O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal

Elisabeth Octaviano Kogima

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

São Paulo
2004

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

45452/2005 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.
Assinatura:
Data:

Agradecimentos

A meu Deus, que, me conhecendo tão bem, guiou todos os meus caminhos, aliviou meus fardos, abriu as portas necessárias, não achando nenhuma das minhas angústias pequenas demais a ponto de não se importar com elas nem encontrando obstáculos grandes demais que O impedissem de me ajudar.

Ao Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis que se revelou muito mais que um excelente orientador; me aceitou, compreendeu, incentivou, acreditou e me mostrou o tempo certo que os caminhos necessitam para que sejam percorridos na sua totalidade.

Aos meus insubstituíveis pais que desde a meninice me ensinaram que o valor do conhecimento caminha lado a lado com a honestidade, dedicação e humildade.

À minha amada mãe Helgard que muito antes do início desta trajetória já me incentivava a prosseguir nos caminhos acadêmicos; que esteve disponível para qualquer espécie de ajuda que fosse solicitada, traduzindo textos, cuidando dos netos, levando-os e buscando-os na escola, apoiando, compreendendo, aceitando e me amando.

Ao meu incrível pai Sergio, que foi sempre meu exemplo de trabalho, competência, organização, dedicação; que abdicou de seu notebook, sua esposa, seu carro, para que minha trajetória seguisse com mais facilidades; que me ensinou que ao colocar Deus em primeiro lugar, o restante é sempre acrescentado.

Ao meu eterno e amado marido Toyoji, que me apoiou em todos os momentos e acima de tudo me amou incondicionalmente, transformando meus momentos escuros em claridade e luz; que acreditou em mim e compartilhou comigo seu perfeccionismo, sua determinação, sua competência em todas as tarefas.

Ao meu doce Richard e ao "unique" Rudolph, os presentes mais preciosos que o Senhor me deu; que aprenderam a aceitar que mãe dia e noite em frente ao computador pode significar mãe trabalhando; que não desistiram de tentar me fazer parar com tudo e brincar um pouco com eles; que fazem este trabalho e minha vida toda valer a pena.

À minha amada irmã Miriam, que mesmo separada de mim por mares e montanhas, nunca esteve ausente e sempre me deu o seu apoio simplesmente por ser minha irmã, além de "emails", "messengers" e telefonemas.

À Regina, Dora e Maria Júlia, colegas de trabalho que me mostraram ser possível a realização deste trabalho, acreditando e me apoiando durante esta trajetória.

À minha grande amiga Rosana, mais chegada que uma irmã, que esteve sempre ao meu lado no pensamento e no coração.

A toda equipe da UBS que me recebeu de braços abertos, fazendo com que eu me sentisse parte de sua realidade.

Ao pessoal do Departamento Materno Infantil, que sempre presente, colaborou para a finalização deste trabalho.

RESUMO

Kogima EO. **O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal.** São Paulo; 2004.[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Publica da USP].

Objetivo. O portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional do enfermeiro, qualquer que seja sua área de atuação, sendo os serviços de atenção básica à saúde os locais onde deve ocorrer a detecção precoce aos transtornos bem como ações preventivas. Uma vez que o enfermeiro ocupa posição singular na rede básica, muitas vezes sendo o primeiro contato do usuário, esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de desvelar o entendimento dos enfermeiros que atuam em uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal. **Métodos.** Trabalhamos com um universo limitado, tornando possível o conhecimento de todos os enfermeiros da UBS. Os cinco enfermeiros da Unidade participaram, entre outubro e dezembro de 2003, de entrevistas individuais, com questões abertas semi-diretivas, gravadas e transcritas posteriormente. Os dados foram analisados e produzidos discursos segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre. A opção por uma abordagem qualitativa nos permitiu analisar em profundidade os dados obtidos gerando hipóteses e perspectivas até então não identificadas. **Resultados.** Os discursos produzidos revelaram que os sujeitos compreendem seu papel no reconhecimento dos sintomas depressivos nas mulheres; entendem que o enfermeiro é privilegiado quanto ao conhecimento e ao atendimento a quase que a totalidade das mulheres que freqüentam a Unidade Básica de Saúde. Percebem os variados momentos nos quais tem oportunidades de detectar quando o sofrimento mental da puérpera se instala. São cônscios de sua falta de experiência e conhecimento acerca do assunto e generalizam essas lacunas para o universo da doença mental. Os sujeitos colocam como sua responsabilidade o encaminhamento da paciente para um outro profissional, seja um psiquiatra ou um psicólogo. Ao mesmo tempo, de alguma maneira é percebido que seu papel no curso do atendimento à mulher depressiva poderia ser mais elaborado, onde o encaminhamento poderia ser apenas um dos elementos terapêuticos no processo de reabilitação destas mulheres. **Considerações.** Lacunas quanto ao conhecimento e quiçá na formação acadêmica dos sujeitos determinam a ausência de percepções mais fundamentadas quanto ao enfermeiro, ele próprio, atuando como um instrumento terapêutico. Uma vez que os sujeitos explicitam interesse e abertura para incorporarem novos conhecimentos e reavivarem antigos conceitos esquecidos, nem a falta de tempo, nem a falta de condições de trabalho nem a falta momentânea de conhecimento sobre o assunto os impedirá de buscarem novos caminhos, adaptarem situações, ampliarem visões e percepções, criarem novos modelos, construírem novos conceitos e desconstruirem antigos, enfim, nada os impedirá de transformarem diariamente o espaço coletivo que os abriga.

Descritores: Puérpera, Depressão, Enfermeiro, Saúde Mental

SUMMARY

Kogima EO. **O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal** [The comprehension of a Health Basic Unit nurses about puerperal depression]. São Paulo (BR); 2004.[Master grade Dissertation – Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo Brazil].

Objective. The mentally ill patient is always present in the professional life of nurses in any area they perform. The basic health attention services are the spaces where preventive actions and early symptoms detection must have place. Once nurses occupy a singular place at the basic services, frequently performing the first contact with the patient, the present research aims to obtain information about the nurse's knowledge at a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde) concerning to puerperal depression. **Methods.** A limited universe has been worked, becoming possible the knowledge of every nurse working at the Basic Health Unit. Five nurses have been interviewed individually, through semi-directive open questions, from October to December, 2003. The conversations were recorded, transcribed and analyzed producing speeches according to Collective Subject Speech's technique proposed by Lefèvre. The option by a qualitative approach brought the possibility of a deep analysis of the obtained data creating hypothesis and perspectives not identified before. **Results.** The produced speeches revealed that the subjects comprehend their role in recognizing depressive symptoms in women; they understand that the nurse is privileged concerning to knowing and attending almost the totality of the women at the Basic Health Unit. They perceive the diversified moments in which there are opportunities of early detecting depressive symptoms installation in postpartum women. They are aware of their lack of experience and knowledge about the theme and generalize the lacunas to the universe of mental disease. The subjects sign as their responsibility leading the patient to another professional, a psychiatrist or a psychologist. At the same time, somehow it's noticed that their role during the women's attendance could be more worked up, so that the leading could be just one of the therapeutic element in the women's rehabilitation process. **Considerations.** Lacunas in knowledge and maybe in academic development of the subjects establish the absence of better well founded perceptions about the nurse, himself, acting as a therapeutic instrument. Once the subjects verbalize interest and overture to incorporate new acquaintances and revive old forgotten concepts, nor the lack of time neither the lack of working conditions neither the momentary lack of understanding about the theme will obstruct them to look for new paths, adapt situations, amplify views and perceptions, create new models, construct new concepts and unconstruct old ones, meaning nothing will stop them in transforming daily the collective space that shelter them.

Descriptors: Puerpera, Depression, Nurse, Mental health

ÍNDICE

1	**INTRODUÇÃO**	01
	1.1 Construção do problema	01
	1.2 Aspectos teóricos	05
	1.2.1 Depressão: conceitos, classificação e epidemiologia	05
	1.2.2 A depressão puerperal	18
	1.2.3 O processo saúde-doença	29
	1.2.4 Repensando a Teoria da Reabilitação Social	37
	1.2.5 Novos modelos de atenção em saúde mental	41
	1.2.6 A representação social	46
2	**OBJETIVOS**	51
3	**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**	52
	3.1. Método e técnicas	52
	3.2 O local de pesquisa	54
	3.3 Sujeitos do estudo	56
	3.4 A coleta e análise de dados	58
	3.5 Aspectos éticos e legais	60
4	**APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**	61
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	91
6	**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**	96

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento para coleta de dados
Anexo 2 - Instrumentos de Análise de Discurso
Anexo 3 - Consentimento livre e esclarecido
Anexo 4 - Declaração de concordância
Anexo 5 - Aprovação do projeto pelo COEP-FSP
Anexo 6 - Relatório do exame de defesa do projeto
Anexo 7 - Aprovação do projeto pela CEPSMS

1. INTRODUÇÃO

1.1 Construção do problema

Ao percorrer nossa trajetória profissional temos vivido o constante privilégio de prestar assistência a mulheres, particularmente durante o ciclo gravídico-puerperal. Percebíamos que o espaço reservado para a atenção das necessidades emocionais das mulheres era muito pequeno, senão inexistente. Posteriormente, ao vivenciarmos profissionalmente o universo da enfermagem psiquiátrica, encontrávamos-nos novamente frente a frente com mulheres, desta vez, porém, em um momento bastante mais conflitante de suas vidas: a internação em um hospital psiquiátrico. Às variadas angústias ainda se acrescentava a ansiedade da separação de seus filhos pequenos, muitos com menos de um ano de vida. Aqui, o clamor da doença mental, participando do ciclo da vida da mulher, causou-nos intensa inquietação e, partindo do desejo de melhor ajudar estas mulheres, dedicamo-nos a conhecer os caminhos que a depressão pós-parto, tão comum e freqüente, percorre dentro do processo saúde-doença.

CIARI (1973) é incisivo ao colocar que a mulher, durante o gravídico-puerperal possui características especiais e sofre modificações de ordem orgânica, psíquica, além de ser extraordinariamente afetada pelos meios familiar e social, no seu sentido mais amplo.

Uma vez que tantos trabalhos comprovam a importância da detecção precoce de alterações emocionais durante o ciclo gravídico-puerperal e confirmam a acentuada prevalência de distúrbios do humor durante o ciclo reprodutivo das mulheres, por que tantas mulheres apresentam sintomas depressivos que passam despercebidos durante o puerpério? Qual seria a dificuldade sentida pelos profissionais de saúde para detecção de tais sintomas após o nascimento do bebê? Os profissionais de saúde que trabalham com estas mulheres têm consciência de que a função de avaliar o comportamento e atitudes das pacientes não é apenas pertinente a especialistas em saúde mental, mas de responsabilidade de toda a equipe?

A importância do adoecer em saúde mental tem sido equivocadamente percebida não só ao ser relacionada à saúde da mulher mas em cada espectro do atendimento a saúde da população, enfrentando obstáculos no nível individual e no institucional. Mais importantes que medidas técnicas ou instrumentalização dos profissionais de saúde, as concepções acerca da saúde-doença mental as quais os profissionais estão arraigados poderão determinar o curso de toda a assistência que será prestada ao portador de um transtorno mental.

Quando ouvimos queixas de apetite diminuído ou quem sabe dificuldades para conciliar o sono ou ainda energia diminuída com vontade de não fazer nada, qual será o olhar prevalente? Talvez uma repreensão acompanhada de algum tratamento medicamentoso, um agendamento para quando o remédio acabar. Quem sabe um encaminhamento para um psicólogo ou psiquiatra. Quiçá uma atitude de escuta, observadora, atenta

às referências à família, aos amigos, a um trabalho ou ocupação... Ou uma visita domiciliar conhecendo as condições de morar e os relacionamentos interpessoais da paciente... Quem sabe conversar com o marido, algum filho... Quais seriam as opções na tomada de decisão para o melhor plano terapêutico para aquela paciente?

A promoção da saúde mental depende da maneira pela qual se define saúde mental. A saúde mental é um sinônimo de normalidade? Neste caso, norma estatística ou norma de tipo ideal? Ou coincide com o mito da pessoa bem adaptada? Como pode o trabalhador em saúde promover a saúde mental? É realista acreditar que a saúde pode ser dividida em compartimentos e segmentos em que a saúde mental está separada da saúde física e espiritual? A dificuldade em definir-se saúde mental acontece no momento em que isto se dá por meio de conceitos de valores. Este conceito vincula-se necessariamente ao olhar que se tem da natureza humana (Travelbee 1982).

O portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional do enfermeiro, qualquer que seja sua área de atuação. Ao entendermos fazer parte da responsabilidade do enfermeiro reconhecer e fazer intervenções apropriadas em casos onde o paciente apresente um Transtorno do Humor em qualquer tipo de instituição de saúde (Taylor 1992, Travelbee 1982), colocamos o enfermeiro em uma posição singular dentro da rede básica. Tendo constantemente mulheres em sofrimento mental presentes em seu universo profissional, muitas vezes ele é o primeiro contato da usuária (DaSilva 2003).

Acreditamos que, segundo Travelbee (1982), a promoção da saúde mental das mulheres em depressão pós-parto faça parte das atribuições do enfermeiro na rede de atenção básica a saúde e que para o exercício desta atribuição é necessário conhecer primeiro o que se dispõe a promover. Desta forma, direcionamos nossos esforços para melhor compreensão do entendimento dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde acerca da depressão puerperal.

1.2 Aspectos teóricos

1.2.2 Depressão: conceitos, classificação e epidemiologia

O termo depressão, de conceituação nem sempre fácil, é usado em situações diversas, ora associado a estado de dor psíquica, ora como adjetivo resultante de um conjunto de sinais. Também pode referir-se a um sintoma, uma síndrome, um estado emocional, uma doença ou uma entidade clinica (Del Porto 1999, Stuart e Laraia 2001). Também é encontrada uma vasta publicação não científica a respeito do assunto, nem sempre com informações coerentes e confiáveis.

Concordamos com Zucchi (1999) que "as manifestações depressivas são objetos de variadas áreas do saber, como as psicanálises, as psiquiatrias, as psicologias, as ciências sociais e as ciências da saúde". Dentro desta diversidade, inevitavelmente nos deparamos com diferentes maneiras de se pensar e conceituar a depressão, de acordo com a ótica a qual estivermos vinculados. Conforme esclarece Zucchi (1999), considerando a mente ou o psiquismo como sede da depressão, conceber a depressão como resultado de um aparelho psíquico forjado entre dois desejos divergentes, por exemplo, é completamente diferente de compreendê-la como efeito de processos bioquímicos. A autora considera temerário conceber qualquer "universalidade nas formas de pensar a

depressão pelas diversas correntes de saber que têm as experiências psíquicas como seus objetos".

Uma área importante de concepções acerca da depressão envolve o modelo biológico, explorando alterações químicas presentes no organismo durante os estados depressivos. Na concepção médico-biológica são considerados fatores relevantes relacionados à hereditariedade, todavia, apesar de pesquisas direcionadas a gêmeos, famílias e adoção, ainda não foi demonstrada a transmissão genética de forma conclusiva. Apesar das dificuldades em se encontrar um terreno de convergência mais estabelecido, existe um amplo consenso de que a hereditariedade associada ao ambiente exerce um papel importante nas perturbações graves do humor (Stuart e Laraia 2001).

Fatores bioquímicos têm sido apontados também como responsáveis pela doença. Faz-se muito presente na hipótese das aminas biogênicas o conceito de que a doença depressiva esteja relacionada a uma deficiência dos neurotransmissores norepinefrina, serotonina e dopamina apesar de ainda não existir nenhum modelo bioquímico isolado que explique adequadamente a etiologia da depressão. Além destes fatores bioquímicos, vem sendo apontados como participantes na patogênese da doença os distúrbios neuroendócrinos, neurológicos, eletrolíticos, hormonais, disfunção e atividade irregular da atividade do sistema nervoso autônomo, entre outros (Stuart e Laraia 2001, Townsend 2002).

No plano do saber dominante na enfermagem e na psicologia, situa-se a depressão como uma resposta desadaptada no continuum das

respostas emocionais relacionadas ao luto. Considera-se o luto como um estado subjetivo que ocorre após uma perda, sendo um dos estados mais poderosos que afeta todos os aspectos da vida dos indivíduos. A perda pode ser definida como "...uma experiência em que um indivíduo abandona uma ligação com um objeto por ele valorizado." (Townsend 2002). Pode estar relacionada a entes queridos bem como a qualquer objeto animado ou inanimado, um ideal, emprego, status, que seja altamente valorizado e importante para a pessoa. O processo normal do luto é um estado universal e necessário quando as perdas são vivenciadas. Quando qualquer das fases do processo de luto não seja vivida ou haja demora excessiva em alguma destas fases pode instalar-se um processo patológico de luto, onde a reação à perda pode ser uma elaboração excessiva da tristeza ou perda, conhecida como depressão ou melancolia . É considerada como uma doença clinica, grave, incapacitante e desacatada (Stuart e Laraia 2001).

Ao adentrarmos o universo psicossocial nos deparamos com diversas teorias.

Na teoria psicanalítica de Freud, a melancolia está relacionada à agressão autodirigida ou voltada para o objeto perdido com o qual o Eu do sujeito se identificou. A depressão, em sua forma fenomênica, é vista como uma virada do impulso agressivo contra o próprio indivíduo, acompanhada por sentimentos de culpa. O indivíduo possuí uma ambivalência nas relações de amor e que depois de a perda ser incorporada ao ego, a parte hostil da ambivalência relacionada ao objeto perdido é voltada interiormente

contra o próprio ego, por considerar imprópria ou irracional a expressão de sua raiva.

Identificada por Klein em 1948, a qualidade da relação mãe-filho apresenta-se como muito importante na predisposição para depressão. Acreditava-se que as crianças que nunca recebiam amor suficiente de suas mães de modo a obter segurança estariam sempre vulneráveis a voltar ao estágio depressivo vivenciada anteriormente nas etapas normais dos estágios de desenvolvimento (Kapplan 1997, Stuart e Laraia 2001, Townsend 2002).

A depressão também pode ser vislumbrada sob a ótica da teoria da perda do objeto, na qual se explica a doença depressiva como decorrente da vivência de uma ruptura no relacionamento com um ente querido durante os primeiros seis meses de vida, geralmente a mãe. Esta ruptura pode ser de natureza física ou emocional acarretando sentimentos de impotência e desespero que contribuem para desajustes relacionados a respostas a perdas. O processo de luto experienciado nesta perda afeta o desenvolvimento da personalidade e predispõe a criança à doença psiquiátrica (Stuart e Laraia 2001, Townsend 2002).

Uma perspectiva recente sobre essa teoria concentra-se no impacto sofrido pela criança decorrente da doença depressiva materna, expressado como embotamento afetivo, maior indiferença, dificuldade para ser consolado e hipoatividade. Quando mais velho, os filhos de pais deprimidos também apresentam maior índice de desajustes emocionais que a média. De uma maneira diferente, mas dentro da teoria da perda do objeto, é

sugerido que a falta de disponibilidade emocional dos pais é mais estressante para a criança do que a separação física (Stuart e Laraia 2001).

Ainda dentro das Teorias Psicossociais, a Teoria Cognitiva de Beck procura explicar o transtorno depressivo pelo aspecto cognitivo, preferencialmente ao afetivo. Distorções da cognição são consideradas como a sede da depressão: expectativas negativas quanto ao ambiente, quanto a si próprio e quanto ao futuro. O individuo se sente inadequado, rejeitado e sem valor próprio. É dominado pelo pessimismo com previsões generalizadas e extremas, sendo por elas dominado em relação às suas atividades, desejos e expectativas. Em contraste com outras teorias que sugerem que os pensamentos negativos ocorrem quando o individuo já está deprimido, no modelo cognitivo a depressão é que é produto dos pensamentos negativos (Stuart e Laraia 2001,Townsend 2002).

Stuart e Laraia (2001) ainda completam com três outros modelos, o comportamental, o do aprendizado da impotência-desesperança e a teoria de organização da personalidade.

O modelo comportamental sugere que as pessoas são capazes de exercer um controle considerável sobre seu próprio comportamento, sendo livres para fazer exatamente o que melhor lhes aprouver. Não reagem meramente a influências externas mas selecionam, organizam e transformam os estímulos que recebem. Esta interação entre a pessoa e seu ambiente a faz ter sensações de bem estar, recebendo reforços positivos. O fato de a pessoa ter pouco ou nenhuma interação gratificante com o meio

ambiente leva-a a baixas taxas de reforços positivos e conseqüentemente a depressão.

O modelo do aprendizado da impotência-desesperança, proposto por Seligman em 1975, propõe que o que causa a depressão não é o trauma em si mas a crença que o individuo tem de que não pode controlar fatos importantes em sua vida, não se permitindo dar respostas adaptadas. O individuo abandona qualquer tentativa de alcançar êxito. São comportamentos aprendidos na infância, semelhantes ao modelo cognitivo de Beck. Este modelo é proposto como uma condição suficiente mas não necessária para a depressão (Stuart e Laraia 2001, Townsend 2002).

Na teoria da organização da personalidade, a visão da depressão concentra-se em uma importante variável psicossocial : a auto-estima. Neste enfoque, três formas de organização da personalidade são identificadas como desencadeadoras da depressão. A primeira quando o individuo usa outra pessoa para obter sua auto-estima, havendo satisfação apenas com a intermediação do outro. A depressão surge então na forma de comportamento dependente, passivo, manipulador e de evitação da raiva. A segunda forma diz respeito à percepção de um objeto desejável porém irreal que jamais será conquistado. O objetivo domina o individuo tornando-o arrogante, isolado e obsessivo. O último tipo de depressão é observado como um modo permanente de sentir um vazio, uma hipocondria, trivialidade nos relacionamentos interpessoais e críticas severas auto e heterodirigidas.

Townsend (2002) sugere a compreensão da doença dentro de um novo paradigma, o Modelo Transacional, que reconhece combinações de

teorias em que a genética, a bioquímica, os fatores psíquicos e sociais participam na composição da susceptibilidade de um individuo a depressão.

Na tentativa de minimizar as dificuldades, em psiquiatria, convencionou-se que o termo depressão deve ser sempre usado de forma adjetiva, conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), 1993. Desta forma, os estados depressivos nomeiam um conjunto de sinais ou comportamentos.

A American Psychiatric Association, em publicação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) classifica a depressão, dentro dos Distúrbios afetivos, como "um transtorno afetivo do humor, que ocorre em um período mínimo de duas semanas, envolvendo episódios depressivos e mais, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas: queixas de tristeza, desesperança, perda de prazer generalizada, perda de apetite, perturbações do sono, alterações psicomotoras, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa e pensamentos suicidas".

Segundo os critérios estabelecidos pelo NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIH, 2000), os transtornos depressivos podem ser agrupados em:

1. **Depressão maior**, denominado também de depressão clinica ou unipolar, onde os sintomas depressivos duram freqüentemente por vários meses ou mais. Tais episódios podem acontecer uma, duas ou várias vezes durante a vida.

2. **Distimia**, onde os mesmos sintomas estão presentes, porém de forma mais amena e duram em torno de dois anos. Pessoas com

BIBLIOTECA/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

distimia apresentam-se sem interesse e entusiasmo pela vida, vivendo uma existência desanimada e fatigante, como parte de suas personalidades. Também podem apresentar episódios de depressão maior.

3. **Depressão maníaca** ou transtorno afetivo bipolar: envolve ciclos de sintomas depressivos alternados com períodos de sintomas de mania. Este transtorno não é tão comum quanto os demais transtornos depressivos. Durante os episódios de mania, a pessoa pode apresentar hiperatividade, logorréia, euforia, irritabilidade, irresponsabilidade quanto ao uso de dinheiro e atividades sexuais ilícitas.

A classificação do DSM-IV ramifica as classificações acima descrita, operacionalizando-as conforme exposto a seguir.

Distúrbio depressivo maior: episódio único ou recorrente; leve, moderado ou grave; com características psicóticas, com características melancólicas; crônico; com padrão sazonal e com inicio no pós-parto.

Distúrbio distímico: de início precoce e de início tardio

Distúrbio disfórico pré-menstrual

Distúrbios bipolares: distúrbio bipolar I, distúrbio bipolar II e distúrbio ciclotímico.

GLASS (1999), ao rever aspectos relacionados ao caráter crônico e recorrente da depressão, enfatiza a importância que a depressão vem apresentando no âmbito da saúde pública. A depressão unipolar importante tem sido vista como um distúrbio crônico ou recorrente, uma vez que de 50 a

80% dos casos apresentam recorrência e de 12 a 25% se cronificam (Judd LL 1997, Stuart e Laraia 2001).

Murray e Lopez (1997), em estudos acerca do ônus que a doença representa no âmbito mundial, encontram a depressão como a quarta doença de maior peso no panorama mundial, com gastos que vem à frente de doenças cardíacas isquêmicas, cérebrovasculares e tuberculose. Se fossem incluídos os suicídios, que muitas vezes são decorrentes da depressão, este valor seria aumentado em 40%. Nos Estados Unidos, trabalhadores com depressão tinham a produtividade quatro vezes menor que os não depressivos (Stewart et al, 2003).

Estudos epidemiológicos indicam o aumento da prevalência da doença a nível mundial (Cross-National Collaborative Group 1992, Kessler et al 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS 1992) declara que em 2020 a depressão será a maior causa de anos vividos em incapacidade entre mulheres também em paises em desenvolvimento. Nos Estados Unidos estudos desenvolvidos nos pela ECA (Epidemiologic Catchment Área) estimaram a prevalência da depressão unipolar em 3% a 5,9%. Pesquisas semelhantes conduzidos pelo NSC (National Comorbidity Survey) apontam para um resultado ainda mais expressivo: 14,9% (Weissman et al 1996).

A depressão clínica afeta o humor, a mente, o corpo e o comportamento. Nos Estados Unidos 1 em cada 10 adultos passam por um episódio depressivo a cada ano e aproximadamente dois terços não procuram ajuda especializada, embora o tratamento possa aliviar os

sintomas em cerca de 80% dos casos (NIH 2000, Stuart e Laraia 2001). Em estudo recente no mesmo país, Kessler et al (2003) verificaram uma incidência ainda maior, com 16,2%. Contudo, pelo fato de freqüentemente passar sem diagnóstico, a depressão continua causando sofrimento desnecessário (NIH 2000, Kessler 2003).

O comportamento das pessoas acometidas de depressão é muito particular. Alguns desenvolvem a doença apenas em determinados períodos enquanto outros passam longos períodos doentes. Também existem variações quanto à intensidade da doença.

Sintomas depressivos como tristeza, desamparo ou desinteresse, podem acometer qualquer pessoa que esteja passando por um revés. Contudo, se tais sintomas se tornarem mais demorados e mais intensos que o usual, levando o individuo a não conseguir seguir seu curso natural de vida, este pode estar entrando em um processo de doença.

Apesar de depressão maníaca afetar igualmente homens e mulheres, estas tendem a apresentar mais episódios de depressão e menos de mania (Kaplan 1999).

A preponderância do gênero feminino em relação à depressão maior e a distimia ao redor do mundo é um dado consistente. Foi demonstrada tal preponderância em estudo realizado pelo Cross-National Collaborative Group (1992), bem como em cada estudo epidemiológico acerca do assunto. Publicações como as do NIH (2000), atestam que "a depressão maior e distimia afetam duas vezes mais mulheres do que homens, independente de raça ou situação sócio-econômica". Estudos realizados por Williams et al

(1995) quanto a diferenças de gênero em assistência primária encontram uma proporção de 31% em mulheres para 19% em homens nos Estados Unidos, sendo que os antidepressivos são quase que exclusivamente prescrito para mulheres. As principais queixas relatadas eram de alterações no apetite e auto-estima baixa. Também foram verificadas diferenças quanto à relação entre os sintomas apresentados em homens e mulheres. Em todas as comparações de sintomas do transtorno depressivo, a incidência foi maior em mulheres que em homens, sendo que a baixa auto-estima (40% vs 22%) e as alterações de apetite (43% vs 29%) foram ainda mais significativas. Em termos mundiais, pesquisa desenvolvida por Weissman et al (1996) confirma a preponderância feminina encontrando maiores índices de depressão em mulheres. Na revisão de Morihisa e Scivoletto (2001), além de os autores mostrarem estes índices confirmados em vários países ao redor do mundo, procuram justificativas para esta diferença ainda não explicada de maneira definitiva.

Várias hipóteses têm sido estudadas no decorrer dos anos. Há vários séculos, o ciclo reprodutivo da mulher tem sido relacionado ao aparecimento de transtornos comportamentais. Muitas tentativas têm sido realizadas no sentido de explicar estas manifestações, relacionando-as a fatores hormonais, reprodutivos, genéticos e biológicos, características do gênero feminino. Também são relacionados fatores psicológicos e características de personalidade (Kaplan 1999).

Independente das justificativas encontradas, as várias fases do ciclo reprodutivo da mulher continuam a ser vistas como de maior vulnerabilidade

para certos transtornos psiquiátricos. Tais transtornos aumentam sua ocorrência em certos períodos do ciclo, como no período pré-menstrual, puerperal ou no climatério.

Quanto ao período pré-menstrual, Morihisa e Scivoletto (2001) colocam que o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) difere da tensão pré-menstrual. O TDPM é uma síndrome pré-menstrual acentuada. Engloba o humor disfórico e também sintomas físicos. Interfere no trabalho, na escola e nas atividades sociais. Representa uma entidade separada, não apenas uma exacerbação de sintomas de outros distúrbios.

Em relação aos transtornos de humor na gravidez, dentro do estático conceito positivista de risco, alguns autores colocam como fatores de risco a baixa idade materna, suporte social inadequado e antecedentes de depressão (Morihisa e Scivoletto (2001); eventos estressantes da vida, relacionamentos conturbados e depressão previa e/ou hereditária (Brockington 2004). Evans et al (2001) concluíram que sintomas de depressão não são mais comuns ou importantes após o nascimento que durante a gravidez . Yonkers et al (2001) revelam resultados entre mulheres caucasianas, latinas e afro-americanas que apresentam transtornos depressivos durante a gravidez na mesma proporção que no pós-parto, sendo ressaltada a importância de um rastreamento da doença anteriormente ao parto.

Dentro da visão tradicional, as manifestações mais comuns durante o puerpério são os quadros de *blues* ou disforia pós-parto, depressão puerperal e as psicoses puerperais. No entanto esta classificação pode

desmembrar-se em um amplo leque de variações importantes. Além de transtornos mais amenos que não requerem tratamento psiquiátrico específico como a disforia pós-partos ou o processo de luto que sucede a perda de um bebê, existem outros transtornos relevantes como o transtorno de relacionamento mãe-bebê, transtorno de stress pós-traumatico, preocupações mórbidas, transtorno ansioso específico do puerpério e obsessão pelo infanticídio (Brockington 2004).

Por fim, no período da perimenopausa, as mulheres podem manifestar sintomas emocionais e cognitivos como depressão, diminuição da autoconfiança, dificuldades de memória e concentração e perda de desejo sexual. O climatério pode representar um período de maior vulnerabilidade para a ocorrência de alguns transtornos psíquicos, dentre eles, os transtornos de humor.

A natureza das queixas psicológicas do climatério decorre de fatores sociais, familiares, culturais, genéticos, hormonais e antecedentes psicológicos. Os fatores sociais e familiares estão entre os mais importantes na etiologia da morbidade psicológica (Morihisa e Scivoletto 2001).

1.2.2 A depressão puerperal

Considerando que quanto mais os profissionais de saúde estiverem aptos para reconhecer características de transtornos depressivos nas mulheres, maiores serão as oportunidades de recuperação e prevenção de tais transtornos, objeto de estudo desta dissertação será o entendimento dos enfermeiros acerca da depressão pós-parto.

As mais antigas documentações existentes acerca de doenças mentais no puerpério remontam a Hipócrates, nos idos de 400 a.C. (Kaplan 1997, Newport et al 2002). Apesar tais manifestações haverem percorrido tantos século no transcorrer da história da humanidade, estes transtornos ainda permanecem enigmáticos em diversos aspectos. Pesquisas tem sido inconclusivas quanto à identificação de um único elemento biológico associado à etiologia da doença mental após o parto (O'Hara et al 1991, Newport et al 2002).

Ciari (1973) já compreendia o ciclo gravídico-puerperal como um período especial onde a mulher passa por modificações orgânicas, psíquicas, familiares e sociais sem atingir o patológico. Desta forma, as doenças psiquiátricas no pós-parto precisam ser consideradas uma categoria distinta entre as doenças psiquiátricas (Kaplan 1999).

Somente a partir de 1994, as doenças psiquiátricas pós-parto foram reconhecidas como transtornos específicos pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association) e listadas como especificadores para início de Transtornos do Humor e também para o

transtorno psicótico breve. Ficou especificado que o início do episódio depressivo precisa acontecer nas primeiras quatro semanas após o parto. No entanto, muitos episódios depressivos só aparecem alguns meses após o parto, e a especificação se tornou, por vezes, um viés para os pesquisadores. Esta classificação, contudo, não inclui o conceito de que a depressão ou a psicose puerperal sejam síndromes distintas. Continuam desta forma as discussões acerca da fisiologia feminina e a neurobiologia não comprovada como relacionada a estes transtornos (Newport et al 2002). Quanto ao período de inicio da doença estar restrito a 4 semanas após o parto existem consistentes divergências. Muitas mulheres durante este prazo ainda nem se apresentaram para a primeira consulta após o nascimento do bebê. Muitas vezes o retorno pediátrico é agendado apenas após o primeiro mês de vida do recém-nascido. Desta forma, uma ampliação do período de início da manifestação da doença tem sido usada por diversos pesquisadores encontrando-se aceitação de até um ano após o parto para definição da depressão como puerperal (Cooper e Murray 1995, DaSilva 1998, Luis e Oliveira 1998, DelPorto 1999, Zlotnick et al 2001, Josefsson et al 2001, Newport et al 2002).

Embora não contemplada na nosologia do DSM-IV, muitos pesquisadores e instituições de saúde mental na fazem a distinção entre os transtornos do humor que acometem as mulheres no pós-parto, respeitando um continuum de severidade. A disforia pós-parto ou "blues" é um distúrbio suave, que acomete de 50 a 80% das mulheres (O'Hara et al 1991, Stowe e Nemeroff 1995, Kaplan 1999). Ocorre nas duas primeiras semanas pós-

parto e os sintomas desaparecem espontaneamente. A família pode oferecer ajuda significativa ao auxiliar a puérpera nos cuidados com o recém-nascido e oferecer a ela um suporte emocional neste período (Brockington 2004). Apesar de ser ameno, este transtorno não deve ser menosprezado pois ao passar a puérpera pela disforia pós-parto desenvolve um aumento significativo de risco para uma futura depressão puerperal (Newport et al 2002).

A psicose puerperal acomete apenas 0,1 a 0,2% das puérperas e é considerada uma emergência médica que acontece nas quatro primeiras semanas pós-parto (Kendell et al 1987, Stowe e Nemeroff 1995, Kaplan 1999). Além de apresentar risco materno e também para o bebê, tem sérias implicações quanto ao prognóstico. A reincidência está presente com freqüência em gestações subseqüentes, bem como pode acarretar futuros episódios psicóticos em períodos não gestacionais (Newport et al 2002).

A depressão puerperal ou depressão pós-parto tem sido considerada como o transtorno psiquiátrico mais freqüente após o nascimento do bebê (Wohlreich 1994, Brockington 2004). Sua prevalência sofre algumas variações ao redor do mundo. Em atualização acerca da depressão pós-parto, Wender e cols (2002) constatam a depressão puerperal afetando mundialmente em torno de 10 a 15% das mulheres, com prevalências relatada entre 3,5 e 33%, trazendo impactos também sobre o recém-nascido (Cooper e Murray 1995, Stowe e Nemeroff 1995, Josefsson et al 2001, Zlotnick et al 2001, Newport et al 2002, Townsend 2002). Estudos de Yonkers et al (2001) apontam para índices semelhantes da doença tanto

entre mulheres latinas, como em africanas ou européias. Tão ampla variação nos índices de prevalência, freqüentemente está associada a dificuldades diagnósticas, onde características próprias do puerpério como alterações no padrão do sono, apetite, energia, entre outros, são sobrepostos a sintomas patológicos da depressão puerperal. Indo além, muitas queixas são avaliadas e relacionadas a queixas apenas físicas, recebendo diagnósticos como anemia, diabetes, hipotireoidismo, entre outros (Newport et al 2002). A prevalência da doença pode ainda aumentar significativamente, chegando a 70% no caso de a mulher ter história de doença depressiva puerperal anterior. Nesta situação a duração dos episódios subseqüentes tende a ser cada vez maior (Cooper e Murray 1995, Nonacs e Cohen 1998).

Em estudos realizados no Brasil, observou-se uma prevalência de 20,7% na cidade de Porto Alegre, bastante superior à encontrada na literatura (Tannous et al, 2001). Na região de Ribeirão Preto, DaSilva et al (1998) encontraram uma prevalência de 12%. Neste estudo os autores detectaram uma incidência 50% maior em mulheres negras com baixas paridades. Foi descrita também uma associação entre a incidência maior e o suporte dos companheiros insatisfatório. Em uma comunidade australiana a depressão puerperal teve uma incidência duas vezes maior entre adolescentes (Hammen e Brennan 2003), confirmado estudos de Newport et al (2002) quanto a maiores índices da patologia nesta fase do desenvolvimento da mulher.

Diversos estudos indicam uma associação entre a doença e dificuldades no desenvolvimento cognitivo da criança aos 18 meses e

aparecimento de distúrbios de comportamento em torno dos 5 anos, relacionados às dificuldades de comunicação entre a mãe e a criança. São considerados comprometimentos também quanto ao funcionamento social e emocional na criança, bem como impactos negativos de longa duração sobre a família (Murray et al 1992, 1996, 1997; Wohlreich 1994, Weinberg e Tronick 1998, Miller LJ, 2002; DaSilva, 1998, Brockington 2004). Newport et al (2002) insiste na urgência de o transtorno ser identificado o mais precocemente possível de maneira a ser minimizado o impacto que se impõe ao recém-nascido.

Townsend (2002) define a depressão puerperal de uma maneira bastante prática, como um "... humor deprimido variando de um dia para o outro, com mais dias bons que ruins, tendendo a ser pior à noite e associado a fadiga, irritabilidade, perda de apetite, distúrbios de sono e perda da libido. Além disso, a nova mãe expressa muita preocupação quanto a sua incapacidade para cuidar de seu bebê".

Dentro da visão positivista do processo saúde-doença, percebe-se um olhar prevalente para o fenômeno do adoecimento mental que focaliza conflitos sintomas, e disabilidades variadas. Sob esta égide, alguns autores colocam como fatores de risco para a depressão puerperal, além da depressão prévia, o relacionamento conjugal insatisfatório, as complicações obstétricas, as dificuldades com os cuidados do bebê, relacionamento inadequado com a própria mãe e o baixo suporte social e familiar, gravidez não planejada, ansiedade ou depressão durante a gestação e eventos estressantes recentes (Kendell et al 1981, Stowe e Nemeroff 1995, Nonacs e

Cohen 1998, Gianfaldoni et al 2001, Wender 2002, O'Hara et al 2002). A despeito de diversos estudos estarem sendo direcionados para fatores causais específicos da doença ainda existe uma lacuna nesta associação epidemiológica necessária para a consolidação do conceito diagnóstico (Brockington 2004).

Em níveis nacional e internacional, a depressão pós-parto tem sido freqüentemente ignorada nos serviços de atendimento primário à saúde apesar de ser de fácil diagnóstico. Têm-se encontrado dificuldades diagnósticas com relação aos episódios depressivos menos agressivos, que passam despercebidos pelos profissionais de saúde e pela própria mulher (Thompson et al 1993, Nonacs e Cohen 1998). Muitas vezes a puérpera tem receio de admitir sentimentos que ela considera inapropriados, tanto para si mesma como para os profissionais de saúde. A ênfase que se dá na amamentação do recém-nascido desde as primeiras orientações a gestante muitas vezes levam a puérpera a esconder seus sentimentos com medo da interrupção da lactação para o devido tratamento (Newport et al 2002). Os profissionais por sua vez, são falhos em perceber estes receios especialmente quando os vínculos com a mulher não são satisfatórios. Muitas vezes atribuem as queixas a sintomas físicos característicos do puerpério, desta forma mascarando a doença emocional (Luis e Oliveira 1998, Nonacs e Cohen 1998). A entrevista clínica é um método muito eficaz para diagnosticar a depressão pós-parto, bem como escalas de auto ou hetero-avaliação psiquiátrica (Coutinho e Coutinho 1999).

De acordo com a literatura, um instrumento eficiente e de fácil aplicação no rastreamento da depressão pós-parto seja a escala inglesa Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Esta escala pode ser aplicada por qualquer profissional da área de saúde e mesmo auto-aplicada (Stowe e Nemeroff 1995, Santos et al 1998, Nonacs e Cohen 1998, Coutinho e Coutinho 1999, Miller 2002, Evins et al 2000, Josefsson et al 2001, Davies et al 2003, Brockington 2004). A atualização de Wender et al (2002) coloca que o uso da escala proporciona maior detecção dos casos de depressão puerperal que outros métodos convencionais de diagnóstico. Evins et al (2000) comparam o uso da EPDS para detecção de depressão puerperal com os métodos rotineiros de avaliação. Constatou-se uma incidência de 35,4% de detecção com o uso da EPDS contra 6,3% com o uso dos métodos convencionais. Brockington (2004) ainda ressalta os aspectos abordados pela escala relacionados a ansiedade e indica o seu uso para um *screening* de todos os transtornos psiquiátricos no pós-parto. Também tem sido usada em diversas pesquisas relacionadas a depressão, o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory), já validada e traduzida no Brasil, instrumento este que também contempla propriedades psicométricas importantes (O'Hara et. al 1991, Calil e Pires 1998, Gorestein e Andrade 1998).

A detecção precoce dos sintomas depressivos da doença é um grande aliado no tratamento da depressão puerperal, e esta tarefa não é específica de um determinado profissional de saúde. Todos os profissionais de saúde que prestam assistência à mulher durante a gravidez e durante o

puerpério precisam identificar e tratar adequadamente transtornos do humor nestes períodos. (Nonacs e Cohen 1998, Luis e Oliveira 1998). Todos aqueles que mantêm contato com mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal constituem elementos importantes neste processo. Transportando o pensamento de Seibel (2003) relacionado ao saber do médico para os demais profissionais de saúde, acreditamos que, particularmente nas periferias das grandes cidades bem como no interior do país, o primeiro profissional a atender urgências psiquiátricas é o generalista, que costuma atender a todas as especialidades. Davies et al (2003) preconiza, com o intuito de diagnosticar precocemente a depressão pós-parto, visitas de agentes de saúde durante o período de atendimento as puérperas. Ele também indica visitas posteriores ao período puerperal destinadas ao rastreamento daquelas mulheres que por algum motivo não foram percebidas como depressivas quando o bebê era mais novo. Vale ressaltar a importância destes profissionais de saúde serem treinados e capacitados para desta maneira colaborarem no processo de reconhecimento dos sintomas depressivos nas mulheres, especialmente em serviços primários (Llwellyn et al 1997, Coutinho e Coutinho 1999, Josefsson et al 2001, Miller 2002).

O portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional do enfermeiro, qualquer que seja sua área de atuação. Apesar de os serviços de atenção básica à saúde serem os locais onde deve ocorrer a detecção precoce aos transtornos bem como ações preventivas, muitas unidades ainda estão permeadas pela visão manicomial da doença mental.

O enfermeiro ocupa posição singular na rede básica, muitas vezes sendo o primeiro contato do usuário (DaSilva 2003). A despeito de ser de responsabilidade do enfermeiro reconhecer e fazer intervenções apropriadas em casos onde o paciente apresente um Transtorno do Humor em qualquer tipo de instituição de saúde (Taylor 1992, Travelbee 1982), em pesquisa realizada por DaSilva et al (2003) na região de São José do Rio Preto, foi observado que os enfermeiros da rede básica de saúde não entendem como sua responsabilidade esta identificação bem como o "manejo terapêutico" destas pacientes. Demonstram falta de conhecimentos atualizados sobre tratamentos e possibilidade de remissão de doenças mentais como a depressão e não sabem identificar pacientes com sintomatologia depressiva nem observam os indicadores nos pacientes que atendem. Também demonstraram desconhecimento quanto ao seu papel de terapeuta e quanto aos tipos de terapias mais utilizadas nos casos de depressão puerperal, mencionando como conduta a ser tomada a terapia breve (34,2%) ou psicanálise (34,2%) e o encaminhamento para o médico (46,6%).

Diversos têm sido os tratamentos propostos para depressão pós-parto, embora não existam diferenças significativas em relação aos tratamentos das depressões em qualquer fase da vida. Seja qual for a forma de tratar a depressão, uma questão sempre envolvida é a psicoterapia em suas variadas ramificações (Brockington 2004). A terapia interpessoal é uma forma de psicoterapia de curta duração ou de duração limitada e interpessoalmente orientada usada com muito sucesso nos quadros de depressão puerperal bem como em períodos não puerperais como forma de

evitar a recorrência da doença (Nonacs e Cohen 1998). Em pesquisa realizada por O'Hara et al (2000) observou-se ser a terapia interpessoal um tratamento eficaz para a depressão pós-parto, reduzindo sintomas e melhorando o ajustamento social, especialmente para mulheres que estão amamentando. O processo terapêutico pode ser iniciado antes do parto e auxiliar na prevenção da ocorrência da depressão após o parto. Estudos realizados verificam que em experiências de 4 sessões durante a gestação, não foi verificada nenhuma ocorrência do transtorno em até 3 meses após o parto (Zlotnick et al 2001, Townsend 2002, Brockington 2004).

Além da psicoterapia interpessoal, o uso da terapia cognitivo-comportamental é extremamente eficiente tanto no tratamento quanto na prevenção da depressão pós-parto (Frank et al 19991, Nonacs e Cohen 1998, Miller 2002, Townsend 2002), podendo ser tão eficiente quanto o tratamento medicamentoso através da sertralina (Applebye 1999). Peplau (1968) considera o relacionamento terapêutico a chave do sucesso da assistência de enfermagem em qualquer especialidade e representa um marco nos trabalhos sobre o papel psicoterapêutico do enfermeiro.

Muitas técnicas das terapias cognitiva e interpessoal encontram-se dentro da prática de enfermagem, tanto em nível de especialistas como de generalistas. Contudo, muitos graduandos, na sua formação acadêmica, não são instruídos acerca dos principais conceitos desta terapia, sendo importante que tais conceitos sejam mais difundidos (Townsend 2002). Tal lacuna deve-se provavelmente aos modelos que dominam a transmissão dos conhecimentos em enfermagem. Neste sentido, malgrado o fato do

ensino de enfermagem vir sendo reformulado no decorrer da história, a prática da enfermagem relacionada aos transtornos mentais ainda é apontada como tendo suas ações pautadas no modelo biológico (Furegato 2000).

O enfermeiro precisa estar preparado para lidar com o sofrimento mental em qualquer especialidade e em qualquer situação que exerça sua atividade profissional. Atuar terapeuticamente junto à pessoa em sofrimento mental pode fazer parte de seu cotidiano (Furegato 2000). De acordo com Oliveira et al (2002), o discurso dos enfermeiros que atuam dentro do novo modelo assistencial para saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a prática da enfermagem está relacionada e comprometida com outras práticas sociais, determinando, assim, novas maneiras de compreender e intervir na sociedade. O objeto de trabalho da enfermagem deve ser compreendido em uma dimensão na qual "...o sujeito é visto como um corpo individual e coletivo, logo, o lócus da intervenção de enfermagem não é o corpo físico e, sim, a estrutura psíquica dos sujeitos".

As mudanças no pensar e no agir do enfermeiro com relação ao processo saúde-doença mental passam por esta nova maneira de olhar e trabalhar do enfermeiro que atua com as experiências inovadoras que vem se estabelecendo nos municípios (Macedo e Jorge 2002). A incorporação destes novos saberes ao processo de cuidar relativo a mulher em sofrimento psíquico abrirá novos horizontes e possibilidades para as puérperas no percorrer de sua existência, quer em momentos de sofrimento, quer na manutenção de suas condições de cidadania.

1.2.3 O processo saúde-doença

Ao estudarmos a depressão puerperal enquanto manifestação de sofrimento psíquico, não estamos desvinculados de todo o caminho percorrido pelo conhecimento e pensamento humano relacionado às manifestações de saúde e de doença. Torna-se importante situarmo-nos dentro deste processo para melhor compreendermos a concepção que os sujeitos do estudo possuem, em conseqüência do momento histórico que vivemos, sobre a mulher com transtorno depressivo.

O conceito de causalidade dos agravos à saúde tem adquirido diferentes formas no decorrer dos tempos necessitando assim ser compreendido como parte da História. Este conceito vai sofrendo transformações dependendo da maneira pela qual o ser humano entra em contado com o mundo que o cerca e das vivências que vão sendo apropriadas pelo conjunto da sociedade. A busca da causalidade dá suporte a projetos de intervenção sobre a realidade e necessita ter um caráter instrumental. Assim, as concepções sobre saúde ou doença são elaborações intelectuais, visões de uma determinada época, que antecedem uma forma de atuar e intervir na sociedade de acordo com suas necessidades (Oliveira e Egry 2000).

Acompanhando o pensamento das autoras, até o final do século XIX, as formas da determinação da doença podiam ser sintetizadas entre duas formas de representação da enfermidade fundadas na unicausalidade: a ontológica e a dinâmica.

No pensamento ontológico, a doença é percebida sempre como externa ao organismo humano acometido, agregando-se ou não ao corpo através de forças sobrenaturais. O homem não tinha nenhum controle sobre seu corpo. A cura só era possível através dos recursos naturais ou dos procedimentos religiosos.

A segunda concepção opõe-se à primeira na medida em que é naturalista; neste caso, a doença é o produto do desequilíbrio entre os elementos orgânicos básicos do corpo humano, ou forças vitais. Para Hipócrates, a saúde estava relacionada ao equilíbrio do corpo humano, obtido através de um modo de vida ideal, que incluía nutrição, excreção, exercício e repouso adequados. Desta forma, o ser humano participa de forma ativa no processo. Assim, a cura se dá através de medidas terapêuticas visando restabelecer o equilíbrio da energia interna. Continuava ainda a visão individualizada da doença, distante do coletivo.

No final do século XIX, com o desenvolvimento dos meios de produção e o avanço tecnológico são descobertos os microorganismos e, desta forma, a eles são atribuídas as causas das doenças. Nesta era bacteriológica, durante a qual foram descobertos diversos agentes etiológicos, especialmente de doenças transmissíveis, o homem é visto como um ser com ações limitadas ao funcionamento mecânico de seu corpo, podendo sofrer desequilíbrio e gerar doença. Surge a teoria da unicausalidade (bacteriológica), dentro do pensamento positivista, negando qualquer outra explicação para o surgimento da doença (Oliveira e Egry 2000).

Com a organização social tornando-se cada vez mais complexa, surge a necessidade de uma atenção à saúde que preserve a qualidade da força de trabalho dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, com o desenvolvimento dos meios de diagnóstico e tratamento, o acesso à assistência de saúde tornava-se mais elitizada e mais dispendiosa. Assim, o foco principal de atuação passou a ser as medidas para promoção da saúde e a prevenção das patologias sociais.

Na primeira metade do século XX, tentando buscar explicações para as doenças não transmissíveis ou ocupacionais, para as quais a teoria da unicausalidade não era suficiente, aparece a teoria multicausal da doença (Oliveira e Egry 2000). A primeira formulação do conceito de multicausalidade é apresentada no modelo da balança de Gordon em que o fulcro da balança é simbolizado pelos fatores do meio ambiente e os pratos pelo agente e pelo hospedeiro. É reconhecida a coexistência de diversas causas isoladas para o aparecimento das doenças, que agem como uma somatória de causas, sem serem atribuídos diferentes pesos em diferentes momentos a cada um deles. Acredita-se que se tais fatores causais dos agravos à saúde forem devidamente controlados, a propagação da doença também será controlada.

Estes diversos modelos continuaram a se mostrar insuficientes para explicar o comportamento das doenças na sociedade e nas diferentes classes sociais. Laurell (1982) se expressa claramente quando escreve que a teoria multicausal tem uma conceituação claramente agnóstica uma vez que busca dar explicações partindo-se do pressuposto da impossibilidade de

conhecer a essência das coisas. Era preciso uma busca na essência dos problemas não se limitando a causas aparentes. A multicausalidade resultava em um modelo unicausal quando, na prática, concluía-se que apenas o fator de maior peso atuasse na produção da doença (Fonseca e Bertolozzi 1997b). Esta teoria partia de um ponto de vista positivista, interpretando a sociedade como um agregado de elementos homogêneos de caráter natural em que um sistema ecológico equilibrado é sinônimo de normalidade e qualquer desequilíbrio origina a doença. Também introduz o conceito de risco. Quando ao termo "risco" acopla-se o termo "fator" introduz-se a questão de causa ou fator de risco. A causa pressupõe linearidade e universalidade, reproduzindo sempre as mesmas conseqüências mesmo em situações diferentes (Fonseca e Bertalozzi 1997b).

A partir dos anos 70, surge na América Latina um movimento, chamado "Epidemiologia Social" do qual renasce o interesse pela determinação social do processo saúde-doença, contrapondo-se à "Epidemiologia Clínica", movimento dos países desenvolvidos que valorizava a credibilidade científica da pesquisa biológico-molecular. (Oliveira e Egry 2000). Começa-se a questionar o paradigma médico-biológico que não conseguiu gerar um novo conhecimento que permita a compreensão dos principais problemas de saúde que afligem os paises desenvolvidos. Especialmente na América Latina a medicina clínica não conseguia solucionar os problemas de saúde coletiva. Inicia-se uma busca pela

demonstração que a doença pode ser analisada fecundamente também como um processo social (Laurel 1982).

A nova maneira de compreensão do processo saúde-doença busca a causa última do comportamento na maneira como a sociedade está organizada para construir a vida social. Interpreta os fenômenos saúde e doença como integrantes de um único processo de caráter biológico e social, reconhecendo a especificidade de cada um e também analisando a relação que conservam entre si (Laurel 1982).

Nesta concepção, o processo saúde-doença manifesta-se através de variados fenômenos que sofrem transformações no tempo e no espaço quanto à freqüência e à intensidade. Pode se expressar no nível singular, do grupo social ou da estrutura social. No nível singular o processo manifesta-se entre as pessoas e pequenos grupos, que se diferenciam por atributos pessoais. No nível do grupo social, entre as classes sociais, as manifestações se dão a partir dos perfis de morbi-mortalidade peculiares a cada classe e, finalmente, no nível da estrutura social através desses perfis peculiares a cada sociedade.

Contrapondo-se a visão estática do positivismo, funciona de maneira dinâmica, acompanhando a compreensão da categoria "processo". Pressupõe-se que o processo saúde-doença seja sempre histórico, resultante de contradições sociais e em constante transformação. Não há padrões ideais de saúde-doença mas sim níveis de saúde, entendida como processo, que possam ser alcançados dentro de uma determinada

BIBLIOTECA/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

realidade. Também não significa progresso pois muitas vezes é preciso retroceder (Fonseca e Bertalozzi 1997a).

A noção de determinação opõe-se à de causa quando pressupõe uma relação dialética entre dois fenômenos que não podem ser igualmente reproduzidos em condições diferentes.

Embora as atuais reflexões e práticas em Epidemiologia Social aceitem a teoria da determinação social como base para a compreensão do processo saúde-doença, importante é ressaltar que hoje estas diferentes concepções co-existem e freqüentemente, no âmbito da prática, acabam operando modelos de unicausalidade.

A principal preocupação da enfermagem, no que diz respeito ao campo da epidemiologia, deve ser a redefinição da sua prática assistencial e de ensino, devendo propiciar o entendimento dos novos conceitos tanto a no seu próprio interior como posteriormente em toda a área de saúde.

A saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946 como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença". Definição esta com certo caráter utópico, ao usar o termo completo, além de estático, quando afirma ser um estado de bem-estar. (Kawamoto 1995).

Em 1978, através da Declaração de Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ampliou a visão do cuidado da saúde para sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, superando o antigo campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional de assistência à saúde. Ao acrescentar ao conceito da

OMS que a "saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde", a saúde passou a ser entendida como componente principal do desenvolvimento humano (Brasil 2002).

Considerando-se saúde e doença não como um estado, mas sim como um processo dinâmico, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1986, ampliou este conceito concluindo que saúde era "resultante das condições de alimentação, habitação, renda, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviço de saúde" (Búrigo 1992). Durante esta Conferência, foram lançadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja proposta incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado na promoção da saúde dos cidadãos.

Portanto, a saúde de um indivíduo tem vários fatores determinantes e é nesta visão ampliada de saúde que desejamos inserir a depressão puerperal dentro da saúde mental.

O desenvolvimento das ciências psicológicas na nossa cultura trouxe o reconhecimento da influência recíproca entre psique e corpo. Transformou-se o conceito de responsabilidade sobre a saúde dos sujeitos. A promoção da saúde torna-se responsabilidade principalmente do próprio sujeito, determinando este se deseja e como deseja atingir um ideal de qualidade de vida. A experiência emocional do sujeito tornou-se fator primordial na avaliação de sua saúde (Bresciani 2000).

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, no Canadá, foi um marco importante no cenário da promoção da saúde. Foi denominado promoção à saúde o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo." Os indivíduos necessitam identificar suas aspirações e satisfazer suas necessidade provocando as mudanças necessárias no meio ambiente para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social. A saúde deve enfatizar recursos sociais e pessoais bem como as capacidades físicas. Desta forma, a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde mas ultrapassa estes limites, até um estilo de vida saudável direcionado para o bem-estar global (Brasil 2002).

Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (Brasil 2002).

Participando deste cenário dentro deste período histórico que nos leva a repensar os conceitos de saúde e doença bem como as teorias que determinam os momentos saudáveis e os momentos de sofrimento, passaremos a relacionar alguns aspectos a respeito da reabilitação dentro do âmbito psíquico e social dos portadores de transtornos mentais.

1.2.4 Repensando a Teoria da Reabilitação Social

A saúde mental encontra-se em constante relação com a dimensão social da realidade afirmando que as necessidades dos doentes mentais dos serviços psiquiátricos públicos do país são necessidades de saúde que quando não atendidas, trazem obstáculos à capacidade humana de se viver plenamente a vida biológica e a vida social. As práticas em saúde e saúde mental englobam uma complexidade em suas articulações com as políticas públicas brasileiras, tanto para sua organização interna como trabalho institucionalizado, quanto a seus aspectos externos, na qualidade de mediadoras das políticas sociais que precisam responder aos diferentes interesses políticos-ideológicos dos grupos sociais de uma determinada conjuntura sócio-histórica (Barros 1996).

Nesse contexto, os modelos de assistência à saúde no Brasil organizam-se em dois projetos político-ideológicos: um modo hegemônico de produzir serviços médico-sanitários e, um outro, o projeto que se identifica com a proposta do Sistema Único de Saúde.

É preciso romper com a tradição cientifica positivista de objetivação da loucura para enfrentá-la em termos éticos e nas relações entre sujeitos sociais. A doença urge em ser vista como comportando em si a dimensão social tanto em seus determinantes causais como na maneira de enfrentá-la, condicionando o processo saúde-doença por meio das relações sociais.

Dentro dessa maneira de compreensão da saúde mental, na década de 80, começou-se a repensar a maneira de enxergar o doente mental

calcando-se na nova noção de reabilitação psicossocial como conseqüência dos processos de desinstitucionalizaçao. Busca-se reconstruir as histórias de vida, recuperar ou criando vínculos e condições materiais, sociais e emocionais de forma a romper com a lógica da reprodução das relações de dependência. O individuo passa a ser visto como necessitando soluções concretas e garantias de seus direitos básicos como moradia, liberdade, trabalho (Barros 1991).

A partir de 1994, construi-se um corpo teórico e um vocabulário próprio da reabilitação psicossocial, usado internacionalmente. O entendimento acerca da reabilitação psicossocial começa a incorporar em sua base teórica a necessidade de ampliar seu espectro de ação para a família e a comunidade conjuntamente com compreensão de que a reabilitação é um processo que precisa se aproximar o máximo possível da vida real. Saraceno (1994) coloca a comunidade como uma fonte inesgotável de recursos e potenciais tanto humanos como materiais. A comunidade promove para o individuo tudo aquilo que o serviço de saúde não é, funcionando como uma realidade complexa que necessita ser aceita e valorizada pelos serviços. Dentro desta comunidade esta inserida a família, que acompanha o doente mental em toda a sua existência e atua como co-participante em qualquer processo terapêutico.

De acordo com o mesmo autor, a reabilitação psicossocial é considerada internacionalmente como "um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recursos, em um percurso que faça crescer sua contratualidade psicológica e social,

construindo o direito pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade em três grandes cenários: casa, rede social e trabalho como valor social". O conceito de reabilitação psicossocial passa a ser "uma atitude estratégica do trabalhador, uma condição emotiva entre os serviços e o usuário, uma política de superação das separações existentes entre os diferentes ambientes e recursos disponíveis". Conceitua-se, portanto, reabilitação psicossocial também como o "conjunto de atividades que tendem à maximização das oportunidades do individuo para sua recuperação e para a minimização dos efeitos incapacitantes da cronicidade" (Saraceno 1994).

A importância da reabilitação psicossocial é frisada por Saraceno (1996): "a reabilitação psicossocial é uma necessidade e uma exigência ética que os profissionais devem ter como prioridade do problema da saúde mental". Ainda para Saraceno (1999), "reabilitação psicossocial é um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recurso, num percurso que faça crescer sua contratualidade psicológica e social, construindo o direito pleno de cidadania e a constituição material de tal direito."

A Organização Mundial da Saúde define a reabilitação psicossocial como um processo que compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que geram incapacidades e a permitir ao desabilitado a realização da sua integração (OMS 1992).

Segundo Pitta (1994), "a história da psiquiatria se confunde com a história da busca do respeito pelo ser humano, não só como um tratamento

durante situações de crise, mas também como uma luta pelo direito e pelo acesso a esse tratamento".

A reabilitação psicossocial calca suas raízes na acessibilidade, conforme cita Rotelli et al (1995): "construir (reconstruir) acessos reais dos direitos de cidadão e aos exercícios progressivos dos mesmos às possibilidades de vê-los reconhecidos e de funcionarem, à capacidade de praticá-los: o direito à cidadania é um direito político, jurídico e social".

A cidadania não é mais um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos também devem ter seus direitos fundamentais garantidos. O simples fato do diagnóstico de doença mental ou da intervenção em clínica psiquiátrica não deve implicar a perda da capacidade civil. Toda limitação ao exercício dos direitos civis e políticos deve ser justificada pelo estado do doente, por tempo limitado e efetivamente controlada (Pitta 1994).

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra ou a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social (Pitta 1992).

1.2.5 Novos modelos de atenção em saúde mental

No processo de redefinição do modelo assistencial, os serviços de saúde mental passaram a implantar espaços alternativos como o CAPS, preconizando a reabilitação psicossocial que prevê aos sujeitos portadores de transtorno mental o atendimento de forma integral, preconizando os princípios do SUS de integralidade, equidade e acesso, nas suas necessidades biopsicossociais. Nos serviços de saúde mental o cidadão (re)aprende a lidar com estas questões para que possa ser incluído socialmente e articulado com outros setores da comunidade. A sensibilização da comunidade é premissa necessária para a desconstrução da cultura da loucura e sua importância engloba parcerias com a rede social e fim de possibilitar conhecimentos relacionados à doença mental e às propostas de reabilitação psicossocial, divulgando os serviços substitutivos e construindo um universo favorável para aceitação, acolhimento e respeito às diferenças e limitações dos usuários portadores de transtornos mentais, possibilitando sua integração social na família, trabalho e rede social.

Muitas políticas atuais de saúde pública têm priorizado olhar o sujeito para além da doença. Para Amarante (1995), a ação de saúde deve ocupar-se de tudo o que constitui o "em torno à doença": o ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do contexto onde está inserido.

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990, e a realização das I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992),

impulsionaram a humanização do tratamento com conseqüente fechamento gradual dos leitos manicomiais. Conceitos arcaicos cederam espaço a um novo paradigma que define o usuário como sujeito e protagonista, ressaltando a cidadania e a inclusão social. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) ratificou as propostas relacionadas à reabilitação psicossocial e à construção da rede de atenção à saúde mental. Fruto desta indicação foi a regulamentação e normatização específica para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), por meio da Portaria nº 336/02 (SUS 2002, MS 2002).

Os CAPS foram eleitos os procedimentos substitutivos em saúde mental para suprir a demanda produzida pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e como o lugar de produção de novos modelos de assistência. Os critérios para a inclusão do usuário no serviço consideram o grau de autonomia ou dependência para cuidados pessoais, trabalho, moradia, lazer, cultura e rede social. As estratégias de intervenção são planejadas, têm objetivos estabelecidos (projeto terapêutico individualizado) e devem ser avaliadas periodicamente pela equipe.

Os usuários atendidos no CAPS são aqueles com psicoses (delírios, transtornos de percepção, isolamento, retraimento social, empobrecimento afetivo, alterações de humor), neuroses graves (dificuldades conscientes das relações, quadros dissociativos, depressivos, obsessivos e somáticos) e transtornos de personalidade.

O modelo tem como filosofia rever as relações internas de poder, a inclusão social do usuário, utilizar recursos da comunidade, envolver

familiares no tratamento, trabalhando para a autonomia do sujeito. Tal filosofia tem sido apreendida por diversas instituições que apesar de ainda funcionarem pautadas no paradigma médico-curativista já estão se aventurando a pequenos avanços dentro do modelo da reabilitação psicossocial (Freitas 1998).

Rotelli et al (1990) afirma que o trabalho e lucro devem ser pontos de partida e não de chegada do processo reabilitativo; pois este processo confere cidadania àqueles que trabalham, estabelece práticas de negociação e troca, dilui o sofrimento e se pratica o risco da liberdade.

Surgem assim as cooperativas como forma organizacional inovadora, oposta à exploração do trabalho dependente, mas ainda como forma de solidariedade. Abrigam promoção de autonomia bem como forma de proteção. São, ao mesmo tempo, serviços de tratamento e lugares de produção no mercado.

Regulamentadas a partir de 1999 (MS 2002), visam a integração social dos cidadãos em desvantagens como os deficientes físicos e sensoriais; os deficientes psíquicos e mentais; as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; os dependentes químicos e os egressos de prisões.

As Cooperativas Sociais organizam seu trabalho, especialmente no que diz respeito às instalações, horários e jornadas de maneira a levar em conta as limitações individuais e minimizar as dificuldades dos usuários e trabalhadores da cooperativa, desenvolvendo e executando programas especiais de treinamento e realização da atividade de trabalho.

Temos a consciência de estarmos vivendo um momento de mudanças em relação ao olhar sobre as questões da doença mental. Percebemos que a adaptação do usuário da rede de atenção psicossocial ao trabalho está relacionada ao tipo de compreensão que possuímos acerca da produção humana.

Entendemos que, pautados em variados conceitos acerca da reabilitação psicossocial, muitos serviços trabalham embasados nas realidades sociais de cada momento do usuário, modificando continuamente suas ofertas. Desta forma, os projetos terapêuticos mantém-se em constante diálogo com as necessidades dos usuários. Os projetos terapêuticos também aparecem singularmente relacionados com a equipe, usuários e familiares. Insistimos na participação não apenas do usuário as de seus familiares, pois acreditamos que, além da importância de compartilharmos os encargos e cuidados, os saberes e conhecimentos como senso comum serão importantes em todas as etapas do processo terapêutico .

As expectativas que, tanto os familiares como os próprios usuários possuem acerca de suas possibilidade de reabilitação, tornam-se central no que diz respeito ao caminho que cada um percorrerá, desde as primeiras etapas até o término da proposta de intervenção.

Saraceno (1999) demonstra a reabilitação concebida por Ciompi como um percurso de trabalho que objetiva reinserir o usuário da maneira mais completa possível na vida social e produtiva. O autor coloca o eixo "trabalho" em estreita correlação com o eixo "casa", sendo ambos constantemente determinados e determinantes um do outro. Assim,

percebemos o nosso contexto articulado de diversas maneiras com as questões relacionadas ao modo de morar dos usuários, bem como ao leque de opções que os mesmos possuem quanto às redes de apoio tanto individuais como coletivas.

Acreditamos que os próprios usuários contribuem encontrando variadas maneiras de agregarem novas opções de inserção na sua habilidade por meio de suas vivências e práticas assimiladas conjuntamente ao projeto terapêutico. Acreditamos que a reabilitação do usuário possa acontecer onde quer que ele esteja recebendo cuidados de saúde, desde os centros de atenção primária, com atendimentos generalistas até a especificidade dos órgãos de saúde mental, sejam eles CAPS, cooperativas sociais, ou em qualquer órgão permeado pela nova proposta de atenção à saúde mental: a Reabilitação Psicossocial.

1.2.6 A representação social

A Teoria da Representação Social surgiu no trabalho de Moscovici (1978) intitulado La Psychanalyse, son image et son public. Ela encontra acolhida em várias áreas do saber que dedicam à compreensão do processo de assimilação da realidade pelo individuo, da integração de suas experiências e das informações sobre o objeto social que circulam no seu meio, bem como das relações que estabelecem com outros homens.

Moscovici trouxe o conceito durkheimiano de representação coletiva para o contexto da psicologia social em 1961. Desta maneira, o autor coloca que as representações sociais constituem uma realidade que se impõe aos indivíduos, provocando uma influência recíproca entre estes e a estrutura social. O homem não é visto apenas como um receptáculo que responde passivamente às leis exteriores que recebe. Ele também participa da construção da realidade, utilizando-se dos materiais que a sociedade lhe oferece. Este homem, enquanto ser social, é modelado por um universo cognitivo e simbólico independente e pré-existente.

Jodelet (1986) considera as representações sociais como sendo a maneira de apreendermos a realidade, constituindo um conhecimento espontâneo e ingênuo, denominado *conhecimento de senso comum.* Ele é construído a partir de nossas próprias experiências, de modelos e informações de pensamentos que recebemos e transmitimos através das tradições, da educação e da comunicação social. A autora descreve uma representação social como uma forma de conhecimento, socialmente

elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum de um conceito social (p 474).

Um conceito amplamente conhecido entre as Ciências Humanas, "representar é tão antigo quanto pensar".As representações sociais servem aos indivíduos ao se posicionarem em relação ao mundo e dominarem-no, permitindo a comunicação entre eles. São modalidades de pensamento prático, orientadas em direção à comunicação e posicionamento dos homens diante da realidade.

As representações sociais se definem por um conteúdo (atitudes, imagens opiniões e informações) que se refere a algo (o objeto) e foi elaborado por alguém (o sujeito). O sujeito e o objeto sempre interagem, em atividade de construção e reconstrução, modificando e sofrendo modificações mútuas. No estudo das representações sociais devemos buscar conhecer esta relação que se estabelece entre o sujeito e o mundo.

Ao representar, substituímos o objeto fazendo-o presente de modo simbólico em nossa mente ou consciência. O objeto é reconstruído sob a forma de um conteúdo concreto. Neste sentido a representação tem um caráter de imagem e simbólico: toda imagem está associada a um sentido (conceito e significado) e vice-versa. A representação, enquanto imagem e significação, não é mera reprodução do mundo real no interior do individuo. Atribuímos o nosso significado à realidade ao apreendê-la. A representação é a interpretação que fazemos de algo, tendo um caráter construtivo da realidade, criativo e autônomo.

Para Sá (1993), representar uma coisa não é simplesmente duplicá-la, reproduzi-la ou repeti-la, mas reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. Ao apreendermos um objeto, temos a impressão de realismo e, uma vez sedimentada nossa representação, não nos damos conta de que se trata de uma construção própria, individual e social, que difere de sua representação real. As representações são constituídas por elementos provenientes do próprio individuo e por elementos simbólicos e normativos do grupo ao qual pertence.

O homem usa um sistema de linguagem para se expressar, já existente antes e independente dele. Rimé (1986) diz que esse sistema define uma maneira de os indivíduos se situarem diante da realidade e reflete as estruturas de poder vigentes no grupo social. Ao adotar uma linguagem, adota-se um ponto de vista e inscreve-se numa determinada estrutura e ordem sociais.

A linguagem é também um recurso de comunicação no nível simbólico portador de emoções, idéias e imagens que permitem o alcance de um certo grau de subjetividade. Farr (1986), acredita que apesar de indivíduos utilizarem um mesmo código lingüístico num mesmo grupo social, cada um se expressa de uma maneira única, pois o locutor tem liberdade para desenvolver a mensagem desejada.

As representações sociais estão inscritas no sistema de linguagem de cada sociedade e transmitidas aos seus membros no processo de comunicação. O conteúdo essas comunicações faz parte do estudo das representações sociais.

Os processo de construção das representações sociais são conhecidos como objetivação e ancoragem.

A objetivação transforma em concreto o abstrato, dando uma forma ou imagem específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o concreto. Tem 3 etapas (Spink 1989):

A Seleção e descontextualização, permitindo ao público que se aproprie das informações circulantes projetando-as como parte de seu universo; a formação do *núcleo figurativo,* como uma estrutura de imagem que reproduz de maneira visível uma estrutura conceitual; por último, a *Naturalização do objeto, que* transforma os elementos figurativos e abstratos do pensamento em elementos da realidade.

A ancoragem confere utilidade e significado ao conhecimento constituído acerca do objeto através da integração cognitiva deste no sistema de pensamento social previamente constituído. Para Sá (1993), a ancoragem do objeto representado ou o enraizamento social é o processo através do qual as representações já disponíveis funcionam como sistemas de acolhimento de novas representações .

Spink (1989), coloca 3 aspectos compreendidos na ancoragem:

Denominação e atribuição de sentido ao objeto, imposto pela rede de significados criada pela hierarquia de valores do grupo, em relação a qual o objeto é situado e avaliado; s*istema de interpretação do mundo social e instrumento de conduta dos homens (instrumentalização do saber),* onde as representações exercem função mediadora entre o individuo e o grupo, oferecendo ao individuo um sistema de classificação comum ao grupo que

serve como um instrumento de referência para avaliar os outros; por fim, o *Enraizamento da representação no sistema de pensamento*, com a inscrição sobre algo que já foi pensado, tornando as representações rígidas e inovadoras ao mesmo time.

Ao entrarem em contato, representação e sistemas de interpretação existentes no meio social, ambos se transformam. Ao nos apropriarmos de algo novo, revela-se um substrato interpretativo de referência, em relação ao qual a nova representação é situada positiva ou negativamente. O pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído para organizar a novidade nos quadros antigos (Sigaud 1997).

Desta maneira, a Teoria das Representações, conforme compreendida pela Psicologia social em muito contribui para a apreensão do conhecimento que os profissionais de saúde possuem acerca da depressão puerperal e como orientam suas condutas em função desta representação.

Esta teoria torna possível a compreensão da maneira que o enfermeiro que atua em uma Unidade Básica de Saúde apreende a depressão puerperal e, em função desta representação, como planeja e implementa suas intervenções.

2. OBJETIVO

Objetivo Geral

Desvelar o conhecimento que os profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, possuem acerca da depressão puerperal.

Objetivos Específicos

1. Apreender que conhecimentos os profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, têm acerca da depressão puerperal.

2.Identificar como os profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, conseguem perceber sintomas depressivos nas mulheres com as quais mantêm contato.

3. Caracterizar lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, quanto à depressão puerperal.

4. Relacionar as condutas tomadas pelos profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, frente às mulheres com sintomas depressivos.

5. Determinar a importância que os profissionais de saúde, enfermeiros de uma UBS, atribuem ao conhecimento da depressão puerperal.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Método e técnicas

Na pesquisa em tela o método adotado foi de natureza qualitativa. Esta linha de pesquisa tem como intenção lidar com as situações de modo dinâmico, desvencilhando-se de relações rígidas. Segundo Lefèvre (2003), nesta opção de pesquisa em que se procura resgatar representações sociais, o objeto (o pensamento coletivo) não é dado por atributos quantificáveis ou externos. A construção do objeto acontece *a posteriori ou em curso* e é composta de qualidades que os pesquisadores constroem ou desdobram aparecendo como resultado de todo o processo da pesquisa. Segundo Minayo (1992), a pesquisa qualitativa opõe-se ao positivismo na medida em que esse envolve o reconhecimento de qualquer ciência como atividade objetiva, capaz de traçar leis, generalizar e sintetizar resultados em dados estatísticos, ou seja, explicar os fenômenos. As Ciências Sociais, por sua vez, buscam a compreensão dos fenômenos e o desvelamento das intencionalidades. Segundo Minayo (2003), o objeto da pesquisa social é sempre histórico, significando que a formação e a configuração social da sociedade existe em um determinado espaço, formando uma consciência histórica. Não é apenas o pesquisador que dá sentido ao seu trabalho mas os indivíduos, grupos e sociedade também dão significado e

intencionalidade a suas ações e construções. A visão de mundo tanto do investigador como a do campo de estudo está sempre influenciando todo o processo do conhecimento.

Em virtude do objetivo proposto, de sua delimitação e das facilidades encontradas em nossa pesquisa no que se refere, entre outros aspectos, ao tamanho do universo, trabalhamos com todos os cinco enfermeiros da UBS. Foram empregadas entrevistas abertas semi-diretivas uma vez que se considerou que o estudo do entendimento dá-se tanto pela mediação da linguagem como pelos elementos contidos no âmbito da representação de uma situação. Minayo (1992) considera a entrevista como "um discurso bastante dinâmico que consegue ser caracterizado ao mesmo tempo pela espontaneidade e pelo constrangimento". Os estudos de representação tem lugar de destaque nas Ciências Sociais, possibilitando aumentar sua abrangência devido a introdução da subjetividade. As representações são socialmente compartilhadas; tem uso prático na vida comum e constroem-se nas relações interpessoais da vida cotidiana.

O objeto da investigação, a saber, o entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal, envolve naturalmente a linguagem e a representação. Desta feita, adotou-se para fins de seu estudo a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre (2003) na medida em que esta tem se revelado um bom instrumento para análise de representações. Lefèvre (2003) enfatiza que a produção de discursos funciona como uma maneira de organização e tabulação de dados de natureza verbal obtidos a partir de depoimentos. O discurso coletivo é a

expressão da representação de um sujeito coletivo. Esta técnica nos permite a apreensão do que a coletividade entende acerca de certos fenômenos.

Nela, os resultados são apresentados por meio de painéis de discursos coletivos, obtendo-se uma aproximação dos fatos pesquisados com os fatos da vida real. Nesta pesquisa buscou-se resgatar o imaginário social acerca do tema escolhido, sendo que na técnica de Discurso do Sujeito Coletivo, o painel de discursos faz o papel do imaginário social.

3.2 O local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Engenho II, que pertence à Coordenadoria de Saúde de Capão Redondo e se localiza na periferia da região sul da cidade de São Paulo. A UBS está situada em uma região extremamente empobrecida, rodeada de favelas, fazendo parte do mapa de inclusão e exclusão social proposto por Sposati (1991). Este Mapa foi elaborado para ser um instrumento de análise do processo de exclusão/inclusão social em São Paulo, expresso por meio das desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais da população da cidade em seus 96 distritos. Mostra o distanciamento das condições de vida entre os distritos, comparando índices e estabelecendo notas de exclusão/inclusão social a partir de padrões básicos de cidadania.

O Mapa torna visível a existência de ilhas de inclusão social convivendo com territórios marcados pela pobreza, discriminação, subalternidade, ausência de equidade e representação pública na mesma cidade, onde se encontra localizada a UBS.

A Unidade Básica é construída em dois andares. No andar de cima situam-se os consultórios médicos e de odontologia, bem como a sala de reuniões. Em uma ala do piso térreo ficam localizadas: recepção, secretaria, farmácia, almoxarifado, cozinha, sala do diretor e sanitários dos funcionários. Em ala oposta encontram-se as salas de vacina, curativos, medicação, hall de espera, que também funciona como local de inalações e a sala de enfermagem onde acontecem as consultas de enfermagem.

Os profissionais de saúde que trabalham na unidade se dividem em 23 auxiliares de enfermagem, 5 enfermeiros, 1 odontólogo e 7 médicos e 45 agentes comunitários. Quatro enfermeiros já aderiram ao Programa de Saúde da Família e aguardam a implantação do programa na unidade. Quanto aos médicos, 2 atendem como pediatras, 2 como ginecologistas e os demais como clínicos gerais. O odontólogo atende apenas crianças com menos de 14 anos e gestantes.

Existem diversos grupos em funcionamento na Unidade. Além dos tradicionais grupos para hipertensos e diabéticos, existem grupos de gestantes (média de 40 mulheres por mês), de cuidados com o recém-nascido (média de 60 mulheres por mês), de planejamento familiar, de prevenção de câncer de mama e de preparo para a coleta da colpocitologia oncótica (CCO), com coordenação e participação ativa dos enfermeiros e

auxiliares de enfermagem em todos os grupos. As consultas de pré-natal são intercaladas entre obstetras e enfermeiros, assim como as de pediatria entre pediatras e enfermeiros, sendo atendidas pelos enfermeiros em torno de 120 mulheres mensalmente. São realizados, em média, 187 coletas de CCO ao mês onde faz parte do processo a participação do grupo de CCO e prevenção do câncer de mama antes da coleta do exame. Os resultados são entregues pelo enfermeiro em atendimento individualizado para orientação ou encaminhamentos. Entre consultas médicas de ginecologia e obstetrícia são atendidas aproximadamente 667 pacientes ao mês. Não existem registros escritos de casos de depressão puerperal embora os profissionais de saúde informem verbalmente que muitas mulheres apresentam sintomas depressivos.

Todas as despesas envolvidas na trajetória da pesquisa foram de responsabilidade única e exclusiva da pesquisadora ficando a instituição que sediará a pesquisa totalmente isenta de participação nos custos. A pesquisa é de cunho particular, não existindo nenhuma espécie de patrocínio.

5.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte desta pesquisa todos os cinco enfermeiros da UBS. Dentre estes, 80% trabalham na rede pública de atenção primária a saúde há menos de 3 anos. Apenas uma enfermeira atua no serviço há mais de 20 anos. Quanto ao tempo de formados, 40% são formados há menos de 5

anos, 20% há 11 anos e 40% há mais de 20 anos. A pesquisadora teve conhecimento prévio e acesso ao universo estudado sob a forma de participação da rotina da unidade por vários anos na condição de docente de alunos de enfermagem em ensino clínico no local. Desta maneira, ressaltamos a identidade que sempre existe entre sujeito e objeto nas pesquisas sociais. A partir do pressuposto que o observador seja da mesma natureza que o objeto, o observador também faz parte da observação.

O quadro de enfermeiros participantes não sofreu alterações durante o período da realização da pesquisa. Não houve, assim, problemas relacionados à desistência, apesar de este direito haver lhes sido assegurado no Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Os sujeitos verbalizaram diversos sentimentos em relação à sua participação na pesquisa. Referiram terem vontade de participar, sentirem-se honrados ao ser convidados, sentirem-se despreparados para falarem sobre depressão puerperal, perceberem-se inexperientes e acharem importante a participação. Também foram observadas de maneira subjetiva atitudes relacionadas a serem sujeitos do estudo. Alguns se apresentaram bastante envolvidos, outros com demonstrações de insegurança, outros ainda de maneira bastante informal e à vontade e alguns bastante formais, enriquecendo assim bastante a concepção deste imaginário social.

5.4 A coleta e análise de dados

A coleta de dados através de uma entrevista mostrou-se adequada à proposta de apreender o significado que os profissionais de saúde atribuem à depressão pós-parto (Pinheiro 2000). Foi utilizada uma entrevista semi-diretiva com um instrumento a ser aplicado em questões. A primeira questão teve o propósito de aquecimento e a última de fechamento (Anexo 1). Cada sujeito foi entrevistado individualmente, sendo os depoimentos gravados com o consentimento dos mesmos. As entrevistas foram todas realizadas na própria UBS, atendendo a necessidade dos enfermeiros, nos horários e dias por eles propostos, entre outubro e dezembro de 2003.

Após a transcrição dos dados coletados, realizada sob supervisão direta da pesquisadora, cada entrevista foi analisada e tabulada segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre (2003). Seu conceito de Discurso do Sujeito Coletivo é o de uma "...proposta de organização e tabulação de dados de natureza verbal, obtidos de depoimentos...".

Assim sendo, as questões foram inicialmente analisadas isoladamente, ou seja, a questão 1 de todos os sujeitos entrevistados, e assim sucessivamente. Neste momento foi confeccionado o Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 10, composto por 2 colunas denominadas respectivamente expressões-chave e idéias centrais. Para cada questão foi utilizado 1 IAD 1, Na primeira coluna foram copiados integralmente os conteúdos de cada questão (ver anexo 2).

O segundo passo foi identificar e sublinhar em cada uma das respostas as expressões chaves das idéias centrais.

O terceiro passo foi a identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave, colocando-as na coluna correspondente, sendo que estas idéias centrais não são interpretações mas sim descrições do sentido presente nas expressões-chave

O quarto passo foi agrupar e "etiquetar" as idéias centrais de sentido igual ou equivalente e nomear estes grupamentos. A partir desta organização através do IAD 1 pudemos construir o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2), composto pelas colunas expressões-chave e DSC.

A seguir foram copiadas expressões chave do mesmo grupamento do IAD 1 para o IAD 2 e construído o DSC de cada grupamento, seqüenciando as expressões-chave. Foram formulados discursos-síntese na primeira pessoa do singular como forma de expressão de um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma de descobrirmos o que a coletividade deseja falar. Sua forma de apresentar os resultados, através de painéis de discursos coletivos, consegue aproximar os fatos pesquisados com os fatos da vida real.

A opção por uma abordagem qualitativa nos permitiu analisar em profundidade os dados obtidos gerando hipóteses e perspectivas até então não identificadas.

5.5 Aspectos éticos e legais

Os sujeitos receberam o documento "Consentimento Livre e Esclarecido" que foi assinado, após todas explicações que se fizeram necessárias, tornando voluntária sua apresentação como sujeitos do estudo (Anexo 3). A entrevista foi previamente agendada com os participantes de maneira individual em data, hora e local mais conveniente para o entrevistado.

Tratando-se de depoimentos relativos à compreensão da depressão puerperal, não foram observadas possibilidades de risco para os participantes. O anonimato e possibilidade de identificação dos envolvidos foram resguardados sendo as entrevistas numeradas no momento dos relatórios.

Esperamos que a pesquisa possa beneficiar os sujeitos envolvidos na medida em que trará para eles uma melhor compreensão de suas práticas. Para tanto, será assegurada a cada um deles, uma vez a pesquisa encerrada, uma conclusão que, esperamos, muito lhes beneficiará.

A Declaração de Concordância foi assinada pelo diretor da Unidade Básica em 15/12/2002 (Anexo 4).O projeto já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública - COEP (Anexo 5). Também já foi defendido e aprovado no dia 26/05/2003 (Anexo 5). Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde em 11/09/2003 e aprovado em 06/10/2003 (Anexo 7).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 1: Existem mulheres que atravessam o período de pós-parto com bastante naturalidade. Podemos observar, porém, que nem sempre o puerpério transcorre livre de intercorrências, sejam de natureza física, emocional, relacional, familiar ou outras. Dentre as intercorrências podemos citar, por exemplo, a depressão puerperal. Com relação a este transtorno que acontece no pós-parto, o que você sabe? Fale mais sobre o que na vida em geral como na vida profissional você pôde aprender sobre depressão puerperal.

Idéias centrais

A depressão é decorrente da vida que levam	São poucas, mas a gente tem que encaminhar	O profissional tem que ter mais amor

IC 1 - A depressão é decorrente da vida que levam

DSC
As mulheres já chegam aqui com 20 semanas, 23, 24 semanas, 28, e após o parto nós não as vemos mais aqui, por interesse delas, sendo assim, a visita do posto o interesse é delas. A gente vê que elas são muito susceptíveis a ter depressão pela vida que elas levam, porém o grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar. É uma periferia, o pessoal é um pessoal carente, nem todos tem ainda a orientação, a alfabetização, não tem um preparo nenhum pra nada, não tem conhecimento de nada. A paciente conta como era a vida dela em casa, a batalha do dia a dia, o pré-natal que ela fazia, não estão conseguindo conciliar a vida delas, o dia a dia, com a criança, o serviço aumentou muito; é uma vida muito sofrida. O maior fator seria a rejeição mesmo, às vezes dos pais, do pai, né, fator econômico, deixa a mulher muito abalada, porque depois que nasce, é um fator a mais que está desencadeando, o fator e , o fator estressor dela, e faz com que ela se sinta assim, mais deprimida.

Ao fazermos a leitura deste discurso observamos que os sujeitos percebem a depressão puerperal como decorrência da vida adversa das mulheres que freqüentam a unidade, atrelando assim a prevalência da depressão puerperal com as diferenças existentes entre as classes sociais, modificando-se nos diferentes extratos da população. Dentro do foco das

teorias da determinação das doenças, fazem referências a causas sociais aproximando-se assim da determinação social das doenças, porém, ainda mantendo a ótica positivista onde a relação causa-efeito é sempre estática e imutável. Pesquisadores têm demonstrado diversos fatores associados ao aparecimento da depressão pós-parto, como depressão pós-parto anterior, transtorno do humor anterior, história familiar de transtorno do humor, gravidez ansiosa ou depressiva, *blues* puerperais, estressores relacionados ao bebê, eventos estressantes da vida, suporte social pobre, discórdia marital, entre outros. No entanto, são declarados por variados autores como fatores sem associação, o nível educacional, passado cultural, grupo sócio econômico, idade materna e gravidez indesejada (Josefsson et al 2001, DaSilva et al 1998, Weissman et al 1996, Stowe e Nemeroff 1995).

Acreditamos que ao deixarmos de atrelar a doença mental com pobreza, exclusão, agressividade, assistencialismo e intervenções conseguiremos associar à pessoa em sofrimento mental o respeito, ética, cidadania, interação, compreensão e comunicação (Furegato 2000). O enfermeiro precisa estar preparado para lidar com o sofrimento psíquico em qualquer especialidade, preparando-se para ser um elemento terapêutico no dia a dia do exercício de sua profissão.

IC 2- "São poucas, mas a gente tem que encaminhar"

DSC A gente tem que encaminhar, mas o grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar.

Apesar de colocarem em seu discurso questões relacionadas à teoria da determinação social das doenças muitas vezes permanecem tão presas à realidade do trabalho que distorcem a percepção que têm da depressão puerperal. Malgrado trabalharem com uma população residente na periferia, pertencente à região de exclusão social segundo o Mapa de Exclusão/Inclusão Social de São Paulo de Sposati (1991), contradizem-se em seu discurso a medida em que não associam à noção de doença causada pela condição socioeconômica nenhuma forma de conduta relacionada à reabilitação psicossocial, onde atuariam junto à comunidade, família, enfim, a rede social. A prática da enfermagem está relacionada com outras práticas não apenas biológicas, mas principalmente sociais, definindo assim uma maneira de olhar e intervir na sociedade. Isto significa que, de acordo com Rotelli et al (1990) o objeto de trabalho quanto ao doente mental não é a apenas a doença, mas a existência e o sofrimento do doente. A prioridade não é mais a cura, mas a sociabilidade, a afetividade, as formas de convivência e a capacidade de produção de vida.

Somos conscientes das dificuldades existentes quanto a mudanças de paradigmas acerca do cuidar em saúde mental que permeiam a enfermagem por tantos anos. Mesmo entre enfermeiros que atuam em

unidades especificas de cuidado ao doente mental a predominância das ações é de ordem burocrática e administrativa. Os enfermeiros investigados reconhecem a necessidade de reverem seu papel e conduta profissional mas admitem a necessidade de um tempo para internalizaçao de novos conceitos (Souza 2003). No entanto sem uma mudança relacionada ao modo de conceber a doença mental reinventando as práticas da enfermagem continuaremos reproduzindo os mesmos processos de intervenção que se têm demonstrado bastante equivocados.

IC - 3 "O profissional tem que ter mais amor"

DSC O profissional tem que ter mais amor, ver o paciente como um todo, não só lá na parte clínica.

Aparece aqui neste discurso a questão do cuidado não exclusivamente médico, percebendo-se a necessidade de um novo enfoque no qual além das condutas clínicas e biológicas um novo olhar precisa ser desenvolvido a fim de atender também as necessidades emocionais das mulheres.

Amor parece ser aqui uma expressão coloquial e sintética que aponta para a necessidade de um "atendimento humanizado desde o parto", visto

pela ótica do cuidado mental. Evidentemente que tal perspectiva envolve a apreensão holística da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Interessante notarmos que faz parte das premissas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação à assistência pré-natal, a responsabilidade da equipe de saúde quanto ao *acolhimento* da mulher. É enfatizada a importância da história que cada mulher traz bem como a dos seus acompanhantes. São consideradas também partes desta história os "...fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal" (MS 2000). Consideram-se condições básicas para o saber em saúde ser colocado à disposição da mulher e sua família, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais.

Em contrapartida, ao serem discutidas as diversas abordagens inerentes à execução das tarefas, raramente são explicitados em momento alguns aspectos emocionais, relacionais, sociais ou de outras dimensões não técnicas ou biológicas. Na abordagem do papel educativo da equipe encontra-se um tópico intitulado "modificações corporais e emocionais", e também o preparo psicológico apenas para mães que tem contra-indicação para o aleitamento materno onde pouca, senão nenhuma orientação existe para o profissional nortear-se acerca de como abordar estes aspectos com a paciente. Da mesma forma, em outros manuais acerca da assistência ao parto, pouco ou quase nada está relacionado à saúde emocional da gestante ou puérpera.

Souza (2000) considera também os aspectos relacionados aos múltiplos papéis que passarão a serem vividos pela mulher durante a

gravidez e após o nascimento, como esposa, mãe, dona de casa, entre outros. A autora valoriza o preparo emocional destas mulheres desde a gravidez de maneira que elas possam aceitar com maior serenidade e equilíbrio os sentimentos conflitantes e contraditórios resultantes de possíveis fracassos após o nascimento do bebê. Percebemos ainda uma resistência entre as crenças quanto a importâncias das diversas dimensões relativas ao cuidar e as opções práticas pela medicalização e instrumentalização.

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 2: Com relação à mulher sob cuidados, mesmo após um período relativamente grande após o parto, de que maneira e o que leva você a suspeitar que ela esteja passando por um transtorno de tipo depressivo?

Idéias centrais

Como identificam comportamentos depressivos.	Como se conduzem ao identificarem tais comportamentos.

IC 1- "Sem vontade de comer, sem vontade de sair, sem vontade de cuidar."

DSC Através de sua vida econômica em casa, seu relacionamento com o esposo, com os filhos, muitas delas usam drogas, são adolescentes, tem os seus parceiros presos. Quando elas não gostam de amamentar, não gostam de ficar com a criança, o choro da criança irrita muito, você percebe que ela não se empolga com a criança, não tem nem vontade de cuidar do neném e vem em consulta e deixou o neném em casa. Também pelo fato de não se cuidarem, estão mal-cheirosas, descuidadas, desleixadas. Ela fica deitada, não tem vontade de comer, não tem vontade de sair, fica só chorando.

Observamos que apesar de os sujeitos demonstrarem dificuldade em conceituar aspectos relacionados à depressão puerperal apresentam coerência e clareza ao identificarem sintomas depressivos nas mulheres que atendem. Falta-lhes nível de generalização muitas vezes associado a estruturas de recursos humanos bem como de formação acadêmica. Muitas vezes a insegurança decorrente da falta de conhecimento e treino para lidar com aspectos relacionados à saúde mental pode ser um problema a ser encontrado pela equipe e pode se fazer necessária a ajuda de um profissional especializado (Luis e Oliveira 1998).

O que se apreende é uma descrição bastante precisa do próprio processo dinâmico da depressão. Em outros termos, o processo de retraimento do investimento libidinal dos objetos desemboca numa forma

manifesta de desinteresse pelo mundo externo, pelo cuidado pessoal. Contudo, mais interessante ainda é que tal descrição, bastante consistente com aquela encontrada na literatura psicanalítica especializada, vai além. Há quase que um ensaio de explicação posto que o discurso "descritivo" conecta-se com uma tentativa de explicação segundo a qual o retraimento ou o abandono de si e do mundo replica ou duplica o desamparo social e relacional característico do universo da puérpera.

IC 2 - "Escuto e encaminho"

A gente já pode encaminhar ela direto para o psiquiatra, mas eu gosto muito de escutar, dou oportunidade de ela se expressar.

Os sujeitos manifestam interesse em escutar a paciente. De alguma maneira associam que o ouvir pode ser terapêutico e lhes parece pertinente o exercício desta assistência. "A disponibilidade para ouvir o paciente com uma postura empática e de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva" (Luis e Oliveira 1998).

A comunicação como processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas (Teixeira e cols, 1997). Refere-se à linguagem enquanto forma verbal e manifestações de comportamentos enquanto forma não-verbal, onde podem ser observados olhares, posturas corporais,

manifestações fisiológicas entre outras. Conforme exposto por Taylor (1992), os indivíduos com transtorno mental sentem necessidade de conversar com alguém que verdadeiramente se interesse por seus problemas e angústias. É função do enfermeiro capacitar-se para a comunicação terapêutica dentro do contexto do relacionamento terapêutico. Durante o atendimento, a puérpera com sintomas depressivos deve sentir um clima de confiança e respeito mútuo de modo de modo que consiga comunicar os seus anseios ao enfermeiro. Esta espécie de comunicação com os pacientes só acontece quando o enfermeiro desenvolve uma atitude de aceitação e interesse genuíno por eles.

Transportando alguns aspectos acerca do *escutar* a gestante referidos no Manual técnico de assistência pré-natal (MS 2000) para o atendimento à puérpera, escutar pode ser algo mobilizador. Quando esta escuta é aberta, sem julgamentos nem preconceitos, fortalece a mulher no percurso desta fase da vida e a ajuda a construir novos conhecimentos sobre si mesma.

No entanto, o vínculo com o modelo de assistência centrado e dependente do profissional médico apresenta-se muito arraigado no que diz respeito a condutas relacionadas à saúde mental. Ao manterem seu foco apenas no encaminhamento perdem as possibilidades de desenvolverem suas próprias atribuições na assistência ao doente mental dentro do pensamento da reabilitação como um processo interdisciplinar, de maneira que as puérperas sejam corretamente avaliadas e assistidas (Josefsson et al 2000).

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 3: Quais são as principais dúvidas que surgem quando você se depara com esta situação? De que maneira você se conduz quanto às dúvidas?

Idéias Centrais

Atitudes em relação à paciente com sintomas depressivos	Dúvidas ao se deparar com a mulher com sintomas depressivos

IC 1 - "Nós temos um psiquiatra que acaba quebrando muito o nosso galho"

DSC Procuro conversar com elas, orientar, fico analisando, seria às vezes um lar, que ela deve vir, seria a vida que ela leva na casa dela, o parceiro que ela tem, porque elas vêm assim com um quadro muito triste, o marido só bebe, bate, quem não fica na depressão. Penso, na criança, no cuidado dessa criança, muitas vezes tem muita mãe solteira, o povo vai trabalhar, ficam sozinhos, penso nesse momento na situação da criança. Se você começa a abordar muito, questionar muito, você tem que entrar numa solução e não tem, dificilmente. Se a gente não puder resolver , a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional. Quando é possível a gente encaminha para um tratamento psicológico. Nós temos um psiquiatra que acaba quebrando muito o nosso galho, a salvação é isso aqui no posto porque eu acho até que seria importante pra ela estar tendo um acompanhamento.

Ao continuarmos percebendo o enfoque quanto ao encaminhamento, nos deparamos também novamente com a questão da crença no aparecimento da doença mental apenas como decorrência do desamparo material.

Quando surge o enfoque discursivo relacionado a procurar ouvir a mulher, preocupar-se com sua tristeza ou com o tipo de vida que levam, é possível identificar uma nova questão relacionada ao encaminhamento. Os

enfermeiros também vislumbram uma compreensão social da depressão puerperal, porém no momento em que se deparam com a decisão prática quanto ao que fazer, decidem pela concepção medicalizada onde o médico ainda é a figura central.

IC 2 - "Pra onde mandá-la?"

DSC Dúvidas quanto ao que fazer eu não tenho, se a gente não puder resolver, a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional. No entanto, como que eu vou conseguir a vaga pra essa mulher, pra onde eu vou mandá-la, como é que, assim, eu vou ter tempo pra estar me dispondo a ir a casa dela, ficar mais em contato com ela, mesmo porque eu tenho que observar, já que eu não tenho médico, ou psicólogo, não tenho psiquiatra, o mínimo que eu posso fazer é tentar eu mesma ajudá-la, mas as vezes eu também não tenho essas condições porque eu tenho N outros fatores que eu tenho que fazer, será que essa mulher vai ter uma assistência?

Parece claro para os sujeitos que sua responsabilidade é o encaminhamento da paciente para um outro profissional, seja um psiquiatra ou um psicólogo. Ao mesmo tempo, de alguma maneira é percebido que seu papel no curso do atendimento à mulher depressiva poderia ser mais elaborado, onde o encaminhamento poderia ser apenas um dos elementos terapêuticos no processo de reabilitação destas mulheres. Ao colocarem a dificuldade relacionada ao tempo para prestar assistência a puérpera, muitas

vezes relacionada às condições de trabalho as quais se submetem, de alguma forma vislumbram que o atendimento relacionado a transtornos mentais exige tempo, paciência, conhecimento e habilidade. Taylor (1992) acentua que a despeito das dificuldades em prestar esta assistência de qualidade o enfermeiro sempre é recompensado por seus esforços, pois quando uma paciente é ouvida terapeuticamente por um profissional capacitado, a experiência é sempre emocionalmente encorajadora.

O enfermeiro pode interagir com o cliente de forma terapêutica em situações diversas, a curto, médio e longo prazo. Em casos emergenciais a interação pode ocorrer independente de ambos se conhecerem previamente. Já em ambientes psiquiátricos a interação ocorre com conhecimento prévio por parte do enfermeiro sobre os objetivos do tratamento. Porém o relacionamento mais efetivo ocorre em longo prazo, sendo aquele no qual o enfermeiro usa sua própria personalidade bem como sua autoconscientização (Stuart e Laraia, 2001) para oferecer ao cliente uma experiência interpessoal terapêutica (Taylor, 1992). Neste contexto de interação enfermeiro-cliente, vários papéis podem ser exercidos pelo enfermeiro: criador de um ambiente terapêutico, agente socializador, conselheiro, professor, substituto dos pais, técnico e terapeuta.

Além da psicoterapia interpessoal, muitas técnicas da terapia cognitiva encontram-se dentro da prática de enfermagem, tanto no nível de especialistas como de generalistas. Seu uso é extremamente eficiente tanto no tratamento quanto na prevenção da depressão pós-parto (Nonacs e Cohen 1998, Miller 2002), fazendo efetivamente parte das atribuições de

enfermeiros, visitadores sanitários e outros profissionais de saúde do aconselhamento (Nonacs e Cohen 1998, Brockington 2004).

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 4: Com quem pode contar e o que você faz quando percebe que a mulher pode estar passando por algum tipo de transtorno do humor?

Idéia Central

O que fazer e com quem contar

IC – "A gente encaminha ao psiquiatra"

DSC É complicado. O psiquiatra seria o único aqui, que poderia estar auxiliando mais a gente, coisa grave a gente tenta encaminhar ao psiquiatra. O psiquiatra não é todo tempo que está aqui, e nem todos os dias. Uma dessas saídas é encaminhar para o pronto socorro. Se for leve, seria talvez um acompanhamento psicológico, mas não temos psicóloga aqui. Tem aqui na UBS uma psiquiatra que vem, e é muito , é compreensiva, deveriam passar pra ter uma palavra de uma médica, já que nós não temos uma psicóloga.

As dificuldades quanto à assistência à saúde mental dentro da assistência primária à população são explicitadas pelos entrevistados em diversos momentos apesar de situarem um profissional médico psiquiatra dentro da Unidade. Essas dificuldades são focalizadas com maior intensidade à medida que o encaminhamento lhes parece a única conduta apropriada e possível para a puérpera que apresenta características de depressão.

A questão do encaminhamento aqui aparece dentro de um plano do saber médico, no qual a pessoa deste profissional sintetiza uma certa forma de conhecimento a respeito da depressão puerperal. A doença mental passa a ser vista sob uma concepção centrada na doença e conseqüentemente nos tratamentos medicamentos.

A história da loucura se configura a partir do século XIX, sendo definida como alienação mental e passa a integrar o campo da medicina. A partir daí, surgem dificuldades pois a doença mental não se encaixava adequadamente ao esquema de racionalidade do pensamento médico. No Brasil, os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos, que durante este período eram recebidos nas Santas Casas de Misericórdia, embasavam-se na premissa que o hospital em si não curava, não oferecia tratamento nem físico nem moral, não contava com médicos especialistas ou enfermeiros competentes e não oferecia nenhuma condição de higiene. Clamavam, assim, pela criação de um hospício, que seria um instrumento terapêutico, e continuaria apenas sob a administração da Santa Casa. Desta maneira foi criado o Hospício de Pedro II, em julho de 1841.

Neste novo esquema terapêutico, eram premissas o isolamento do louco, sua vigilância contínua, a ocupação e organização do tempo dos pacientes, além da repressão e controle. Era função dos enfermeiros a vigilância contínua bem como estabelecer o elo entre o paciente e o médico. Os enfermeiros eram vistos como empregados que serviam mal e não mereciam nenhuma confiança, necessitando também serem vigiados, punidos e demitidos quando necessário.

A partir de 1881, Nuno de Andrade propõe a separação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia, uma vez que acreditava que as atribuições conferidas às Irmãs de Caridade tolhiam sua autoridade, sentido a classe médica ameaçada quanto ao direito de ser autoridade soberana na hierarquia asilar. O poder deve estar submetido ao médico. Acreditava-se

que a autoridade médica, fundada no saber, poderia garantir a cura. Nos relatórios que justificavam a separação, uma das deficiências apontadas eram os enfermeiros não serem regimentados quanto as suas habilidades pessoais, podendo ser inteligentes ou broncos, humanos ou desumanos, geralmente sem experiência (Machado et al 1978).

Percebemos assim que neste momento e contexto histórico e de políticas profissionais foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros no Hospício, em 1890, onde foi também instituída a primeira tentativa do ensino de enfermagem sistematizado. Logo após, em 1923, estabeleceu-se a Escola Anna Nery no Rio de Janeiro. A escola era pautada nos princípios modernos da enfermagem de Florence Nightingale e mantinha conteúdos relativos à arte do enfermeiro em prestar cuidados ao doente mental, processando-se nos moldes da época, através do confinamento e da vigilância. Somente a partir de 1962 estabelecem-se novos conceitos relativos à prática de enfermagem derivados dos novos estudos de Peplau (1968) acerca do papel psicoterapêutico do enfermeiro. Posteriormente, Travelbee (1982) também passa a conceber a enfermagem como processo interpessoal que é o fundamento do ensino do relacionamento terapêutico atual.

Uma vez enraizada a concepção do modelo médico-biológico, muitas vezes o enfermeiro perde sua identidade não se colocando no papel do cuidador, pois não percebe a doença mental em suas diversas dimensões, inclusive a social.

O modelo médico-biológico, centrado na instrumentalização e na técnica, ainda permeia o pensamento de muitos alunos que iniciam o Curso de Enfermagem. Percebem o doente mental como perigoso, irrecuperável e com necessidade de isolamento do convívio familiar e social. Não demonstram sentimentos de afeto para com estes doentes, porém, desenvolvem atitudes de paternalismo caritativo ou moralismo. Não acreditam na doença mental como doença desencadeada por experiências vividas especialmente no contexto familiar (Pedrão et al, 2002).

É no modelo social de assistência psiquiátrica que as atitudes se tornam mais positivas em relação ao transtorno mental, porém muitas unidades ainda estão permeadas pela visão manicomial da doença mental, impossibilitando a transformação dos paradigmas existentes.

Já existem enfermeiros preocupados com esta nova maneira de olhar o dente mental, trabalhando métodos e pedagogias inovadoras no ensino da saúde mental inclusive na formação de enfermeiros generalistas. Uma das experiências publicada por Rocha et al (2003) relata trabalhos sendo realizados desde 1996, no Rio de Janeiro, com a utilização de dinâmicas, vivências de sensibilização, grafismos, entre outras técnicas, com o objetivo de ampliar o autoconhecimento do discente antes da introdução dos aspectos teóricos das doenças mentais. Desta maneira procura-se ampliar a competência emocional dos alunos favorecendo a habilidade de lidarem com as emoções alheias.

Apesar de os serviços de atenção básica à saúde serem os locais onde deve ocorrer a detecção precoce aos transtornos bem como ações

preventivas, a desconstrução de uma maneira de enxergar a doença mental tão arraigada à prática do cuidado ao doente mental requer tempo, estudo, experiência e primordialmente a internalização de novos valores e conceitos a nível individual.

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 5: Como você percebe a importância do conhecimento sobre depressão puerperal entre os profissionais de saúde de uma UBS?

Idéia Central

A importância do conhecimento

IC – "A gente não sabe nem como começar"

DSC Falta um pouco de conhecimento; penso que sei muito pouco. A gente está querendo auxiliar, ajudar de alguma forma, mas a gente não sabe nem como começar. Eu acho muito importante as enfermeiras estarem capacitadas para conhecer os sintomas. Uma depressão pós-parto é a mesma coisa que qualquer outra patologia. Então se faz necessário que todos tenham no mínimo um conhecimento básico. Deveriam saber quais são os fatores, os sintomas, os sinais. Pra nós que trabalhamos direto com gestantes, podendo auxiliar mesmo essa puérpera, as coisas são mais aprofundados. Trabalhar no encaminhamento, já seria bom, porém, se nós pegássemos bem no inicio, não precisaria ser encaminhado.

O portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional do enfermeiro, qualquer que seja sua área de atuação. O enfermeiro ocupa posição singular na rede básica, muitas vezes sendo o primeiro contato do usuário (DaSilva 2003). Faz parte da responsabilidade do enfermeiro reconhecer e fazer intervenções apropriadas em casos onde o paciente apresente um Transtorno do Humor em qualquer tipo de instituição de saúde (Taylor 1992, Travelbee 1982).

A percepção dos enfermeiros reflete a realidade que vivenciam, onde explicitam seu pequeno conhecimento acerca da depressão puerperal que pode ser generalizada para os transtornos mentais como um todo. Entendem o conhecimento da doença mental tão importante como o

conhecimento de qualquer outra natureza de doenças e acreditam que este conhecimento que não possuem nesta realidade de trabalho favoreceria uma melhor assistência a puérpera bem como o trabalho do enfermeiro dentro da Unidade. A expressão acerca da necessidade de um maior conhecimento sobre as doenças mentais de um modo geral deixa transparecer um entendimento, talvez empírico, da necessidade da desconstrução do modelo hegemônico de assistência ao portados de transtornos mentais e de alicerçar uma nova prática de enfermagem centrada no paciente como ser humano, contemplado em todas as suas dimensões, quer sejam psíquicas, físicas, sociais, entre outras.

Em muitas escolas ainda predominam explicações biológicas e psicológicas para a doença mental. Dentro da concepção da determinação social do processo saúde-doença, os enfermeiros ainda obstaculizam as questões sociais em suas intervenções. É fundamental investir na formação de profissionais de saúde mental, orientada para a desconstrução das várias formas de opressão, exclusão e anulação dos doentes mentais" (Barros e Egry 1994).

O ensino de enfermagem vem sofrendo transformações a partir de então, incorporando conceitos de assistência à família, necessidade de abordagens grupais, relacionamentos interpessoais bem como atividades domiciliares. Contudo ainda estabelecem-se como locais de ensino clinico a instituição hospitalar. A participação da enfermagem no processo de ambulatorização da saúde mental ainda é escassa.

Acreditamos que a formação do enfermeiro necessite continuar a percorrer um caminho de consolidação de suas práticas não apenas no modelo biológico e técnico, mas primordialmente na prática social, problematizadora e reflexiva.

QUADRO SÍNTESE

QUESTÃO 6: No seu parecer, a quem cabe a responsabilidade de perceber aspectos depressivos em mulheres na UBS?

Idéia Central

Quem deve reconhecer os sintomas depressivos	Onde reconhecer os sintomas depressivos

IC - "Todos os que entram em contato com ela"

DSC Eu acho que de todos os que entram em contato com ela; em primeiro momento seriam os auxiliares de enfermagem, mesmo os agentes. A família vai muito atrás deles e eles trazem essa problemática pra gente. O enfermeiro deve ser o primeiro a estar visualizando isso.

Ao mencionarem a detecção de sintomas depressivos nas puérperas como responsabilidade de todos os que entram em contato com ela, enfatizando a equipe de enfermagem, mais uma vez os sujeitos expuseram um conhecimento intuitivo do papel do enfermeiro. Ao mesmo tempo em que estão focados no modelo médico-biológico, vendo como prioridade e opção quase que exclusiva o encaminhamento desta paciente, percebem a possibilidade do trabalho interdisciplinar. Ampliam sua visão para o importante papel da família nesta questão e também compreendem o elo que o agente comunitário representa entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde. Compartilham, assim, dos pressupostos de Luis (1998), que ressaltam a importância de a assistência prestada as puérperas envolver além das equipes de enfermagem também a família, de modo a estabelecer um vínculo facilitador para as pacientes verbalizarem seus sentimentos e preocupações. A visita domiciliar de enfermagem também tem se mostrado uma importante aliada na reinserção do usuário de saúde mental na família (Reinaldo e Rocha 2002, Brockington 2004). Em tabela apresentada por Brockington (2004) todas as pacientes que receberam

assistência domiciliar (de 6 a 8 visitas) tanto de enfermeiros como de visitadores de saúde, apresentaram diminuição nos sintomas depressivos.

IC - "Em todo momento, em todo lugar"

DSC As usuárias geralmente passam conosco, todas elas, na hora do pré-natal, na sala de vacina, o grupo bebê, grupo de puericultura. Todos os profissionais da unidade, tem que estar preparado, mas principalmente quem está acompanhando, parto pré-natal, do puerpério ou visitando a própria casa.

Os entrevistados colocam com clareza a questão da apropriação de qualquer contato com a puérpera para a atuação dos profissionais de saúde como elementos terapêuticos. Enfocam a facilidade maior dos enfermeiros em relação aos contatos com as usuárias uma vez que a grande maioria é atendida pelo enfermeiro. Nonacs e Cohen (1998) exploram, em sua pesquisa acerca de detecção e tratamento da depressão pós-parto, a importância do rastreamento de todas as mulheres durante o período puerperal. Consideram a necessidade de tornar rotineiro o questionamento de sintomas afetivos nas consultas de retorno após o parto, tanto na da puérpera como na do recém-nascido.

O discurso também apresenta a consciência dos sujeitos quanto à importância do conhecimento da comunidade no nível de visitas aos

domicílios, onde é disponibilizada uma rica fonte de observação e percepção da realidade imediata da paciente. O adoecimento de um membro da família, em especial a mulher e mãe, representa um grande abalo nas rotinas cotidianas, produzindo frustração e desespero a medida que os sintomas se cronificam ou intensificam. Incluir a família como parte integrante do tratamento demonstra uma leitura dinâmica e atual dos aspectos psicossociais da doença mental.

A literatura sugere que um aconselhamento psicológico contínuo seja acompanhado de visitas domiciliares até a remissão da doença, bem como que a assistência seja expandida para orientação da família e rede social. Visitas domiciliares durante a gestação, assim como a inclusão de temas relacionados aos transtornos emocionais do ciclo gravídico-puerperal nos grupos de gestantes extensivos as famílias, diminuem os riscos associados à depressão pós-parto (Luis e Oliveira 1998, Coutinho e Coutinho 1999, Miller 2002, Da Silva 2003).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer todo o processo, desde a coleta dos dados até a sua organização e produção do discurso do sujeito coletivo, manifestou-se com muita transparência a questão do encaminhamento da portadora de transtorno mental no puerpério. O ato de encaminhar faz parte do discurso dos sujeitos quando abordam seu conhecimento ou desconhecimento acerca da doença, quando elaboram idéias acerca do papel do enfermeiro ao deparar-se com a puérpera em sofrimento mental, e mesmo quando expõem suas dúvidas relacionadas ao como se conduzir perante a doença.

Quando solicitado aos sujeitos do estudo que partilhassem suas dificuldades ao se depararem com a puérpera depressiva observamos que, uma grande ênfase era dada à questão do encaminhamento da paciente. O ato de encaminhar aparece assim como central e determinante na responsabilidade do enfermeiro perante o doente mental. Entendemos também que é necessário respeitar as limitações impostas pela dinâmica de trabalho dos sujeitos de estudo, quando colocam que muitas vezes é melhor não questionar demais porque depois o profissional não tem como atuar diante das informações que recebeu.

De qualquer forma a repetição constante da questão do encaminhamento não ocorre tão por acaso. Existe toda uma construção histórica da psiquiatria e do cuidar em saúde mental estreitamente

relacionada ao saber e competência do médico, que permaneceu dominante por vários séculos.

Mesmo quando é colocada a percepção do adoecimento mental vinculada à vida adversa que as mulheres vivem, relacionando-a a condições de pobreza e de dificuldades materiais, estão reproduzindo o pensamento vigente nos cenários dos primórdios da psiquiatria onde apenas os pobres eram encaminhados aos hospícios, sendo a terapêutica para os ricos diversamente operacionalizada. Os sujeitos percebem a depressão como socialmente determinada, porém mantém a ótica positivista na qual a relação causa-efeito sempre se reproduz independente da historicidade e da influência de outros fatores sociais além da pobreza.

Entendemos assim, que o enraizamento da enfermagem ao modelo assistencial vigente por tantos anos seja um obstáculo tanto na redefinição dos papéis do enfermeiro frente à doença mental bem como na sua inserção como profissional qualificado dentro da equipe multidisciplinar de saúde.

Quando os sujeitos estabelecem seu discurso relativo ao pequeno conhecimento que possuem acerca da depressão puerperal, refletimos acerca do grande desafio que a formação acadêmica dos enfermeiros enfrenta na área da saúde mental. É preciso atenção quanto a que modelo os futuros enfermeiros estão sendo orientados a adotarem. (Pedrão et al 2002).

A despeito de relatarem desconhecimento, falta de experiência e dificuldades estruturais no local de atendimento, despontam com uma interessante percepção, talvez percebida no nível do senso comum, a

respeito do exercício do ouvir terapêutico, da escuta dentro do espectro do acolhimento. Expressam que a impossibilidade de visitar a mulher e de ouvi-la empaticamente está relacionada ao excesso de atribuições inerentes ao processo de trabalho que vivenciam, emergindo novamente a questão do tempo. Realmente o atendimento relacionado a transtornos mentais exige tempo, paciência, conhecimento e habilidade.

É preciso enxergar além do imediato e acreditar que o enfermeiro sempre é recompensado por seus esforços, pois quando uma paciente é ouvida terapeuticamente por um profissional capacitado, a experiência é sempre emocionalmente encorajadora (Taylor 2002). O ouvir terapêutico é sempre uma mão de duas vias, um processo no qual terapeuta e paciente mantêm uma relação interativa, por vezes se tornando difícil identificar qual o maior beneficiado. "Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. É desprendimento de si, disponibilidade para conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para primeiro compreender e depois oferecer ajuda. É uma troca de experiências" (Ministério da Saúde 2002).

O enfermeiro ocupa uma posição singular na rede básica de assistência a saúde. Por inúmeras vezes é o primeiro a estabelecer contato com o usuário. Ele tem o doente mental muito presente no seu universo profissional, podendo optar por enxergá-lo como ser humano em sofrimento mental ou ignorá-lo em suas manifestações psíquicas e emocionais para direcionar o olhar apenas pra apenas aquilo que está mais aparente, o

sofrimento físico. A literatura cientifica demonstra com muita clareza a importância da atuação do profissional enfermeiro junto à mulher em depressão puerperal tendo a possibilidade de atuar em diversas dimensões. Ações como visitas domiciliares, terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, relacionamento terapêutico, tem sido não só veiculadas como pertinente ao enfermeiro bem como pesquisadas e adotadas devido aos resultados positivos observados quanto à diminuição dos sintomas depressivos nas mulheres e muitas vezes na prevenção da instalação da doença. Também foi observado um incremento no índice de adesão ao tratamento quando o acompanhamento foi realizado por enfermeiros. Tais ações tem sido descritas como eficazes não apenas no puerpério mas desde o período gestacional (Serwin et al 1991, Nonacs e Cohen 1998, Murray et al 2003, Marks et al 2003, Davies et al 2003).

Os sujeitos deste estudo registraram compreensão de seu papel no reconhecimento dos sintomas depressivos nas mulheres bem como acentuaram a extensão dessa atribuição a todos os profissionais que entram em contato com a puérpera. Entendem que o enfermeiro é privilegiado quanto ao conhecimento e ao atendimento a quase que a totalidade das mulheres que freqüentam a Unidade Básica de Saúde. Percebem o leque de momentos que possuem de modo a não deixar de perceber quando o sofrimento mental da puérpera se instala. São muito cônscios de sua falta de experiência e conhecimento acerca do assunto e generalizam essas lacunas para o universo da doença mental. Desta forma, as lacunas no conhecimento e quiçá na formação acadêmica dos sujeitos determinam a

ausência de percepções mais fundamentadas quanto ao enfermeiro, ele próprio, atuando como um instrumento terapêutico. Ainda necessitam internalizar como possibilidades de atuação do enfermeiro a terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental, bem como ações extra-muros institucionais relacionadas ao acionamento do eixo "rede social" das usuárias, trabalhando com a família, e com a comunidade. Ainda além, necessitam canalizar seus esforços em direção ao eixo "morar" e o eixo "trabalho", considerados fundamentais pela teoria atual da reabilitação psicossocial na reabilitação da saúde e cidadania da mulher em sofrimento mental.

Importante salientar que uma vez que os sujeitos já possuem esta consciência, o primeiro passo está dado. Ao explicitarem interesse e abertura para incorporarem novos conhecimentos e reavivarem antigos conceitos esquecidos, nem a falta de tempo, nem a falta de condições de trabalho e nem a falta momentânea de conhecimento sobre o assunto os impedirão de buscar novos caminhos, de adaptar situações, de ampliar visões e percepções, de criar novos modelos, de construir novos conceitos e desconstruir antigos; enfim, nada os impedirá de transformarem diariamente o espaço coletivo que os abriga.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante P, organizador. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994: 323-329.

Appleby L. Depression in pregnant and postnatal womwn: an evidence-based approach to treatment in primary care. **British Journal of General Practice** 1999; October: 780-782.

Barros DD. **A desinstitucionalizaçao italiana: a experiência de Trieste**. São Paulo; 1991. [Dissertação de mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Barros S, Egry EY. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade** 1994; 3(1): 79-94.

Barros S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sob júdice.** São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

Bregantini EC. Pessoa com deficiência – o respeito às diferenças. **Ser Médico CREMESP** 2002; 20(3): 32-33.

Bresciani C. Saúde: abordagem histórico-cultural. **O mundo da saúde** 2000; 24(6): 437-442`.

Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. **The Lancet** 2004; 363: 303-310.

Búrigo LAZ. Educação em saúde na escola – uma visão atual. **Rev Bras Saúde Esc** 1992; 2(2): 70-71.

Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Rev. Psiq. Clin.** 1998; 25(5): 240-44.

Ciari CJ. **Saúde Materno Infantil**. São Paulo, Editora LPM, 1973.

Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of diagnosis concept. **Br J Psychiatry** 1995; 166:191-195.

Coutinho T, Coutinho CM. Depressão Pós-Parto. **Femina** 1999; 27(7): 571-577.

Cross-National Collaborative Group. The changing rate of major depression:cross-national comparisons. **JAMA** 1992; 268(21):3098-3105.

Davies BR, Howells S, Jenkins M. Issues and innovations in nursing practice - Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. **Journal of Advanced Nursing** 2002; 44:248.

DaSilva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Braz J Med Biol Res** 1998; 31 (6): 799-804;

DaSilva MCF, Furegato ARF, Da Costa Júnior ML. Depressão : pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003; 11(1): 7-13.

Del Porto JA. Conceito e Diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatria** 1999; 21(suppl1): 6-11.

Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ** 2001; 323: 257-260.

Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. **Am J Obstet Gynaecol** 2000; 182:1080-1082.

Farr R. Las representaciones sociales. In. Moscovivi S. **Psicología social.** Barcelona, Paidos, 1986. p.495-506.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva.** Serie didática: enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília 1997a.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da populaçcao. In Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva.** Serie didática: enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília 1997b.

Frank E, Kupfer DJ, Wagner F, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. **Arch Gen Psychiatry** 1991; 48:1053-1059.

Freitas FFP. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad Saúde Pública** 1998; 14(1): 93-106.

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In. Jorge MSB,Silva WV, Oliveira FB (org). **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** SãoPaulo (SP): Lemos Editorial, 2000. p.93-116.

Gianfaldoni A, Rennó JJ, Halbe, HW. Aspectos relevantes da depressão em Ginecologia. **Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia** 2001; 1:4-11.

Glass RM. Tratando a Depressão como uma Doença Crônica Recorrente. **JamaBrasil** 1999; 3:1935-1936.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiq. Clin.** 1998; 25(5): 245-50.

Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity and timing of maternal depression. bAdolescent offspring diagnoses in a community sample. **Arch Gen Psychiatry** 2003; 60: 253-258.

Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoria. In. Moscovici S. **Psicologia Social II.** Barcelona: Paidós, 1986. p.469-494.

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. **Acta Obstet Gyneacol Scand** 2001; 80:251-255.

Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. **Arch Gen Psychiatry** 1997; 54: 989-991.

Kaplan HI, Sadock BJ. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Kawamoto EE. Saúde. In: Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. **Enfermagem Comunitária.** Sao Paulo: EPU; 1995.

Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and correlates of psychiatric admission in the puerperium. **Psychol Med** 1981; 11(2): 341-50.

Kessler RC et al. The epidemiology of major depressive disorder. **JAMA** 2003; 289(23): 3095-3105.

Laurell AC. A saúde–doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global; 1983. p. 133-158.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo – um novo enfoque em pesquias qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

Luis MAV, Oliveira ER. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. **Rev.Esc.Enf.USP** 1998; 32: 314-324.

Llwellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. **J Clin Psychiatry** 1997; 58(suppl 15): 26-32.

Macedo AMB, Jorge MSB. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In. Jorge MSB,Silva WV, Oliveira FB (org). **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** SãoPaulo (SP): Lemos Editorial, 2000. p.125-147.

Machado R, Loureiro A, Luz R, Murucy K. **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Marks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. **J Matern Fetal Neonatal Med** 2003; 13(2): 119-127.

Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1992.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In. Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS (org). **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade.** Petrópolis - RJ: Vozes, 2003.

Ministério da Saúde (MS). Legislação em Saúde Mental 1990- 2002.3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. (série E. Legislação de Saúde).

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de políticas de saúde. Assistência pré-natal – manual técnico. Brasília; 2000.

Monteiro ARM. Saúde mental como tema transversal no currículo de enfermagem. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF)** 2003; 56(4): 378-380.

Morihisa SM, Scivoletto S. Transtorno depressivo na mulher. **Rev. Bras. Medicina** 2001; Edição Especial: 151-160.

Moscovici S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Miller LJ. Postpartum depression. **JAMA** 2002; 287(6):762-765.

Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. **The Lancet** 1997; 349:1436-1442.

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of short-and-long-term effect of psychological treatment of pos-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. **Br L Psychiatry** 2003; 182:420-427.

Newport J, Hostetter A, Arnold A, Stowe Z. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. **J Clin Psychiatry** 2002; 63(suppl 7): 31-44.

Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. **J Clin Psychiatry** 1998; 59(suppl 2): 34-40.

National Institute of Health (NIH) Publication No. 00-4779 August 2000: Depression: what every woman should know.

OMS (Organização Mundial de Saúde). A proteção de pessoas com enfermidade mental e a melhoria da assistência à saúde mental; apud Vasconcelos, EM. Do homicídio a comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrar; 1992: 45-53.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1993. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. **Journal of Abnormal Psychology** 1991; 100(1): 63-73.

O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficay of interpersonal psychoterapy for postpartum depression. **Gen Psychiatry** 2000; 57:1039-1045.

Oliveira FB, Jorge MSB, Silva WV. A prática da enfermeira no centro de atenção psicossocial. In. Jorge MSB,Silva WV, Oliveira FB (org). **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** SãoPaulo (SP): Lemos Editorial, 2000. p.150-160.

Oliveira MMC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev Esc Enf USP** 2000; 34(1): 9-15.

Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SE. Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002; 10(6): 794-799.

Peplau HE. **Princípios basicos para la orientacion del paciente – extratos de la transcripción de dos grupos de trabajo en enfermería clínica en hospitales psiquiátricos**. Organizaçao Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 167, 1968.

Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In. Spink MJ (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000.

Pitta AMF. Cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Saúde em Debate** 1992; 36:19-23.

Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação. **J Bras de Psiq** 1994; 43(12): 647-54.

Reinaldo AMS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2002. 4(2): 36-41.

Rimé B. Lenguage y comunicación. In. Moscovici S. **Psicologia Social II**. Barcelona: Paidós, 1986. p.535-571.

Rocha RM, Kerstenberg CCF, Oliveira EB, Silva AV, Nunes MBG. Construindo um conhecimento sensível em saúde mental. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF)** 2003; 56(4): 378-380.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, De Risio C. Oliver FCN (org). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec; 1990.

Sá CP. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In. Spink MJ (org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo, Brasiliense, 1993. p.19-45.

Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto – estudo no Brasil. **Rev. Psiq. Clínica** 1998; 25:97-100.

Saraceno B. **Teorias e modelos em reabilitação**. São Paulo: **EDITORA** 1994.

Saraceno B. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**; apud: PITTA, A. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec ;1996: 13-8.

Saraceno B. **Libertando Identidades**. Rio de Janeiro:Te Corá; 1999.

Seibel SD. Urgencias psiquiátricas: o que fazer e como fazer – parte 2. **Diagn Tratamento** 2003; 8(3): 156-7.

Serwint JR, Duggan AK, Mellits ED, Baumgardner RA, DeAngelis C. Do postpartum nursery visits by primary care provider make a difference? **Pediatrics** 1991; 88(3): 444-9.

Sigaud CHS. **A representação social da mãe acerca da criança com síndrome de down.** São Paulo; 1997. [Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil]

Souza ETC. Aspectos psicológicos da mãe e do recém-nascido. In Spallicci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM (orgs). **Gravidez & Nascimento.** Sao Paulo: Edusp, 2000.

Souza MCBM. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2003; 11(5): 678-84.

Spink MJ, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In. Spink MJ (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000.

Sposati A, Koga D, Akermann M. **Mapa de Exclusão/Inclusão Social de São Paulo,** 1991; PUC/SP.

Stewart WF et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. **JAMA** 2003, 289(23):3135-3144.

Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. **Am J Obstet Gynaecol** 1995; 173:639-645.

Stuart GW, Laraia MT. **Enfermagem Psiquiátrica – princípios e práticas.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III CNSM. Relatório final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

Tannous L, Gigante LP, Busnelo ED. Prevalência de depressão pós-parto na cidade de Porto Alegre. In. Transtornos do humor/suicídio. **Rev Bras Psiquiatria** 2001, 24(suppl.2):44-62.

Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Perwin e Fraiman Dinah. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica.** São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

Taylor CM. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N. Perspectiva dimensional no reconhecimento de sintomas depressivos em atenção primária: o projeto Depressão Hampshire 3. **Rev Bras Psiquiatria.** Available from:<http.//www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n3/160.html > (2003 Fev 25).

Townsend MC. **Enfermagem psiquiátrica – conceitos e cuidados.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

Travelbee J. **Intervención em enfermeria psiquiátrica: el processo de la relación de persona a persona**. Colômbia: Carvajal, 1982.

Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. **Clin Psychiatry** 1998; 59(suppl 2): 53-61.

Weissman MM et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **JAMA** 1996; 276(4):293-299.

Wender MCO, Magno VA, Marc C, Manfroi A. Depressão puerperal: atualização. **Femina** 2002; 30(7): 439-444.

Williams JBW, Soitzer RL, Linzer M, Kroenke K, Hahn SR, deGruy FV et al. Gender differences in depression in primary care. **Am J Ostet Gynecol** 1995;173:654-66.

Wohlreich MM. Postpartum emotional illness: recognition and management in primary care. **L S C Med Assoc** 1994; 90(3): 120-127

Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city Maternal Health Clinic System. **Am J Psychiatry** 2001;158(11): 1856-1863.

Zlotnick C, Johnson SL, Miller I et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an inter-personal-therapy oriented group program. **Am J Psychiatry** 2001;158:539-545

Zucchi M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspecto epistemológicos da investigação. **Cad. Saúde Pública** 1999; 5(1):1-13.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento para coleta de dados

Anexo 2 - Instrumentos de Análise de Discurso

Anexo 3 - Consentimento livre e esclarecido

Anexo 4 - Declaração de concordância

Anexo 5 - Aprovação do projeto pelo COEP-FSP

Anexo 6 - Relatório do exame de defesa do projeto

Anexo 7 - Aprovação do projeto pela CEPSMS

Instrumento para coleta de dado

Entrevista aberta com questões semi-diretivas

Questões

Questão de aquecimento - Como você considera o evento da tristeza nas mulheres?

1. Existem mulheres que atravessam o período de pós-parto com bastante naturalidade. Podemos observar, porém, que nem sempre o puerpério transcorre livre de intercorrências, sejam de natureza física, emocional, relacional, familiar etc... Dentre as intercorrências podemos citar, por exemplo, a depressão puerperal. Com relação a este transtorno que acontece no pós-parto, o que você sabe acerca do mesmo? Fale mais sobre o que tanto na vida em geral como na vida profissional você pode aprender sobre depressão puerperal.
2. Com relação à mulher sob cuidados, mesmo após um período relativamente grande após o parto, de que maneira e o que leva você a suspeitar que ela esteja passando por um transtorno de tipo depressivo?
3. Quais são as principais dúvidas que surgem quando você se depara com esta situação? De que maneira você se conduz quanto às dúvidas?

4. Com quem pode contar e o que você faz quando percebe que a mulher pode estar passando por algum tipo de transtorno do humor?
5. Como você percebe a importância do conhecimento sobre depressão puerperal entre os profissionais de saúde de uma UBS?
6. No seu parecer, a quem cabe a responsabilidade de perceber aspectos depressivos em mulheres na UBS?

IAD 1

Instrumento de Análise de Discurso 1

Este instrumento foi utilizado para cada questão

Questão 1 - Existem mulheres que atravessam o período de pós-parto com bastante naturalidade. Podemos observar, porém, que nem sempre o puerpério transcorre livre de intercorrências, sejam de natureza física, emocional, relacional, familiar ou outras. Dentre as intercorrências podemos citar, por exemplo, a depressão puerperal. Com relação a este transtorno que acontece no pós-parto, o que você sabe? Fale mais sobre o que na vida em geral como na vida profissional você pôde aprender sobre depressão puerperal.

EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 Na minha vida profissional assim como no meu dia a dia, a gente tem trabalhado assim mesmo, com a depressão pós parto. A gente vê que elas são muito suceptíveis a ter depressão pela vida que elas levam. Então quando a gente trabalha muito com grupo de bebês, que elas chegam com bebê de um mês, ou quinze dias, elas aparentemente estão aceitando. A gente vê umas estão tristinhas porque não estão conseguindo conciliar a vida delas, o dia a dia, com a criança,o serviço aumentou muito. A experiência com depressão mostra que a gente tem que encaminhar, mas foram poucas.A gente vê que é uma vida muito sofrida. O grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar.	1a. Idéia - A - Depressão decorrente da vida que levam; 2a. Idéia - B - São poucas, mas a gente tem que encaminhar. Não é preciso internar.
S2 Na verdade, na UTI, onde eu tenho mais experiência mesmo , nunca tive, nunca peguei esse tipo de caso.Aqui na OBS, eu pelo menos, acompanhei um caso .E acho que realmente essa paciente já tinha um pouco comprometimento psiquiátrico, então não deu para ser avaliado. Mas como nessa OBS que nós trabalhamos, é uma periferia, o pessoal é um pessoal carente, o nível deles ainda é... de alfabetizar, a alfabetização deles é muito, nem todos tem ainda a orientação, a alfabetização, então a gente pega muitas crianças de 14 anos, grávidas. E você vê que não tem um preparo nenhum pra nada ,não tem conhecimento de nada, e eu acho que é ai que leva muito, a uma depressão pós parto.Ai que leva muito, o despreparo mesmo, que leva a tudo isso.Acho que é isso, não sei se si te responder mais sobre isso.	1a. Idéia - A - despreparo, não tem conhecimento de nada, e é isso que eu acho que leva a depressão
S3 Quando eu estava no terceiro ano de enfermagem, Beth, eu peguei uma com 12 pacientes, lá na escola Paulista, eu já trabalhava como funcionária. Eu fiz o curso lá. E eram doze pacientes, que eu senti. Nós tínhamos uma paciente que estava no oitavo filho, oitava depressão. Então a paciente contava como era a vida dela em casa, a batalha do dia a dia,o pré natal que ela fazia, então ela já vinha, e desenrolava tudo. Por isso que eu digo. Se o médico um aconselhamento e um acolhimento bom,...Eu acho que o profissional tem que ter mais amor, ver o paciente como um todo, não só lá na parte clínica.	1a. Idéia -A - a paciente conta a batalha do dia a dia; 3a. Idéia - C - o profissional tem que ter mais amor, ver o paciente como um todo, não só lá na parte clínica.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S4 A experiência que eu tenho, é bem pouca, porque como eu falei, eu só sou formada há um ano. E estou trabalhando na rede pública há um ano. A depressão pós parto, assim na rede pública está muito distante ainda.-O nosso trabalho aqui, visa priorizar o pré natal. E as mulheres já chegam aqui com 20 semanas, 23, 24 semanas, 28, e após o parto nós não as vemos mais aqui, por interesse delas, sendo assim, a visita do posto o interesse é delas. Se nós quisermos saber delas, nós temos que ir atrás., e como nós não temos ainda o PSF com dados, sem a ficha completa, fica muito difícil; de a gente ter esse acompanhamento. Nós não temos assim muitas mulheres acompanhadas, então o conhecimento que eu tenho, é mais mesmo a nível acadêmico.Sei que muitas vezes acontece como você já falou, por vários fatores. O maior fator, na minha opinião, seria a rejeição mesmo, as vezes dos pais, do pai, né, fator econômico, deixa a mulher muito abalada, porque depois que nasce, é um fator a mais que está desencadeando, o fator e , o fator estressor dela, e faz com que ela se sinta assim, mais deprimida.	1a. Idéia - A - a rejeição mesmo, as vezes dos pais, do pai, né, fator econômico, deixa a mulher muito abalada, e faz com que ela se sinta assim, mais deprimida.
S5 Eu tenho assim que, geralmente essa depressão dá em mulheres que não aceitam, por um motivo de uma gravidez não esperada.Nunca passou comigo como enfermeiro, não sei de que aqui dentro nenhuma mulher assim. A gente percebe no hospitalar mesmo que algumas sentem vontade mesmo é jogar a criança pra qualquer lado, outras não querem nem saber, a criança fica lá chorando, parece que está chorando de fome, e ela não vai lá, na criança, parece que está até com aversão. A tristeza dá um choro, muitas choram sem explicação nenhuma, ela não sabe o que fazer. A gente vê sim que tem depressão	1a. Idéia - A - essa depressão dá em mulheres que não aceitam, por um motivo de uma gravidez não esperada.

IAD 2 - QUESTÃO 1

Com relação a este transtorno, o que você sabe?

"A depressão é decorrente da vida que levam"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - A gente vê que elas são muito suceptíveis a ter depressão pela vida que elas levam.umas estão tristinhas porque não estão conseguindo conciliar a vida delas, o dia a dia, com a criança,o serviço aumentou muito; é uma vida muito sofrida. O grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar;	As mulheres já chegam aqui com 20 semanas, 23, 24 semanas, 28, e após o parto nós não as vemos mais aqui, por interesse delas, sendo assim, a visita do posto o interesse é delas. A gente vê que elas são muito suceptíveis a ter depressão pela vida que elas levam porém o grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar.
S2 - É uma periferia, o pessoal é um pessoal carente, nem todos tem ainda a orientação, a alfabetização, não tem um preparo nenhum pra nada ,não tem conhecimento de nada, e eu acho que é ai que leva muito, a uma depressão pós parto; o despreparo mesmo, que leva a tudo isso.	É uma periferia, o pessoal é um pessoal carente, nem todos tem ainda a orientação, a alfabetização, não tem um preparo nenhum pra nada ,não tem conhecimento de nada. A paciente conta como era a vida dela em casa, a batalha do dia a dia,o pré natal que ela fazia, não estão conseguindo conciliar a vida delas, o dia a dia, com a criança,o serviço aumentou muito; é uma vida muito sofrida.
S3 - A paciente contava como era a vida dela em casa, a batalha do dia a dia,o pré natal que ela fazia, então ela já vinha, e desenrolava tudo.	O maior fator seria a rejeição mesmo, as vezes dos pais, do pai, né, fator econômico, deixa a mulher muito abalada, porque depois que nasce, é um fator a mais que está desencadeando, o fator e , o fator estressor dela, e faz com que ela se sinta assim, mais deprimida.
S4 -Essa depressão dá em mulheres que não aceitam, por um motivo de uma gravidez não esperada	

EXPRESSÕES CHAVE - cont.	DSC
S5 - E as mulheres já chegam aqui com 20 semanas, 23, 24 semanas, 28, e após o parto nós não as vemos mais aqui, por interesse delas, sendo assim, a visita do posto o interesse é delas. O maior fator, na minha opinião, seria a rejeição mesmo, as vezes dos pais, do pai, né, fator econômico, deixa a mulher muito abalada, porque depois que nasce, é um fator a mais que está desencadeando, o fator e , o fator estressor dela, e faz com que ela se sinta assim, mais deprimida.	

"São poucas mas a gente tem que encaminhar"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - A gente tem que encaminhar, O grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar.	A gente tem que encaminhar mas o grau de depressão dessa população que a gente cuida não é assim tão grande que é preciso internar.

"O profissional tem que ter mais amor"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S3 - O profissional tem que ter mais amor, ver o paciente como um todo, não só lá na parte clínica.	O profissional tem que ter mais amor, ver o paciente como um todo, não só lá na parte clínica.

IAD 2 - QUESTÃO 2

Como identificam comportamentos depressivos

"Sem contade de comer, sem vontade de sair, sem vontade de cuidar"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - Pelo fato de não se cuidarem, elas vem com o bebezinho, estão mal-cheirosas, estão descuidadas, desleixadas. S2- A tristeza, não aceitação daquela criança ,não aceitação dos cuidados com a criança,você percebe que ela não se empolga com a criança. S3 - Não tenho nem vontade de cuidar do neném; ela fica deitada; não tem vontade de comer, que não tem vontade de sair, fica só chorando S4 - Não gostam de amamentar, não gostam de ficar com a criança, o choro da criança irrita muito. S5 - sua vida econômica em casa,seu relacionamento com o esposo, com os filhos, temos muitos adolescentes.Então muitas delas usam drogas, tem os seus parceiros, companheiros presos; se ela vem em consulta e deixou o neném em casa...	Através de sua vida econômica em casa, seu relacionamento com o esposo, com os filhos, Muitas delas usam drogas, são adolescentes, tem os seus parceiros presos. Quando elas não gostam de amamentar, não gostam de ficar com a criança, o choro da criança irrita muito, você percebe que ela não se empolga com a criança, não tem nem vontade de cuidar do neném e vem em consulta e deixou o neném em casa.. Também pelo fato de não se cuidarem, estão mal-cheirosas, descuidadas, desleixadas. Ela fica deitada, não tem vontade de comer, não tem vontade de sair, fica só chorando.

Como se conduzem ao identificarem tais comportamentos

"Escuto e encaminho"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S3 - a gente já pode encaminhar ela direto para o psiquiatra. S5 - eu gosto muito de escutar, dou oportunidade de ela se expressar.	A gente já pode encaminhar ela direto para o psiquiatra mas eu gosto muito de escutar, dou oportunidade de ela se expressar.

IAD 2 - QUESTÃO 3

Atitudes em relação à paciente com sintomas depressivos

"Nós temos um psiquiatra que acaba quebrando muito o nosso galho"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - Procuro conversar com elas, orientar. Quando é possível a gente encaminha para um tratamento psicológico. Se você começa a abordar muito, questionar muito. você tem que entrar numa solução.Então a solução não tem. dificilmente. S2 - A gente não ter uma psicóloga, que eu acho até que seria importante pra ela estar tendo um acompanhamento. mas nós temos um psiquiatra que acaba quebrando muito o nosso galho, a salvação é isso aqui no posto. S3 - Analisando, seria as vezes um lar, que ela deve vir, seria a vida que ela leva na casa dela,o parceiro que ela tem, porque elas vem assim com um quadro muito triste, o marido só bebe, bate, quem não fica na depressão. S4 - O que eu penso, na criança, no cuidado dessa criança, muitas vezes tem muita mãe solteira, o povo vai trabalhar, ficam sozinhos, pensam nesse momento na situação da criança; se a gente não puder resolver , a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional . S5 - Todos nós temos direito a ter um médico., a ter um remédio, acesso a medicamento. assim. a ser ouvido. porque faz parte. e eu me preocupo. porque nós não temos isso.	Procuro conversar com elas. orientar. fico analisando. seria as vezes um lar, que ela deve vir, seria a vida que ela leva na casa dela,o parceiro que ela tem, porque elas vem assim com um quadro muito triste, o marido só bebe, bate, quem não fica na depressão. Penso, na criança, no cuidado dessa criança, muitas vezes tem muita mãe solteira, o povo vai trabalhar, ficam sozinhos, pensam nesse momento na situação da criança. Se você começa a abordar muito. questionar muito, você tem que entrar numa solução e não tem, dificilmente. Se a gente não puder resolver , a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional. Quando é possível a gente encaminha para um tratamento psicológico. Nós temos um psiquiatra que acaba quebrando muito o nosso galho, a salvação é isso aqui no posto porque eu acho até que seria importante pra ela estar tendo um acompanhamento. Todos nos temos direito a ter um médico.. a ter um remédio. acesso a medicamento, assim, a ser ouvido. porque faz parte. e eu me preocupo. porque nós não temos isso.

Dúvidas ao se deparar com a mulher com sintomas depressivos

"Para onde vou mandá-la?"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S2 - Muitas dúvidas: porque aqui no nosso posto, além de a gente não ter uma psicóloga. S4- Dúvidas quanto ao que fazer eu não tenho, se a gente não puder resolver , a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional . S5 - Como que eu vou conseguir a vaga, pra essa mulher, como é que, assim, eu vou ter tempo pra estar me dispondo a ir na casa dela, ficar mais em contato com ela, mesmo porque eu tenho que observar, já que eu não tenho médico, ou psicólogo, não tenho psiquiatra, o mínimo que eu posso fazer é tentar eu mesma ajudá-la., mas as vezes eu também não tenho essas condições porque eu tenho N outros fatores que eu tenho que fazer., será que essa mulher vai ter uma assistência? Como que eu vou conseguir, pra onde eu vou mandá-la?	Dúvidas quanto ao que fazer eu não tenho, se a gente não puder resolver , a gente tem que encaminhar mais rápido para um profissional. No entanto, como que eu vou conseguir a vaga pra essa mulher, pra onde eu vou mandá-la, como é que, assim, eu vou ter tempo pra estar me dispondo a ir na casa dela, ficar mais em contato com ela, mesmo porque eu tenho que observar, já que eu não tenho médico, ou psicólogo, não tenho psiquiatra, o mínimo que eu posso fazer é tentar eu mesma ajudá-la., mas as vezes eu também não tenho essas condições porque eu tenho N outros fatores que eu tenho que fazer., será que essa mulher vai ter uma assistência?

IAD 2 - QUESTÃO 4

O que fazer e com quem contar

"A gente encaminha ao psiquiatra"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - Coisa grave, a gente encaminha ao psiquiatra; Se for leve, seria talvez uma acompanhamento psicológico. S2 - O psiquiatra seria o único aqui, que poderia estar auxiliando mais a gente. S3 - Não temos psicóloga aqui.Nós temos um psiquiatra" nós aconselhamos uma consulta dele. S4 - É complicado, trocar idéia com as colegas, e tentar encaminhar para o psiquiatra mas o psiquiatra não é todo tempo que está aqui, e nem todos os dias, uma dessas saídas é encaminhar para o pronto socorro. S5 - Tem aqui no UBS uma psiquiatra que vem, e é muito , é compreensiva, eu achei que deveriam passar pra ter uma palavra de uma médica, já que nós não temos uma psicóloga.	É complicado. O psiquiatra seria o único aqui, que poderia estar auxiliando mais a gente, coisa grave a gente tenta encaminhar ao psiquiatra. O psiquiatra não é todo tempo que está aqui, e nem todos os dias, uma dessas saídas é encaminhar para o pronto socorro. Se for leve, seria talvez uma acompanhamento psicológico, mas não temos psicóloga aqui. Tem aqui na UBS uma psiquiatra que vem, e é muito , é compreensiva, deveriam passar pra ter uma palavra de uma médica, já que nós não temos uma psicóloga.

IAD 2 - QUESTÃO 5

Como os enfermeiros percebem o conhecimento acerca da depressão puerperal

"A gente não sabe nem como começar"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - Eu acho muito importante as enfermeiras estarem capacitadas para conhecer os sintomas; trabalhar no encaminhamento, já seria bom. S2- Agente está querendo auxiliar , ajudar de alguma forma, mas a gente não sabe nem como começar. S3 - Falta um pouco de conhecimento; penso que sei muito pouco. S4 - Eu entendo de depressão puerperal com ..pouquissima experiência; Pra nós que trabalhamos direto com gestantes as coisas são mais aprofundados. S5 - Uma depressão pós parto, é mesma coisa que qualquer outra patologia.Então se faz necessário que todos tenham no mínimo um conhecimento básico. deveriam saber quais são os fatores, os sintomas, os sinais de uma depressão pós parto; pode ser que se nó pegássemos bem no inicio , não precisaria ser encaminhado.	Falta um pouco de conhecimento: penso que sei muito pouco. A gente está querendo auxiliar , ajudar de alguma forma, mas a gente não sabe nem como começar.Eu acho muito importante as enfermeiras estarem capacitadas para conhecer os sintomas. Uma depressão pós-parto, é a mesma coisa que qualquer outra patologia. Então se faz necessário que todos tenham no mínimo um conhecimento básico. Deveriam saber quais são os fatores, os sintomas, os sinais. Pra nós que trabalhamos direto com gestantes, podendo auxiliar mesmo essa puérpera, as coisas são mais aprofundados. Trabalhar no encaminhamento, já seria bom, porém, se nós pegássemos bem no inicio, não precisaria ser encaminhado.

IAD 2 - QUESTÃO 6

A quem cabe a responsabilidade de perceber aspectos depressivos em mulheres na UBS.

"Todos os que entram em contato com ela"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1- Todos os que entram em contato com ela S2 - Eu acho que de todos; em primeiro momento seriam os auxiliares de enfermagem, mesmo os agentes. A família vai muito atrás deles e eles trazem essa problemática pra gente. S3 - A gente deveria perceber isso. S4 - Todos os profissionais da unidade; os agentes comunitários. S5 - O enfermeiro deve ser o primeiro a estar visualizando isso.	Eu acho que de todos os que entram em contato com ela; em primeiro momento seriam os auxiliares de enfermagem, mesmo os agentes. A família vai muito atrás deles e eles trazem essa problemática pra gente. O enfermeiro deve ser o primeiro a estar visualizando isso.

Momentos em que poderiam ser percebidos aspectos depressivos na mulher

"Em todo momento, em todo lugar"

EXPRESSÕES CHAVE	DSC
S1 - Na sala de vacina, o grupo bebê, grupo de Pericultura... S3- Na hora do pré natal S4 - Todos os profissionais da unidade , tem que estar preparado mas principalmente quem está acompanhando, parto pré natal, do puerpério. ; visitando a própria casa S5 - as usuárias geralmente passam conosco, todas elas.	As usuárias geralmente passam conosco, todas elas, na hora do pré natal, na sala de vacina, o grupo bebê, grupo de Pericultura. Todos os profissionais da unidade , tem que estar preparado mas principalmente quem está acompanhando, parto pré-natal, do puerpério ou visitando a própria casa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor(a),

Estamos realizando o estudo "O ENTENDIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL". Este estudo tem por objetivo conhecer o que os enfermeiros entendem por depressão puerperal e qual o seu posicionamento frente às mulheres que sugiram sintomas depressivos .

Para isto solicitamos sua colaboração no sentido de participar da entrevista realizada pela pesquisadora, que se compromete a respeitar sua disponibilidade, garantir o sigilo e o anonimato das respostas durante o desenvolvimento das atividades programadas. Solicitamos sua permissão para gravar e transcrever seus depoimentos, que serão divulgados somente no meio científico.

Garantimos sua liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma.

Embora não possamos garantir um beneficio direto aos participantes da pesquisa, nossa intenção é a de cada vez mais aperfeiçoar o atendimento dentro do serviço da Unidade Básica de Saúde.

Se tiver alguma dúvida sobre o estudo coloco-me a disposição pelo telefone 5816-5834[1]. Em caso de maiores esclarecimentos sobre os aspectos éticos, favor entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através do telefone 3218-4043.

São Paulo, 02 de setembro de 2003.

Assinatura do colaborador da pesquisa	Elisabeth Octaviano Kogima

[1] Este documento contém 2 vias, sendo que uma ficará em poder do sujeito da pesquisa e a outra arquivada com a pesquisadora.

Declaração de concordância

Declaramos, para os fins de aprovação de projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que na condição de responsável pela Unidade Básica de Saúde Parque Engenho II estou em concordância com a utilização desta instituição como local de pesquisa. A pesquisa será realizada pela mestranda em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Elisabeth Octaviano Kogima, sob orientação do Professor Alberto Olavo Advincula Reis, Departamento Materno Infantil. O tema pesquisado tem como título "O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL".

São Paulo, 16 de Dezembro de 2002.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA – COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066- 7734 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/18/03

12 de fevereiro de 2003

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou,** em sua 01ª /03 Sessão Ordinária, realizada em 11.02.03, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 890, intitulado: "O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL", apresentado pela pesquisadora Elisabeth Octaviano Kogima.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7703 – Fax (55-11) 3085 –0240

RELATÓRIO DO EXAME DE DEFESA DO PROJETO DA CANDIDATA AO TÍTULO DE "MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA", ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE MATERNO-INFANTIL **ELIZABETH OCTAVIANO KOGIMA**

Aos vinte e seis dias do mês de maio de 2003 às 09h30, na sala Prof. Alfredo Reis Viegas da Faculdade de Saúde Pública da USP, reuniu-se a Comissão Julgadora composta pelos membros Professor Paulo Basto de Albuquerque – Departamento de Clinica Obstétrica HU/USP, Professora Ana Cristina d'Andretta Tanaka FSP/USP e Professor Alberto Olavo Advincula Reis – Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP (Orientador e Presidente da Comissão), para a realização do Exame de Defesa do Projeto da candidata ao título de "Mestre em Saúde Pública" área de concentração Saúde Materno-Infantil – Elizabeth Octaviano Kogima, de acordo com as Normas e Instruções dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A candidata apresentou o projeto de tese intitulado: O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL. A Comissão Julgadora passou à argüição pública da candidata. Encerrados os trabalhos de argüição, os examinadores deram o parecer final:

Professor Doutor Paulo Basto de Albuquerque

Aprovado(a) ☒ Reprovado ☐

CPF. 677.379.008-53

Professora Associada Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Aprovado(a) ☒ Reprovado ☐

CPF. 521.304.108-63

Professor Doutor Alberto Olavo Advincula Reis

Aprovado(a) ☒ Reprovado ☐

CPF. 131.614.586-72

Presidente da Comissão Examinadora

- Orientador -

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 06 de outubro de 2003

Oficio N° 104/2003 – CEPSMS

Prezada Senhora,

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa "*O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA ACERCA DA DEPRESSÃO PUERPERAL*"; de autoria da pesquisadora **ELISABETH OCTAVIANO KOGIMA**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisas da
Secretaria Municipal da Saúde - CEPSMS

Ilma. Sra.
Elisabeth Octaviano Kogima
Faculdade de Saúde Pública da USP
Nesta.