



Artigos Originais

O enfrentamento do transtorno depressivo maior na perspectiva de pacientes

The coping of major depression disorder: patients perspectives

Thatiana Daniele Guioto Ferreira ¹
Kelly Graziani Giacchero Vedana¹
Daniel Fernando Magrini¹
Ana Carolina Guidorizzi Zanetti ¹

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo

Resumo: Esse estudo investigou como a pessoa com depressão maior enfrenta mudanças cotidianas impostas pelo transtorno. Estudo com abordagem qualitativa, realizado em ambulatório psiquiátrico no interior de São Paulo - Brasil, em 2013 a 2014. Foram selecionados 25 adultos com depressão por amostragem teórica. Os dados obtidos por entrevista foram submetidos à análise de conteúdo baseada no Interacionismo Simbólico. O enfrentamento da depressão é dinâmico, permeado pela ambivalência e determinado por significados construídos em interações sociais. Houve reforço mútuo entre sintomas e enfrentamento disfuncional. Experiências bem sucedidas no manejo da depressão estiveram ligadas ao enfrentamento ativo, aliado ao tratamento e apoio emocional e social. A enfermagem tem potencial para promover o enfrentamento adaptativo da depressão em diferentes contextos de assistência.

Palavras-chave: transtorno depressivo maior, enfermagem psiquiátrica, saúde mental, relações interpessoais; comportamento e mecanismos comportamentais.

Abstract: This study investigated how people with major depression deal with changes in daily imposed by the disorder. Qualitative study conducted in psychiatric outpatient clinic in São Paulo, Brazil, in 2013 to 2014. Were selected 25 adults with depression by theoretical sampling. The data obtained by interviews, which were submitted to content analysis based on Symbolic Interactionism. The coping with depression is dynamic, permeated by ambivalence and determined by the meanings constructed in social interactions. There was mutual reinforcement between symptoms and dysfunctional coping. Successful experiences in the management of depression were related to active coping, combined with treatment and emotional and social support. Nursing has potential to promote adaptive coping of depression in different care contexts.

Keywords: depressive disorder, major; psychiatric nursing; mental health; interpersonal relations; behavior and behavior mechanisms.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental associado a impacto negativo expressivo para indivíduos, família e sociedade¹⁻². Sua prevalência na população em geral varia de 0,4% a 15,7% em diferentes países³. Atualmente, a depressão é a principal causa de incapacidade, mensurada por anos vividos com incapacidade (AVI), e a segunda causa de AVAs (anos de vida perdidos ajustados com incapacidade) na faixa etária de 15 a 44 anos⁴.

O cuidado de enfermagem deve abranger os recursos e estratégias adotados pelos indivíduos no enfrentamento de desafios impostos por problemas de saúde mental⁵ e condições crônicas, como é o caso da depressão⁶.

As estratégias e recursos de enfrentamento englobam ações tomadas por um indivíduo para controlar a afetividade negativa causada por fatores estressantes. As várias estratégias de enfrentamento podem ter eficácia diferente na capacidade de controlar a depressão⁷.

Nesse panorama, a enfermagem pode intervir junto ao paciente e família para reforçar comportamentos saudáveis, favorecer a ampliação do repertório comportamental, otimizar o uso de recursos disponíveis e trabalhar crenças e estratégias de enfrentamento disfuncionais. Desse modo, o reconhecimento do repertório comportamental dos pacientes no enfrentamento das dificuldades impostas pelo transtorno é necessário para subsidiar o cuidado de enfermagem.

O objetivo desta pesquisa foi compreender como a pessoa com transtorno depressivo maior enfrenta as mudanças no cotidiano impostas pelo transtorno.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo transversal com abordagem qualitativa. Foi empregado como referencial teórico para análise dos dados o Interacionismo Simbólico. Esse referencial pressupõe que o comportamento (comportamento externo observável e experiência interna) é direcionado pelas definições que o indivíduo faz da realidade. Tais definições, por sua vez são provenientes das interações sociais, onde indivíduos ativos se influenciam mutuamente⁸.

O estudo foi realizado em um serviço ambulatorial de saúde mental localizado no interior do estado de São Paulo – Brasil. Participaram do estudo 25 pacientes selecionados pelo processo de amostragem teórica, portanto, a estrutura da amostra não foi definida previamente.

A coleta dos dados foi mantida até a saturação dos dados, quando o objetivo do estudo foi atingido e os dados se tornaram repetitivos e não acrescentavam informações relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo.

Os critérios de inclusão para os pacientes no estudo foram: ter idade de 18 a 65 anos e diagnóstico de transtorno depressivo maior (que corresponde ao episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente), de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças/ CID-109. A confirmação do diagnóstico foi realizada com a equipe de saúde e prontuário do paciente. Foram considerados critérios de exclusão: incapacidade para comunicação verbal em português, diagnóstico de transtornos psicóticos e dependência química.

A coleta e análise dos dados foram realizadas no período de abril de 2013 a outubro de 2014. Inicialmente foi realizado um ensaio piloto. Posteriormente, os dados foram coletados por dois pesquisadores experientes e não pertencentes à equipe clínica do local do estudo.

Os dados foram obtidos por entrevistas abertas individuais audiogravadas. Cada pessoa participou de uma a três entrevistas de aproximadamente 40 minutos. Os participantes optaram entre serem entrevistados em ambiente privativo no serviço de saúde ou em sua própria residência.

A primeira entrevista realizada teve como questão norteadora: “Conte-me sobre como é que o Sr. (a) lida com a depressão no dia a dia”. A questão norteadora apenas direcionou o ponto do estudo a ser explorado. Novas questões abertas foram acrescentadas, em seguida, com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência.

A pesquisa foi iniciada após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº 235.652) e foram atendidas as recomendações preconizadas para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

O processo de análise dos dados ocorreu por meio de análise de conteúdo¹⁰ e foi embasada nos pressupostos do Interacionismo Simbólico⁸. Primeiramente, os dados foram transcritos, reunidos e organizados por duas pesquisadoras, de forma independente e, posteriormente, foram comparados. Por meio da análise exaustiva do material foram estabelecidas categorias empíricas. Posteriormente, foi realizada articulação do material empírico com a literatura.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 25 pessoas com depressão. A idade dos pacientes variou de 26 a 79 anos, com média de 46 anos e o tempo de diagnóstico dos pacientes variou de 6 meses a 30 anos (média de 10 anos). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (72%), possuía mais de 8 anos de escolaridade (52%), pertencia a alguma filiação religiosa (80%), não tinha união estável (52%) e não possuía vínculo empregatício (76%).

A análise dos dados resultou na construção das categorias: "Sofrendo por causa dos sintomas e sentindo-se incapaz", "Não aceitando o tratamento e desistindo de lutar", "Identificando motivações para prosseguir" e "Esforçando-se e buscando recursos de apoio".

Na percepção dos entrevistados, o acometimento pela depressão faz com que o paciente se considere vulnerável aos sintomas. Mas, há circunstâncias nas quais, ele percebe-se com o poder de decidir e enfrentar ativamente as limitações e sofrimentos, engajando-se em uma luta cotidiana e prolongada. "É, ou você luta contra esses sentimentos ruins ou você fica lá o dia inteiro deitada. Tem duas escolhas. Eu procuro optar pela escolha de lutar um pouquinho por dia. (...) A pessoa também não pode se entregar. Eu mesmo tento não me entregar muito né? (...) quanto mais você se entrega, pior vai ficando." (P2)

3.1 Sofrendo por causa dos sintomas e sentindo-se incapaz

A depressão é um transtorno marcado por experiências dolorosas. Os sintomas depressivos incluem sensação de tristeza, autodesvalorização, vazio, irritabilidade e superestimação de aspectos negativos de experiências vividas. "Eu só sentia uma angústia, vontade de chorar, vontade de cair no chão e ficar chorando (...) tem lembranças do passado que não apagam. Viram um obstáculo que não deixa a felicidade aparecer (...) eu ficava muito tempo naquilo lá, mastigando aquilo lá, sofrendo." (P5)

Pacientes acreditavam não ser tão feliz como as outras pessoas. "Parece que minha vida era sempre morna. Eu não conseguia sentir alegria (...) eu via todo mundo tão alegre à minha volta, e eu não conseguia sentir essa alegria." (P2)

A presença de sintomas depressivos exerce importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, não se restringindo apenas às características clínicas do transtorno. Além da experiência subjetiva dos sintomas, a depressão provocava prejuízos significativos em diferentes esferas da vida da pessoa. "Tinha vontade de chorar, vontade de me matar, vontade de sumir. Eu me sinto inferior, não me sinto bonita, perdi o encanto por tudo (...) perdi o interesse pelo meu marido, perdi a vontade de viver, não tenho vontade de me arrumar mais. (...) trabalhar fora eu não consigo (...) sou renegada. Acho que eles (familiares) olham com piedade, com dó, o meu filho mais novo não me respeita mais." (P10)

O estigma social e o julgamento direcionado aos comportamentos alterados por causa do transtorno geravam incômodos significativos aos pacientes. "Se eu falo que eu vou ao psiquiatra a minha irmã acha que eu estou louca da cabeça." (P11)

Pacientes descreveram sintomas que incluíam anedonia, avolição, apatia, redução da energia, alterações cognitivas, dificuldade para tomar decisões e desesperança. Esses sintomas são comuns na depressão e potencializam as sensações de fracasso e incapacidade do indivíduo para enfrentar a depressão.

Os participantes do estudo relataram que, quando sintomáticos, tem dificuldade de acreditar no potencial do tratamento e em qualquer forma de ajuda. Nessas situações é frequente a impressão de que os sintomas e sofrimentos não vão “passar nunca”. “Eu não achava que se fizesse tratamento não resolveria. Eu achava que ir à psicóloga não resolvia. Eu achava que não ia conseguir sair dessa.” (P11)

“Ficava só deitada ou fica só chorando a maior parte do tempo parece que não vai passar nunca.” (P7)

O impacto da depressão representa tensão constante, vulnerabilidade, insegurança e incerteza. Mesmo quando o paciente enfrenta de forma ativa a depressão assume comportamentos adaptativos, não sabe por quanto tempo ficará estável. Essa condição é marcada pela sensação de “estar em uma corda bamba” e de não saber “se os fantasmas vão voltar”. “Eu já venho brigando com essa doença há muito tempo... é uma briga diária né? (...) Eu acho que eu estou na corda bamba, sabe assim, estou balançando.” (P3)

“Tem que viver um dia de cada vez, tem que ir passando, passando, passando. Agora, tem vez que bate uma tristeza muito forte que não dá! (...) Então eu estou aprendendo a conviver, mais não vai, não vai ser certeza que a qualquer hora tudo não vai voltar, os fantasmas não vão voltar, e eu não sei.” (P5)

3.2 Não aceitando o tratamento e desistindo de lutar

Os entrevistados relataram resistência em aceitar a depressão e, conseqüentemente, o tratamento. Essa relutância foi acentuada no período que compreende o diagnóstico e início do tratamento e também em situações nas quais o tratamento parece não surtir efeito. “Esse tratamento ele é assim, é difícil de você aceitar. Eu senti bastante dificuldade no começo em aceitar os remédios principalmente, de ter que ficar indo atrás de médico pra fazer terapia né?” (P2)

“Às vezes eu fico cansada de vir aqui durante tanto tempo, e não ver melhoras. (...) Eu acho que não está me fazendo bem, entendeu? Não estou vendo melhoras.” (P9)

Pacientes que não admitem o diagnóstico possuem conflitos sobre a real necessidade de ajuda especializada e de tratamento medicamentoso.

Há momentos em que o paciente não percebe mais sentido em iniciar ou permanecer em tratamento, pois “desistiu de si mesmo” e não suporta o sofrimento. “Aconteceram vários episódios na nossa vida que eu desisti de mim (...) eu falei que não ia tomar mais o remédio porque não tinha porquê, não tinha mais motivo pra continuar (...) eu falei: o que eu faço com a minha vida? Eu não aguento mais isso, eu não aguento mais esse sofrimento. Eu sentia uma dor muito grande no peito, aqui no peito né? Eu sentia aquela dor constante que não passava. Aí, eu pensei: já sei. Morrer vai resolver tudo! Eu morro, paro de sofrer e paro de fazer as pessoas sofrerem.” (P3)

O impacto dos sintomas depressivos, o enfrentamento disfuncional e a não adesão ao tratamento podem se reforçar mutuamente, resultando na permanência do indivíduo na mesma condição. Da mesma forma, a melhora da sintomatologia pode favorecer o enfrentamento adaptativo. “Eu não senti melhora então eu tirei a medicação por conta própria. (...) não percebia que quanto que isso daí ia me causar mais problemas né? (...) Eu já não tinha esperança de mais nada (...) Agora, já consigo pensar melhor, estar melhor entendeu? Às vezes eu já saio para passear, eu consigo comprar roupas para mim e antes eu não conseguia.” (P14)

Contudo, essa relação não é tão linear quanto pode parecer. A percepção de melhora com o tratamento pode predispor à não adesão se o paciente não identificar a necessidade de continuar tomando os fármacos prescritos na ausência de sintomas. Também é possível que a avaliação sobre as conseqüências negativas da interrupção do tratamento motive o paciente a aderir posteriormente. “Com o tempo eu fui me sentindo um pouco melhor e quis parar o tratamento, eu falei, nossa, estou melhorando, então não preciso mais do remédio! Parei de ir ao médico e parei de tomar o remédio, foi a pior coisa que eu fiz, fiquei seis meses me aguentando, só que depois eu desabei. Depois, percebi que no podia ficar sem o medicamento” (P3)

3.3 Identificando motivações para prosseguir

Nas interações estabelecidas, o paciente atribui significado a cada situação vivenciada e identifica elementos presentes no próprio contexto de vida que se constituem em motivações para que ele inicie e prossiga enfrentando ativamente o impacto causado pela depressão. "Eu já pensei tanta besteira, não faço mais por causa do meu netinho." (P1)

Entre os fatores motivacionais, destacaram-se pessoas significativas, espiritualidade, desejo de ter maior qualidade de vida e livrar-se dos sintomas. Essas motivações podem direcionar o indivíduo a assumir modos de enfrentamento adaptativos, como aderir ao tratamento, retomar atividades cotidianas, se engajar em relações e a cessar as tentativas de suicídio. "Então, eu percebi a presença de Deus sabe (...) prometi pra Ele que nunca mais eu iria atentar contra a minha vida, por mais triste que eu estivesse, por mais desesperada que eu estivesse, eu não ia mais fazer isso, porque a minha vida pertence a Ele." (P3)

3.4 Esforçando-se e buscando recursos de apoio

No estudo, houve pacientes que se percebiam engajados em ações que tinham como meta a superação das dificuldades, sofrimentos e limitações decorrentes dos sintomas depressivos. Para atingir tal objetivo, os indivíduos executavam dois movimentos complementares: "esforçar-se" e "buscar recursos de apoio", ou seja, ajudar-se e buscar ajuda.

Na percepção dos entrevistados, esses dois comportamentos, aliados, combatem duas importantes fontes de fracasso no enfrentamento da depressão: a recusa de ajuda especializada e a falta de colaboração no tratamento. "Acho que eu tenho que tomar consciência do meu problema e dar o passo correto que é beber o medicamento e fazer o tratamento certo, porque se eu não fizer, o que vai acontecer comigo? Vou ficar pior!" (P3)

Ao assumir esse posicionamento, o paciente reconhece que é corresponsável pelo tratamento e pelos resultados obtidos. "A pessoa também fazer a parte dela e seguir o tratamento certinho, que é o remédio, a terapia, e dar o primeiro passo também (...) ainda esforço um pouco. Quando eu estou me sentindo triste eu vou ler alguma coisa, vou fazer alguma coisa pra não pensar muito nessas coisas assim. (...) Eu procuro não ficar muito parada porque se eu fico só parada eu fico pior." (P20)

As estratégias de enfrentamento da depressão tiveram vários desdobramentos e, no que se refere aos recursos de apoio recrutados, destacaram-se o tratamento medicamentoso, outras modalidades terapêuticas, espiritualidade, amizades, fontes de informação sobre a depressão e tratamento, familiares e profissionais de saúde. "O sacerdote pede para que eu continue o tratamento, tanto terapêutico quanto medicamentoso e que eu me mantenha vinculada à comunidade justamente pelo convívio social, que o meu é pouco. Sou musicoterapeuta. (...) Eu tocava, hoje eu não toco mais. O único lugar que eu consigo tocar é durante a missa de domingo." (P7)

4. DISCUSSÃO

Este estudo revelou que o enfrentamento do transtorno depressivo maior pelo paciente é dinâmico e permeado pela ambivalência. Ao experimentar a sintomatologia da depressão, o indivíduo se percebe vulnerável e não consegue não aceita ou desiste de cuidar de si, buscar ajuda e retomar atividades cotidianas. A literatura assinala que pessoas com depressão utilizam com menor frequência enfrentamento ativo e focado na resolução de problemas⁷, corroborando com a percepção dos pacientes do presente estudo.

O impacto dos sintomas depressivos na vida do paciente esteve relacionado a sofrimentos significativos. A depressão está associada à redução da qualidade de vida, prejuízo funcional, estigma, sofrimento psíquico e físico, má evolução de doenças clínicas concomitantes, ao uso de substâncias psicoativas e ao suicídio¹¹⁻¹⁴.

Na avaliação dos participantes do presente estudo, os sintomas depressivos ocasionavam limitações e representavam vulnerabilidade e insegurança. Estudos revelam que maior grau de sintomas depressivos está associado a menores níveis de autoeficácia, senso de controle sobre situações, tolerância ao estresse e abertura a experiências¹⁵⁻¹⁷.

Houve pacientes que não aceitavam o diagnóstico e a necessidade de tratamento. As pessoas com sintomas depressivos são mais propensas a empregar a evitação ou negação como forma de enfrentamento e, conseqüentemente, podem ser mais susceptíveis a estressores e ter repertório de comportamento limitado e pouco flexível⁷.

Outro aspecto presente no enfrentamento disfuncional da depressão foram as experiências nas quais os pacientes referiram que “desistiam” de si mesmos, do tratamento e da própria vida.

A percepção dos entrevistados sobre o manejo do transtorno depressivo maior sugere o reforço mútuo entre sintomas e enfrentamento disfuncional, embora não se trate de uma relação linear. A literatura aponta que recursos de enfrentamento reduzidos e disfuncionais têm implicações no aparecimento e persistência de sintomas depressivos¹⁵⁻¹⁷ e que a sintomatologia afeta habilidades para resolução de problemas e enfrentamento adaptativo⁷. Esse achado revela a importância das intervenções de enfermagem sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa com depressão maior para o controle de sintomas e melhor qualidade de vida.

O enfrentamento adaptativo da depressão manifestou-se em circunstâncias nas quais o paciente reconstrói o significado de experiências, identifica motivações para lutar, se esforça e busca recursos de apoio.

O uso de suporte emocional e social como uma forma de lidar com estressores está associado a melhor resposta ao tratamento¹⁷, revelando a importância de fontes de apoio e cuidado formais e informais como recursos para o manejo da depressão.

No presente estudo, assim como na literatura, as experiências bem sucedidas no manejo da depressão estiveram ligadas ao enfrentamento ativo da depressão⁷, aliado ao tratamento¹² e também estiveram relacionadas à responsabilização pelos resultados obtidos.

A compreensão dessa realidade a partir do Interacionismo Simbólico pressupõe que o enfrentamento da depressão é determinado por significados construídos na interação social⁸. Portanto, é evidente o potencial das intervenções de profissionais de saúde, familiares e outras pessoas significativas para colaborar nesse processo.

Nas interações com pessoas com depressão, o enfermeiro pode criar estratégias para favorecer a ventilação de emoções, o estabelecimento de trocas, a descoberta de novos modos de subjetividade e funcionamento, a construção de projetos de vida e a ampliação das possibilidades, do protagonismo e do poder de contratualidade afetiva, social e econômica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento do transtorno depressivo maior pelo paciente é dinâmico, permeado pela ambivalência e determinado por significados construídos nas interações sociais. Os resultados do presente estudo sugerem o reforço mútuo entre sintomas depressivos e enfrentamento disfuncional, embora não se trate de uma relação linear.

O engajamento do indivíduo no enfrentamento ativo da depressão maior, aliado ao tratamento e apoio emocional e social esteve relacionado ao controle de sintomas, protagonismo, desempenho de novos papéis, desenvolvimento de habilidades e busca de maior qualidade de vida.

Ao analisar a própria experiência, as pessoas com depressão perceberam ao longo de sua trajetória, escolhas e ações que colaboraram para o sucesso do tratamento e melhoria de sua condição de vida. O presente estudo revela a importância das intervenções de enfermagem sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa com depressão maior, para o reforço de comportamentos saudáveis e assertivos, ampliação do repertório comportamental, promoção do enfrentamento focado na resolução de problemas, otimização de recursos sociais disponíveis e abordagem a estratégias de enfrentamento disfuncionais.

O papel da enfermagem como facilitadora do enfrentamento adaptativo junto às pessoas com depressão merece ser explorado nos diferentes contextos de assistência.

Referências bibliográficas

1. Mohiuddin S, Payne K. Utility Values for Adults with Unipolar Depression. *Med Decis Making*. 2014;34(5): 666-85.
2. Koujalgi SR, Patil SR. Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: a comparative study. *Indian J Psychol Med*. 2013; 35(3): 251-5.
3. Rai D, Zitko P, Jones K, Lynch J, Araya R. Country and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *Br J Psychiatry*. 2013; 202(3):195-203.
4. World Health Organization (WHO). Depression: what is depression? Geneva: WHO. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. [acesso 2014 Nov 04].
5. Martins ME, Ribeiro LC, Feital TJ et al. Religious-spiritual coping and the consumption of alcoholic beverages in male patients with liver disease. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012;46(6):1340-7.
6. Sousa MRG, Landeiro MJL, Pires R et al. Coping e adesão ao regime terapêutico. *Rev. Enf. Ref*. 2011;3(4):151-160.
7. Man VY, Dougan CM, Rector NA. Examination of Coping in the Anxiety Disorders With and Without Comorbid Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(2):186-96.
8. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. California: University of California, 1969.
9. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). 18. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
11. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depression and câncer. *Rev Psiq Clín*. 2009;36(3):109-15.
12. Fleck MP, Berlim MM, Lafer B et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009;31 Supl 1:7-17.
13. Sanches RF, Marques JMA. Cannabis and mood. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010;32(2):173-80.
14. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N et al. Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009;31 Supl 1:18-25.
15. Williams AD, Thompson J, Andrews G. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*. 2013;51 (8):469-75.
16. Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G et al. Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2013;35(3-4):121-54.
17. Marquett RM, Thompson LW, Reiser RP et al. Psychosocial predictors of treatment response to cognitive-behavior therapy for late-life depression: an exploratory study. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):830-8.

Artigo Recebido: 22.09.2015

Aprovado para publicação: 30.08.2016

Thatiana Daniele Guioto Ferreira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto – SP- Brasil - CEP: 14040-902

Email: thatiana.guioto@usp.br
