

Depressão, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes com doença de Parkinson de UBSs de uma cidade no Noroeste de São Paulo

Depression, Quality of Life and Coping Strategies in Patients with Parkinson's Disease of UBSs of a city in the State of São Paulo

Ester Franco Silva^{1✉}, Michelle Cruz Pereira, Patrícia da Silva Fucuta



A doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa e crônica cuja prevalência tem aumentado em consequência do envelhecimento populacional. A ocorrência de depressão nesta população muitas vezes é subdiagnosticada. O objetivo do presente estudo foi verificar as características clínicas, suporte social, prática religiosa na associação entre as morbidades de DP e depressão. Pretende-se ainda avaliar o impacto da DP na qualidade de vida e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas por esse grupo de pacientes. Foi realizado um estudo transversal por meio de uma amostragem de 15 pacientes com diagnóstico de DP. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15), a PDQ-39 (escala específica para avaliação da qualidade de vida na DP) e o inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman. Participaram do estudo nove homens (60%) e 6 mulheres (40%) com diagnóstico de DP com idade média de 72,6 anos (Desvio padrão: 11,26). A idade média do diagnóstico da DP foi de 69,67 anos, e o tempo médio da doença na amostra foi de 6,89 anos. Da amostra total, 10 pacientes (66,7%) apresentaram índices de alta suspeição de depressão. Na análise comparativa entre depressão e estratégias de enfrentamento, observou-se associação com a estratégia resolução de problemas. A dificuldade em resolver problemas pode ter papel determinante para o desenvolvimento de depressão. A abordagem de ampliação das estratégias de enfrentamento pode contribuir para a modificação da percepção da qualidade de vida e, consequentemente, prevenção de transtornos mentais.

Doença de Parkinson. Depressão. Qualidade de vida. Estratégias de enfrentamento.

Parkinson's disease (PD) is a degenerative and chronic disease whose prevalence has increased because of population aging. The occurrence of depression in this population is often underdiagnosed. The objective of the present study was to verify the clinical characteristics, social support, and religious practice in the association between PD and Depression morbidities. It is also intended to evaluate the impact of PD on quality of life and to analyze the coping strategies used by this group of patients. A cross-sectional study was carried out by means of a sample of 15 patients diagnosed with PD. A socio-demographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS 15), the PDQ-39 (specific scale for assessing the quality of life in PD) and the inventory of Lazarus and Folkman Coping Strategies were applied. Nine men (60%) and six women (40%) with a diagnosis of PD with a mean age of 72.6 years (standard deviation: 11.26) participated in the study. The mean age of the PD diagnosis was 69.67 years, and the mean disease duration in the sample was 6.89 years. Of the total sample, 10 patients (66.7%) presented indices of high suspicion of depression. In the comparative analysis between depression and coping strategies, it was observed an association with the problem-solving strategy. The difficulty in solving problems can play a key role in the development of depression. The approach of expanding coping strategies can contribute to the modification of the perception of the quality of life and, consequently, prevention of mental disorders.

Parkinson's disease. Depression. Quality of life. Coping strategies.

Introdução

A doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa e crônica, que acomete o sistema nervoso central, envolvendo os gânglios da base, sendo causada pela deficiência de dopamina (neurotransmissor) na via nigroestriatal e cortical, interferindo principalmente no sistema motor (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

Caracteriza-se essencialmente por um comprometimento motor, podendo estar associado a transtornos neuropsiquiátricos, sensitivos e autonômicos. Assim, tal enfermidade apresenta sinais e sintomas clássicos resultantes da depleção da dopamina na substância negra como: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez muscular, hipocinesia, alterações na postura (encurvada para frente, além de uma instabilidade postural), anormalidades no tônus muscular e na cognição bem como depressão.

Um em cada mil indivíduos da população em geral possuem DP. Sua prevalência aumenta principalmente em indivíduos com idade acima dos 50 anos (MARSDEN, 1994). Costuma ter início após os 50 anos de idade, ocorre em 3% da população acima de 75 anos, porém existem formas de início precoce (entre 30 e 50 anos).

A depressão é uma grande síndrome que pode agravar e trazer consequências problemáticas na evolução da DP. Ela influencia a qualidade de vida do paciente, potencializa os custos do tratamento e sobrecarrega a figura auxiliadora do cuidador, que é um facilitador na manutenção do processo saúde-doença (NILSSON et al., 2002). A associação dessas duas patologias pode ser feita analisando fatores como tristeza, pessimismo, sensação de culpa, auto depreciação, crises de choro, retração social, entre outros. Estudos recentes apontam que o tratamento multidisciplinar, precoce e eficaz da depressão e da DP tem impacto positivo sobre o desempenho cognitivo (KUZIS et al., 1997). Neurologistas costumam reconhecer depressão na vigência de DP durante visitas de rotina. Os médicos falham em identificar depressão, ansiedade e fadiga em mais da metade dos parkinsonianos (LIU et al., 1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o termo Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS) refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal à sua vida e a outros aspectos como relacionamento com a família, sua própria saúde, a saúde de pessoas próximas, questões financeiras, moradia, independência, religião, vida social e atividades de lazer. Apesar de pouco conhecimento sobre o real impacto da DP na vida do paciente e sua família, estudos que avaliaram a qualidade de vida em parkinsonianos revelaram significativo impacto negativo da doença nesses indivíduos (LANA et al., 2007).

Considerando que a DP não tem cura, as estratégias de tratamento estão centradas em melhorar os sintomas e retardar a sua progressão. É indubitavelmente importante que tenha caráter multidisciplinar, em que atuem profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, neurologista, para obter melhor qualidade de vida. A farmacoterapia busca restabelecer os níveis dopaminérgicos, usando mais comumente os medicamentos colinérgicos, que contém levodopa, e em combinação com outro fármaco, como sertralina ou fluoxetina; o tratamento fisioterapêutico e terapêutico ocupacional priorizam melhorar a função dos movimentos; e o tratamento espiritual está relacionada com a

densidade dos receptores de serotonina no cérebro, isso regula o humor diante da dor (LAGO-RIZZARD; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010).

Com a evolução da DP e o comprometimento da independência do paciente, é comum apresentarem depressão, isso torna importante o tratamento psicológico desde o início (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007). Existem grupos de apoio que têm como objetivo proporcionar solidariedade, cooperação e superação a todos participantes de forma mútua, para pacientes com DP e seus familiares (ALVAREZ et al., 2016).

Sob essa perspectiva encontra-se o coping, concebido como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 2000). As estratégias de coping estão intimamente ligadas ao manejo do estresse e possui quatro alicerces: gestão situacional, percepção e interpretação da experiência e a forma como a pessoa lida com as experiências desagradáveis. Assim, o coping pode ajudar a melhorar a qualidade de vida na Doença de Parkinson.

O crescimento populacional de idosos justifica o aumento do número de casos de DP. A alteração psicológica é uma consequência secundária à DP, sendo uma característica pouco diagnosticada pelos médicos, justificando a relevância em se verificar a incidência de depressão em parkinsonianos nas UBSs do município estudado, para a análise das condições biopsicossociais dos pacientes e comparação de dados específicos da área de abrangência da unidade de saúde com os gerais, para confirmar a relação entre as doenças, considerando a dificuldade diagnóstica de depressão.

Sob tal ótica, complicações secundárias da DP decorrentes dos sinais e sintomas físicos determinam repercussões negativas na qualidade de vida (QV) dos pacientes, elucidando a importância em se entender as estratégias de enfrentamento da doença para saber como o paciente e a família lidam com ela. Assim, informações tangentes à qualidade de vida norteiam o planejamento de estratégias e de custo efetividade de tratamento, além de promoverem o bem-estar de pacientes portadores de DP.

Diante de tal contexto, o objetivo do presente estudo foi verificar as características clínicas, suporte social, prática religiosa na associação entre as morbidades de DP e depressão. Pretende-se ainda avaliar o impacto da DP na qualidade de vida dos pacientes e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas por esse grupo de pacientes.

Materiais e métodos

Este estudo foi realizado em Unidades de Saúde do Distrito de Saúde II do município de São José do Rio Preto. Foi realizado um estudo transversal da população por meio de uma amostragem de 15 pacientes com diagnóstico de DP, examinando-se a presença ou ausência da depressão, efeito da doença na qualidade de vida associada à estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes. Foi aplicado um questionário sócio-demográfico para delimitação do perfil epidemiológico da amostra. Também foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15), escolhida pela melhor acurácia nesta população, que conta com quinze perguntas, as quais o paciente deve responder sim ou não a fim de verificar a presença ou ausência de sinais depressivos.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizamos o PDQ-39 (escala específica para avaliação da qualidade de vida na DP).

Compreende 9 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes de resposta: “nunca”; “de vez em quando”; “às vezes”; “frequentemente”; “sempre”. Os escores em cada item variam de 0 (nunca) a 4 (sempre). Essa escala é dividida em oito dimensões: mobilidade (10 itens), atividades de vida diária (6 itens), bem-estar emocional (6 itens), estigma (4 itens), apoio social (3 itens), cognição (4 itens), comunicação (3 itens) e desconforto corporal (3 itens). O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $100 \times (\text{soma dos escores do paciente nas 39 questões} / 4 \times 39)$. O escore de cada dimensão é obtido da mesma forma que o escore total. A pontuação total no PDQ-39 varia de 0 (nenhum problema) a 100 (máximo nível de problema), ou seja, uma baixa pontuação indica melhor percepção da QV por parte do indivíduo.

Para avaliação do enfrentamento da doença foi aplicado inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman. Este tem como objetivo avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente. Os três questionários foram aplicados simultaneamente em um horário agendado especificamente para este fim, na Unidade ou domicílio do paciente, por pelo menos um dos três alunos envolvidos no projeto. A participação dos pacientes na pesquisa foi autorizada através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados de maio de 2017 a julho de 2018.

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e proporção para variáveis categóricas. A distribuição Normal das variáveis contínuas foi analisada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov. Comparação de variáveis categóricas entre grupos foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, quando apropriado. Análise de correlação entre foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Análise estatística foi realizada mediante o software IBM-SPSS Statistics versão 24 (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Resultados

Foram incluídos no estudo 15 pacientes sendo nove (60%) do gênero masculino e 6 (40%) do gênero feminino com diagnóstico de DP, dentre os quais 10 eram casados e 5 viúvos. A idade média da amostra foi de 72,6 anos (Desvio padrão:11,26). A idade média do diagnóstico da DP foi de 69,67 anos, e o tempo médio da doença na amostra foi de 6,89 anos.

Quanto a escolaridade, 6 (40%) apresentavam primeiro grau incompleto, 5 (33,3%) primeiro grau completo, 1 (6,7%) segundo grau incompleto, 1 (6,7%) segundo grau completo, 1 (6,7%) superior incompleto e 1 (6,7%) superior completo. No que tange à prática religiosa, 11 (73,3%) referiram ser católicos, 3 (20%) evangélicos e 1 (6,7%) outro segmento religioso. Em relação à moradia, 9 (60%) moravam com o cônjuge, 4 (26,7%) com os filhos e 2 (13,3%) moravam sozinhos.

Quanto à renda, sete indivíduos (77,8% da amostra) afirmaram possuir renda fixa, e apenas dois entrevistados (22,2% da amostra) referiram não possuir renda. Da amostra total, 10 pacientes (66,7%) apresentaram índices de alta suspeição de depressão a partir da escala GDS15, enquanto 5 (33,3%) não apresentaram suspeição.

Avaliou-se oito estratégias propostas pelo Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus pelas quais foram: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga ou esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Para análise de associação entre estratégias de enfrentamento e depressão, os pacientes foram categorizados em dois grandes grupos: os que não utilizam ou raramente utilizam e aqueles que utilizam muitas vezes ou sempre a referida estratégia de enfrentamento. A Figura 1 demonstra a distribuição do uso das estratégias na população estudada.

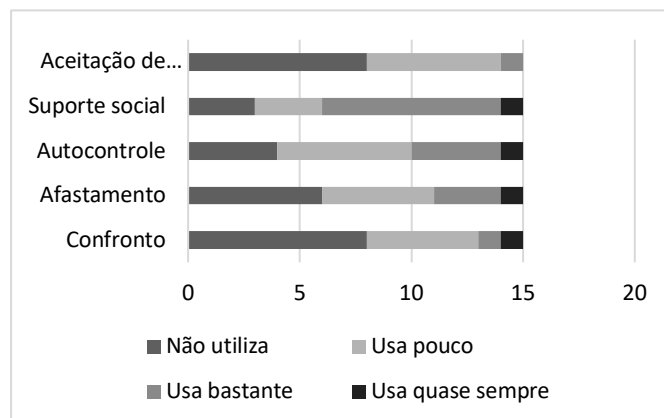


Figura 1 | Estratégias de enfrentamento. Fonte: autoria própria.

Quanto à depressão, a Tabela 1 relata os valores máximos, mínimos e a média da pontuação obtida após a aplicação do PDQ-39.

Tabela 1 | Valores máximos, mínimos e a média obtida.

Variáveis	Valor máximo	Valor mínimo	Média
Mobilidade	100	10	59
Atividade de vida diária	100	0	51,11
Bem-estar emocional	100	0	51,4
Estigma	93,75	0	43,75
Suporte social	91,67	0	63,33
Cognição	93,75	6,3	43,75
Comunicação	100	0	33,33
Desconforto corporal	100	0	63,89

Fonte: autoria própria.

Na análise comparativa entre depressão e estratégias de enfrentamento, observou-se associação com a estratégia resolução de problemas: 5 (100%) dos pacientes sem a suspeição de depressão a utilizam sempre ou muitas vezes, enquanto apenas 4 (40%) dos pacientes com a depressão a utilizam sempre ou muitas vezes ($p = 0,04$). Este dado nos aponta que esse domínio, dentre as diversas estratégias, deve ser alvo de atenção. A dificuldade em resolver problemas pode ter papel determinante para o desenvolvimento de depressão.

Embora as associações entre depressão e outras estratégias como confronto, afastamento, aceitação de responsabilidade, fuga/esquiva e reavaliação positiva não tenham resultado significância estatística, foi possível notar que a grande maioria dos pacientes com depressão ou alta suspeição desta apresentaram dificuldade para efetuarem-nas, pois 9 (90%), 7 (70%), 10 (100%), 7 (70%) e 7 (70%) dos pacientes com depressão nunca ou raramente utilizam estas estratégias, respectivamente.

A seguir, procedeu-se a análise de correlação entre os domínios da qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento. Houve três correlações significantes: correlação negativa entre resolução de problemas e atividades de vida diária ($r = -0,58$; $p = 0,03$), bem como estigma ($r = -0,56$; $p = 0,03$), e entre autocontrole e cognição ($r = -0,57$; $p = 0,028$). Todas as demais correlações entre domínios de qualidade de vida e estratégias de enfrentamento não foram significantes.

Discussão

Nos últimos anos verifica-se grande avanço no tratamento de doenças crônicas e até então descritas como terminais, a exemplo da DP (LAU et al., 2006). O surgimento e validação de instrumentos específicos para a patologia permitem uma melhor avaliação, e a determinação de condutas adequadas a cada paciente. As escalas de avaliação da qualidade de vida, como a PDQ-39 permitem qualificar não apenas a condição de saúde do indivíduo, mas sua participação e inserção social, abrangendo assim a visão do profissional de saúde sobre a condição do indivíduo afetado (SAVOIA, 1999).

Uma doença como a DP gera grande transtorno não apenas para o paciente acometido, mas também para toda sua rede de apoio social. Existem poucos estudos abordando a experiência de doenças e as estratégias utilizadas para enfrentamento dela, especificamente na DP. A dependência de cuidadores, e a perda de autonomia é descrita em estudos com outras patologias como um forte estressor, que irá determinar diferentes estratégias de enfrentamento pelos pacientes (KAY et al., 2009).

No estudo realizado pode-se perceber a relevância do suporte social para os pacientes com DP. Tal suporte pode ser ofertado não apenas pela família, mas também amigos e equipes de saúde, desempenham funções essenciais para a garantia de cuidados e qualidade de vida dos indivíduos acometidos (NARDI et al., 2008).

Este estudo mostrou que a QV é seriamente comprometida na DP, sobretudo em estágios mais avançados da doença, que requerem maior apoio social, pela maior dependência física do paciente. A mobilidade, o suporte social e o desconforto corporal foram as três variáveis ou domínios que mais contribuíram para uma redução na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Outros estudos apontaram a relação direta entre o avanço da doença e a piora da qualidade de vida (SLAWEK; DEREJKO; LASS, 2005).

Os aspectos cognitivos e emocionais, são descritos como contradiitórios pela literatura, visto que geralmente são mais influenciados no estágio inicial da doença, e não no avanço da mesma (SLAWEK; DEREJKO; LASS, 2005). Tal fato pode ser explicado pelo impacto inicial desencadeado pelo diagnóstico em si (LAU et al., 2006). A presença de uma rede de apoio social efetiva parece reduzir os efeitos da doença sobre a qualidade de vida, ou pelo menos sobre os domínios emocionais e cognitivos (MARTIN; DUEÑAS; BAQUERO, 2005).

Na literatura é descrito que (o maior uso de estratégias de enfrentamento como resolução de problemas esteve significativamente associado com melhor qualidade de vida relacionada à saúde em relação ao comprometimento cognitivo, comunicação e desconforto corporal (BUCKS et al., 2011). Além de maior duração da doença, maior utilização de processos de enfrentamento de fuga e evitação foram

identificados como preditores significativos de piores resultados de qualidade de vida relacionada à saúde nos domínios de humor e bem-estar emocional.

Conclusão

Após a realização do estudo percebeu-se que o PDQ-39 é uma escala/questionário de fácil aplicação e compreensão, o que favorece a coleta de dados e a reprodução dos mesmos para o meio científico. Embora seja de difícil definição concreta, a qualidade de vida é uma variável fortemente influenciada pela condição de saúde. Com o avanço da doença, perda da autonomia, e comumente fragilidades na rede de apoio os indivíduos afetados perdem qualidade de vida.

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa pode-se perceber que o comprometimento motor, associado aos sintomas característicos da DP, e às complicações destas reduzem a qualidade de vida, e podem inclusive, levar ao isolamento do paciente, com maior incidência e prevalência de quadros depressivos. Nestes casos o suporte social, sobretudo da família e equipe de saúde parece representar um grande diferencial na qualidade de vida do paciente afetado.

A abordagem de ampliação das estratégias de enfrentamento pode contribuir para a modificação da percepção da qualidade de vida e, consequentemente, prevenção de transtornos mentais.

Referências

- ALVAREZ, A. M. et al. Grupo de apoio às pessoas com Parkinson e seus familiares. *Revista Eletrônica de Extensão*, v. 13, p. 92-101, 2016.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, p. 273-294, 2000.
- BUCKS, R. S. et al. Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 26, n. 3, p. 247-55, 2011. DOI: 10.1002/gps.2520
- HEMA, D. A. Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes. *Child Care Health Dev.*, v. 35, n. 3, p. 330-339, 2009.
- KAY, C. et al. An exploration of the experiences of young women living with type 1 diabetes. *J Health Psychol.*, v. 14, n. 2, p. 242-250, 2009.
- KUZIS G. et al. Cognitive Functions in Major Depression and Parkinson Disease. *Arch Neurol*, v. 54, p. 982-986, 1997.
- LAGO-RIZZARDI, C. D.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, S. R. D. T. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O mundo da Saúde*, v. 34, p. 483-487, 2010.
- LANA, R. C. et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com Doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

- LAU, L. M. L. Queixas subjetivas precedem a doença de Parkinson. O estudo de Rotterdam. *Arch Neurol*, v. 63, p. 362-365, 2006.
- LIU, C. Y. et al. The correlation of depression with functional activity in Parkinson's disease. *J Neurol*, v. 244, p. 493-498, 1997.
- MARSDEN, C. D. Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 57, n. 6, p. 672-681, 1994.
- MARTIN, P. M.; DUEÑAS, M. S.; BAQUERO, V. V. Características psicométricas do questionário de doença de Parkinson (PDQ-39) - versão equatoriana. *Parkinson Relat Disord*, v. 11, p. 207-304, 2005.
- NARDI, L. et al. Quality of life, psychological adjustment and metabolic control in youths with type 1 diabetes: a study with self-and parent-report questionnaires. *Pediatr Diabetes*, v. 9, n. 5, p. 496-503, 2008.
- NILSSON, F. Major depressive disorder in Parkinson's disease: a register- based study. *Acta Psychiatr Scand*, v. 106, p. 202-211, 2002.
- REUTHER, M. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença de Parkinson em um estudo longitudinal prospectivo. *Parkinson Relat Disord*, v.13, p. 108-114, 2007.
- SANCHES, P. *Comprometimento da qualidade de vida e satisfação pessoal dos pacientes com doença de Parkinson: a influência do quadro motor*. 2003, 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo/SP., 2003.
- SANFELICE, E. A. Moléstia de Parkinson. *Fisioterapia em Movimento*. Curitiba, v. 17, n. 1, p. 11-24, jan./mar. 2004.
- SAVÓIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Rev Psiq Clin.*, v. 26, n. 2, p. 57-67, 1999.
- SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol.*, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.
- SLAWEK, J.; DEREJKO, M.; LASS, P. Fatores que afetam a qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson idiopática - um estudo transversal em uma ambulatorial participantes. *Parkinson Relat Disord* 2005; 11: 465-468.
- STEIDL, E. M. S.; ZIEGLER, J. R.; FERREIRA, F. V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. *Disc. Scientia*, v. 8, p. 115-129, 2007.
- UMPHRED, A. D. *Reabilitação neurológica*. São Paulo: Manole, 2004.

Apêndice

Reimpressões e permissões

Informações sobre reimpressões e permissões estão disponíveis no site da RBCEH.

Informações da revisão por pares

A RBCEH agradece ao(s) revisor(es) anônimo(s) por sua contribuição na revisão por pares deste trabalho. Relatórios de revisores por pares estão disponíveis no site da RBCEH.

Resumo do relatório

Mais informações sobre o desenho da pesquisa estão disponíveis no site da RBCEH, vinculado a este artigo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Agradecimentos

Agradecemos a Felipe Colombelli Pacca pela edição das figuras; e a Carolina Colombelli Pacca pela revisão do texto e incentivo a pesquisa.

Correspondência

A correspondência e os pedidos de materiais devem ser endereçados a E.F.S. I esterpsiq@gmail.com.

Vínculo institucional

¹Faculdade Faceres, São Paulo/SP, Brasil.