

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DEPRESSÃO:
PONTOS DE VISTA E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO DA
REDE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto para
obtenção do título de mestre junto ao
Departamento de Enfermagem
Psiquiátrica e Ciências Humanas

Mestranda: *Mariluci Camargo Ferreira da Silva*

Orientadora: *Antonia Regina Ferreira Furegato*

**Ribeirão Preto
2001**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DEPRESSÃO:
PONTOS DE VISTA E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO DA
REDE BÁSICA DE SAÚDE**

**Ribeirão Preto
2001**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo
de Ribeirão Preto / USP.

Silva, Mariluci Camargo Ferreira da
Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede
básica de saúde. Ribeirão Preto, 2001.
94p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto / USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Depressão. 2. Enfermagem.

Trabalho inserido na Linha de Pesquisa “Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica” do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo e subvencionado com bolsa do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq).

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, Aderito (in memorian) e Lúcia, por me ajudarem com sua história de vida a traçar a minha história de vida e por serem pessoas em que eu sempre pude contar, o meu amor e o meu muito obrigada.

Ao meu companheiro, Marco Antonio, por sua presença tão esperada e inesperada, por sua paciência, companhia e amor constantes em todos os momentos.

Ao meu avô, João, pelos seus muitos anos de vida e carinho, presente entre nós.

À minha avó, Maria Alice, apesar de não estar mais entre nós, deu nos igualmente o seu carinho.

Aos meus irmãos, Aderval, Ademir e Adérito.

Aos meus sobrinhos, Lívia, Leonardo, Ana e Larissa.

À minha cunhada, Rosana.

Fontes de afeto.

A todas as pessoas, que sentem ou que sentiram a dor psicológica de um transtorno mental e que ainda têm ou tiveram de enfrentar os preconceitos e o não entendimento das pessoas.

DOLORES

Às vezes

A dor

Não tem

Alívio

É só delírio

Lilian Santos Furtado

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Prof^a Dr^a Regina Furegato, pela orientação. Por seus conhecimentos e ensinamentos profissionais e pessoais, construindo o meu aprender e por sua compreensão para com minha limitação científica.

1 INTRODUÇÃO

Desde minha formação universitária, como graduanda do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF), acompanha-me o interesse em compreender o indivíduo, envolvendo mente e corpo, e não enxergá-lo apenas como uma doença.

Mente e corpo, em sua expressão cerebral, referem-se a níveis de organização distintos, com certa autonomia em cada uma das instâncias e que mantém relação dialética entre si (LAFER *et al.*, 2000).

Enquanto universitária, entendia a importância de considerar os sentimentos do cliente, no entanto, o cuidado se dava quase exclusivamente com a doença física. Os conflitos emocionais eram na maioria das vezes esquecidos, sendo lembrados em casos da doença mental já instalada.

Segundo BLEGER (1984), um conflito se configura na coexistência de condutas (motivações) contraditórias, incompatíveis entre si.

Alguns agentes de ensino da área de saúde coletiva dizem em seus discursos apreender o processo saúde-doença enquanto um fenômeno social e que, portanto, consideram o homem como uma totalidade que

possui uma estrutura bio-psico-social, mas reconhecem que a intervenção se reduz ao biológico (BARROS,1996).

No decorrer dos anos, com a vivência profissional enquanto enfermeira em Unidade Básica de Saúde – UBS (município de Indaiaporã-SP), docente de um Curso de Auxiliar de Enfermagem e posteriormente de um Curso de Graduação em Enfermagem (disciplinas de Saúde Pública e Saúde Mental), minha compreensão com relação a assistência ao indivíduo foi se desenvolvendo e ampliando. Passei a considerá-lo e visualizá-lo como um ser integral, chegando à compreensão de que as doenças, tanto físicas quanto emocionais, merecem atenção, pois todas implicam em sofrimento.

Este estudo foi pensado a partir da experiência profissional como professora/supervisora de um Curso de Graduação em Enfermagem, durante o estágio supervisionado de administração da assistência de enfermagem em saúde mental realizado em UBS e equipamentos sociais do município de Fernandópolis, onde emergiram sentimentos sobre a necessidade de estudar a situação do enfermeiro frente ao cliente com depressão na rede básica de saúde.

Este anseio encontrou ressonância nos estudos realizados por FUREGATO (2000) atendendo a uma solicitação da OPAS/OMS visando a capacitação de enfermeiros da rede básica de saúde para identificarem e atuarem junto ao portador de transtorno afetivo.

2 REFLEXÕES SOBRE A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem, entendida como uma prática social, participa do trabalho de equipe multiprofissional e está vinculada às diversas práticas de saúde, incluindo a assistência à saúde mental coletiva e individual.

Vale a pena lembrar que o portador de doença mental sempre esteve entre nós e portanto a história da enfermagem vem sendo traçada desde que o homem apresentou ou pensou sobre a doença mental.

O surgimento da enfermagem teve a ver com o sofrimento das pessoas doentes. Estes sempre precisaram de alguém que desse os cuidados necessários para aliviar o sofrimento. Além disso, as pessoas buscam também ajuda para dar sentido as suas dores e sofrimentos na religião e/ou na filosofia (FUREGATO, 1999).

A condição humana é algo concomitante com a dor psíquica (TAYLOR, 1992).

O sofrimento psicológico tem sido entendido como um estado de desconforto, associado a ameaça à integridade do indivíduo, envolvendo a construção de significados pessoais. Dessa forma, o portador de transtorno mental, com suas diferentes manifestações, procura os mais diferentes recursos para alívio do sofrimento.

A evolução das ciências sociais e da psiquiatria propiciou mudanças nos métodos terapêuticos. Até então, a prática de enfermagem psiquiátrica

compreendia apenas a higiene e a contenção doentes, internados em hospitais psiquiátricos.

Atualmente, a assistência de enfermagem em psiquiatria e saúde mental ao indivíduo institucionalizado é realizada em ambulatório, unidade básica de saúde, centro de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial, hospital geral e unidades psiquiátricas especializadas.

Essa idéia é reforçada por FUREGATO (1999) dizendo que a atuação do enfermeiro não está limitada ao ambiente hospitalar. Além disso, sofre a influência de diferentes linhas de pensamento tanto em nível de assistência, como de pesquisa e ensino.

TRAVELBEE (1982) afirma que a atenção de enfermagem psiquiátrica se oferece em todos os lugares, escolas, comunidades e centros de saúde mental, serviços de assistência gerais e especializados e atendimentos psiquiátricos. Ressalta-se que sendo uma parte da enfermagem em geral, todos os enfermeiros necessitam de conhecimentos da enfermagem psiquiátrica.

Isso se faz real, pois entendemos que a doença mental sempre foi presente na vida profissional do enfermeiro, independentemente da sua área de atuação (hospital geral público ou privado, unidade básica de saúde, clínica particular). Embora reconheçamos que o enfermeiro que atua na área de psiquiatria tenha mais experiência nesse sentido, sabemos que profissionais de outras áreas do trabalho precisam estar preparados para dar cuidados ao portador de transtorno emocional.

Para MINZONI *et al* (1977), a saúde mental é um componente essencial da saúde, um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do enfermeiro promover a saúde mental das pessoas. Destaca que a assistência na prática de enfermagem, centralizada na doença e no doente hospitalizado, deveria concentrar-se na pessoa com seus comportamentos específicos, os quais significam um grito, um alerta, para sua necessidade de ajuda.

Há vários anos observamos, como enfermeiras, o aumento de clientes relatando sintomatologia sugestiva de depressão, recorrendo aos serviços da rede básica de saúde e nas diferentes clínicas e ambulatórios.

A depressão é uma patologia mental muito freqüente na população em geral, incapacitante e nos casos mais graves, impossibilita a pessoa de realizar suas funções habituais, inclusive cuidar de si mesma. É potencialmente letal, enquanto envolve risco de suicídio que, em alguns casos graves, o custo pode ser muito alto, tanto para o paciente e sua família como para a comunidade. A baixa produtividade das pessoas afetadas e as ausências do trabalho representam perdas importantes (OPAS/OMS, 1999). Resulta em muitos dias de desabilitação e em 12 vezes mais recidiva do que doenças crônicas do coração, hipertensão arterial, diabetes e dores lombares (WILLIANS *et al.*, 1999).

A unidade básica de saúde, seja na versão mais antiga tipo centros de saúde, seja pelo lado da atenção primária, seja embarcada no movimento sanitário, e mesmo no discurso dos conservadores, pode ser localizada em todos eles e a ela se atribui o papel de ser simples, menos complexa,

imediatamente acessível por todos, a porta de entrada do sistema. A unidade básica de saúde foi pensada como a porta de entrada de um sistema público de saúde. Este serviço absorveria a demanda universal, daria resolutividade a quase 80% das intercorrências, encaminharia para serviços especializados e internações os casos de maior complexidade, acompanharia programaticamente grupos etários ou crônicos, processaria uma vigilância em saúde, em sua área de abrangência, e ainda realizaria a relação política com o seu entorno (BOTAZZO, 1999).

Desse modo, a unidade básica seria o lugar de atendimento de problemas de saúde de menor complexidade, e neste sentido ela se confunde com a idéia de atenção primária ou atendimento básico de saúde. A unidade básica é o lugar concreto do trabalho em saúde, daquele que foi pensado como programação ou planejamento, e por isso este lugar seria nitidamente a forma de organização que daria aquelas características e os contornos da saúde pública/coletiva que as demais formas organizativas da produção de cuidados não conseguiriam dar. É colocada como o lugar de um trabalho, lugar onde sujeitos se confundem, lugar que, por ser porta, estabelece já a diferença entre o dentro e o fora (BOTAZZO, 1999).

Para este mesmo autor, os profissionais e suas corporações podem facilitar ou obstacularizar a implementação de políticas. Numa sociedade de cultura hospitalocêntrica como a brasileira, denuncia-se o mau funcionamento dos hospitais e sua crise é entendida como sinônimo de crise da saúde, não faltando opiniões que apelam para o estabelecimento de

políticas preventivas como forma de equacionar parte do problema e ao mesmo tempo esvaziar hospitais .

A partir de 1983, a unidade básica passou a ocupar lugar diferente no discurso sanitário.

A Reforma Sanitária com participação popular e sob controle social deveria gerar um sistema único, gratuito, universalizado, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e onde as ações produzidas tivessem a marca da integralidade (BOTAZZO, 1999).

Como bem sabemos e vivemos como indivíduos e profissionais, não foi bem isto o que ocorreu na sua integralidade e a rede de unidades básicas está longe de assegurar atendimento minimamente resolutivo, prevalecendo as ações curativas, em detrimento das preventivas.

Nos anos 70 e mais precisamente em meados de 80, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira produziu significativa obra teórico-política para o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde.

Mesmo com a reforma psiquiátrica e as novas políticas de saúde mental, as doenças emocionais não recebem a devida atenção e espaço nos programas de saúde pública, principalmente no aspecto de prevenção e promoção à saúde mental. Isso não é diferente no que se refere a assistência de enfermagem em saúde mental, que parece não se preocupar com a prevenção da doença mental e com a assistência de enfermagem ao indivíduo em sofrimento psíquico. Chamamos a atenção em especial para a depressão, nos diferentes serviços de saúde, inclusive nas UBS.

O enfermeiro geralmente é (ou pelo menos deveria ser) o profissional que primeiramente entra em contato com o cliente na rede básica de saúde e a depressão é uma doença muito freqüente na população em geral.

A precariedade ou ausência de serviços de atenção a saúde mental envolve fatores políticos, econômicos, sociais, organizacionais, comorbidade e outros.

Nesse sentido, os profissionais em atividade na rede, em qualquer especialidade, mas principalmente nos serviços de atenção primária, emergências e atendimento à grupos vulneráveis à doenças na população, nem sempre estão preparados para deparar-se com o portador de transtorno mental e sua sintomatologia. Esta afirmação tem por base a nossa experiência com a formação dos profissionais (especialmente, os enfermeiros) em nível de bacharelado, de especialização, ou mesmo de pós-graduação *stricto-sensu* (OPAS/OMS, 1999).

A humanização do cuidar se faz necessária. Conhecer o paciente, identificando suas necessidades é tarefa imprescindível para toda a enfermagem. A enfermagem psiquiátrica e a assistência de enfermagem à saúde mental dos indivíduos não devem existir como algo separado da enfermagem em geral e vice-versa.

Na enfermagem atual, influenciada pelo referencial das relações humanas, o enfoque deixa de ser apenas o físico/biológico da doença, passando a considerar a pessoa num contexto de relações do paciente, relações, onde o enfermeiro estaria explorando o seu "ser" profissional como instrumento de assistência (RODRIGUES & SCHNEIDER, 1999).

Os conhecimentos das funções fisiológicas, biológicas e psicológicas do organismo, proporcionam maior entendimento do processo saúde – doença dos indivíduos no seu contexto social.

Concordamos com TRAVELBEE (1982) que a atenção de enfermagem deveria ser uma atenção inteligente e individualizada, que refletisse a complexidade dos indivíduos, porque como disse MINZONI *et al.* (1977), a pessoa é um participante-ativo no processo de interação terapêutica.

O enfermeiro atua na rede básica de saúde, nos diversos tipos de atendimento, como um dos atores sociais da assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico, dado que a intenção dos serviços de saúde de atenção primária é funcionar como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, prestar assistência primária à comunidade através dos indivíduos, ocupando um lugar fundamental em suas vidas, o seu lugar de referência.

Vale lembrar que a atuação dos profissionais de enfermagem ocupa atualmente, dentro da equipe de saúde no Brasil a liderança oficial de mais de 50 % da força de trabalho em saúde (MIRANDA, 1997).

Conforme BASAGLIA (1985), a maior dificuldade da renovação institucional está nos obstáculos que a equipe terapêutica encontra no esforço de renovar a si mesma e readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não- liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade.

Segundo BARROS (1996), observa-se o inovador trabalho que vários enfermeiros vêm realizando em serviços de saúde mental, fazendo supor

que o preparo para o exercício profissional do enfermeiro tem se dado no próprio mercado de trabalho já que, em tese, o ensino de enfermagem não incorporou em suas práticas ações baseadas no novo paradigma contido na atual política de saúde mental.

Por outro lado, o principal desafio colocado para a atuação da enfermagem em saúde mental é a formação de seus agentes em saúde mental que ainda se dá predominantemente dentro dos hospitais psiquiátricos tradicionais e portanto, o ensino ainda não incorporou integralmente a nova filosofia de Reforma Psiquiátrica (FRAGA, 1998).

Podemos citar ainda que o melhoramento da prática de enfermagem em Saúde Mental, entre outros fatores, depende da reestruturação dos programas de ensino, do fortalecimento das atividades de pesquisa e dos serviços de enfermagem, como também de uma melhor articulação docente assistencial (ESPERIDIÃO *et al.*, 1992).

A motivação de todo trabalho preventivo do enfermeiro psiquiátrico é evitar a cronificação de transtorno mental. A pessoa em crise utiliza todos os recursos (bio-psico-socio-cultural) para manter seu equilíbrio e, na falta desses recursos, podendo necessitar de ajuda externa, seja profissional ou não (RODRIGUES, 1996).

Consideramos que sistematicamente a enfermagem deve assistir e trabalhar para que as pessoas conquistem maior nível de saúde, autonomia, qualidade de vida, possibilidades de serem ouvidos, de fazerem escolhas e de terem seus direitos respeitados. Para FRAGA (1998) somos todos responsáveis por esta luta, independente de nossas questões corporativas

O compromisso da enfermagem é com a vida, ou seja, com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico sob seus cuidados, independentemente da gravidade diagnóstica de cada caso e do tempo que ele dispõe (OSINAGA, 1999).

A enfermagem, atuando junto à rede básica de saúde tem muitas possibilidades de desenvolver a assistência em saúde mental de forma eficaz e concreta.

Enquanto profissionais, presenciamos no cotidiano a falta de atendimento ao portador de depressão. Quando este é atendido, é acompanhado precariamente, não recebendo atenção adequada e eficaz especialmente no que se refere ao atendimento médico e de enfermagem, sendo considerado um chato, insistente, resistente. Muitas vezes, o cliente entra numa unidade de saúde e sai sem o diagnóstico de depressão e sem tratamento adequado.

Como esta situação é frequente no cotidiano dos enfermeiros da rede básica de saúde, vislumbramos a importância e a necessidade de um estudo sobre a assistência de enfermagem na rede básica de saúde, frente à pessoa com depressão. Assim primeiramente procuramos saber o que pensa o enfermeiro da rede básica de saúde sobre a situação do cliente em depressão? Que conhecimentos tem o enfermeiro na assistência de enfermagem ao indivíduo deprimido?

3 FALANDO SOBRE DEPRESSÃO

3.1 Uma visão geral

De acordo com AURÉLIO (2000), a palavra depressão significa: ato de deprimir-se, debilitar; enfraquecer; causar angústia, abater-se; sofrer; angustiar-se. BLAKISTON (1987) entende a depressão como queda ou redução da função. Em Psiquiatria seria tristeza extrema, melancolia ou abatimento que, ao contrário do pesar, são irreais e fora de proporção com qualquer causa alegada; pode ser um sintoma de algum transtorno psiquiátrico ou a manifestação primordial de uma reação psicótica depressiva ou de uma neurose.

O termo depressão, na linguagem corrente, pode designar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Pode referir-se a um sintoma, a uma síndrome e a uma entidade nosológica.

A depressão enquanto sintoma pode estar associada aos quadros clínicos, tais como o transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo ou doenças clínicas. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto síndrome, inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia) mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como sono e apetite. LAFER *et al.*(2000) e LAKS (1999)

também consideram a depressão como uma síndrome que pode acompanhar doenças sistêmicas, neurológicas e/ou neuropsiquiátricas. Como um transtorno, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado.

KAPLAN & SADOCK (1997) caracterizam a depressão, como um episódio patológico no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbios de sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamento de morte ou suicídio. Segundo MATHENEY & TOPALIS (1971), depressão é um estado de humor caracterizado por lentidão e retardo do processo ideativo e da atividade motora. Inicia-se com um quadro de lentidão geral associado a sensação de tristeza, melancolia, abatimento e perda da iniciativa.

O paciente deprimido sofre de intenso sentimento de culpa, tem idéias depreciativas sobre si mesmo e falsas crenças que o levam a acusar-se de inúmeros delitos (MERENESS, 1973).

Todas as pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, sozinhas ou infelizes. Uma pessoa que sofreu perda de um ente querido ou emprego pode sentir-se “deprimida”. Na maioria das vezes, estará experimentando um sentimento normal e absolutamente compreensível. Sentir-se deprimido, nem sempre significa um processo patológico.

Por outro lado, nos Estados Unidos a literatura relata um dado alarmante em que 50% dos pacientes deprimidos que buscam atenção primária permanecem sem ser diagnosticados e sem receber tratamento, o

que repercute em uma carga excessiva de sofrimento, elevada morbidade e mortalidade, e contínuo risco de suicídio (MONTGOMERY, 1997).

Concordamos com TEIXEIRA (1993) que os membros da equipe de saúde têm de tomar medidas imediatas para assistir ao cliente identificado com depressão, pois o risco de suicídio é uma constante.

Além disso, a depressão é uma doença altamente incapacitante, interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal e profissional, social e econômica das pessoas acometidas.

Nesse sentido, pensamos que existe a urgente necessidade dos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro que atua na rede básica de saúde desenvolverem ações voltadas ao cliente com depressão.

O indivíduo que teve ou tem transtorno do humor luta não só contra a angústia que ele provoca, mas também contra o preconceito. Em geral não é visto como um doente, mas como um fraco, ou seja, aceitar transtorno mental ou é loucura ou é frescura.

Se a depressão envolve alto grau de incapacitação, leva a sérios danos morais, físicos, psicológicos e financeiros, ou seja, causa enormes problemas sociais.

Na rede básica de saúde existem poucos serviços de atenção à saúde mental dentro dos programas de Saúde Pública. Entretanto, a rede básica de saúde (UBS, ambulatório de especialidades - AE, vigilância epidemiológica – VE e outros) é considerada a porta de entrada de todo o sistema de saúde. É nestes locais onde o indivíduo, portador de depressão, vai inicialmente tentar buscar ajuda. É claro que na grande maioria das

vezes, o cliente desconhece ser portador de tal doença, mas quem precisa saber identificar e encaminhar é a equipe de saúde.

Além disso, as formas moderadas de depressão podem apresentar-se mascaradas. O cliente procura ajuda profissional e tem como queixa principal, uma dor de cabeça persistente, uma dispepsia com falta de apetite, constipação, gosto ruim na boca (D'ANDREA, 1986). Sendo assim, o profissional que atende na rede básica de saúde deve estar alerta.

Lembramos que a depressão (a exemplo de outras doenças) diagnosticada e tratada precocemente, também pode ser resolvida mais rapidamente e não causar tantos prejuízos aos indivíduos acometidos, evitando, principalmente o suicídio nos indivíduos deprimidos.

Consideramos que os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção, não estão preparados para prestar atenção à saúde mental dos indivíduos e, na maioria dos casos, para realizar diagnósticos de transtornos mentais, incluindo a depressão.

É tarefa da equipe de saúde reconhecer as manifestações de comportamento do cliente, estando ciente que a depressão pode ir de um grau leve até um grau profundo. É sua tarefa e um compromisso ético assistir o indivíduo deprimido com qualidade e eficiência.

Os outros profissionais de saúde também precisam fazer este diagnóstico. Um bom trabalho em equipe como o próprio nome já diz; precisa da participação efetiva e constante de todos os componentes para que se obtenha resultados eficazes.

A presente pesquisa focaliza a depressão do ponto de vista da responsabilidade profissional do enfermeiro. O enfermeiro, sendo um dos profissionais da saúde que tem contato direto, prolongado e constante com os clientes dos serviços de saúde está em posição de fazer o diagnóstico, identificando os sinais indicativos de depressão e o levantamento das possíveis dificuldades do seu portador.

O tempo normalmente designado a uma consulta de atenção primária, raras vezes é suficiente para permitir uma entrevista psicológica adequada. Por este motivo, quando se suspeita de depressão no cliente, é aconselhável fazer uma entrevista mais extensa, assegurando que sua duração será adequada para efetuar uma evolução diagnóstica minuciosa (MONTGOMERY, 1997).

Naturalmente, é muito importante a maneira como se realiza a entrevista. A atmosfera deve ser a mais relaxante possível, de tal modo que o paciente não se sinta amedrontado e tenha confiança.

O profissional deve estar alerta e ser sensível a pistas ocultas. É preciso uma atitude receptiva, disposição em escutar, observação acurada do comportamento e do conteúdo da comunicação do outro.

3.2 Principais aspectos históricos e epidemiológicos

Desde a antigüidade, a depressão tem sido registrada, tal como a história do Rei Saul que descreve uma síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ajax, na Ilíada, de Homero. Cerca de 400 aC, Hipócrates fez os primeiros relatos de melancolia, como um estado de

aversão à comida, insônia, irritabilidade e inquietude. Os gregos acreditavam que as pessoas com temperamento melancólico, sob influência de Saturno, secretavam “bile negra” a qual enegrecia o humor influenciando o cérebro, dando início assim às teorias neurobiológicas dos transtornos do humor. No início do século XIX, Esquirol descreveu vários quadros delirantes de melancolia. Em 1882, o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, usou o termo “ciclotimia”, descrevendo a mania e a depressão como estágios da mesma doença. No final do século XIX e início do século XX, os estudos desenvolvidos por Kraepelin tiveram contribuições fundamentais na caracterização dos quadros do humor como entidades nosológicas (KAPLAN & SADOCK, 1997).

Ainda esses autores referem que nessa época Neyer cunhou o termo psicobiologia dos transtornos mentais preferindo o termo depressão à melancolia para contemplar os aspectos biológicos. Na década de 40, foi demonstrada a eficácia do lítio no tratamento dos quadros de mania aguda. No final da década de 50, redobrou o interesse pelos aspectos biológicos dos transtornos mentais com a introdução da clorpromazina. Também, na década de 50, surgiram os antidepressivos tricíclicos, tendo por base sua ação anticolinérgica. Durante 20 a 25 anos pouco avanços foram registrados. Na década de 90, maior ênfase tem sido dada a mecanismos nucleares (moleculares) dos efeitos dos antidepressivos e atualmente, os estudos etiológicos são direcionados para um modelo integrativo que abrange aspectos neuroquímicos, neuroimunológicos, neuroendocrinológicos, psicológicos e ambientais.

A depressão é reconhecidamente um problema prioritário de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 1990 a depressão maior unipolar foi a principal causa de “anos vivido com incapacitação” em países desenvolvidos e que em 2020 será também a maior causa em mulheres e em países em desenvolvimento (CARDOSO & LUZ, 1999).

É apontada como uma das epidemias do século, aparecendo entre as primeiras colocadas. A Organização Mundial de Saúde afirma que 20% da população mundial um dia padecerá deste mal. A vida atribulada com as rápidas mudanças sócio-econômicas das últimas décadas tem gerado no homem uma série de problemas e o aumento de doenças mentais parece ter a ver com essas mudanças (PEREIRA, 1998).

Como ainda não surgiu nenhum tratamento preventivo, os médicos dão como certo que vão aparecer 2 milhões de novos deprimidos clínicos no mundo a cada ano, sendo que no Brasil serão mais de 10 milhões de sofrendores patológicos (CARDOSO & LUZ, 1999).

Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – CID 10, no período de abril/2000 – março/2001 tem-se a seguinte morbidade hospitalar em relação aos transtornos de humor (afetivos): óbitos = 52, média permanência = 33,3 dias, valor total = 29.243.143,34 e internações = 37.484.

De acordo com CARDOSO & LUZ (1999) é um mal muito comum entre as mulheres, superando o câncer de mama e as doenças cardíacas. No ano de 2020, segundo a OPAS/OMS (1999) será a segunda moléstia que

mais rouba vida útil da população sendo superada apenas pelas doenças do coração.

A depressão também é apontada como uma das epidemias do século, aparecendo entre as primeiras colocadas. A Organização Mundial de Saúde afirma que 20% da população mundial um dia padecerá deste mal. A vida atribulada com as rápidas mudanças sócio-econômicas das últimas décadas tem gerado no homem uma série de problemas. O aumento de doenças mentais parece ter a ver com essas mudanças (PEREIRA, 1998).

Segundo KATON & SULLIVAN (1990) muitas doenças físicas estão associadas com a depressão. Entre elas: desordens endócrinas (hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes) e desordens neurológicas (esclerose múltipla, doença de Parkinson, enxaqueca, epilepsia, encefalite, tumor cerebral).

Em torno de 31 a 50% da população brasileira apresenta durante a vida pelo menos um episódio de algum transtorno mental, e cerca de 20 a 40% da população necessita, por conta desses transtornos, de algum tipo de ajuda profissional. São dados que indicam a grande importância social dos transtornos mentais (em especial a depressão, como justifica este estudo), a necessidade de seu reconhecimento e de assistência adequada (DALGALARRONDO, 2000).

De acordo com MONTGOMERY(1997), a depressão é um dos processos patológicos que se apresenta com maior frequência na atenção primária médica, sendo cerca de 10% de todas as novas consultas. Estudos epidemiológicos sugerem que existe uma prevalência desta enfermidade ao

longo da vida em 8 a 12% nos homens e 20 a 26 nas mulheres. E que 50% dos pacientes deprimidos buscam ajuda na atenção médica primária e permanecem sem ser diagnosticados e sem receber tratamento, o que repercute em excessiva carga de sofrimento, elevada morbiidade e mortalidade e contínuo risco de suicídio.

Estudos apontam que 20 % dos indivíduos com doenças severas crônicas (diabetes, câncer e doenças do coração) desenvolvem depressão. Com frequência, os pacientes com depressão focalizam suas queixas sobre os componentes somáticos de seus quadros depressivos e minimizam ou eventualmente negligenciam seus sintomas cognitivos e afetivos. Por outro lado frequentemente a ocorrência de depressão com doenças médicas causa amplificação das queixas somáticas (BURVILL, 1995).

Estes dados reforçam nossa opinião, de que há a necessidade urgente em desenvolver ações da equipe de saúde (em especial, o enfermeiro) pertinentes a depressão na rede pública de saúde.

WILLIAMS *et al.* (1999) referem que a depressão tem determinado maior custo/ benefício médico, resultando em muitos dias de desabilitação e em doze vezes mais recidivas do que doenças crônicas tal como doenças do coração, hipertensão e diabetes.

O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos relatou um gasto anual de U\$ 148 bilhões para os transtornos mentais (a depressão é a mais comum), U\$ 128 bilhões para doenças do coração, e U\$ 104 bilhões para o câncer. Estimou-se o custo anual de depressão em U\$ 44 bilhões. Este custos chegam a U\$ 24 bilhões perdidos por causa da falta e baixa

produtividade ou U\$ 3000 anual por pessoa/funcionário deprimido para o empregador (GREENBERG et al., 1993).

3.3 Tipos de depressão

Na literatura atual encontram-se os seguintes quadros mencionados: transtorno depressivo maior, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar I e II, depressão como parte da ciclotímia (WILLIAMS *et al.*, 1999; LAFER *et al.*, 2000; DALGALARRONDO, 2000).

As distinções entre os transtornos do humor, anteriormente reconhecidas na clínica foram verificadas e são oficialmente reconhecidas desde a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994).

A depressão como já foi dito, é conhecida atualmente como transtornos do humor. Os dois principais transtornos do humor são o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar I.

A maioria das pessoas consideradas normais experimentam uma ampla faixa de variação dos humores acompanhados por um repertório variado de expressões afetivas. Esses humores e afetos ocorrem sob o controle mais ou menos consciente da pessoa que os experimenta.

Concordamos com KAPLAN & SADOCK (1997) quando diz que os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Como consequência, no humor elevado (mania) ocorre expansividade, fuga de idéias, sono diminuído, auto-estima

elevada e idéias grandiosas. No humor deprimido (depressão) há perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldades para concentrar-se, perda do apetite e pensamentos sobre morte e suicídio. Outros sinais e sintomas de transtornos do humor incluem alterações nos níveis de atividade, capacidades cognitivas, linguagem e funções vegetativas (sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos), comprometendo quase sempre o funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

3.4 Aspectos biológicos, genéticos, psicológicos e sociais da depressão

A literatura reconhece como fatores causais da depressão tanto os fatores biológicos, como os genéticos e os psicossociais.

a) Aspectos biológicos

A neuroquímica, nos últimos 30 anos é a área que vem recebendo maior destaque nas pesquisas sobre a fisiopatologia da depressão e apresentou importante progresso. Os principais sistemas envolvidos na fisiopatologia da depressão são os sistemas monoaminérgicos da noradrenalina, serotonina e dopamina (LAFER *et al.*, 2000).

Alterações neuroquímicas são estudadas durante a fase ativa da doença (uni e bipolar), podendo representar apenas um “estado neuroquímico” alterado que não representaria um “verdadeiro traço neuroquímico” subjacente. KAPCZINSKI *et al.*(2000) revela que os avanços só terão efetivo sucesso se acompanhados de rigor metodológico na

adequada identificação de casos e não-casos de transtornos de humor em estudos longitudinais.

Alguns apontam anormalidades cerebrais como alterações volumétricas, metabólicas e de fluxo sanguíneo em pacientes com transtornos do humor. Porém, esses estudos têm limitações metodológicas (LAFER *et al.*, 2000).

b) Aspectos genéticos

Desde o século XIX, tem-se procurado demonstrar a existência de um componente genético para as depressões. Foram desenvolvidos estudos genético-epidemiológicos com famílias, gêmeos e adotados.

Segundo LAFER *et al.* (2000), estudos com gêmeos convergem para estimar a herdabilidade na depressão unipolar em torno de 40% e na depressão bipolar. Entretanto, uma das dificuldades centrais é a caracterização precisa do fenótipo (características observáveis num indivíduo), ao qual se pretende relacionar a uma determinada constituição genética ou fenótipo.

Chamou nossa atenção, o estudo relatado por KAPCZINSKI *et al.* (2000) tendo em vista a importância da intervenção precoce nos transtornos do humor. É a informação de que a indução de fatores dos genes de transcrição não ocorre apenas de imediato, mas que há uma série de efeitos de longo prazo em vários neuropeptídeos.

c) Aspectos psicológicos

Nos últimos vinte anos, houve crescente desenvolvimento no estudo dos aspectos psicológicos dos transtornos depressivos. Esse

desenvolvimento contribuiu não apenas para melhor compreensão da depressão, mas também para o seu tratamento (LAFER *et al.*, 2000).

Ao tentar conhecer e compreender a depressão sob aspectos psicológicos são apontadas algumas abordagens teóricas: - comportamental (utiliza técnicas de reforço positivo ou de ausência de reforço, de solução de problemas, do desamparo aprendido); - cognitiva (abordagem diretiva racional-emotivo, utiliza técnicas de auto-instrução e de reestruturação cognitiva); - interpessoal (não diretiva centra-se no aqui e no agora tendo como referência a comunicação; - construtivista (trabalha com base na reconstrução dos esquemas, dos pressupostos e das crenças básicas) (LAFER *et al.*, 2000)..

Em geral, pacientes com depressão crônica lidam com o mundo através de operações concretas; a visão de si mesmos depende da visão dos outros; conseguem dialogar com os outros mas não conseguem analisar simultaneamente a visão própria e da sociedade. Nesse sentido, as terapias comportamental-cognitiva e cognitiva adaptam-se bem. As terapias construtivistas são mais indicadas para penas que têm uma compreensão maior ou está apta a entender os diferentes sistemas e hierarquias que influenciam seu comportamento. Sob a perspectiva psicanalítica, a depressão é considerada um fenômeno psicopatológico de extrema complexidade e as respostas terapêuticas são, também, muito variadas; não permitindo uma base uniforme de observação, ou de expectativa (LAFER *et al.*, 2000).

Do ponto de vista psicanalítico, (sem negar o papel dos neurotransmissores) acredita-se que os processos depressivos estão associados a fantasias inconscientes ou fruto da significação atribuída inconscientemente às vivências emocionais, ou é o resultado final da dificuldade de elaboração, por parte do aparelho psíquico, da ansiedade depressiva.

d) Aspectos sociais

Acontecimentos vitais estressantes precedem, mais freqüentemente, os primeiros episódios de transtornos do humor do que episódios subsequentes. O estresse que acompanha o primeiro episódio resultaria em alterações duradouras na biologia do cérebro com repercussão nos estados funcionais de vários sistemas neurotransmissores e sinalizadores intraneuronais (KAPLAN & SADOCK, 1997).

Diversos relatos apontam a relação entre o funcionamento da família e o início e curso dos transtornos de humor, assim como o grau de psicopatologia na família pode afetar o índice de recuperação, o retorno dos sintomas e o ajuste pós-recuperação do paciente. (LAFER *et al.*, 2000).

A vida moderna parece estar influenciando no aparecimento e no curso de doenças depressivas. O mundo está mais exigente, ameaçador, competitivo e criador de grandes expectativas, mais violento e inseguro. Espera-se que cada indivíduo, seja capaz de se orientar e se defender no ambiente em que vive.

A prevenção da cronicidade da depressão é o primeiro objetivo da equipe de saúde. No entanto, a realidade mostra algo diferente do que se

preconiza pois observa-se o aumento de casos de cronicidade decorrente de tratamento inadequado.

Atualmente, encontram-se disponíveis diversos tipos de tratamento que podem ser realizados em assistência ambulatorial e hospitalar. Entre as opções de tratamento, incluem-se medicamentos como antidepressivos tricíclicos, inibidores dos monoaminoxidase, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, as psicoterapia, os exercícios dirigidos a eletroconvulsoterapia e terapias comportamentais e cognitivas.

3.5 Sintomatologia

Levam-se em conta, no diagnóstico da depressão: sintomas psíquicos; fisiológicos e evidências comportamentais.

MONTGOMERY(1997) sugere um guia diagnóstico onde obtém-se um grupo de *sintomas cardinais e adicionais*.

Os principais *sintomas cardinais* são citados em vários esquemas diagnósticos são: Tristeza; Falta de interesse; Diminuição do apetite; Menor duração do sono (insônia no início, na metade ou no final do sono); Dificuldades para concentrar-se; Cansaço; Pessimismo; Idéias suicidas.

Os sintomas cardinais não devem ser considerados um grupo exclusivo, pois freqüentemente os pacientes deprimidos manifestam muitos outros sinais adicionais. Se os sintomas cardinais se acharem encobertos, podem proporcionar pistas valiosas para estabelecer a natureza do transtorno.

Sintomas adicionais: ansiedade; irritabilidade; agitação ou enrijecimento; psicomotor; hipersonia; moléstias e dores ou transtornos somáticos; aumento de apetite; insegurança; incapacidade para agir frente a uma situação; hipocondria.

Para se estabelecer um diagnóstico confiável, devido a natureza sindrômica da depressão, se requer a presença de vários sintomas cardinais.

Existem esquemas diagnósticos que definem critérios rigorosos para o diagnóstico da depressão (LAFER *et al.*, 2000). Alguns esquemas diagnósticos, com o DSM-III-R e CID10 requer a presença de cinco sintomas cardinais.

Estes critérios podem ser rigorosos demais, excluindo um grande número de pacientes com depressão tratável. Desse modo, sugere-se que para estabelecer um provável diagnóstico devem estar presentes um mínimo de três (nos homens) ou quatro (nas mulheres) sintomas cardinais durante pelo menos duas semanas (MONTGOMERY, 1997).

Ainda o mesmo autor, estes critérios menos rigorosos podem ser justificados pela dificuldade que existe para detectar múltiplos sintomas. Além, do que, é sabido que os homens tendem a reportar menos sintomas que as mulheres, não obstante padecendo de uma depressão da mesma severidade. Sendo preciso identificar menos sintomas nos pacientes masculinos para se estabelecer um diagnóstico. O diagnóstico da depressão é um processo sistematizado, que requer um enfoque receptivo e perceptivo. Quando se busca de uma forma construtiva, as pistas emergem

inevitavelmente: Lembrar que a busca de pistas consiste também, em reunir dados e fragmentos de informações aparentemente sem conexão entre elas.

Convencionalmente fala-se em depressão quando estão presentes pelo menos cinco dos seguintes sintomas, por, pelo menos, duas semanas (CID – 10, 1997; DSM IV –1994): 1- humor depressivo; 2- perda de interesse ou prazer (um destes dois ou ambos são obrigatórios); 3- perda ou ganho de peso significativo; 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- indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; 9- pensamentos de morte recorrentes.

A OPAS/OMS (1999) com base no CID – 10 classifica como depressão grave (3 sintomas típicos e 4 adicionais), moderada (2 sintomas típicos e 3 adicionais) e leve (2 sintomas típicos e 2 adicionais – nenhum em grau acentuado)

Segundo LAFER *et al.* (2000), os sintomas no *plano psíquico* podem ser:

- **Humor depressivo.** Sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa. O humor pode ser irritável, ou “rabugento”, em crianças e adolescentes. Alguns pacientes mostram-se antes “apáticos” do que tristes, referindo-se muitas vezes ao “sentimento da falta de sentimentos”. Tudo parece vazio e sem graça; os pacientes costumam lidar ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditando que perderam de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida.

Com freqüência, o deprimido julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invocando a morte para aliviar os que o assistem na doença. As idéias de suicídio, são freqüentes e temíveis. Tem como motivações para o suicídio, as distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definidos e intransponíveis; tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Alguns ainda buscam a morte como forma de expiar suas supostas culpas. Os pensamentos de suicídio vão desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o ato). Estes pensamentos de morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito (LAFER *et al.* 2000).

- **Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas como agradáveis.** Os deprimidos podem relatar que não se interessam mais pelos seus passatempos prediletos; as atividades sociais são freqüentemente negligenciadas, e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis “obrigações”.

- **Fadiga ou sensação de perda de energia.** As pessoas deprimidas podem relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico. As tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial. Na execução das tarefas lentifica-se o tempo. DALGALARRONDO (2000) classifica a fadiga, cansaço fácil e

constante (sente o corpo pesado) como alterações da esfera instintiva e neurovegetativa.

- **Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões.** Pessoas relatam que agora parece custar esforços intransponíveis, decisões antes quase automáticas. O paciente pode se demorar infidavelmente para terminar um simples relatório, pela incapacidade em escolher palavras adequadas. Pode estar notavelmente lentificando o curso do pensamento. Como por exemplo, professores experientes queixam-se de não conseguir preparar as aulas mais rotineiras, programadores de computador pedem para ser substituídos pela atual “incompetência”. Em função da fatigabilidade e déficit de atenção, desinteresse generalizado, geralmente crianças e adolescentes têm queda em seus rendimentos escolares (LAFER *et al.*, 2000).

Sintomas fisiológicos associados à depressão:

- **Alterações do sono** (com mais freqüência a insônia, podendo ocorrer também a hipersonolência). A insônia mais típica é a intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a conciliar o sono) ou terminal (acordar mais precocemente, pela manhã) Ainda, pode ocorrer insônia inicial. Com freqüência menor, os indivíduos podem se queixar de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia.

- **Alterações do apetite:** é mais comum perda do apetite, podendo ocorrer também o seu aumento. As pessoas precisam muitas vezes esforçar-se para comer, ou serem ajudadas por terceiros a se alimentar. As crianças não podem não ter o esperado ganho de peso no tempo

correspondente, pela inapetência. Algumas formas específicas de depressão são acompanhadas de aumento do apetite, mostrando-se caracteristicamente aguçado por carboidratos e doces.

- **Redução do interesse sexual da libido** (do desejo sexual) e da **resposta sexual** (disfunção erétil, orgasmo retardado ou anorgasmia).

- **Alterações observáveis do comportamento:** retraimento social; crises de choro (choro fácil e/ou freqüente); sintomas afetivos como comportamentos suicidas, Ideação negativa, pessimismo em relação a tudo, idéias de arrependimento e de culpa; visão de mundo marcada pelo tédio (“a vida é vazia, sem sentido, nada vale a pena”), idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre, ideação e planos ou atos suicidas como alterações ideativas; retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora. A tendência a permanecer na cama por todo o dia (com o quarto escuro, recusando visitas, etc.); aumento na latência entre as perguntas e as respostas; lentificação psicomotora até o estupor; diminuição da fala, redução da voz, fala muito lentificada; mutismo (negativismo verbal) e negativismo (recusa à alimentação, a interação pessoal, etc.) como alterações da volição e da psicomotricidade.

É importante ainda lembrar, que no diagnóstico das depressões, algumas vezes o quadro mais típico pode ser mascarado por queixas proeminentes de dor crônica (cefaléia, dores vagas no tórax, abdômen, ombros, região lombar, etc.). Com freqüência, a ansiedade está associada. As queixas de caráter hipocondríaco costumam ser muito comuns, principalmente em idosos (LAFER *et al.*, 2000).

No que se refere as alterações dos ritmos circadianos, muitas destas funções encontram-se alteradas nas depressões, como por exemplo, a regulação da temperatura e do ritmo de produção do cortisol . Sendo as alterações mais conspícuas aquelas relacionadas ao ritmo do sono (LAFER *et al.* ,2000).

4 OBJETIVOS

Identificar o conhecimento e os pontos de vista sobre depressão dos enfermeiros que atuam na rede básica de saúde do município de São José do Rio Preto – SP.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida através de questionários e escalas, buscando investigar o ponto de vista e o conhecimento do enfermeiro sobre depressão.

De acordo com ANDRÉ (1995), os termos qualitativo e quantitativo devem ser reservados para designar o tipo de dado coletado, ou seja, para diferenciar técnicas de coleta de dados. O emprego de termos mais precisos deve ser usado quando se identificar as diferentes modalidades de pesquisa ou determinar o tipo de pesquisa realizada.

O método deve ser apropriado ao problema e ao objetivo da Investigação. KOIZUMI (1992) afirma que o problema a ser estudado determina o método a ser utilizado para a pesquisa.

A abordagem quantitativa foi escolhida para esta pesquisa, tendo em vista o tipo de dados requeridos.

Utilizamos a psicometria, ou seja, procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar a informação.

Psicometria é um tipo medida em ciências do comportamento. Em seu sentido etimológico, psicometria seria toda classe de medida em psicologia e, em seu sentido mais restrito, uma das várias formas de medição em psicologia. PASQUALI (1996) caracteriza a psicometria dentro de uma orientação epistemológica quantitativista, do ramo das ciências empíricas.

A medida escalar se constitui em uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir; incluindo os testes psicológicos, os inventários, os questionários, as escalas, apresentando os parâmetros mínimos para se constituir em instrumento legítimo e válido, segundo os estudos de PASQUALI (1996).

Além da análise quantitativa, utilizamos também a análise qualitativa descritiva para os resultados individuais.

5.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em serviços da rede básica de saúde do Município de São José do Rio Preto que continham o profissional enfermeiro em seu quadro de pessoal, no período de planejamento da pesquisa. O município em questão foi escolhido porque é centro de uma região econômica e de serviços de saúde.

São José do Rio Preto está situada a 451 Km da cidade de São Paulo, ao norte do Estado. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2000), o município possui 357.862 habitantes.

Através de ofício ao secretário de saúde do município de São José do Rio Preto e ao diretor da DIR-XXII, foi solicitada a autorização para a execução deste estudo.

Foi feito um levantamento junto à Secretaria Municipal de Saúde, sobre a existência de unidades de saúde com profissional enfermeiro responsável, localização e horário de funcionamento. Na DIR-XXII levantou-se o número de enfermeiros do serviço. Foram incluídas 28 unidades de

saúde,: 1- Vila Toninho 2- São Francisco 3- Ambulatório do Pátio 4- Vila Elvira 5- Jardim Americano 6- Parque Industrial 7- Jardim Residencial Vetorasso 8- São Deocleciano 9- Vila Anchieta 10- Vila Mayor 11- Eldorado 12- Solo sagrado 13- C. T. A. 14- Vila Maceno (UBS- Central) 15- CAPS 16- Talhado 17- Engenheiro Schimidt 18- Gonzaga de Campos 19- Jardim Santo Antônio 20- Jaguaré, além de 1 ambulatório de especialidade; 1 ambulatório de saúde mental; 1 centro de testagem e aconselhamento; 1 serviço de assistência especializado; 3 serviços de vigilância epidemiológica; 1 centro de atenção psicossocial. Todas possuem enfermeiro no seu quadro funcional.

5.3 Sujeitos do estudo

A população deste estudo constitui-se de 80 enfermeiros que prestam assistência direta e/ou indireta na rede básica de Saúde do município e na direção da DIR XXII - São José do Rio Preto – SP.

Os 80 sujeitos estavam distribuídos nas unidades básicas de saúde, vigilância epidemiológica municipal, na Direção Regional de Saúde (DIR-XXII), um ambulatório de especialidade, um ambulatório de saúde mental, secretaria municipal da saúde, um centro de testagem e aconselhamento (CTA), um serviço de atendimento especializado (SAE) em doença sexualmente transmissível (DST) – AIDS e um centro de atenção psicossocial (CAPS). Desse total, 4 estavam em gozo de férias, 1 em licença saúde e 2 não quiseram participar.

5.4 Coleta de dados

Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - EERP/USP (em anexo). Foi desenvolvida com a autorização da direção técnica da DIR – XXII e Secretaria Municipal de São José do Rio Preto, além do consentimento pessoal de cada um dos entrevistados.

A cada sujeito foi solicitada a colaboração para esta pesquisa com esclarecimento dos objetivos e objeto da pesquisa, da forma de participação e do uso das informações, do anonimato e liberdade de participação. Assim o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelas partes.

Buscamos instrumentos já testados e que atendessem aos objetivos propostos. A coleta de dados foi feita através de quatro instrumentos auto-aplicativos A) Pontos de vista sobre depressão, B) Conhecimento do enfermeiro sobre depressão, C) Inventário de Beck; D) Escala de Zung. Os quatro instrumentos estão apresentados, de forma reduzida no corpo do trabalho.

O instrumento A possibilita identificar as atitudes do profissional enfermeiro com relação à depressão e o B pode avaliar os conhecimentos acerca da assistência do profissional enfermeiro à depressão em nível de atenção primária. Estes dois instrumentos foram criados pela OPAS/OMS a partir da iniciativa do desenvolvimento de um programa de redução e controle dos transtornos afetivos nas Américas, chamado de Programa Educativo para o profissional enfermeiro (OPAS/OMS, 1999).

São duas as variáveis analisadas neste estudo: os conhecimentos e pontos de vista dos enfermeiros.

Foram também utilizados as escalas C e D, como subsídio para este trabalho.

As escalas de avaliação da depressão ajudam na avaliação dos sintomas e do próprio diagnóstico, além de auxiliarem o acompanhamento do paciente e o resultado dos tratamentos (CALIL & PIRES, 1998).

Neste trabalho foram aplicadas com a finalidade de detectar e indicar a presença ou ausência de sintomas depressivos nos sujeitos participantes dessa pesquisa. Pensamos ser importante identificar qual a situação desta população no que se refere a presença ou ausência de sintomatologia depressiva, pois é um fator que pode interferir na assistência prestada ao indivíduo deprimido.

A OPAS/OMS (1999) desenvolveu um programa educacional em transtornos afetivos, dirigido ao profissional enfermeiro, capacitando o enfermeiro geral na identificação e manejo dos transtornos afetivos. No Brasil, em 1998 começou a ser realizado um destes programas na UNICAMP e em 1999 por docentes da EERP-USP, junto a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, nos quais os instrumentos também foram utilizados.

Oportunamente, foram agendadas as datas para a coleta dos dados que ocorreu nos meses de Dezembro de 2000 a Janeiro de 2001.

A coleta foi realizada pela pesquisadora.

A – Pontos de vista sobre depressão. É uma escala com 10 afirmativas, contendo graduação de 0 (desacordo) a 9 (acordo), os quais apontam diferentes pontos de vista sobre a depressão. Investiga o significado da saúde mental, a procura por aperfeiçoamento e sua conduta na prática, diante de portadores de transtorno afetivo.

Antes de responder o teste, o entrevistado respondia algumas questões de identificação e de atuação profissional na saúde mental: local de trabalho, data, nome (opcional), gênero, estado civil, ano em que se formou, tempo de formado e tempo no serviço atual, função atual e horas semanais de trabalho.

A- PONTOS DE VISTA SOBRE A DEPRESSÃO

Nº _____

Dia ____ Mês ____ Ano ____ LOCAL _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome(opcional) _____

Idade: ____ Sexo: Mas / Fem Estado Civil: solteiro / casado / amasiado / viúvo / separado / divorciado

Ano em que se formou: ____ Tempo de formado: ____ anos Tempo no serviço atual: ____ anos Renda mensal: _____

Função atual: _____ Horas / semanais de trabalho: _____

1- A saúde mental é para você uma área de alto / médio / baixo interesse?2- Você participou de algum curso de saúde mental nos últimos três anos? Sim / Não

3- Dos pacientes que você atendeu no último mês, aproximadamente:

Que percentagem tem depressão? _____ %

Que percentagem dos que tem depressão tomavam antidepressivos? _____ %

Que percentagem daqueles com depressão, você informou ou enviou ao médico? _____ %

Este questionário reflete diferentes pontos de vista sobre depressão. Queremos conhecer sua opinião referente ao que ocorre no seu trabalho diário. Considere como deprimidos aqueles pacientes nos quais você reconhece a depressão como uma parte importante do quadro clínico, não só aqueles que consultam o psiquiatra. Para cada afirmativa há uma hierarquia de números que vão de 0 (**desacordo**) até 9 (**acordo**). **FAÇA** um círculo no número que melhor reflita sua opinião. Não existem respostas verdadeiras ou falsas, somente opiniões. Na dúvida entre duas opções, faça um círculo naquela que lhe pareça mais adequada. Coloque o que efetivamente você pensa. Muito obrigada.

- 1- Como enfermeira, é fácil detectar pacientes deprimidos
desacordo 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo** *
- 2- Deprimir-se é um modo utilizado pelas pessoas frágeis para enfrentarem as dificuldades da vida
desacordo 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo** *
- 3- Pacientes deprimidos me irritam.
* **desacordo** 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo**
- 4- A depressão é a forma de ser de alguns pacientes, difícil de ser modificada.
* **desacordo** 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo**
- 5- Trabalhar com os pacientes deprimidos é uma tarefa agradável.
* **desacordo** 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo**
- 6- Grande parte dos pacientes depressivos podem ser assistidos em nível primário.
desacordo 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo** *
- 7- Como enfermeiro posso contribuir para diminuir o risco de suicídio de pacientes deprimidos.
desacordo 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo** *
- 8- Atender pacientes deprimidos é uma perda de tempo, já que nada os faz melhorar.
* **desacordo** 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo**
- 9- Como enfermeiro(a) posso contribuir para melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos
desacordo 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo** *
- 10- As pessoas deprimidas, em geral, querem compaixão, não procuram curar-se.
* **desacordo** 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9 **acordo**

Obs. O * corresponde a resposta esperada

B– Questionário de Conhecimento para o (a) enfermeiro(a). Caracteriza o entrevistado pelo número de ordem. Constitui-se de 12 questões, cada uma com cinco alternativas de respostas fechadas de conhecimento sobre depressão.

B – QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE DEPRESSÃO

Nº _____

<p>Por favor, faça um CÍRCULO em torno da resposta que lhe PAREÇA CORRETA.</p> <p>1. Qual das seguintes afirmativas está certa com relação à depressão?</p> <p>a. É uma enfermidade freqüente.</p> <p>b. É uma enfermidade que se apresenta principalmente nas mulheres.</p> <p>c. É uma enfermidade que pode ter complicações mortais.</p> <p>d. É uma enfermidade que pode ser diagnosticada por enfermeira.</p> <p>e. Todas as anteriores.</p>	
<p>As PRÓXIMAS três perguntas (2,3 e 4) serão respondidas segundo a seguinte história:</p>	
<p>Paciente de 32 anos, sexo feminino, secretária. Nos últimos três meses consultou o serviço de saúde dez vezes, com dores inespecíficas. Foi vista por um médico que lhe prescreveu analgésicos, sem melhoras. Os exames de laboratório são normais. Na última consulta, ela disse à enfermeira que nos últimos três meses também havia tido insônia durante a madrugada e que se sentia na maior parte do tempo fatigada, irritada e sem vontade de ter relações sexuais.</p>	
<p>2. Qual é o diagnóstico mais provável para esta paciente?</p> <p>a. Fobia</p> <p>b. Depressão *</p> <p>c. Esgotamento nervoso</p> <p>d. Transtorno de somatização</p> <p>e. Debilidade por anemia</p> <p>3. O que faria você com esta paciente?</p> <p>a. Informaria ao médico</p> <p>b. Perguntaria se tem idéias de suicídio</p> <p>c. Perguntaria sobre o consumo de álcool</p> <p>d. Todas as anteriores *</p> <p>e. Nenhuma das anteriores</p> <p>4. Que tratamento médico poderia servir para melhorar o quadro clínico desta paciente?</p> <p>a. Anfetaminas para reduzir a fadiga</p> <p>b. Analgésicos para dor de cabeça</p> <p>c. Vitaminas para melhorar o estado geral</p> <p>d. Imipramina para elevar o ânimo</p> <p>e. Todas as anteriores parecem apropriadas *</p> <p>5. Que tipo de psicoterapia pode ser útil para melhorar o quadro clínico desta paciente?</p> <p>a. Nenhuma</p> <p>b. Psicanálise</p> <p>c. Interpessoal *</p> <p>d. Comportamental</p> <p>e. Psicoterapia breve</p> <p>6. Quais das seguintes situações podem estar associadas à depressão?</p> <p>a. Suicídio</p> <p>b. Acontecimentos estressantes</p> <p>c. Alcoolismo</p> <p>d. Todas as anteriores *</p> <p>e. Nenhuma das anteriores</p> <p>7. Quais dos seguintes critérios são necessários para o diagnóstico de depressão?</p> <p>a. Falta de interesse em realizar atividades antes prazerosas</p> <p>b. Ânimo depressivo, francamente anormal, durante a maior parte do dia</p> <p>c. Falta de vitalidade ou aumento da fadiga</p> <p>d. Dois dos três sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais *</p>	<p>8. Que efeitos secundários podem ser encontrados em pacientes que tomam antidepressivos tricíclicos?</p> <p>a. Secura na boca</p> <p>b. Visão turva</p> <p>c. Prisão de ventre ou obstipação</p> <p>d. Todas as anteriores *</p> <p>e. Nenhuma das anteriores</p> <p>9. Quais são os grupos da população com maiores riscos de sofrer depressão?</p> <p>a. Doentes crônicos</p> <p>b. Maternidade recente</p> <p>c. Perda de trabalho</p> <p>d. Pessoas sem família e sem apoio social</p> <p>e. Todas as anteriores *</p> <p>10. A depressão pode se apresentar através de:</p> <p>a. Sintomas somáticos inespecíficos</p> <p>b. Dor de cabeça persistente</p> <p>c. Alterações digestivas</p> <p>d. Dor lombar crônica</p> <p>e. Qualquer das anteriores *</p> <p>11. O humor depressivo pode vir acompanhado de:</p> <p>a. Sintomas somáticos como perda de apetite, do peso, da libido</p> <p>b. Lentidão psicomotora,</p> <p>c. Agravamento matinal de depressão</p> <p>d. Perda do interesse e do prazer</p> <p>e. Todas as anteriores *</p> <p>12. A conduta terapêutica da enfermeira junto da pessoa que apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e da atividade inclui:</p> <p>a. Ouvir atentamente sua queixa</p> <p>b. Ajudá-la a tomar consciência do seu estado,</p> <p>c. Reforçar a importância da terapia especializada</p> <p>d. Apoia-la em suas atitudes positivas</p> <p>e. Todas as anteriores *</p> <p>Obs. o * corresponde a resposta esperada</p>

e. Um dos dois sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais		
---	--	--

C– Inventário de Beck. É uma escala de auto-avaliação de depressão. Conhecido por Inventário de Depressão de Beck. Foi criado por Aaron T. Beck o “Beck Depression Inventory”- BDI da Universidade da Pensylvania (BECK *et al.*, 1961) e traduzido no Brasil por GORESTEIN & ANDRADE (1998).

O inventário de depressão de Beck tem sido a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa quanto na clínica. Foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. É utilizado por diversos autores destacando-se CALIL & PIRES (1998) e KUSUNOK (2000).

Consta de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes; cada um com quatro afirmações em graus de intensidade de 0 a 3. Estas afirmações são graduadas para refletir a gravidade do sintoma, de neutro (0) até intensidade máxima (3) e as pontuações podem variar de 0 a 63. Os itens são referentes a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (CALIL & PIRES, 1998).

Há diferentes propostas de pontos de corte para distinguir no níveis de depressão utilizando o BDI (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998).

Segundo BECK *et al.*(1998) a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo.

São recomendados pontos de cortes com diferentes valores entre amostras de pacientes com transtorno afetivo e amostras não diagnosticadas.

Na presença de transtorno afetivo BECK *et al.* (1998) sugerem os seguintes pontos de corte: menor que 10= sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18= depressão, de leve a moderada; de 19 a 29= depressão, moderada a grave; de 30 a 63= depressão grave.

As diretrizes são diferentes para amostras não diagnosticadas. Kendall *et al. apud* CALIL & PIRES (1998) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e o termo depressão acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

Segundo DORLAND'S (1994) disforia é compreendida como dor excessiva, angústia, agonia, agitação e inquietação.

Nesta pesquisa, trabalhamos com amostras não diagnosticadas e apenas com o propósito de identificar a presença de sinais indicativos de depressão entre os sujeitos.

C- INVENTÁRIO DE BECK

Nº _____

Neste questionário estão um grupo de 21 afirmações. Por favor, leia cada grupo de afirmações com cuidado. Então escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreve o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma.

CERTIFIQUE-SE de LER todas as afirmações em CADA grupo ANTES de fazer a sua escolha

<p>1 0 Eu não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso. 3 Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	<p>12 0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar. 2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.</p>
<p>2 0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro. 1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro. 2 Eu sinto que não tenho nada porque esperar. 3 Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar</p>	<p>13 0 Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui. 1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar. 2 Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes. 3 Eu não consigo mais tomar decisão alguma.</p>
<p>3 0 Eu não me sinto um fracasso. 1 Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos. 3 Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.</p>	<p>14 0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era. 1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente. 2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente. 3 Eu acredito que pareço feio.</p>
<p>4 0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter 1 Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar. 2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada. 3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.</p>	<p>15 0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes. 1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. 3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.</p>
<p>5 0 Eu não me sinto particularmente culpado. 1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo. 2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado o tempo todo</p>	<p>16 0 Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual. 1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir. 2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir. 3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>
<p>6 0 Eu não sinto que estou sendo punido. 1 Eu sinto que posso ser punido. 2 Eu espero ser punido. 3 Eu sinto que estou sendo punido.</p>	<p>17 0 Eu não fico mais cansado que o habitual. 1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar. 2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>
<p>7 0 Eu não me sinto decepcionado comigo. 1 Eu estou decepcionado comigo. 2 Eu estou aborrecido comigo. 3 Eu me odeio</p>	<p>18 0 Meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite.</p>
<p>8 0 Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. 1 Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas. 3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.</p>	<p>19 0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente. 1 Eu perdi mais de 2,5 Kg. 2 Eu perdi mais de 5 Kg. 3 Eu perdi mais de 7,5 Kg. Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM() NÃO ()</p>
<p>9 0 Eu não tenho pensamento nenhum de me matar. 1 Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática. 2 Eu gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.</p>	<p>20 0 Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que habitual. 1 Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores ou desconforto estomacal; ou constipação. 2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas. 3 Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.</p>
<p>10 0 Eu não choro mais do que o habitual. 1 Eu choro mais agora do que costumava chorar. 2 Eu choro o tempo inteiro agora. 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.</p>	<p>21 0 Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo. 1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar. 2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora. 3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>11 0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou. 1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar. 2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora. 3 Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.</p>	

Obs. As respostas em negrito são as esperadas para ausência de depressão.

D- Escala de Zung

É uma escala de auto-avaliação sobre depressão, desenvolvida por ZUNG (1965). Adotada pela OPAS (1999) em estudo desenvolvido com a colaboração da EERP/USP- Ribeirão Preto. O conteúdo das 20 afirmativas focaliza os principais sintomas sugestivos de transtorno depressivo.

D- ESCALA DE ZUNG				N °
<p>Para cada afirmativa, assinale com um x a coluna que melhor descreva como você tem se sentido, durante a última semana. Obrigada.</p>				
AFIRMATIVAS	R aramente	M enos do que 3 dias na semana	D e 4 a 6 dias por Semana	To dos os dias
1-Me sinto triste, magoado, aflito, oprimido	X			
2-Me sinto melhor pela manhã				X
3-Tenho crises de choro ou vontade de chorar	X			
4- Tenho problemas para dormir à noite	X			
5- Me alimento como de costume				X
6- Ainda me interessa o sexo				X
7- Tenho perdido peso	X			
8- Tenho problemas de prisão de ventre (obstipação)	X			
9- Sinto que meu coração palpita mais rápido do que de costume	X			
10- Me canso sem razão	X			
11- Minha mente funciona tão bem como antes				X
12- Para mim, é fácil fazer as coisas como de costume				X
13- Sinto-me inquieto e não posso ficar tranquilo	X			
14- Sinto-me otimista em relação ao futuro				X
15- Estou mais irritado do que de costume	X			
16- Para mim, é fácil tomar decisões				X
17- Sinto que sou útil e necessário				X
18- Sinto que minha vida é boa e satisfatória				X
19- Sinto que as pessoas estariam melhores se eu não estivesse vivo	X			
20- Desfruto das coisas como de costume				X
<p>Obs. 1- O x corresponde à resposta esperada para ausência de sintomatologia depressiva.</p>				

2- Escore para definir a presença ou ausência de sintomas de depressão: abaixo de 59= sem depressão;
de 60 a 69= depressão moderada (provável); 70 e mais= depressão (grave).

Este inventário e a escala de Beck foram usados para identificar presença de sinais indicativos de estado depressivo. Um único caso identificado com depressão moderada. A enfermeira foi procurada pela pesquisadora para informação sobre o resultado, tendo sido devidamente orientada.

5.5 Plano de análise dos dados

Os resultados dos instrumentos A e B foram analisados item por item, destacando-se os conjuntos das respostas dos 73 enfermeiros verificando-se assim a opinião do grupo e o conhecimento dos mesmos sobre a depressão, sendo realizada uma análise qualitativa descritiva dos resultados obtidos em A e B.

Dos instrumentos C e D (Inventário de Beck e a Escala de Zung) apresentamos o resultado geral, identificando os sinais de disforia e depressão nos grupos investigados e comparando os seus resultados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Características dos sujeitos

Dos 73 entrevistados, a grande maioria (70 sujeitos) era do **sexo** feminino.

No que se refere a **idade**, 3 não informaram. Destes 70, a maior concentração fica abaixo dos 40 anos (64,3%), variando dos 24 aos 56 anos. Individualmente, a maior concentração está nos 26 (9,6%) e nos 41 anos (11%). Por grupos etários, distribuídos de 8 em 8 anos, temos 27 na faixa etária de 24 a 31 anos, 21 de 32 a 39 anos, 22 de 40 a 47 anos e 3 na faixa etária de 48 a 56 anos.

Quanto ao **estado civil**, 20 se nomeiam solteiros, 43 casados e 2 amasiados. Isso mostra que 61,6% têm companheiro e 38,3% é solteiro ou separado.

A respeito do **ano de formado**, 69 responderam sendo que, 30 se formaram nos últimos cinco anos. O **tempo de formado**, segundo 71 informantes, variou de 01 a 30 anos. Individualmente, o maior tempo de formado está concentrado nos 5 anos, ou seja, 13 enfermeiros (17,8%) e, por agrupamentos, encontramos 33 enfermeiros (45,2%) com até 10 anos de formado e 32 enfermeiros (43,9%) entre 10 e 20 anos de formado.

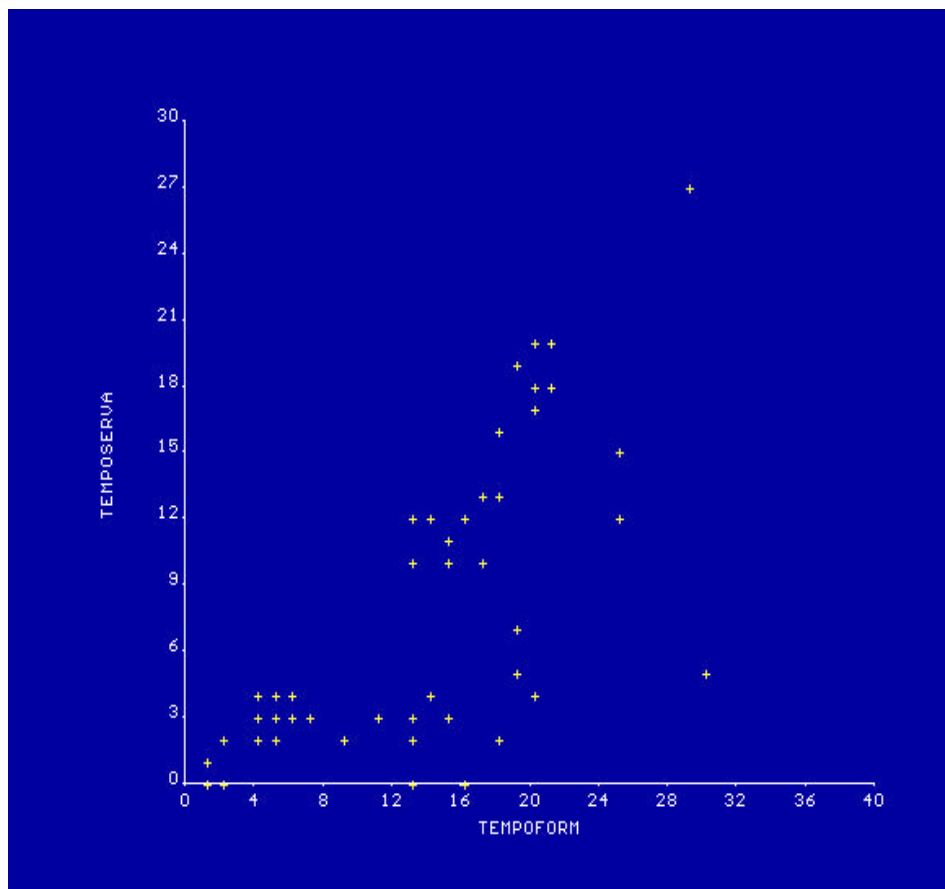


Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados segundo o tempo de formado no serviço atual.

Os resultados apresentados no Gráfico 1 mostram uma correlação linear positiva existente entre o **tempo no serviço atual** e o **tempo de formado**. Em sua maioria, quanto maior o tempo de formado, maior o tempo no serviço atual.

Quando duas variáveis estão ligadas por uma relação estatística, diz-se que existe uma correlação entre elas. Uma correlação é linear positiva se os pontos do diagrama têm como “imagem” uma reta ascendente (CRESPO, 1997).

Duas enfermeiras informaram que são aposentadas, reinseridas no trabalho. Estas duas fazem parte do grupo com mais de 20 anos de formatura, sendo que uma delas está reinserida no local onde trabalhou todo o tempo de atividade profissional.

Quanto ao **tempo no serviço atual**, 69 responderam, variando de menos de 1 a 27 anos; 68 enfermeiros (93,1%) estão com menos de 20 anos no serviço atual, concentrando 49 enfermeiros (67,1%) com menos de 10 anos. Interessante notar que 23 enfermeiros (36,4%) trabalham no mesmo local há mais de 10 anos.

A relação do tempo no serviço atual com o tempo total de formado indica que 1 em cada 4 entrevistados dedicou mais de 85% do tempo de formado no serviço atual, ou seja, quase não existe mobilidade.

De acordo com o **tipo de unidade (local de trabalho)**, dos 73 sujeitos, um não respondeu, sendo que a maioria, 45 enfermeiros (61,6%), trabalha em UBS. Os demais trabalham no Ambulatório de Especialidades (ARE), na Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH), no Ambulatório de Saúde Mental, no Sistema de Atendimento Especializado (SAE), no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Base e na Direção Regional de Saúde (DIR).

No que diz respeito à **carga horária semanal de trabalho** observou-se, durante a coleta de dados, que muitos enfermeiros trabalham em mais de um local. Isto pode modificar o total das horas de trabalho. Portanto, os resultados referem-se somente à unidade de trabalho onde 67 informaram

uma variação entre 24 a 40 horas, sendo que 31 destes trabalham por 40 horas/semanais.

No tocante ao **interesse pela área de saúde mental**, 67 responderam, obtendo-se 35,8% com alto interesse. Vale ressaltar que 19,4% admite ter baixo interesse nesta área.

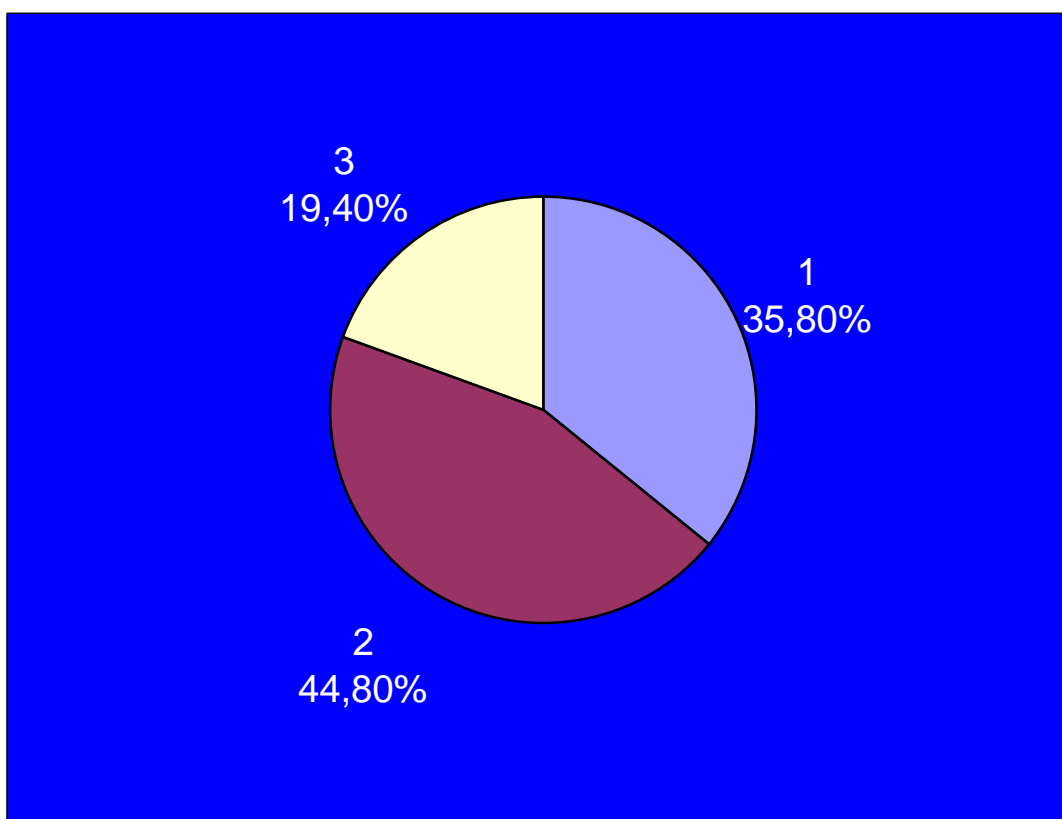


Gráfico 2- Distribuição dos entrevistados segundo interesse pela área de saúde mental. INTERESSE: 1- ALTO; 2- MÉDIO; 3- BAIXO;

Os números apresentados para a afirmativa em **relação ao baixo interesse em saúde mental** (19,4%) são considerados significativos, pois o

entrevistado tem esclarecimento de que se trata de pesquisa da área de saúde mental e o esperado era que as respostas fossem mais favoráveis ao médio e alto interesse nesta área. Sendo assim, obteve-se respostas de “acordo” com o esperado. Isto pode significar que esse tipo de resposta “conveniente” pode-se aplicar em outro tipo de resposta ou pesquisa.

Quanto a **participação em algum curso de saúde mental nos últimos três anos**, 70 responderam e destes, 83,6% afirmam que não fizeram nenhum curso de saúde mental, nos últimos anos.

A menção de alto interesse na área de saúde mental não é coerente com a informação sobre participação em cursos na área de saúde mental, pois apesar da afirmação do alto interesse, estas pessoas não participaram de nenhum curso na área de saúde mental, nos últimos três anos. O baixo interesse em relação à área e cursos de saúde mental parece mostrar que a maioria dos sujeitos não tem, de fato, interesse pela área de saúde mental.

Esses resultados sugerem maior reflexão a respeito da dificuldade que o enfermeiro tem quando lida com a área de saúde mental e que estas podem estar relacionadas principalmente, a outros fatores tais como as próprias dificuldades em lidar com suas emoções.

Enquanto profissão, a enfermagem tem buscado seu espaço, voltando-se para o cuidado à pessoa que assiste, constituindo-se esta na maior razão do seu trabalho. No entanto, a despeito de lidar com o ser humano, a forma como o trabalho do enfermeiro tem sido concebida contribui para que suas atividades sejam dispostas de maneira fragmentada, despersonalizando a pessoa que recebe cuidados e, invariavelmente, a sua

própria. Se o enfermeiro não for respeitado e considerado integralmente como ser humano, pode apresentar dificuldades para se ver e se relacionar de forma diferente com o outro (ESPERIDIÃO, 2001).

TRAVELBEE (1982) afirma que ninguém pode dar ao outro o que não tem. O ser humano, traz na relação de pessoa a pessoa a singularidade de seu caráter, com aspectos positivos e os problemas e deficiências de sua personalidade, moldados pelas experiências da vida.

Por outro lado, ESPERIDIÃO (2001) observa que o processo de formação acadêmica não tem privilegiado aspectos que possibilitem o fortalecimento emocional dos futuros profissionais de saúde, num nítido movimento de desconsideração que os agravos produzidos pelas situações ansiogênicas podem acarretar, aos quais os alunos estão continuamente expostos. Ao contrário, a postura dos profissionais e educadores com quem os alunos interagem, ao longo dos cursos da área da saúde, pouco os estimula a considerarem o que pensam e, principalmente, o que sentem quando se vêem confrontados com a vulnerabilidade humana.

Ainda, a falta de conhecimento adequado do profissional de enfermagem é também citada pela OPAS/OMS (1999) como um dos fatores (falta de destreza clínica, limitação no tempo da consulta para escutar o paciente, falta de apoio especializado para o manejo e referência de pacientes com problemas complexos) responsável pela deficiência no diagnóstico e tratamento de pacientes deprimidos.

TRAVELBEE (1982) diz ser imprescindível que todos os enfermeiros tenham conhecimento do paciente como um todo. Para ela, não existe a

enfermagem psiquiátrica como algo separado da enfermagem em geral, ou a última apartada da primeira. Formam uma unidade e constituem um todo.

Entendemos que não é possível ao enfermeiro ter um desempenho de qualidade se ele não vê o paciente como uma pessoa que interage bio-psico-culturalmente com as situações de sua vida.

A OPAS/OMS (1999) justifica a necessidade do enfermeiro se ocupar dos transtornos afetivos, relacionada com sua experiência e preparo profissional, a posição singular dos enfermeiros nos serviços de saúde e a relação especial que têm com os pacientes.

Em relação à questão dos **pacientes deprimidos, atendidos pelo enfermeiro no último mês**, dos 50 que responderam, 24 enfermeiros (32,8%) informaram que entre 20 e 50% das pessoas atendidas têm depressão, concentrando-se principalmente entre 30 a 40%.

É importante observar que 23 enfermeiros não responderam a esta questão. O alto índice para a ausência de resposta despertou algumas reflexões.

Provavelmente, esses profissionais não estão em contato direto com pacientes, não sabem identificar pacientes deprimidos, não observam os indicadores nos pacientes que atendem ou não entendem que seja sua tarefa fazer esta identificação.

Na questão sobre a porcentagem daqueles que sendo identificados como **deprimidos tomavam antidepressivo**, apenas 43 responderam. Para 20 enfermeiros, entre 10 e 20% dos pacientes deprimidos está o maior índice dos que tomam antidepressivos. Os demais, 23 enfermeiros não

estão muito certos sobre o uso de antidepressivos pelos deprimidos, visto que, suas informações estão pulverizadas nas demais informações.

A porcentagem dos **pacientes com depressão que o enfermeiro informou ou enviou ao médico** foi respondida por 44 sujeitos. Destes, apenas 13 enfermeiros (17,8%) encaminharam 10% dos casos, 11 enfermeiros (15%) encaminharam menos do que 5% dos casos e 7 enfermeiros (9,6%) encaminharam 100% dos casos.

Segundo a OPAS/OMS (1999) muitos trabalhadores da saúde, inclusive o pessoal de enfermagem, considera que não tem tido acesso a informação atualizada para incorporar estes avanços científicos em suas práticas clínicas.

6.2 Apresentação e discussão dos resultados dos pontos de vista sobre depressão (A)

A escala identifica os pontos de vista do enfermeiro sobre depressão. As 10 afirmativas oferecem a opção de resposta entre desacordo e acordo, numa graduação contínua de 10 opções.

Os escores utilizados para análise dos resultados foram: ponto de vista baixo (0 a 2,9); médio (3,0 a 6,0) ou alto (6,1 a 9,0) de acordo com a resposta esperada em cada questão.

As questões 3, 4, 5, 8 e 10 têm a afirmativa correta situada no desacordo. Dessa forma, a análise estatística teve que considerar a inversão dos valores nestas questões.

Tabela 1 - Distribuição dos PONTOS DE VISTA SOBRE DEPRESSÃO (A) por questão.

DESACORDO			INDECISOS					ACORDO		
1	2	Subtotal	3	4	5	6	Subtotal	7	8	9
1	-	2	2	3	14	11	30	18	14	9
7	7	35	4	6	7	7	24	4	3	7
8	12	51	6	3	7	3	19	2	-	-
5	7	38	6	5	6	4	21	8	3	2
4	11	24	8	12	21	2	43	3	2	1
3	4	11	5	4	8	7	24	11	11	1
1	1	3	4	4	6	6	20	17	16	1
10	4	65	3	1	-	1	5	2	-	1
1	-	2	3	2	5	8	18	14	14	2
12	5	45	7	2	9	5	23	3	-	2

Os resultados com fundo cinza na tabela estão invertidos em relação ao instrumento.

Das 10 afirmativas, 7 foram respondidas completamente e 3 não foram, faltando 1 resposta nas questões 3, 4 e 6. Nas questões 1, 2, 5, 7, 8, 9 e 10 não foram utilizadas todas as opções de respostas.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados gerais (escores) dos PONTOS DE VISTA SOBRE DEPRESSÃO		
(A)		
ESCORES	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
3,9	1	1,4%
4,3	1	1,4%
4,7	1	1,4%
4,9	1	1,4%
5,1	1	1,4%
5,2	2	2,7%
5,3	5	6,8%
5,4	1	1,4%
5,5	3	4,1%
5,6	1	1,4%
5,7	3	4,1%
5,8	2	2,7%
5,9	3	4,1%
6,0	4	5,5%
Subtotal Indecisos	29	39,7%
6,1	3	4,1%
6,2	2	2,7%
6,3	2	2,7%
6,4	1	1,4%
6,5	2	2,7%
6,6	5	6,8%
6,7	4	5,5%
6,8	2	2,7%
6,9	3	4,1%
7,0	4	5,5%
7,1	3	4,1%
7,2	5	6,8%
7,4	1	1,4%
7,5	2	2,7%
7,7	1	1,4%
7,8	1	1,4%
7,9	2	2,7%
8,1	1	1,4%
Subtotal Concordância	44	60,3%
TOTAL	73	100%

Nos **resultados gerais** das respostas, verificam-se 44 enfermeiros (60,3%) com escores entre 6,1 e 8,1, portanto, seu **ponto de vista** está de acordo, com o que se esperava nas questões. Entre os indefinidos ou indecisos há 29 enfermeiros (39,7%) com escores médios entre 3,9 e 6,0. O menor índice foi 3,9, indicando uma tendência para os pontos de vista de

acordo com os conceitos esperados. Nenhum enfermeiro apresentou escores menores que 3,9 (Tabela 2).

Quatro das cinco questões invertidas tiveram alta concentração na concordância máxima, especialmente a questão nº = 8, onde 51 enfermeiros discordam totalmente que é perda de tempo atender pacientes deprimidos. Nas demais questões, as respostas foram mais uniformes.

Analisando cada uma das afirmativas, os **resultados por questão** individual permitem a seguinte discussão.

1- Como enfermeiro(a), é fácil detectar pacientes deprimidos.

Os 73 sujeitos responderam, mas apenas 9 enfermeiros (12,3%) concordaram totalmente que é fácil detectar pacientes deprimidos, e 41 (56%) concordaram que é fácil. Se subtrairmos os 2 que discordaram, teremos 7 sujeitos. 97% concordaram que o enfermeiro têm alguma condição de detectar pacientes deprimidos no seu dia-a-dia, variando de médio a completo acordo.

Na formação básica do enfermeiro, ele deveria aprender conceitos básicos sobre o quadro depressivo, tornando-o apto, no mínimo, para o reconhecimento do quadro clínico. É de se esperar que todo enfermeiro aprenda sobre o quadro clínico (sintomatologia da depressão) do paciente deprimido. Espera-se que as escolas de enfermagem transmitam os conceitos básicos, tanto teóricos como práticos sobre a depressão .

2- Deprimir-se é um modo utilizado pelas pessoas frágeis para enfrentarem as dificuldades da vida.

Dos 73 sujeitos que responderam, 35 (47,9%) discordam que deprimir-se é um modo utilizado pelas pessoas frágeis para enfrentarem as dificuldades da vida. Apenas 14(19,2%) compreendem que pessoas frágeis deprimem-se e 24 enfermeiros (32,9%) se mostraram indecisos.

Possivelmente, os resultados apresentados estão relacionados com a falta de informação, conhecimento ou preconceito do profissional.

Estudiosos do assunto têm discutido aspectos relevantes sobre a influência da formação na prática profissional do enfermeiro.

ESPERIDIÃO (2001) afirma que o discurso da humanização da assistência, a partir da visão integral do ser humano é apresentada ao aluno, em nível teórico. No entanto, o futuro profissional está sendo preparado quase que exclusivamente para o desempenho das atividades técnicas, sob um prisma tecnicista e não humanista. Visualiza-se assim a necessidade de incorporar na prática docente uma linguagem integrativa e articulada entre as várias pontes que constroem o cotidiano do enfermeiro, no sentido de valorizar as ações próprias do seu fazer profissional.

A mesma autora afirma que este paradoxo na enfermagem, assim como em outras profissões, tem sido sustentado, ao longo do tempo, pela assimilação do pensamento cartesiano que dicotomiza a concepção unitária do homem.

Com o desenvolvimento tecnológico, o aumento das subespecialidades e o crescimento da medicina biológica, o enfermeiro está cada vez mais tecnicista. A enfermagem procurou espaço de reconhecimento científico espalhando-se no modelo hegemônico que relega

os problemas emocionais para planos secundários. Dessa forma, a enfermagem esteve muito tempo despreocupada dos aspectos emocionais que acompanham o comportamento do paciente. O ensino de enfermagem continua voltado para atender ao sistema de formação tecnicista, mantendo viva a dicotomia mente/corpo (FUREGATO, 1999).

Ainda é compreensível que a Enfermagem carregue essa herança nas suas ações profissionais, pois, ainda hoje, a dicotomia está presente no discurso de grande parte dos profissionais. Muitas vezes, o aluno aprende que não deve envolver-se emocionalmente com quem está cuidando, ao contrário, deve distanciar-se de suas emoções. Ao mesmo tempo, é orientado a observar e trabalhar a dimensão emocional daqueles que recebem seus cuidados, em atendimento às necessidades humanas básicas, de forma integral. O discurso teórico não encontra respaldo na prática (ESPERIDIÃO, 2001).

3- Pacientes deprimidos me irritam.

Dos 73 sujeitos, 1 não respondeu, 51 (69,9%) referem que não se irritam e apenas 2 (2,7%) afirmam que se irritam. Sendo assim, a maioria dos enfermeiros não se irrita, com pacientes deprimidos.

Entretanto, chama a atenção o fato de que quase dois terços dos enfermeiros afirmam que não se irritam com o paciente deprimido.

Em nossa opinião, talvez a falta de vivência destes enfermeiros com este tipo de paciente, os conduza a dar uma resposta teórica, mesmo porque na prática o paciente deprimido é um paciente difícil, pois apresenta irritação, demonstra apatia, na maior parte do tempo, ou todo o tempo,. Com

isso, cuidar de paciente deprimido é uma tarefa cansativa, demandando muita dedicação do profissional.

4- A depressão é a forma de ser de alguns pacientes, difícil de ser modificada.

Dos 73 sujeitos, 1 não respondeu, 38 (52%) não concordam que a depressão é uma “forma de ser” de alguns pacientes, difícil de ser modificada e 13 (17,8%) concordam que a depressão é a forma de ser de alguns pacientes, difícil de ser modificada.

É interessante notar que 21 enfermeiros (28,7%) mostraram-se indecisos. Se somamos os que estão indecisos com os que acham que este comportamento é difícil de ser modificado e o que não respondeu temos 48%. Esta resposta reflete a opinião de que nada precisa ser feito já que não há perspectiva de mudança ou de cura. A psiquiatria, por décadas, deve ter tido uma atitude parecida, ou seja, vamos tirar do seio da sociedade os elementos que não têm perspectiva de retorno à produtividade.

5-Trabalhar com os pacientes deprimidos é uma tarefa agradável.

Os 73 sujeitos responderam sendo que 24 (32,9%) não concordam que seja uma tarefa agradável e 6 (8,2%) estão de acordo que trabalhar com os pacientes deprimidos é uma tarefa agradável. A maioria 43 (58,9%) está indecisa quanto à esta afirmativa. Pensamos que os indecisos podem representar uma parcela dos que não querem se comprometer, ou que não possuem experiência com paciente que apresenta este tipo de patologia.

6- Grande parte dos pacientes depressivos pode ser assistida em nível primário.

Todos os 73 sujeitos responderam, sendo que 11 (15,1%) não concordaram que seja possível assistir grande parte dos pacientes

depressivos em nível primário, 24 (32,9%) estão indecisos e 37 (50,7%) concordaram que os pacientes depressivos podem ser assistidos em nível primário. Destes, 15 (20,8%) concordam totalmente.

Se somarmos 11 com 24, observamos que 35 sujeitos (48%) não apresentam uma atitude favorável ao atendimento em nível primário para este tipo de paciente. Por outro lado, os 15 que concordam totalmente, provavelmente representam profissionais bem esclarecidos, atualizados e que poderão ser veículos de transformação da prática.

Segundo a OPAS/OMS (1999), a maioria dos pacientes deveria ser atendida em centros de nível primário de atenção. O pessoal de saúde desses centros está em uma posição estratégica para detectar e tratar prematuramente a enfermidade e suas conseqüências. A oferta de atenção compreende oferecer, na interação com o paciente deprimido, apoio, medidas preventivas, suporte familiar, manejo psicológico e farmacológico e/ou encaminhá-lo ao médico especialista. Os profissionais em atividade na rede, em qualquer especialidade, mas principalmente nos serviços de atenção primária, emergências e atendimento à grupos vulneráveis a problemas de saúde, nem sempre estão preparados para identificar ou atender o portador de transtorno mental e sua sintomatologia.

A formação de profissionais (especialmente os enfermeiros) em nível de bacharelado, de especialização, ou mesmo de pós-graduação stricto sensu adquire nova dimensão, frente à necessidade deste preparo. Estudos mostram o despreparo de médicos para assistir pessoas portadoras de depressão na rede básica de saúde MONTGOMERY (1997).

As instituições de assistência e de ensino são co-responsáveis em diversos pontos do processo de atenção psiquiátrica: preventiva, curativa e reabilitadora (OPAS/OMS, 1999).

De um lado, a exclusão do portador de qualquer distúrbio mental e a falta de opções de atenção ao sofrimento psiquiátrico, não exigia do profissional o preparo para identificar os sintomas nem para lidar com as pessoas acometidas de transtornos mentais. De outro lado, o modelo do ensino formal e as práticas ainda estão presas ao modelo hegemônico onde pouco valor é dado ao trabalho em equipe assim como ao trabalho responsável dos diferentes profissionais.

O enfermeiro, geralmente, é o primeiro que entra em contato com a pessoa quando esta busca atenção nos serviços de saúde. O interesse que a enfermeira deve ter em conhecer estes problemas é para que possa identificar os quadros de depressão, assim como estabelecer uma relação terapêutica, no momento do atendimento de enfermagem (OPAS/OMS, 1999).

É desejável que a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o paciente seja estreita e se reafirme em todas as ocasiões em que se encontram (FUREGATO, 1999). Vale ainda ressaltar que, em geral, os pacientes sentem-se menos intimidados pelos enfermeiros do que por outros agentes de saúde, facilitando a relação que se estabelece e, conseqüentemente, a intervenção.

TAYLOR (1992) entende que o enfermeiro, em todos os tipos de estabelecimentos têm a responsabilidade de reconhecer e intervir

apropriadamente nos casos em que o indivíduo está em sofrimento psíquico, incluindo o transtorno de humor.

7- Como enfermeiro(a) posso contribuir para diminuir o risco de suicídio de pacientes deprimidos.

Dois em cada três enfermeiros da população estudada, ou seja, 50 enfermeiros (68,5%), concordam que o enfermeiro pode contribuir para diminuir o risco de suicídio em pacientes deprimidos. Apenas 3 enfermeiros (41%) discordam que o enfermeiro poderá contribuir para diminuir o risco de suicídio de pacientes deprimidos. Uma das enfermidades com maior risco de suicídio é o estado depressivo.

Se a enfermagem está em contato com a população que apresenta sintomas e sua atuação é terapêutica, reconhecendo os sintomas, acolhendo o portador e fazendo os devidos encaminhamentos está atuando para diminuir o índice de suicídio. A omissão, além de ser um fator que não ajuda a evitar o suicídio, contribui para aumentar a probabilidade de seu acontecimento.

8- Atender pacientes deprimidos é uma perda de tempo, já que nada os faz melhorar.

A maioria, 65 enfermeiros (89%) não concordam que é perda de tempo atender pacientes deprimidos e 51 (69,9%) discordam totalmente. Apenas 3 (4,1%) concordam que é perda de tempo cuidar de pacientes deprimidos, já que nada os faz melhorar. Este alto índice de discordância poderia levar à interpretação de que a enfermagem considera importante cuidar do deprimido, pois acredita na sua melhora. Entretanto, a observação

da prática com o descaso ou a pouca atenção que é dada aos pacientes com este tipo de transtorno, assim como outras respostas dadas por este mesmo grupo de sujeitos nos leva a questionar se este resultado representa, de fato, o que parece.

Apesar da alta concordância nas afirmativas 7 e 8, faltam elementos para avaliarmos a profundidade destes posicionamentos. Além disso, achamos que são respostas evidentes, do ponto de vista teórico.

Como enfermeiro(a) posso contribuir para melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos.

Dos 73 sujeitos, 53 (72,6%) são claramente a favor de que o enfermeiro possa contribuir para melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos. Apenas 2 (2,8%) não concordam que o enfermeiro poderá contribuir para melhorar sua adesão.

A enfermagem não percebe e/ou não assume que tem um papel importante na assistência ao paciente deprimido, papel este que não se resume só em contribuir para a adesão ao tratamento com antidepressivos. Além disso, o enfermeiro tem estado muito distante do paciente que apresenta problema emocional.

O fato da estrutura das instituições não estar preparada, não é problema unicamente da enfermagem. Entretanto, este problema estrutural da assistência não abre espaço para o atendimento dos problemas emocionais, em todos os níveis.

A resposta a esta questão desperta para o problema da submissão do profissional enfermeiro em relação ao profissional médico no que se refere

ao fato do enfermeiro achar que sua contribuição para o tratamento da depressão se resume somente no complemento da consulta médica. Sendo assim, acabam por não desenvolver ações específicas da assistência de enfermagem, que são os cuidados a cada sintoma apresentado pelo portador, no cotidiano do seu trabalho.

As pessoas deprimidas, em geral, querem compaixão, não procuram curar-se.

Dos 73 enfermeiros, 45 (61,6%) discordaram que as pessoas deprimidas, em geral, querem compaixão, não procuram curar-se e 5 (6,8%) concordaram. No entanto, 23 (31,4%) têm dúvidas e 28 (38,4%) concordaram totalmente que as pessoas deprimidas não procuram curar-se.

Os resultados apresentados podem indicar que os profissionais acham que não vale a pena investir no paciente deprimido já que ele não procura curar-se ou que a cura da depressão depende do próprio paciente. Este indicador tira a responsabilidade do serviço pela cura e é muito coerente com a visão manicomial da Psiquiatria, a qual estamos tentando mudar.

A concepção do doente mental como uma “coisa”, “objeto”, “algo” que não merece atenção, conduziu a assistência a não considerar essas questões na organização dos serviços. Dentro desta perspectiva, quando se suspeitava de problema mental, as pessoas eram encaminhadas ao manicômio. Dessa forma, os profissionais da área da saúde que se dispunham a trabalhar com este tipo de população procuravam algum tipo de instituição que acolhia os problemas psiquiátricos.

Mais uma vez, aparece a resistência das pessoas em trabalhar com a doença mental que, em grande parte, pode ser advinda das dificuldades em lidar com as suas próprias emoções e também da falta de preparo na sua formação profissional para ações em saúde mental.

Frente à existência da contradição entre a teoria adotada pela escola e o modelo de produção de serviços, BARROS (1996) comenta a necessidade do afinamento entre o instrumento (saber) e o objeto de cuidado (fazer), mas também a compatibilidade com o modelo assistencial onde se realiza a intervenção. A dicotomia entre o pensar e o fazer explicita que os conhecimentos que subsidiam as ações práticas dos enfermeiros não correspondem, na sua totalidade, ao saber que vem sendo reproduzido pela escola. A teoria é acadêmica e não está na prática.

REZENDE (1986) afirma que é necessário que a escola coloque o seu saber na concretude do meio, sem perder o seu caráter científico e especulativo.

De outro lado, é preciso estimular práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental, bem como estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1994).

6.3 Apresentação e discussão dos resultados do conhecimento sobre depressão (B)

Na análise dos resultados gerais, adotam-se os escores de 0 a 4 para questões acertadas, significando pouco conhecimento, de 5 a 8 questões acertadas significando médio conhecimento e de 9 a 12 questões acertadas, significando bom/ótimo conhecimento (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos resultados gerais do conhecimento sobre depressão (B)

CONHECIMENTO SOBRE DEPRESSÃO	NÚMERO DE ACERTOS	NÚMERO DE PESSOAS	PERCENTAGEM
	1	1	1.4%
0 a 4 acertos	2	1	1.4%
pouco	3	3	4.1%
conhecimento	4	1	1.4%
Subtotal	-	6	8.2%
	5	7	11
5 a 8 acertos	6	11	11
médio	7	13	1
conhecimento	8	11	2
Subtotal	-	42	57.6%
	9	11	15.1%
9 a 12 acertos	10	11	15.1%
ótimo	11	1	1.4%
conhecimento	12	2	2.7%
Subtota	-	25	34.2%
TOTAL	-	73	100.0%

Os resultados das respostas, por sujeito, mostraram que a maioria, 42 enfermeiros (57,6%), tem médio conhecimento sobre depressão, 25 enfermeiros (34,2%) têm bom conhecimento e apenas 6 enfermeiros (8,2%) têm pouco conhecimento.

Tabela 4- Distribuição dos resultados do **CONHECIMENTO SOBRE DEPRESSÃO-B**, nas 12 questões respondidas pelos 73 enfermeiros.

Alternativas Questões	1	2	3	4	5	IGN	TOTAL
B01	12	-	6	2	44	9	73
B02	-	59	4	9	-	1	73
B03	34	-	-	30	8	1	73
B04	3	1	9	23	28	9	73
B05	-	25	9	8	25	6	73
B06	10	3	1	57	1	1	73
B07	3	8	-	47	12	3	73
B08	18	1	2	37	5	10	73
B09	1	1	-	3	66	2	73
B10	28	-	-	-	44	1	73
B11	7	-	-	4	60	2	73
B12	1	2	5	1	64	-	73

Nos resultados das respostas por questão, a avaliação de conhecimento dos enfermeiros mostrou diferenças, conforme se observa na Tabela 4. Estes resultados são avaliados um a um e comentados com suporte da literatura.

1- Qual das seguintes afirmativas está certa com relação à depressão?

a) É uma enfermidade freqüente; b) É uma enfermidade que se apresenta principalmente nas mulheres; c) É uma enfermidade que pode ter

complicações mortais; d)É uma enfermidade que pode ser diagnosticada por enfermeira; e)Todas as anteriores.

Dos 73 sujeitos, 9 não informaram. Dos 64 que informaram, a maioria (60%) assinalou a resposta esperada, ou seja, a depressão é uma enfermidade freqüente, que se apresenta principalmente nas mulheres, que pode ter complicações mortais e que pode ser diagnosticada por enfermeira.

2- Qual é o diagnóstico mais provável para esta paciente?

“Paciente de 32 anos, sexo feminino, secretária. Nos últimos três meses consultou o serviço de saúde dez vezes, com dores inespecíficas. Foi vista por um médico que lhe prescreveu analgésicos, sem melhoras. Os exames de laboratório são normais. Na última consulta, ela disse à secretaria que nos últimos três meses também havia tido insônia durante a madrugada e que se sentia na maior parte do tempo fatigada, irritada e sem vontade de ter relações sexuais.”

Dentre as alternativas de morbidade como diagnóstico provável, 72 sujeitos opinaram e 59 (80,8%) entenderam que o diagnóstico mais provável para este caso é depressão. Treze enfermeiros (17,8%) acham que pode ser esgotamento nervoso ou transtorno de somatização. Nenhum assinalou o diagnóstico de fobia ou debilidade por anemia.

3- O que faria você com esta paciente?

No que diz respeito ao que o enfermeiro faria com a paciente, obtivemos, dos 72 informantes, as seguintes respostas: apenas 30 enfermeiros (41,1%) fariam todos procedimentos esperados: informaria ao

médico, perguntaria se tem idéias de suicídio e perguntaria sobre o consumo de álcool.

Dos outros 42, apenas 34 (46,6%) informariam ao médico. Esse resultado pode refletir mais a submissão profissional do enfermeiro. Além disso, ressalta a questão anterior que trata do diagnóstico da depressão, onde o enfermeiro identifica o comportamento do paciente como uma doença, sobre a qual não tem qualquer responsabilidade. Este resultado desperta para a questão da desinformação, da falta de formação adequada do profissional, a respeito da sua função terapêutica frente as manifestações de doença presentes no comportamento do portador.

4- Que tratamento médico poderia servir para melhorar o quadro clínico desta paciente?

Em relação à faceta sobre qual tratamento médico poderia melhorar o quadro clínico da paciente, dos 73 sujeitos, 9 (12,3%) não informaram.

Entendemos essas ausências de respostas como decorrentes da falta de conhecimento dos sujeitos sobre depressão e saúde mental, como já foi comentado em outras questões deste trabalho.

Apenas 23(31,5%) indicariam a imipramina como medicamento de escolha, sugerindo que pelo menos um terço dos enfermeiros têm conhecimento sobre opções medicamentosas utilizadas na depressão, visto que a imipramina é um dos tricíclicos mais usados.

Entretanto, 28(38,4%) responderam afirmativamente para todas as respostas como sendo apropriadas, aparecendo então a hipermedicação

como tratamento de escolha para os sintomas periféricos ao invés de se concentrar no sintoma principal.

5- Que tipo de psicoterapia pode ser útil para melhorar o quadro clínico desta paciente?

Quanto ao tipo de psicoterapia que pode ser útil para melhorar o quadro clínico da paciente, obtivemos respostas esperadas de 9 (12,3%) sujeitos para a terapia interpessoal e de 8 (11%) sujeitos para a terapia comportamental.

Sendo a terapia comportamental (conhecida como terapia cognitiva) uma das mais usadas e com eficácia comprovada por trabalhos realizados (BECK, 1997; OMS/OPAS,1999), o enfermeiro mostrou desconhecimento sobre esse tipo de terapia e, principalmente quanto a possibilidade de sua utilização por enfermeiros capacitados para esta tarefa.

Isso vêm mostrar a necessidade e a carência de ações da enfermagem voltadas para a divulgação, o desenvolvimento e o crescimento sobre os tipos de terapias utilizados pelo enfermeiro em saúde mental.

Face à desinformação e ao desconhecimento dos tipos de terapia (interpessoal e comportamental) utilizados, observa-se que a maioria dos enfermeiros equivocou-se em suas respostas, pois 25 enfermeiros (34,2%) optaram pela terapia breve e 25 (34,2%) pela psicanálise como recurso de psicoterapia no tratamento da depressão.

Apesar da psicanálise e a terapia breve serem úteis, nem sempre são as terapêuticas de escolha. Além disso, tanto a psicanálise quanto a psicoterapia breve são realizadas quase que exclusivamente por

psicanalistas. Nesta perspectiva, pouquíssimas pessoas teriam acesso a esse tipo de tratamento.

Tanto a terapia comportamental (cognitiva) como a interpessoal (compreensiva) podem ser realizadas por enfermeiros, médicos, psicólogos e são recursos que agem de forma objetiva, sem necessitar do aprofundamento esperado das terapias psicanalíticas.

A utilização destes referenciais terapêuticos não se limita à sala de consulta. São a base de ações interativas no cotidiano da atenção do enfermeiro e de outros profissionais desta área.

Talvez a questão possa não ter deixado claro que se tratava do tratamento de psicoterapia realizado pelo enfermeiro.

Nesse sentido, a dúvida que talvez possa ter surgido em relação a que tipo de profissional se refere a questão pode ser muito mais em decorrência do desconhecimento da sua função terapêutica. Lamentavelmente a maioria dos enfermeiros desconhece sua função terapêutica e portanto não a exerce.

É de relevância para este trabalho dar ênfase ao fato de que o profissional enfermeiro não conhece e não exerce suas funções terapêuticas porque esta é muito pouco trabalhada e explorada na sua formação profissional, principalmente na graduação e depois enquanto profissional. A postura de submissão do enfermeiro às ordens médicas, o impede de assumir seu papel terapêutico e responsável.

No momento em que estamos questionando a formação do profissional, se fazem oportunas e pertinentes algumas observações sobre o ensino na graduação de enfermagem.

SANFORD *et al.* (1999) referem-se à construção da metodologia da assistência de enfermagem, assistindo o cliente nas diversas etapas do ciclo vital, quadros clínicos e níveis de prevenção através da comunicação terapêutica, utilizando os sinais e sintomas. Dessa forma o aluno rompe com o velho paradigma do cuidado improvisado, passando a cuidar do homem nos aspectos bio-psico-social-espiritual em nível individual e coletivo.

Muitas escolas de enfermagem brasileiras adotam como referência, para o ensino, autores que definem o papel do enfermeiro como agente terapêutico (TRAVELBEE, 1982; STEFANELLI, 1983; TAYLOR, 1992; RODRIGUES, 1996; FUREGATO, 1999). Entretanto existe uma distância entre o saber – o do agente terapêutico, preconizado pelo ensino e a prática burocrático-administrativa realizada no espaço institucional (BARROS, 1996).

Lembramos, também, que o papel terapêutico do enfermeiro cabe e é requerido em qualquer tipo de assistência de enfermagem, ou seja, não faz parte só das ações voltadas à saúde mental ou de profissionais que trabalham em saúde mental. Ser terapêutico significa fazer o melhor para atender as necessidades do paciente.

6-.Quais das seguintes situações podem estar associadas à depressão:

a) Suicídio b) Acontecimentos estressantes c) Alcoolismo

No que diz respeito às situações que podem estar associadas à depressão, apenas um sujeito não informou.

A maioria dos enfermeiros (78,1%) respondeu que o suicídio, acontecimentos estressantes, alcoolismo podem estar associados à depressão e 10 (13,7%) associam a depressão somente ao suicídio. Portanto, a associação da situação de suicídio com a depressão é do conhecimento de 91,8% dos enfermeiros.

Entendemos este resultado como significativo, pois se o profissional sabe do risco, era de se esperar que tivesse atitudes profissionais mais favoráveis à identificação dos casos, ao acolhimento do paciente, ao encaminhamento correto e condutas de ajuda.

Se existe uma situação real onde o cliente está no sistema e busca ajuda profissional, há a necessidade do enfermeiro estar preparado através da sua formação básica ou tornar-se preparado procurando formação complementar o que, poderá provocar mudanças nas condições de assistência, no seu local de trabalho.

7- Quais dos seguintes critérios são necessários para o diagnóstico de depressão.

Com relação aos critérios necessários para diagnóstico da depressão, 3 não responderam e 47 enfermeiros (64,4%) responderam de acordo com a resposta esperada, ou seja dois dos três sintomas anteriores devem estar presentes quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais. Ainda, 12 enfermeiros (16,4%) se aproximaram da resposta correta, concordando com

um dos dois sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais.

Este acerto talvez tenha sido casual, levando-se em conta o conteúdo das informações das respostas anteriores.

8- Que efeitos secundários podem ser encontrados em pacientes que tomam antidepressivos tricíclicos

Quanto aos efeitos secundários que podem ser encontrados em pacientes que tomam antidepressivos tricíclicos, 10 não responderam.

Durante a coleta de dados, alguns profissionais relataram verbalmente que não tinham conhecimento sobre os efeitos secundários do antidepressivo tricíclico ou não trabalhavam com pacientes antidepressivos.

Em nossa opinião, mesmo os profissionais que não trabalham diretamente em serviços especializados em saúde mental também precisam ter conhecimentos sobre a depressão, pois o cliente deprimido busca o serviço da unidade básica de saúde (o cliente com depressão aparece nesses serviços) e isto implica em o enfermeiro saber lidar com esses clientes, desenvolvendo condutas terapêuticas na clínica e em outros serviços não especializados em psiquiatria.

Como já referimos anteriormente, se a maioria dos pacientes deprimidos procura atendimento em centros de nível primário, o pessoal desses serviços está em uma posição estratégica para detectar e tratar prematuramente a enfermidade e suas conseqüências. A atenção, na interação com o cliente deprimido, compreendidos apoio, assim como oferecer medidas preventivas, suporte familiar, manejo psicológico e farmacológico e encaminhamento ao médico especialista (OPS/OMS, 1999).

Grande parte dos sujeitos 37 (50,7%) assinalaram a resposta esperada quanto aos efeitos secundários dos antidepressivos tricíclicos:

secura na boca, visão turva e prisão de ventre ou obstipação e 18 (24,7%) assinalaram apenas secura na boca.

9- Quais são os grupos da população com maiores riscos de sofrer depressão?

Quanto ao grupo da população com maiores riscos de sofrer depressão, dois não responderam e a grande maioria 66 (90,4%) respondeu corretamente, ou seja, que os grupos da população com maiores risco de sofrer depressão são os doentes crônicos, maternidade recente, perda de trabalho e pessoas sem família e sem apoio social.

O enfermeiro precisa saber dos grupos de risco para o aparecimento da depressão. Estes grupos estão presentes em diferentes tipos ou unidades de saúde, como por exemplo, na maternidade, no asilo, na UBS, portanto podendo aparecer a qualquer momento e em qualquer clínica.

Uma preocupação da OPAS/OMS (1999) refere-se aos altos índices de depressão presentes na população em geral, especialmente sua comorbidade com determinados grupos que apresentam transtorno de somatização (60%), ansiedade generalizada (30%), câncer (50%), enfermidade coronária (40 a 60%), diabetes (30%) e muitos outros.

10- A depressão pode se apresentar através de: a) Sintomas somáticos inespecíficos; b) Dor de cabeça persistente; c) Alterações digestivas; d) Dor lombar crônica;

Um sujeito não respondeu, mas a maioria 44 (60,3%) assinalou a resposta esperada onde consta que a depressão pode se apresentar através dos sintomas somáticos, alterações digestivas e dor lombar. Em

consideração às respostas obtidas, grande parte dos sujeitos concordam que a depressão pode se apresentar sob diversas formas.

Entretanto, 28 enfermeiros (38,4%) assinalaram sintomas inespecíficos. Isso mostra a dificuldade do profissional em reconhecer os sintomas específicos da depressão.

O humor depressivo pode vir acompanhado de: a) Sintomas somáticos como perda do apetite, do peso, da libido; b) Lentidão psicomotora; c) Agravamento matinal de depressão; d) Perda do interesse e do prazer;

Houve duas ausências de respostas. A maior parte, 60 (82,2%), respondeu de acordo com a resposta esperada, ou seja, o humor depressivo pode vir acompanhado de sintomas somáticos como perda de apetite, do peso, da libido; lentidão psicomotora; agravamento matinal da depressão e perda do interesse e do prazer.

12- A conduta terapêutica da enfermeira junto da pessoa que apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e da atividade inclui:

Para a maioria dos sujeitos 64 (87,7%) foram consideradas todas as opções de conduta terapêutica, tais como: ouvir atentamente sua queixa, ajudá-la a tomar consciência do seu estado, reforçar a importância da terapia especializada e apoiá-la em suas atitudes positivas.

No entanto, 5 (6,8%) responderam que a melhor conduta terapêutica seria reforçar a importância da terapia especializada. Este grupo de enfermeiros traz na sua resposta, novamente, a submissão que exclui qualquer atividade ou responsabilidade da enfermagem.

6.4 Apresentação e discussão dos resultados gerais do Inventário de Beck(C) e Escala de Zung(D)

Para o Inventário de Beck, levou-se em conta os escores referenciados por CALIL & PIRES (1998), que se posicionou de acordo com a seguinte pontuação: acima de 15= indica disforia, acima de 30= depressão. Esses escores são recomendados quando a população em estudo não apresenta diagnóstico de depressão. Portanto, atendem ao propósito de nosso estudo, pois trabalhamos com enfermeiros sem avaliação nem diagnóstico de depressão.

Após estudos para adaptar e validar esta escala para a língua portuguesa, CALIL & PIRES (1998) concluíram que a mesma também é útil como um instrumento de medida dos elementos constitutivos da depressão, em pessoas sem o diagnóstico desta condição clínica.

Tabela 5 – Distribuição dos resultados gerais do Inventário de Beck (C).

RESULTADOS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
.	2	2.7%
0.0	3	4.1%
1.0	3	4.1%
1.5	3	4.1%
2.0	2	2.7%
3.0	3	4.1%
4.0	4	5.5%
5.0	6	8.2%
5.5	2	2.7%
6.0	7	9.6%
6.5	1	1.4%
7.0	5	6.8%
8.0	3	4.1%
8.5	3	4.1%
9.0	3	4.1%
9.5	2	2.7%
10.0	3	4.1%
10.5	1	1.4%
11.0	4	5.5%
11.5	1	1.4%
12.0	3	4.1%
12.5	1	1.4%
13.0	2	2.7%
13.5	1	1.4%
14.5	1	1.4%
Subtotal	69	94.5%
16.0	1	1.4%
17.0	1	1.4%
18.0	1	1.4%
29.0	1	1.4%
Subtotal	4	5.5%
TOTAL	73	100.0%

Conforme observa-se na Tabela 5 e no Gráfico 3, dos 73 participantes, não foi detectado nenhum enfermeiro com depressão grave. Entretanto, 4 deles podem ter depressão moderada e foram informados pessoalmente a respeito desse resultado.

No Inventário de Beck verificou-se que a maioria, 69 enfermeiros (94,5%) não apresentou sintomatologia que caracterize um quadro depressivo. Porém, muitos deles mostram alguns sintomas isolados, mas que não chegam a caracterizar um quadro depressivo, podendo ser resultantes de estresse ou acontecimentos situacionais (morte, problemas

econômicos) que, sendo passageiros, desaparecem com a modificação no contexto externo.

Para a análise dos resultados da Escala de Zung, foram utilizados os escores da OPAS/OMS (1999), já apresentados na metodologia.

Os resultados das respostas dos 73 sujeitos na Escala de Zung, estão apresentados na Tabela 6 e no gráfico 3, onde 72 (98,6%) apresentavam escores abaixo de 59. Portanto, a maioria dos enfermeiros não apresenta depressão e 1 (1,4%) teve escore de 65, com sintomas indicativos de depressão moderada (provável). Não foi detectado nenhum caso de depressão grave.

Tabela 6 - Distribuição dos resultados gerais da Escala de Zung (D).

RESULTADOS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
20.0	3	4.1%
21.0	2	2.7%
22.0	4	5.5%
23.0	3	4.1%
24.0	3	4.1%
25.0	6	8.2%
25.5	2	2.7%
26.0	6	8.2%
27.0	2	2.7%
28.0	3	4.1%
29.0	3	4.1%
29.5	2	2.7%
30.0	1	1.4%
30.5	1	1.4%
31.0	4	5.5%
32.0	2	2.7%
33.0	4	5.5%
34.0	2	2.7%
35.0	2	2.7%
35.5	1	1.4%
36.5	1	1.4%
37.0	1	1.4%
38.5	1	1.4%
39.0	4	5.5%
40.5	1	1.4%
41.0	1	1.4%
42.0	2	2.7%
43.0	1	1.4%
48.0	1	1.4%
52.0	1	1.4%
54.0	1	1.4%
58.0	1	1.4%
Subtotal	72	98.6%
65.0	1	1.4%
TOTAL	73	100.0%

O uso simultâneo das duas escalas possibilitou uma comparação entre as mesmas, conforme destacados no gráfico 3. Houve boa concordância entre os resultados globais das duas escalas, correspondendo ao esperado, visto que, as mesmas identificam a presença ou ausência de sintomatologia depressiva.

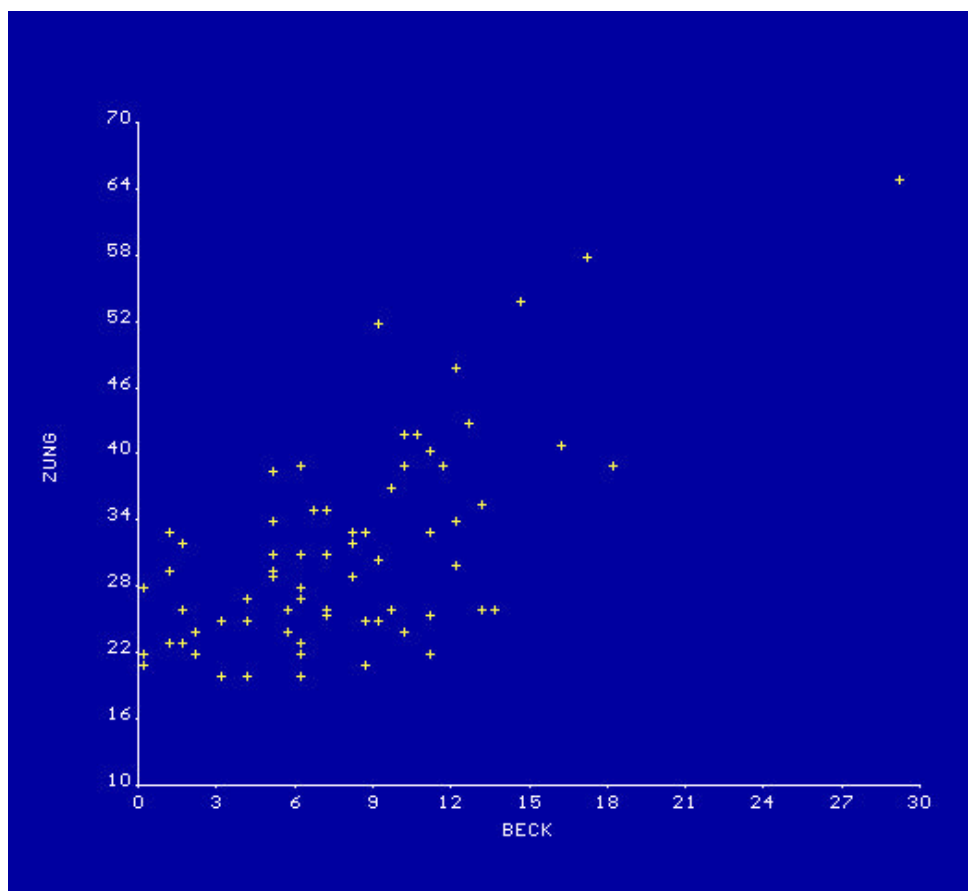


Gráfico 3- Correlação entre os resultados obtidos pelos entrevistados nos questionários de BECK E DE ZUNG.

O gráfico mostra a correlação linear positiva entre os questionários de Beck e Zung. Em sua maioria, quanto maior o valor obtido em Beck, também será maior o valor para Zung.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que os enfermeiros tiveram pontos de vista sobre depressão de acordo com o que se esperava no teste aplicado (A).

Em relação ao conhecimento do enfermeiro sobre depressão (B), foi apontado que a maioria têm médio conhecimento sobre depressão. Esperávamos pouco conhecimento e acordo nos pontos de vista do enfermeiro sobre depressão.

Algumas questões do instrumento A e B evidenciaram incoerência entre os pontos de vista e o conhecimento do enfermeiro sobre depressão, ou seja: ao mesmo tempo em que concordaram que os enfermeiros têm condições de detectar pacientes deprimidos no seu dia-a-dia, não entendem que deprimir-se é um modo utilizado pelas pessoas frágeis para enfrentarem as dificuldades da vida; afirmam alto interesse na área de saúde mental, mas não participam de cursos na respectiva área; concordaram que o enfermeiro pode contribuir para diminuir o risco de suicídio de pacientes deprimidos, mas assinalaram que o atendimento a este tipo de paciente é uma perda de tempo. A afirmação de que os enfermeiros não se irritam com pacientes deprimidos e não são favoráveis à assistência de grande parte dos pacientes deprimidos em nível primário e o equívoco quanto ao tipo de psicoterapia utilizada para melhorar o quadro clínico da depressão, podem revelar a falta de prática profissional ou de formação básica sobre

depressão, assim como o desconhecimento do seu papel terapêutico no cotidiano profissional.

A alta concordância sobre a contribuição do enfermeiro para melhorar a adesão ao tratamento com antidepressivos, pode trazer uma oculta submissão do enfermeiro, principalmente em relação ao médico, ou pior, pode significar que a assistência de enfermagem se resume a essa contribuição. Se é isto, a enfermagem não está assumindo nem se dando conta de que tem um papel importante na assistência ao paciente deprimido e que tem estado muito distante do paciente que apresenta problemas emocionais. Vale também ressaltar que muitas pessoas têm resistência em trabalhar com a doença mental, pelas dificuldades em lidar com as suas próprias emoções e sentimentos.

A opinião dividida e duvidosa sobre as possibilidades de cura do paciente deprimido, e o posicionamento de que o deprimido não procura curar-se reafirmam a falta de responsabilidade dos serviços de saúde e dos profissionais com a cura (visão manicomial da psiquiatria).

A associação do suicídio à depressão é de conhecimento dos enfermeiros. Sendo assim, era de se esperar que o enfermeiro tivesse atitudes profissionais mais favoráveis ao acolhimento do paciente, encaminhamento e condutas de ajuda. Entretanto, o enfermeiro alega falta de preparo e falta de estímulo institucional para empreender estas ações em saúde mental. Estas lacunas foram evidenciadas quando alguns sujeitos relataram que não tinham conhecimento sobre os efeitos dos antidepressivos.

Desta forma, parece oportuno sugerir que os profissionais da rede básica de saúde, devem passar por educação continuada, revendo conceitos, terapêuticas e atualizando-se para melhor desempenho na sua área de competência.

Identificar os pontos de vista e o conhecimento do enfermeiro sobre depressão permite um diagnóstico valioso, possibilitando o possível encontro das necessidades e dos aspectos que carecem de atenção nas ações em saúde mental, principalmente no que se refere à assistência de enfermagem ao paciente deprimido em atenção primária.

Os resultados sugerem reflexões acerca da possível relação entre as ações em saúde mental do enfermeiro (inclusive na assistência ao paciente deprimido) com: a sua formação profissional (graduação), a falta de conhecimento adequado do enfermeiro para a assistência em saúde mental, em especial, nesse caso a depressão, as dificuldades em lidar com suas próprias emoções e a submissão profissional. Esses aspectos podem e devem ser privilegiados durante os cursos de graduação e de educação continuada.

Entendemos que a transformação de uma prática profissional que não exclua ações para saúde mental, esteja centrada, fundamentalmente, na formação básica do enfermeiro. Isto nos remete a necessidade de coerência ensino/prática, contribuindo para a conquista do espaço profissional do enfermeiro. Faz-se necessário não só apontar esses aspectos de relevância e influência na prática profissional, mas instigar uma possível sensibilização (talvez conscientização) do profissional na assistência e na docência da real

necessidade e importância da inserção e implantação eficiente das ações de saúde mental na assistência de enfermagem, em todos os tipos de assistência e instituições.

Acreditamos na docência como “a mola propulsora” da assistência adequada e eficaz em saúde mental, como sensibilizadora para os demais segmentos institucionais. O docente, de qualquer área da assistência de enfermagem, deveria estar sensibilizado a esse respeito, cabendo-lhe a função de fomentador da sensibilização e conscientização no curso de enfermagem e na educação continuada para o desenvolvimento efetivo da assistência em saúde mental na rede básica de saúde.

DEMO (1988) destaca que a comunidade deve ser tratada com respeito e que os dados colhidos devem ser devolvidos para que os resultados transformem a prática. Desse modo, os resultados serão apresentados aos enfermeiros participantes na forma de dissertação e os enfermeiros com seus indicativos de estado depressivo serão notificados individualmente.

Concluindo, a identificação dos pontos de vista e do conhecimento do enfermeiro sobre depressão evidenciou que o grupo de enfermeiros participantes deste estudo não realiza a assistência de enfermagem adequada ao paciente deprimido, necessitando de capacitação profissional para lidar com ações em saúde mental na assistência de enfermagem ao paciente deprimido.

Esperamos que esta pesquisa constitua-se em importante contribuição para a assistência e o ensino de enfermagem em saúde mental,

podendo fomentar a sensibilização (em alguns casos conscientização) dos docentes, profissionais e graduandos de enfermagem da necessidade de uma atuação transformadora de suas práticas assim como a divulgação dos conhecimentos produzidos por enfermeiros sobre esse assunto.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, M. **Etnografia na prática escolar**. Campinas, Papirus, 1995.
- AURÉLIO: **Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo, Editora Nova Fronteira, 2000.
- BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem subjudice**. São Paulo, 1996. 202p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- BECK, A. T. et al. Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**. 4:561 – 571, 1961.
- BECK, A.T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- BECK A.T.; STEER R.A.; GARBIN M.G.; Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**., 1998.
- BLAKISTON: **Dicionário médico**. São Paulo, Andrei, 1997.
- BLEGER, J. **Psicologia da Conduta**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BOTAZZO, C. **Unidade Básica de saúde: a porta de entrada do sistema revisitada**. Bauru, EDUSC, 1999.
- BURVILL PM. Recent progress in the epidemiology of major depression. **Epidemiologic Reviews**, 1995.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N.; Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão. **Rev Psiq Clín.** v.25, n.5, p.240-244, 1998. Edição Especial.

CARDOSO M. & LUZ S.R. A doença da alma. **Veja.** p. 94 –101, 1999.

CASTLEDINE, G. A imagem do enfermeiro: é o modo como se utiliza o estetoscópio.que é importante! **Revista Técnica de Enfermagem**, Ano 10, v.111, p.15, maio.97.

CID – 10 **Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo, EDUSP, 1997.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, Brasília, 1992.
Relatório final. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

CRESPO, A. A. **Estatística fácil.** São Paulo, Saraiva, 1997.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

D'ANDREA, F.F. **Transtornos Psiquiátricos do Adulto.** São Paulo, 1986.

DATASUS, Morbidade hospitalar do SUS – CID 10 (On Line).
Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgi.exe?sih/mbr.def>. Acesso em: 14/05/2001. 11:00.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa.** São Paulo, Cortez, 1988.

DORLAND'S **Illustrated Medical Dictionary.** Philadelphia, Sauders, 1994.

DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.**
Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

ESPERIDIÃO E; OLIVEIRA MA E; PONTIERE MSS. Sala de espera: uma ocasião de atenção primária em saúde mental. Relato de experiência.

Rev. Bras. Enfermagem, 1992.

ESPERIDIÃO E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do**

acadêmico de enfermagem sobre sua formação. Ribeirão Preto, 2001. 106p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FRAGA, M.N.O. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, Salvador, 1998- **Anais.** Bahia, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, 1998.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem.** São Paulo, Scala, 1999.

FUREGATO, A.R.F.; SCATENA, M.C.M.; TRENTO, F.C.; Ajuda terapêutica do enfermeiro à pessoa deprimida com aplicação do MAPI. **Nursing.** Edição Brasileira. v.17, p.18-21, 1999.

FUREGATO, A.R.F. A enfermagem e o manejo da depressão – In: Ciclo de estudos em saúde mental, 8º, Ribeirão Preto, 2000. **Anais.** Ribeirão Preto, FMRP – USP, 2000. p.151-157.

GREENBERG, P. E. *et al.* The economic burden of depression in 1990. **Journal of Clinical Psychiatry**, 1993.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; Inventário de depressão de Beck:: propriedades psicométricas da versão em português, **Rev. Psq. Clín.** v.25, n.5, p.245-250, Set/out, 1998. Edição Especial.

KATON, W.; SULLIVAN, M. D. **Depression and chronic medical illness.** **Journal of Clinical Psychiatry**, v.51, n.6, p.3-14, 1990.

KAPCZINSKI, F. (Org). **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**.

Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre, ARTMED, 1997.

KOIZUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem.

Rev. Esc. Enf. USP. V.26, 1992. n^o especial.

KUSUNOK, K. *et al.* Low novelty-seeking Differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. **Acta Psychiatr Scand**, n^o 5 may. Japan, 2000.

LAFER, B. *et al.* **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

LAKS, J. Depressão na prática médica. Disciplina de Psiquiatria – FCM – UERJ. [On line]. Disponível em: <http://www.ampada.verj.br/ead-ind/depress/depress.htm/>. Acesso em: 16/09/99. 20:19

MATHENEY, R.; TOPALIS, M. **Enfermería psiquiátrica**. México, Interamericana, 1971.

MERENESS, D. **Elementos de enfermería psiquiátrica**. México, Prensa Médica Mexicana, 1973.

MINZONI, M. A. et al. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma posição. **Enfermagem em novas dimensões**, v.3, n.6, 1977.

MIRANDA, C. M. L. Enfermagem: essa prática (des)conhecida. **Saúde em foco: saúde mental a ética do cuidar**, v.16, n.6, nov.1997.

MONTGOMERY, S. **Confrontando la depression**. Guía el médico. internacional. New York (EUA): Pfizer 1997.

OPAS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud.

Modelo para la capacitación de la enfermera general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos. **Generalista I**, 1999.

OSINAGA, V.L.M. **Saúde e doença mental: conceitos e assistência**

segundo portadores, familiares e profissionais. Ribeirão Preto, 1999.

161p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PASQUALI, L. (Org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do**

comportamento: teoria e aplicações. Brasília, UNB, 1996.

PEREIRA, C. Abaixo o Preconceito. **Isto é**. p. 50-51, 1998.

REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo:

Cortez, 1986.

RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem Psiquiátrica – Saúde Mental:**

Prevenção e Intervenção. São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, R. M.; SCHNEIDER. J. F. A enfermagem na assistência ao

indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.7,

n.3, p.33-40, julho 1999.

ROSAS, M. Aspectos psicológicos do sofrimento do doente. **Nursing**. Ano

10, n ° 120, p.34-35, 1998.

SANFORD, F.M.S.; SAMPAIO, F.P.R.; BARROSO, M.G.T.; O caminhar

reflexivo da disciplina Enfermagem Psiquiátrica rumo a uma proposta

emancipatória. **Revista RECCS**, n.11, p.86-104, 1999.

STEFANELLI, M. C. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. **Rev.**

Esc. Enf. USP. v.17, n.1, p.39-45, 1983.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness.**

Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, M. B. Assistência de enfermagem a paciente deprimido. **Rev.**

Paul. Enf., v.12, n.1, p.18-24, jan /abr. 1993.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica.** OPAS/OMS,

1982.

WILLIAMS, A. *et al.* Depression in the workplace: impact on employees.

Oficial Journal of the American Association of Occupational Health

Nurses (AAOHN Journal), v.47, n.11, p.526-539,

november 1999.

ZUNG, W. W. K. – A self rating depression scale – **Archives of General**

Psychiatric. v.12, p.63-70, 1965.