



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE DOUTORADO**

Cibele Cunha Lima da Motta

**DEPRESSÃO: SUA COMPREENSÃO E SIGNIFICADOS À  
LUZ DA PRÁTICA DOS PSICÓLOGOS NO CONTEXTO DE  
UMA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL.**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**CIBELE CUNHA LIMA DA MOTTA**

**DEPRESSÃO: SUA COMPREENSÃO E SIGNIFICADOS À  
LUZ DA PRÁTICA DOS PSICÓLOGOS NO CONTEXTO DE  
UMA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo More / UFSC, Brasil

Co-Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes / UFSC, Brasil.

Apoio: Capes

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**Ao Eduardo, companheiro  
de todas as horas.  
À minha filha,  
alegria da minha vida.**



## AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de profissão, que gentilmente aceitaram participar da pesquisa compartilhando suas práticas e concepções acerca do trabalho do psicólogo. Eu aprendi muito com vocês e por isso eu sou grata.

À Prof.<sup>a</sup> Carmen, minha orientadora, que com generosidade compartilhou seu conhecimento ao longo desse processo tornando possível a realização do doutorado. Obrigada também por ter me acolhido nesse momento especial da minha vida, sendo companheira e compreensiva com as mudanças que a maternidade traz.

Ao Prof<sup>o</sup> Carlos Henrique, meu co-orientador, que me guiou no processo de construção e análise do instrumento de pesquisa. Sua forma cuidadosa de orientação me permitiu olhar para esse processo de forma mais tranquila, retomando e re-conhecendo o campo da Psicometria.

Aos gestores e profissionais da rede municipal de atenção à Saúde Mental, que generosamente, abriram espaço para minha participação nas atividades que possibilitaram a realização dessa pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC pela qualidade do curso e por ter possibilitado meu total envolvimento com a tese por meio da bolsa CAPES.

À Professora Jadete por suas contribuições generosas e participação efetiva (e afetiva também) que possibilitaram avançar no meu trabalho. Muito obrigada!!

À Professora Cida Crepaldi por participar da minha banca de defesa, representando minha orientadora e por ter dado apoio nesse momento.

Ao Eduardo, que mais uma vez me apoiou, possibilitando meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada por ter assumido os cuidados com nossa filha para que eu pudesse finalizar esse trabalho.

À Marina Menezes e Bel Caminha, minhas colegas de curso e amigas que me acompanharam nessa travessia. O cuidado e incentivo de vocês marcados por conversas de apoio imprimiram um perfume de solidariedade nesse processo. Eu desejo muito que nossa jornada continue.

Aos meus colegas de pós-graduação cujo os debates, dicas e sugestões contribuíram para o desenvolvimentot desse trabalho, em especial a Renata Orlandi, Ana Claudia Wanderbroock e Ana Claudia Wendt dos Santos. Obrigada por tudo

À Inea, minha amiga, com quem compartilhei momentos preciosos de reflexão e que contribuiu de forma valorosa para este trabalho. Que bom ter você na minha vida de forma plena.

Ao Arthus e Laísa que me acompanharam e contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa. Obrigada também por todas as risadas e apoio durante o interminável trabalho de organização e formatação da tese.

Aos meus pais e irmãos que sempre me incentivaram e apoiaram. Agradeço por entenderem minha ausência

À Adriana, minha amiga de todas as horas. Obrigada por me incentivar nos momentos de dúvida e de me confirmar nos momentos de certezas. Você é muito especial para mim.

Aos meus amigos que souberam entender meu distanciamento e ausência e que sempre torceram por mim.

À Louise Lhulier, Andrea Zanella, Katia Maheire, Markito, Denise Cord, Mauro Vieira entre tantos outros professores que contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico, profissional e pessoal. Essa tese fecha um ciclo da minha história com esse curso, mas o que vocês me ensinaram vai continuar sempre comigo. Obrigada!!!!



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Número de profissionais por equipe de saúde e por regional .....	78
Quadro 2 - Formação das equipes dos CAPSs .....	79
Quadro 3 - Apresentação das variáveis analisadas .....	102
Quadro 4 - Quadro categorial dimensão conceito .....	106
Quadro 5 - Quadro categorial dimensão manejo clínico .....	177
Quadro 6 - Quadro categorial dimensão contexto institucional .....	214
Figura 1 - Tempo de atuação profissional .....	82
Figura 2 - Tempo de atuação dos profissionais na rede de saúde mental.....	82
Figura 3 - Exercício de outra atividade profissional pelos participantes da pesquisa.....	83
Figura 4 - Formação dos participantes da pesquisa em abordagem terapêutica .....	83
Figura 5 - Curso de pós-graduação.....	84
Figura 6 – Distribuição das respostas do item sobre os sintomas fundamentais.....	128
Figura 7 - Distribuição das respostas do item sobre distímia .....	136
Figura 8: Distribuição das respostas do item sobre depressão e suicídios.....	140
Figura 9 – Distribuição das respostas do item sobre depressão na infância .....	155

Figura 10 – Distribuição das respostas do item sobre depressão na adolescência .....	159
Figura 11 - Distribuição das respostas do item sobre depressão no idoso.....	163
Figura 12 - Distribuição das respostas do item sobre depressão pós-parto .....	166
Figura 13 – Distribuição das respostas do item sobre os dados de prevalência .....	224

## **LISTA DE TABELA**

Tabela 1 - Parâmetros descritivos dos itens do questionário.....	101
--	-----



## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A - Entrevista Semiestruturada: Atenção Básica .....	285
Apêndice B - Entrevista Semiestruturada: CAPS.....	288
Apêndice C – Entrevista Semiestruturada: CAPSi.....	291
Apêndice D – Parecer Comitê de Ética .....	294
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Observações.....	295
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Entrevista.....	297
Apêndice G – Primeira Versão do QCD .....	299
Apêndice H – Análise de Conteúdo do QCD .....	306
Apêndice I – Versão Aplicada do QCD .....	313
Apêndice J - Versão analisada do QCD .....	320



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - American Psychiatry Association

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECT - Eletroconvulsoterapia

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

PNH – Política Nacional de Humanização

QCD – Questionário de Conhecimentos sobre Depressão

SF – Saúde da Família

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento





MOTTA, Cibele Cunha Lima da. Depressão: sua compreensão e significados à luz da prática de psicólogos no contexto de uma rede municipal de saúde mental. Florianópolis, 2011. 320 p. Tese do Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

Defesa: 18/04/2011

## **RESUMO**

A presente pesquisa teve como objetivo compreender o processo de construção dos significados acerca depressão à luz das práticas dos psicólogos de uma rede municipal de saúde mental. O estudo foi realizado sob a perspectiva dos pressupostos epistemológicos do pensamento complexo, sendo este de natureza qualitativa ancorado nos princípios da teoria fundamentada empiricamente (Grounded Theory). Participaram da pesquisa 22 psicólogos atuantes na rede municipal de saúde mental. A coleta de dados iniciou-se por meio de um processo de observação participante de campo que possibilitou conhecer o contexto institucional considerando as políticas públicas de atenção à saúde mental e processos de trabalho. A etapa seguinte constituiu-se da aplicação do Questionário de Conhecimentos sobre Depressão e a realização da entrevista semi-estruturada. Para a organização e integração do conjunto de dados advindos dos diferentes instrumentos foram estabelecidas três grandes dimensões, sendo cada uma composta de categorias, subcategorias e elementos de análise. Os resultados evidenciaram que os psicólogos apresentam dois significados sobre a compreensão conceitual da depressão: conceituação de transtorno mental, significado predominante entre os psicólogos, ou a conceituação da depressão como um sintoma de um conflito psíquico, caracterizando uma compreensão mais psicológica do fenômeno. Quanto à compreensão etiológica os psicólogos evidenciaram a percepção da complexidade da interação dos múltiplos fatores no desenvolvimento do transtorno depressivo. Os participantes apontaram também como esses fatores precisam ser observados na condução do processo diagnóstico, sendo que eles enfatizaram a escuta da demanda subjetiva e seus

significados para a história de vida do indivíduo. Quanto ao manejo clínico os psicólogos apresentaram significados que evidenciam uma prática compromissada com um olhar singular sobre o indivíduo, que considera o contexto social e suas necessidades para, num processo multidisciplinar, discutir, avaliar e construir um projeto terapêutico. Esses significados coadunam com os pressupostos do conceito norteador da clínica ampliada e compartilhada, preconizada pelo Ministério da Saúde (2009). Quanto ao contexto da rede municipal de saúde mental destaca-se o significado relacionado à percepção sobre a demanda da depressão no contexto de trabalho que, para os psicólogos, consitui-se o transtorno mental com maior demanda na Atenção Básica, bem como no CAPS II. Vale enfatizar a importância do desenvolvimento de ações em educação permanente para a realização de atividades de sensibilização acerca da temática da depressão em função da sua demanda prevalente na rede municipal de saúde mental.

Palavras-chave: depressão, psicólogos, rede de saúde mental, contexto institucional.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da. Depression: understanding and meanings from the perspective of psychologists' practices in the context of a city mental health care system. Florianópolis, 2011, 320 p. Doctoral Thesis in Psychology, Psychology Graduate Program, Universidade Federal de Santa Catarina.

Adviser: Prof. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré (Phd)

Co-adviser: Prof. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes (Phd)

Thesis defense: 18/04/2011

## **ABSTRACT**

The present study aims at understanding the process of meanings construction concerning depression from the perspective of psychologists' practices in a city's public mental health care system. This study has a qualitative approach and it was developed from the epistemological perspective of the Complex Thought, following the principles of the grounded theory. For this research, twenty-two psychologists working in the city mental health care system participated. The data collection began through a process of participant field observation, which enabled the understanding of the institutional context regarding the public policies of mental health care and work processes. The following stage was the application of the Knowledge on Depression Questionnaire (Questionário de Conhecimentos sobre Depressão) and the semi-structured interview. For the organization and integration of the set of data from the different instruments, there were established three main analytical dimensions, each one composed of categories, sub-categories and elements of analysis. The results show that the participants presented two meanings about conceptual understanding of depression: conceptualization of mental disorder, the prevailing meaning among the psychologists, or a symptom of an emotional conflict, which characterized a more psychological consideration of the phenomenon. Concerning the etiological understanding, the psychologists recognize the complexity of interaction of the multiple factors in the development for the depression, and how these factors must be observed in conducting the diagnosis process. They have also evinced that the diagnostic process must have an emphasis on the listening process of the subjectivity of the

psychological demand in the context of the patient's life history. Regarding the clinical management, the psychologists presented meanings that evidence a practice committed to a view of the patient as a singular individual, taking into account the social context and its importance when evaluating and discussing a therapeutic project in a multidisciplinary process. These meanings integrates the principles of the extended and shared clinical guiding concepts (*clínica ampliada e compartilhada*), based on a interdisciplinary and comprehensive understanding of the clinical process as, recommended by the Brazilian Department of Health (Ministério da Saúde, 2009). As to the context of the public mental health care system, psychologist perceive depression as the most prevalent mental disorder in Primary and secondary Care system.

Key words: depression, psychologists, public mental health care system, institutional context.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da. Dépression : sa compréhension et ses significations à la lumière de la pratique de psychologues dans le contexte d'un service municipal de santé mentale. Florianópolis, 2011. 320 pages. Thèse de Doctorat en Psychologie, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Directrice de thèse : Professeur Dr Carmen Leontina Ojeda Ocampo  
Moré

Co-directeur de thèse : Professeur Dr Carlos Henrique Sancineto da  
Silva Nunes

Soutenance : 18/04/2011

## RÉSUMÉ

Cette recherche a eu pour objectif de comprendre le processus de construction des significations concernant le trouble dépressif à la lumière des pratiques des psychologues d'un service municipal de santé mentale. L'étude a été réalisée sous la perspective des présupposés épistémologiques de la Pensée Complexe, qui est de nature qualitative et se fonde sur les principes de la *Grounded Theory*. Vingt-deux psychologues travaillant au service municipal de santé mentale ont participé à la recherche. La collecte de données a commencé par un processus d'observation participante sur le terrain qui a permis de connaître le contexte institutionnel en considérant les politiques publiques d'attention à la santé mentale et les procédés de travail. L'étape suivante a consisté dans l'application du Questionnaire de Connaissances sur la Dépression et dans la réalisation de l'entretien semi-structuré. Pour l'organisation et l'intégration de l'ensemble des données provenant des différents instruments, trois grandes dimensions ont été établies, chacune composée de catégories, subcatégories et éléments d'analyse. Les résultats ont montré que les psychologues présentent deux significations concernant la compréhension conceptuelle de la dépression : le concept de trouble mental, signification prédominante chez les psychologues, ou un symptôme d'un conflit psychique, ce qui caractérise une compréhension plus psychologique du phénomène. En ce qui concerne la compréhension étiologique, les psychologues ont mis en évidence la perception de la complexité de l'interaction des multiples facteurs dans le développement

du trouble dépressif. Les participants ont aussi indiqué la façon dont ces facteurs doivent être observés dans la conduite du procédé diagnostique, si bien qu'ils ont mis en relief l'écoute de la demande subjective et ses significations pour l'histoire de vie de l'individu. En ce qui concerne le maniement clinique, les psychologues présentent des significations qui montrent une pratique engagée avec un regard singulier sur l'individu, qui considère le contexte social et ses besoins pour, dans un processus multidisciplinaire, discuter, évaluer et construire un projet thérapeutique. Ces significations cadrent avec les présupposés du concept directeur de la clinique élargie et partagée (*clínica ampliada e compartilhada*), préconisée par le Ministère de la Santé (2009). En ce qui concerne le contexte du service municipal de santé mentale, on met en relief la signification relative à la perception de la demande de la dépression dans le contexte de travail, qui consiste, pour les psychologues, dans le trouble mental avec la plus grande demande à l'Attention Primaire, ainsi qu'au CAPS II (Centre d'Attention Psychosociale). Il faut souligner l'importance du développement d'actions en éducation permanente pour la réalisation d'activités de sensibilisation à la thématique de la dépression en fonction de sa demande prévalente dans le service municipal de santé mentale.

**Mots-clés :** dépression, psychologues, service de santé mental, contexte institutionnel.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da. Florianópolis, Depresión: la comprensión y significado sobre la óptica de la práctica de los psicólogos en el contexto de una red municipal de salud mental. Florianópolis, 2011. 320 p. Tesis de Doctorado en Psicología, Programa de Post-Graduación en Psicología, Universidad Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

## RESÚMEN

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el proceso de construcción de los significados acerca del trastorno depresivo sobre la óptica de las prácticas de los psicólogos de la salud mental municipal. El estudio se realizó desde la perspectiva de las hipótesis epistemológicas en el pensamiento complejo, siendo este de naturaleza cualitativa basada en los principios de la teoría de base empírica (Grounded Theory). Participaron en la investigación 22 psicólogos que trabajan en la salud mental municipal. La recolección de datos se inició a través de un proceso de observación participante de campo que permitió conocer el contexto institucional considerando las políticas públicas de atención a la salud mental y procesos de trabajo. El siguiente paso consistió en la aplicación de la Prueba de Conocimientos sobre Depresión y la realización de la entrevista semi-estructurada. Para la organización e integración de todos los datos procedentes de los diferentes instrumentos se han establecido tres grandes dimensiones, cada una compuesta por categorías, sub-categorías y elementos de análisis. Los resultados mostraron que los psicólogos presentan dos significados sobre la comprensión conceptual de la depresión: la conceptualización de los trastornos mentales, visión predominante, o un síntoma del sufrimiento psíquico, con una visión más psicológica del fenómeno. A su vez, las observaciones muestran que los profesionales encaran la depresión como un síntoma de otros trastornos mentales. En relación a la comprensión etiológica, los psicólogos mostraron la percepción de la complejidad de la interacción de múltiples factores en el desarrollo de un trastorno depresivo. Los participantes también señalaron cómo estos factores deben ser observados durante la conducción del proceso de diagnóstico, haciendo hincapié en la escucha de la demanda subjetiva y

sus significados para la historia de la vida del individuo. En relación al manejo clínico, los psicólogos presentaron significados que revelan una práctica comprometida con una visión singular sobre el individuo, que considera el contexto social y las necesidades para discutir, evaluar y construir un proyecto terapéutico en un contexto multidisciplinario. Estos significados son consistentes con los supuestos del concepto rector de la clínica ampliada y compartida, según el Ministerio de Salud (2009). Con respecto al contexto de la salud mental municipal, se destaca la importancia relacionados con la percepción sobre la demanda de la depresión en el contexto del trabajo, percepción que para los psicólogos constituye el trastorno mental con mayor demanda en la Atención Primaria así como en el CAPS II (Centro de Atención Psicossocial). Vale la pena destacar la importancia del desarrollo de acciones en las actividades de educación continua para la realización de actividades de sensibilización sobre el tema de la depresión sobre la base de su demanda prevalente en la salud mental municipal.

Palabras clave: depresión, psicólogos, red de salud mental, contexto institucional.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	29
2. OBJETIVOS.....	35
2.1 Objetivo Geral.....	35
2.2 Objetivos Específicos.....	35
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	36
3.1 Pressupostos Epistemológicos .....	36
3.2 Depressão.....	38
3.2.1 Conceito.....	38
3.2.2 Etiologia.....	43
3.2.3 Diagnóstico da Depressão.....	49
3.2.4 Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclo de Vida.....	56
3.3 Manejo Clínico da Depressão.....	60
3.3.1 Possibilidades Terapêuticas .....	61
3.3.2 A Inclusão da Família no Processo Terapêutico.....	65
3.3.3 O Manejo Clínico do Suicídio.....	66
3.3.4 Processo de Alta .....	67
3.4 Contexto Institucional: Processos de Trabalho e Demandas Profissionais.....	68
3.4.1 Rede de Saúde Mental: Políticas Públicas e Modelos de Atenção .....	68
3.4.2 Sobre a Prevalência da Depressão.....	70
3.4.3 Educação Permanente e suas Vicissitudes em Saúde Mental.....	72
3.4.4 Psicólogo na Atenção Básica.....	74
4. MÉTODO.....	75
4.1 Caracterização da Pesquisa .....	75
4.2 Caracterização do Local de Pesquisa .....	78
4.3 Participantes.....	81
4.4 Instrumentos Para a Coleta de Dados.....	85
4.4.1 Observação Participante de Campo.....	85
4.4.2 Entrevistas Semi-estruturadas .....	88

4.4.3	<i>Questionário de Conhecimentos sobre Depressão</i> .....	89
4.5	Procedimentos Éticos .....	91
4.6	Procedimento de Coleta de Dados .....	92
4.7	Procedimentos de Análise de Dados .....	93
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: ASPECTOS NORTEADORES .....	96
6.	ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QCD.....	98
6.1	Análise Psicométrica do QCD .....	98
6.1.1	<i>Análise Teórica</i> .....	98
6.1.2	<i>Análise Empírica</i> .....	100
6.2	Análise Psicométrica dos Resultados.....	102
7.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO CONCEITO .....	104
7.1	Categoria Compreensão da Depressão como Conceito (1) .....	108
7.1.1	<i>Subcategoria Perspectiva Biológico Funcionalista (1.1)</i> .....	109
7.1.2	<i>Subcategoria Depressão como Quadro Clínico (1.2)</i> .....	111
7.1.3	<i>Subcategoria Depressão como Construção Subjetiva (1.3)</i> .....	113
7.1.4	<i>Síntese da Categoria Compreensão da Depressão como Conceito</i> .....	115
7.2	Categoria Etiologia da Depressão (2).....	116
7.2.1	<i>Subcategoria Origem Multicausal (2.1)</i> .....	117
7.2.2	<i>Subcategoria Fatores Psicossociais (2.2)</i> .....	118
7.2.3	<i>Subcategoria Causas Orgânicas (2.3)</i> .....	122
7.2.4	<i>Subcategoria Aspectos Psicodinâmicos (2.4)</i> .....	124
7.2.5	<i>Síntese da Categoria Etiologia da Depressão</i> .....	126
7.3	Categoria Construção do Diagnóstico (3) .....	127
7.3.1	<i>Subcategoria Identificação dos Sintomas da Depressão (3.1)</i> .....	127
7.3.2	<i>Subcategoria Instrumentos de Avaliação (3.2)</i> .....	131
7.3.3	<i>Subcategoria Diagnóstico Diferencial (3.3)</i> .....	132
7.3.4	<i>Subcategoria Abordagem do Suicídio (3.4)</i> .....	139

7.3.5 Subcategoria <i>Questionamentos e Dificuldades em Relação ao Diagnóstico (3.5)</i> .....	143
7.3.6 <i>Síntese da Categoria Construção do Diagnóstico</i> .....	148
7.4 Categoria <i>Visualização do Conhecimento sobre Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclo de Vida (4)</i> .....	151
7.4.1 Subcategoria <i>Depressão e Ciclo Vital (4.1)</i> .....	151
7.4.2 Subcategoria <i>Depressão na Infância (4.2)</i> .....	153
7.4.3 Subcategoria <i>Depressão na Adolescência (4.3)</i> .....	157
7.4.4 Subcategoria <i>Depressão em Idosos (4.4)</i> .....	161
7.4.5 Subcategoria <i>Depressão Pós-parto(4.5)</i> .....	165
7.4.6 <i>Síntese da Categoria Visualização do Conhecimento sobre Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclo de Vida</i> .....	167
7.5 <i>Considerações sobre a Dimensão Conceito</i> .....	169
8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO DO MANEJO CLÍNICO .....	174
8.1 Categoria <i>Atendimento Psicoterapêutico (1)</i> .....	179
8.1.1 Subcategoria <i>Planos de Intervenção Terapêutica (1.1)</i> .....	179
8.1.2 Subcategoria <i>Objetivo e Proposta de Atendimento em Grupo (1.2)</i> .....	183
8.1.3 Subcategoria <i>Limitações e Dificuldades de Atendimento em Grupo (1.3)</i> .....	186
8.1.4 Subcategoria <i>Avaliação da Necessidade do Encaminhamento para Medicação (1.4)</i> .....	187
8.1.5 Subcategoria <i>Recursos Complementares (1.5)</i> .....	190
8.1.6 <i>Síntese Categoria Atendimento Psicoterapêutico</i> .....	192
8.2 Categoria <i>Inclusão da Família no Manejo Clínico (2)</i> .....	194
8.2.1 Subcategoria <i>Papel da Família no Manejo do Paciente Deprimido na Visão dos Profissionais (2.1)</i> .....	194
8.2.2 <i>Síntese Categoria Manejo da Família</i> .....	198
8.3 Categoria <i>Manejo do Comportamento Suicida (3)</i> .....	198
8.3.1 Subcategoria <i>Estratégias de intervenção terapêutica (3.1)</i> .....	198
8.3.2 Subcategoria <i>Estratégias Institucionais (3.2)</i> .....	201

8.3.3 <i>Síntese da Categoria Manejo do</i> <i>Comportamento Suicida</i> .....	202
8.4 Categoria Alta: Última Etapa do Manejo Clínico (4).....	203
8.4.1 <i>Subcategoria Critérios (4.1)</i> .....	204
8.4.2. <i>Subcategoria Processo de Alta (4.2)</i> .....	205
8.4.3 <i>Síntese Categoria Alta: Última Etapa do</i> <i>Manejo Clínico</i> .....	208
8.5 Considerações sobre a Dimensão Manejo Clínico .....	209
9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	211
9.1 Categoria Especificidade de Serviços de Atendimento na Rede de Saúde Mental no Contexto Municipal (1) .....	214
9.1.1 <i>Subcategoria CAPS II (1.1)</i> .....	214
9.1.2 <i>Subcategoria CAPS Infantil (1.2)</i> .....	217
9.1.3 <i>Síntese Categoria Especificidade de Serviços de Atendimento</i> <i>na Rede de Saúde Mental no Contexto Municipal</i> .....	220
9.2 Categoria Conhecimento, Processos de Trabalho e Demandas (2).....	222
9.2.1 <i>Subcategoria Prevalência e Demanda da Depressão na Rede</i> <i>Municipal de Saúde (2.1)</i> .....	223
9.2.2 <i>Subcategoria Observações sobre o Contexto Institucional e o</i> <i>Processo Local de Inserção da Saúde Mental na AB (2.2)</i> ...	224
9.2.3 <i>Subcategoria Demanda de Capacitação</i> <i>Profissional (2.3)</i> .....	226
9.2.4 <i>Síntese da Categoria Conhecimento, Processos</i> <i>de Trabalho e Demanda</i> .....	230
9.3 Considerações sobre a Dimensão Contexto Institucional .....	232
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	234
11. REFERÊNCIAS.....	242
12. APÊNDICES.....	281

## 1. INTRODUÇÃO

Em termos históricos, o conceito de depressão, tal como conhecemos hoje, é relativamente recente. O psiquiatra alemão Kraepelin, precursor dos primeiros trabalhos relacionados ao tema, descreveu o que se denominou, no final do século XIX, psicose maníaco-depressiva. Em meados do século XX, acompanhando o avanço teórico-científico das ciências biológicas de um modo geral, incluindo-se aqui as ciências médicas, observou-se o desenvolvimento de teorias sobre a fisiologia da depressão, assim como o surgimento de diversas classificações sobre os diferentes estados dessa condição (Rodrigues, 2000; Del Porto, 1999). Nesse processo histórico, a depressão passou a ser estudada a partir de duas conceituações: a) a anatomo-biológica, que deu sustentação para a práxis dos profissionais da psiquiatria e determinou os rumos da compreensão e do tratamento desta condição; b) a simbólico-existencial, que buscou explicitar a depressão no campo das motivações e do comportamento humano, priorizando essa concepção sobre outras possíveis explicações.

Ao longo do século XX, as propostas inerentes a essas duas conceituações determinaram leituras e interpretações excludentes ou contraditórias sobre o conceito de depressão, principalmente em relação às condutas de tratamento. A reforma psiquiátrica iniciada na década de 60 acirrou de forma decisiva os diálogos disciplinares a respeito da temática, deixando em evidência os pressupostos da ciência tradicional que sustenta a práxis médica, cujas ações de intervenção se ancoram na dicotomização corpo e mente. Concomitantemente ao processo histórico de desenvolvimento do conhecimento sobre a depressão, assistiu-se à popularização do conhecimento científico de todas as áreas por intermédio dos órgãos de mídia, um dos principais responsáveis pela difusão desse conceito. Nesse contexto, observa-se, então, uma vulgarização do termo depressão para designar na vida cotidiana, em mesmo patamar, tanto “estado psíquico normal de tristeza”, quanto “sintoma”, “síndrome” e (uma ou várias) “doença(s)”, sem uma contextualização desses estados à luz da história do paciente ou de sua condição socioeconômica e ambiental.

Por sua vez, no contexto científico da produção de conhecimento, o conceito de depressão passou a ter descrição consistente a partir da análise de um conjunto de sinais e sintomas que se afetam recursivamente, contextualizados à história de vida do paciente e de seu

meio socioambiental. As publicações mais importantes, nesse sentido, são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV - DSM IV- TR (APA, 2002) e a Classificação Internacional de Doenças 10 - CID 10 (OMS 1993), reconhecidos pela comunidade médica e acadêmica. Em ambos manuais, o humor triste e persistente por um período de 2 semanas ou mais é a mais importante característica da depressão; a anedonia e a sensação de fadiga completam o quadro dos sintomas fundamentais.

Em termos epidemiológicos, a depressão representa um dos maiores desafios da saúde pública graças a seus altos índices de prevalência: 5% a 10% da população mundial. No Brasil, esses números acompanham a tendência mundial (Almeida Filho et al., 1997; Andrade, Walters, Gentil & Laurentil, 2002). Esses índices demonstram que, além de ser um dos principais e mais correntes problemas de saúde mental, a depressão acarreta graves consequências econômicas e sociais. Nesse sentido, para compreender a magnitude da questão, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) demonstram que a depressão foi considerada a segunda patologia a causar mais prejuízos nas esferas econômico-social, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares.

A depressão apresenta-se também em comorbidade com diferentes doenças, tais como: disfunções na tireoide (Joffe, 2006; Teixeira et al., 2006; Brouwer et al., 2005; Williams et al., 2009; Panicker et al., 2009); tumores cerebrais (Dalton, Laursen, Ross, Mortensen & Johansen, 2009; Arnold et al., 2008; Wen et al., 2006; Mainio et al., 2006); além de possuir uma relação de comorbidade entre consumo abusivo de álcool e depressão (Falk, Yi & Hilton, 2008), e com o consumo de drogas e depressão (Ferigolo, Stein, Fuchs & Barros, 2009). Os quadros depressivos, nesses casos, constituem um elemento que dificulta o processo de recuperação e ou, no caso de doenças crônicas, a convivência com a enfermidade, como é o caso das doenças coronárias.

A depressão apresenta também características que permitem uma leitura social do fenômeno, como foi apontado na pesquisa de Ohayon (2007), que demonstra que a depressão está associada à obesidade, ao baixo nível escolar, ao estado civil de divorciado e à situação de desemprego. Nesse sentido, a face social da doença reforça sua característica de problema de saúde pública em função de seu impacto na vida cotidiana do paciente, seus familiares e da sociedade em geral, graças aos riscos e perdas psicossociais e econômicas associadas ao estado depressivo. Portanto, ao considerar a depressão como problema

de saúde pública, a OMS recomenda que ela seja tratada em nível primário.

No Brasil, as ações em saúde mental na atenção básica tiveram como um marco a definição de diretrizes (Brasil, 2003) que delinearam a o atual cenário. No entanto, em termos históricos, o avanço no desenvolvimento da atenção à saúde mental é notável considerando-se que, nos últimos 30 anos, o país saiu da hegemonia do modelo hospitalocêntrico-asilar rumo ao desenvolvimento de uma atenção à saúde mental municipalizada e presente nos centros de saúde por meio de arranjos assistenciais que têm como base a própria equipe de saúde da família, que é apoiada por equipes especializadas em saúde mental e que tem como proposta oferecer uma assistência ampla aos usuários de saúde (Tenório, 2002; Brasil, 2006a).

Assim, a saúde no Brasil experimenta uma ampliação da atenção à saúde mental, configurando, portanto, um novo desafio para os profissionais de saúde das equipes de saúde da família – ESF – e também para os grupos de saúde mental, que passam a atuar no âmbito da Atenção Básica. Nesse contexto, os psicólogos, membros das equipes de saúde mental, passam a ter maior atuação na AB, no atendimento à saúde mental.

Nesse contexto, considerando-se a alta prevalência e seu impacto na vida do usuário dos serviços de saúde, o atendimento à depressão apresenta um elevado nível de demanda para os psicólogos atuantes na Atenção Básica e para outras esferas municipais de saúde mental. Essa constatação se tornou tema desta pesquisa em função da experiência profissional da pesquisadora como docente e supervisora de estágio de acadêmicos de psicologia na AB, em que foi possível observar como o atendimento à depressão constitui um desafio recorrente para os psicólogos da rede de saúde mental. Seja como sintoma, forma de sofrimento psíquico ou como transtorno, a depressão revela-se condição prevalente na saúde pública. Essa observação, oriunda da experiência profissional, se tornou o ponto de partida dessa investigação, na qual a pesquisadora passou a indagar como os psicólogos lidam com essa demanda.

Este estudo circunscreve-se na temática da depressão, no contexto da rede municipal de saúde, tendo como principais atores os psicólogos. Para tanto, considerando a perspectiva da complexidade (Morin, 2007), essa pesquisa busca compreender o fenômeno da

depressão por meio da interação de diversos fatores que compõem essa temática numa relação dialógica com o contexto. A partir dessa perspectiva parte-se da compreensão de que a realidade é construída por meio da linguagem no espaço intersubjetivo das relações humanas, configurando dessa forma a narrativa que organiza as inter-relações nos contextos de convivência (Grandesso, 2000).

Essas narrativas são carregadas de significados que caracterizam e estão sujeitas a um processo contínuo de reformulações e novas construções de sentidos (Gergen, 2000). Portanto, considerando-se os pressupostos epistemológicos da complexidade e a compreensão do significado na construção das narrativas representativas dos espaços interacionais, entende-se que a forma como as pessoas constroem os significados acerca da realidade em que vivem configura o modo de direcionar o seu agir no mundo em que vivenciam suas experiências, sejam elas pessoais ou profissionais.

Nesse sentido, esse estudo pretende conhecer os significados da depressão para os psicólogos atuantes na rede pública de saúde mental, por compreender a multiplicidade de significados que interagem na construção do atendimento em saúde mental, mais especificamente no atendimento à depressão. Desta forma, partiu-se de alguns questionamentos que nortearam seu desenvolvimento, sendo eles:

- *quais são os significados que os psicólogos atribuem ao conceito da depressão?*
- *como os psicólogos identificam e diagnosticam a depressão?*
- *como se caracteriza o manejo clínico do psicólogo da depressão no contexto de uma rede municipal de saúde mental?*

Esses questionamentos evidenciam o *spectrum* da temática sobre depressão abordada nessa pesquisa. Inicialmente, busca-se explorar os significados relacionados ao conceito da depressão, uma vez que conhecer essa face do fenômeno contribui para a compreensão de como essas concepções direcionam a perspectiva de atuação dos profissionais de saúde, bem como a compreensão dos usuários de saúde (Santos, Nakamura & Martin, 2007). Nesse sentido, essa pesquisa buscou conhecer o lugar teórico a partir do qual os psicólogos compreendem esse fenômeno.

A partir da compreensão das concepções conceituais da depressão, as questões diagnósticas são objetos de investigação na medida em que se parte da compreensão de que o (psico) diagnóstico se realiza num campo relacional entre paciente e profissional de saúde cuja relação produz novos significados a partir da interação das vivências profissionais e pessoais entre as partes (Ancona-Lopez, 1995). Nesse



sentido, essa pesquisa busca compreender os significados que compõem esse momento inicial de contato entre psicólogo e paciente como uma etapa no processo de atendimento ao paciente com depressão.

A questão do manejo clínico, por sua vez, é tema de investigação nessa pesquisa, na busca de conhecer os significados que fundam o fazer da clínica da psicologia no tratamento da depressão. Nesse sentido, a força do contexto se caracteriza como um dos componentes da narrativa que configura a clínica, na medida em que os processos de trabalho da instituição estão norteados por um conceito de clínica que preconiza um olhar sobre a singularidade do indivíduo e uma compreensão e decisões de tratamento compartilhadas entre os profissionais de saúde (Brasil, 2009). Nesse sentido, o processo dialógico entre o contexto e a condução do processo terapêutico por parte dos psicólogos fica evidenciado dado os processos de trabalho que organizam as ações em saúde mental.

Portanto, compreender a configuração do contexto institucional e como ele delimita o atendimento à depressão possibilita entender uma das matrizes dos significados do atendimento à saúde mental. Dessa forma, essa pesquisa aborda aspectos relacionados ao contexto, a fim de evidenciar os significados que contribuem para a construção da narrativa quanto ao atendimento à depressão.

O desenvolvimento deste estudo tenciona colaborar para a compreensão do processo de diagnóstico e dos princípios de manejo clínico utilizados por psicólogos na assistência ao paciente com depressão. A análise dos dados evidencia os significados que compõem a narrativa do trabalho do psicólogo, possibilitando a identificação dos aspectos que configuram o processo clínico, o que pode contribuir para o desenvolvimento de ações em educação permanente, bem como a construção de políticas públicas.

Na mesma medida, os resultados da análise permitem a integração dos diferentes saberes do psicólogo, o que possibilitaria um reconhecimento das regularidades da atuação desse profissional em torno do tratamento da depressão. Cabe ressaltar ainda que a realização desse estudo vem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre a atuação do psicólogo na rede pública de saúde, possibilitando dessa forma a expansão de saberes e técnicas que possam responder às necessidades vigentes no campo da saúde.



## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Compreender o processo de construção dos significados acerca do transtorno depressivo à luz das práticas dos psicólogos de uma rede municipal de saúde mental

### 2.2 Objetivos Específicos:

- identificar o conceito de depressão para os psicólogos;
- conhecer o processo diagnóstico e seu significado acerca do transtorno depressivo para os psicólogos;
- caracterizar as características do manejo clínico do psicólogo frente ao / em relação à depressão;
- identificar o papel do contexto institucional da rede municipal de saúde mental no atendimento ao transtorno depressivo.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Pressupostos Epistemológicos

O presente estudo foi desenvolvido a partir da perspectiva epistemológica do pensamento complexo, na busca de uma visão integradora dos diferentes aspectos que compõem o fenômeno estudado. Nesse sentido, essa pesquisa contemplou a pluralidade da inter-relação dos diferentes aspectos que compõem a construção dos significados da depressão para os psicólogos no contexto de uma rede municipal de saúde.

Os pressupostos epistemológicos da complexidade contemplam a multiplicidade dos fatores na construção dos fenômenos e como eles se afetam reciprocamente, como coloca Morin:

O que é a complexidade? A um primeiro olhar, a complexidade é um tecido (complexus: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico. (Morin, , 2007, p. 13).

A tentativa de buscar compreender esse tecido dos acontecimentos, como coloca Morin (2007), pressupõe o reconhecimento da instabilidade, da imprevisibilidade e da incontrolabilidade no processo de análise do fenômeno. Assim, a perspectiva do pensamento complexo não se constitui numa resposta completa e definida, ou até dogmática, para sustentar o processo de construção do conhecimento (Morin, 1996). A complexidade se propõe como um modo de estar num mundo em transformação, configurando-se, dessa forma, como um desafio na tentativa de responder às questões propostas (Morin, 2007).

Para Vasconcellos (2002) o pensamento complexo pressupõe ainda a contextualização do objeto em estudo, num processo de reintegração do mesmo ao seu sistema, de forma a permitir conhecer as relações que o compõem e como ele interage com outros . Essa autora aponta ainda que a contextualização permite um pensamento integrador,

na medida em que compreende que os fenômenos existem em relação a um contexto relacional, isto é, a forma como se percebe o objeto está atrelada ao contexto relacional, que promove uma articulação do conhecimento sem produzir ou eliminar as diferenças.

Abordar o processo de contextualização abre caminhos para apresentar o pressuposto da intersubjetividade no pensamento complexo na medida em que compreende que a construção do conhecimento sobre o objeto passa pela compreensão de que ele é construído na interação com o seu meio ambiente, no seu contexto (Najmanovich, 2001). A intersubjetividade pressupõe a compreensão de que a realidade é uma construção social, realizada por diferentes observadores em espaços consensuais (Vasconcellos, 2002).

Para Sluzki (1997), esses espaços, denominados de territórios compartilhados, se organizam em conversações organizadas nos grupos sociais, configurando assim as narrativas que são concebidas como sistemas constituídos por atores, roteiro e contextos. Esses três constituintes estão interligados pela trama narrativa, caracterizada por “um conjunto de conectores lógicos explícitos ou implícitos” (Sluzki, p. 133, 1997). As mudanças sofridas por um dos constituintes da trama narrativa promovem transformações nos outros dois, num processo recursivo entre as partes.

Desta forma, considerando-se esse processo recursivo, as interações dialógicas num contexto determinado se configuram como o campo da constituição da subjetividade, bem como o lugar a partir do qual os indivíduos compreendem o mundo e suas experiências subjetivas. Nesse sentido, Grandesso (2000) coloca que os seres humanos vivem em um emaranhado de múltiplos sistemas simbólicos com diferentes lógicas de significados e de organização, formando uma rede complexa de relações. Por meio dessas relações o indivíduo busca confirmação dos seus conhecimentos na medida em que as experiências vivenciadas por um sujeito são validadas na relação com um observador, configurando-se como espaços de consenso entre os observadores (Vasconcellos, 2002). Nesse sentido, esses espaços geram processos recursivos nos quais se estabelecem as regularidades, construindo dessa forma as narrativas que perpassam esses espaços.

Para Gergen (1997), o processo de construção das narrativas é desenvolvido por meio da linguagem, que é compreendida como um sistema que carrega um conjunto de convenções e códigos do discurso partilhado nos territórios compartilhados e que estabelece limites ao que

se acredita como real. Nesse sentido, tendo a linguagem como sustentáculo, a narrativa tem um papel organizador da experiência humana, uma vez que se configura na matriz do significado, que atribui valor e sentido aos acontecimentos da vida (Grandesso, 2000).

O ato de significar, nessa perspectiva, está ancorado nos processos linguísticos específicos aos espaços conversacionais, uma vez que a linguagem é um subproduto da interação humana, sendo seu significado fruto do modo como está imerso dentro dos padrões de relações (Gergen, 1997).

Os significados produzidos nos espaços conversacionais constituem um instrumento que possibilita a compreensão da realidade construída nas interações humanas. Nesse sentido, a busca desses significados se dá a partir de uma posição da intersubjetividade e de contextualização e, portanto, do reconhecimento da instabilidade, da imprevisibilidade e da incontrollabilidade no processo de análise do fenômeno, processos constitutivos do pensamento complexo. Assim, esse estudo parte desse arcabouço teórico na busca de conhecer os significados construídos pelos psicólogos em torno da depressão no que tange seu conceito, diagnóstico e tratamento.

## 3.2 Depressão

### 3.2.1 *Conceito*

O uso do termo depressão para designar um estado mental, tal como está configurado hoje na cultura e medicina ocidental, tem um marco recente na história. Ele se constituiu pela descrição do quadro da psicose maníaco-depressiva publicada na sexta edição do tratado de Kraepelin, em 1899 (Grinberg, 2005; Kaplan & Sadock, 1990; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Silva, 1995). Entretanto, a descrição de estados depressivos e a construção de teorias, quanto à sua etiologia e terapêutica, remontam ao século V a.C. (Esteves & Galvan, 2006; Sonenreich et al., 1995). Nesse sentido, a depressão percorreu dois milênios de história, sendo compreendida e tratada sob parâmetros diferentes ao longo do desenvolvimento e do conhecimento sociais.

Em se tratando de uma revisão histórica, o termo mais presente na descrição da depressão é a melancolia, identificada na medicina grego-hipocrática como um estado prolongado de desânimo, abatimento e infelicidade. Para os gregos, a etiologia da melancolia estava baseada na teoria dos humores (balanceamento dos líquidos orgânicos) e se dava

pela superposição da bíles negra (*melania cholie*) sobre a bíles amarela, o sangue e a fleuma (Mathews, 1998). A teoria dos humores, embora questionada desde sua criação, perdurou ao longo dos séculos a tal ponto que Philippe Pinel, pioneiro psiquiatra francês no tratamento de doenças mentais, no século XIX, ainda acreditava na influência dos humores nos casos de depressão (Sonnenreich et al., 1995).

Ao longo dos séculos, outras teorias se propuseram a explicar a etiologia da depressão. Aquelas que associavam a depressão a manifestações demoníacas predominaram durante o domínio da Igreja Católica na Idade Média. Entretanto, outras teorias explicativas de natureza biológica coexistiam na mesma época, como a teoria de Paulo de Égina, do século VII, que entendia a depressão como uma doença do cérebro que atingia o resto do corpo (Sonnenreich et al., 1995). No Renascimento, as teorias sobrenaturais deram lugar a explicações sobre alterações biológicas endógenas ou exógenas.

Com a crescente organização da instituição hospitalar nos séculos XVI, XVII, e XVIII, e o nascimento do conceito da clínica, a melancolia passou a ser matéria da medicina, mais especificamente da psiquiatria (Sonnenreich et al., 1995). Nesse processo, o termo depressão começou a ser utilizado para a descrição de sintomas até o momento em que Kraepelin descreveu o quadro da psicose maníaco-depressiva, constituindo assim o marco do nascimento do conceito contemporâneo de depressão.

Nesse sentido, ao longo da história, a concepção biológica da depressão teve distintas teorias que a representaram, inscrevendo, dessa forma, seu conceito no campo das doenças mentais. Para Foucault (1961/1989) essa relação entre doença mental e compreensão biológica é um dos pilares da psiquiatria, na medida em que as enfermidades psíquicas eram compreendidas como uma manifestação de doença assim como outra qualquer, não estabelecendo distinções entre o psíquico e o físico. Nesse sentido, a doença mental carrega no seu significado uma compreensão de base orgânica, posição defendida no campo da psiquiatria até os dias de hoje (Foucault, 1961/1989; Machado, 2000/2005).

Se o conceito de doença mental refaz a trajetória histórica da construção da clínica psiquiátrica, o conceito de transtorno mental, termo cuja utilização ganhou notabilidade nos últimos 40 anos, apresenta uma compreensão diferenciada das enfermidades psíquicas uma vez que se norteia pelo conceito de funcionalidade (Wakefield,

1992), como está descrito na conceituação de transtorno mental apresentada pelo DSM IV – TR :

... os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com o sofrimento (p. ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (p. ex., prejuízo importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (APA, 2002, p.28)

O termo transtorno mental adquire credibilidade e reconhecimento com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III - (DSM III), publicado em 1980 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) (Matos, Matos & Matos, 2005), que substituiu o termo doença mental por transtorno mental (Wakefield, 1992, Matos et al., 2005). Segundo Bastos (1995), esta evolução terminológica significou a passagem de termos da antiga psiquiatria para as subsequentes, tendo em vista as críticas e reelaborações, tal como a substituição dos termos “reação”, “desordem” (DSM III), “perturbação”.

Nesse sentido, a depressão, de acordo com DSM IV - TR (APA, 2002), é classificada como um transtorno mental, sob o conceito de transtorno de humor. A classificação do transtorno depressivo abriga três conceitos que o definem: transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno depressivo, sem outra especificação. Essa classificação está baseada na observação de critérios e sintomas dispostos em eixos, que organizam as características do transtorno, permitindo uma leitura categorial (Matos et al., 2005).

Dado o alcance mundial da influência das publicações dos DSMs<sup>1</sup>, atualmente o (APA, 2000 / 2002) o termo transtorno mental é francamente utilizado por profissionais de saúde (Matos et al., 2005), configurando-se, dessa forma, numa fonte de construção de significados acerca das enfermidades psíquicas. A utilização do termo transtorno mental teve ressonâncias legais no cenário brasileiro, como pode ser

---

<sup>1</sup> No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas (Matos et al. 2005, 312).



observado no Projeto de Lei 6013/01, aprovado em 17/03/2009 na câmara dos deputados federais, que acrescenta dispositivos à Lei 10.216/2001, propondo substituir qualquer termo que faça alusão às enfermidades psíquicas pelo termo *transtorno mental*. Esta mudança legal, por sua vez, contribui para a consolidação do termo no campo de atuação dos profissionais de saúde e instituições públicas.

Embora o DSM IV - TR (APA, 2002) tenha larga influência na conceituação das enfermidades psíquicas, bem como no mundo acadêmico, o Ministério da Saúde adotou a Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 (OMS, 1993) como referência para o registro do Sistema de Informação e Morbidade, por intermédio da portaria nº 1.311 (Brasil, 1997), compatibilizado com o sistema de Mortalidade de acordo com a portaria GM/MS/nº 1832/94 (Brasil, 1994).

Segundo esse manual, a depressão é considerada uma forma de transtorno de humor ou afetivo e, de acordo com Matos et al. (2005), os critérios e a apresentação sintomática compatibilizam com o DSM TR IV (APA, 2000). Em ambos manuais, a depressão ou o transtorno depressivo configura-se numa categoria nosológica caracterizada pela predominância do humor rebaixado, anedonia e/ou fadiga por um período mínimo de 15 dias. Esses sintomas são considerados fundamentais para a CID 10 (OMS, 1993) que, conjugado com o critério do período mínimo do tempo, configura-se como definição básica da depressão.

De acordo com Fleck et al. (2002), o advento dessas classificações internacionais conseguiu aumentar a concordância entre avaliadores a respeito dos diagnósticos. Por sua vez, Bastos (1995) e Rodrigues (2000) apontam que a concepção de transtorno mental, tal como apresentada em ambos manuais, configuram-se num processo descritivo e classificatório que se abstrai de uma concepção etiológica, caracterizando-se como num compêndio nosográfico das enfermidades psíquicas, incluindo a depressão. Nesse sentido, Matos et al. (2005) alerta para o perigo do uso limitado do DSM IV, na medida em que um diagnóstico não pode ser realizado apenas pela observação dos sintomas e critérios descritos.

A trajetória da depressão, apresentada até aqui, abordou suas concepções biológicas e conceituação como doença e transtorno mental. Mas a depressão não é uma construção teórica exclusiva do campo da psiquiatria. No campo da Psicologia a depressão tem, na abordagem

psicodinâmica, uma produção teórica que se propõe a uma reflexão a partir de uma perspectiva da construção da subjetividade, considerando dessa forma, aspectos distintos dos que foram e são contemplados pela concepção biológica e sintomática, tradicionalmente apresentada pela psiquiatria.

Nesse sentido, a obra fundante acerca da depressão foi *Luto e Melancolia*, escrita por Freud em 1915. Nessa obra, Freud (1915/2000) aborda a melancolia a partir de uma concepção psicodinâmica e a concebe como sendo um estado de incapacidade de elaboração da perda do objeto e processo de empobrecimento do ego, caracterizando uma forma de psicose (Monteiro & Lage, 2007a; Paulo, 2005). O luto, por sua vez, é descrito como um estado de perturbação do amor próprio, derivado da perda do objeto amado, sendo um estado temporal por se caracterizar pela capacidade de recomposição da força libidinal em função da aptidão para a elaboração da perda do objeto (Paulo, 2005).

Para Berlinck e Fedida (2000) e Rodrigues (2000), os termos melancolia e depressão, ao longo do século XX, apresentam compreensões teóricas que ora divergiam ora convergiam, sendo que atualmente o termo melancolia, na psiquiatria, foi praticamente dissolvido no termo transtorno depressivo. Por sua vez, esses autores apontam que o luto pode ser compreendido como um correlato da depressão. Essa correlação se dá a partir da premissa de que tanto no luto quanto no estado depressivo o indivíduo tem a possibilidade de retornar a uma condição desejante a partir da elaboração da perda.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a depressão não se constituiu, para Freud, numa categoria nosológica ou numa estrutura de personalidade (Delouya, 1999; Rodrigues, 2000). A depressão se constitui como um estado de inibição marcado por uma baixa energia psíquica em conjunto com o afeto da tristeza (Siqueira, 2007). Esse estado depressivo pode se manifestar, portanto, nas estruturas neurótica, perversa e psicótica, como foi apontado por Berlinck e Fedida (2000), não se apresentando como um fenômeno em si, mas sempre em relação ao conflito gerado pela perda do objeto de amor.

A partir das considerações teóricas acima apresentadas, pode-se compreender que, historicamente, a conceituação da depressão teve como fonte compreensões biológicas, psicológicas e até religiosas. Com o nascimento da clínica psiquiátrica a depressão passa a uma condição médica que a concebe como doença mental, guardando, dessa forma, sua proximidade com uma entidade biológica. Com os escritos de Freud (Freud, 1915/2000) inicia-se uma compreensão a partir da perspectiva da dinâmica psíquica que a compreende como um estado psíquico

inerente à condição humana diante de uma perda significativa. Mais recentemente, na história da psiquiatria, a depressão foi concebida como um transtorno marcado pelo critério da funcionalidade.

A apresentação dessas conceituações evidencia as diferentes construções acerca desse fenômeno sem, no entanto, esgotar todas as possibilidades teóricas sobre a depressão, especialmente no campo da psicologia. Assim, o que se pretendeu foi apontar as principais concepções vigentes na atualidade que estão presentes na narrativa dos profissionais de saúde. Dessa forma, essa pesquisa alude à depressão como um conceito universal, que abarca um conjunto de sintomas reconhecidos como constitutivos dos estados depressivos num contexto em que são observadas as características psicológicas, o contexto social e a condição de saúde, tanto mental como física, para a realização de um diagnóstico.

### 3.2.2 *Etiologia da Depressão*

A busca por compreender a etiologia das enfermidades psíquicas possibilitou o desenvolvimento de teorias e modelos explicativos, durante o século XX, que apontavam para uma compreensão unicausal ou que privilegiavam sua disciplina de origem, sendo as dimensões biológicas, psicológica e sociocultural os principais campos de desenvolvimento teórico (Barlow & Durand; 2005/2008).

Na tentativa de superar uma visão teórica fragmentada ou parcial sobre as enfermidades psíquicas, é possível citar o desenvolvimento de modelos que buscaram a integração dessas dimensões, como o modelo Biopsicossocial de Engels, desenvolvido no fim da década de 70 do século XX (Greenberg, 2005; Engel, 1997), ou o modelo multicausal de Barreto e Carmo (1994). No que tange à compreensão dos fenômenos depressivos, pode-se citar o modelo multifatorial (Sjöholm, Lavebratt & Forsell, 2009), ou o *comprehensive model* (Kendler, Gardner & Prescott, 2002; Kendler et al., 2006). Esses modelos consideram uma diversidade de fatores sociais e psicológicos, além daqueles ligados à saúde ao longo da vida do paciente e de como esse conjunto de fatores históricos e atuais reverberam na sua condição atual de saúde na compreensão e definição de um diagnóstico.

Nesse sentido, há uma gama de fatores que se entrelaçam na construção da compreensão da etiologia da depressão e que devem ser considerados dentro de uma perspectiva que busca integrar as dimensões

psicológicas, biológicas e sociais. Assim, uma análise dos fatores componentes de cada dimensão possibilita o reconhecimento destes na compreensão da etiologia da depressão.

A partir dessas considerações, pode-se dizer que os fatores psicossociais são compostos por uma diversidade de aspectos que compõem a etiologia da depressão. Entre esses aspectos, as características e a qualidade das relações humanas configuram-se como um fator relevante na avaliação do desenvolvimento da depressão. Dificuldades na dinâmica familiar, por exemplo, representam um fator de risco para o desenvolvimento de quadros depressivos em crianças e adolescentes, como foi abordado nas pesquisas de Abela et al. (2005) e Restifo e Bögels, (2009), que apontam que a qualidade das relações de afeto e apego entre pais e filhos contribui de sobremaneira para o desenvolvimento emocional dos mesmos. Desta forma, os resultados destas pesquisas demonstram que as relações de apego do tipo inseguro configuram-se como um preditor de quadros depressivos em crianças e adolescentes.

Os estudos de Bouma, Ormel, Verhulst e Oldehinkel (2008) e Wisdom e Agnor (2007) apontam a hereditariedade como um dos fatores etiológicos no desenvolvimento da depressão frente à situação de estresse. Essas pesquisas evidenciaram que crianças e adolescentes cujos pais apresentam algum tipo de depressão tendem a responder da mesma forma em casos de estresse. Cabe ressaltar Bouma et al. (2008) e Wisdom e Agnor (2007) reconheceram o valor genético do componente hereditário, mas ressaltavam o componente ambiental das relações familiares. Dessa forma, a sintomatologia depressiva se constituía também numa forma de comportamento aprendido entre os membros da família.

Outro aspecto que compõe as relações familiares de pessoas deprimidas reside na forma de comunicação entre os membros da família. As formas de comunicação negativa nas relações parentais e maritais contribuem para o desenvolvimento da depressão, conforme apontam Segrin e Flora (2005) ao analisar o impacto das formas de comunicação familiar.

Além do círculo familiar, as características das relações sociais configuram-se como um fator de saúde, conforme apontado por Sluzki (2000), que afirma que a qualidade da rede de relações constitui-se num elemento observável em várias faces da vida do indivíduo, configurando-se dessa forma em fatores determinantes de saúde. Neste contexto, as pesquisas Nava Quiroz & Vega Valero (2008) e Vega Valero, Tapia, Nava & Trujano, (2010) apontam o modo como a

ausência ou um problema na rede familiar e social pode constituir-se em fator relevante no desenvolvimento da depressão entre adolescentes. A rede social, para esses autores, teria a função de contenção das mudanças e dificuldades inerentes à adolescência, reafirmando dessa forma a importância da construção de relações significativas e positivas no desenvolvimento de adolescentes, bem como de adultos.

A vulnerabilidade social, outra faceta dos aspectos psicossociais, apresenta uma relação significativa com o desenvolvimento da depressão (Lorant et al., 2003; Muntaner, Eaton, Miech & O'Campo, 2004; Butterworth, Rodgers & Windsor, 2009). Para tanto, é necessário compreender que esse conceito foi definido por Castel (1998) como “zona intermediária instável que conjuga precariedade de trabalho e fragilidade de suporte de proximidades” (pg. 24). Assim, os estudos sobre vulnerabilidade trabalham com a ideia de risco do desemprego, precarização do trabalho, pobreza, falta de proteção social. Os vários enfoques do termo colocam como quase consensual uma questão considerada fundamental, que é sua capacidade de identificar situações intermediárias de risco localizadas entre situações extremas de exclusão e inclusão, fornecendo um sentido dinâmico aos estudos das desigualdades sociais.

O impacto da vulnerabilidade social promove não somente depressão, mas também outras formas de sofrimento psíquico. A metanálise de Lorant et al. (2003) mostra que pessoas em situação de vulnerabilidade social apresentam quadros de depressão até 1.81 vezes mais altas do que a população de renda superior, reforçando a hipótese da relação entre vulnerabilidade social e depressão. Nessa situação de vulnerabilidade social, na qual há casos extremos de falta material de comida, abrigo ou mesmo dificuldade em possuir habitação ou pagar as contas, há tendência para gerar casos de depressão, tal como mostram as evidências do estudo de Butterworth et al. (2009). Da mesma forma, as mulheres em situação de pobreza e medo diante da sua vida desfavorável, tendem a sofrer de depressão, como mostra a pesquisa de Martin, Mari & Quirino (2007) realizada na grande São Paulo.

Outro fator psicossocial relevante para o desenvolvimento de transtornos depressivos são as experiências de violência, especialmente doméstica. Cabe ressaltar que o conceito de violência é polissêmico e complexo e atende às relações pessoais, sociais, políticas e culturais ora em sentido positivo, ora em sentido negativo, ao se considerar o

significado da violência para o desenvolvimento humano (Minayo & Souza, 1999).

Por sua vez, as pesquisas demonstram que a violência deixa marcas psíquicas, podendo se configurar como uma possibilidade etiológica da depressão. (Santos & Moré, 2010; Garbin, Garbin, Dossi & Dossi, 2006; Kronbauer & Meneghel, 2005; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince & Mari, 2009; Martin, Mari & Quirino 2007). Com base nesse recorte, há estudos dedicados à violência doméstica (Silva, Coelho & Caponi, 2007; Garbin, Garbin, Dossi & Dossi 2006), ou ainda à violência de gênero voltada para as mulheres (Santos & Moré, 2010; Kronbauer & Meneghel, 2005). Essas pesquisas estabelecem uma relação direta entre os sintomas depressivos e a depressão como consequência da experiência de violência física e psicológica. Já o estudo de Avanci, Assis, Oliveira e Pires (2009) mostra que a violência doméstica contra crianças tende a gerar retraimento e depressão em nível clínico e limítrofe.

Os fatores psicossociais relacionados ao desenvolvimento depressão são permeados e construídos por diferentes forças contextuais, que estabelecem significados que vão nortear as interações humanas. Assim, o contexto social pode se configurar como um gerador de significados facilitadores ou dificultadores das relações humanas. Nesse sentido, o contexto social é também carregado da interação de forças contextuais que promovem o sofrimento psíquico, incluindo a depressão. Para Viana, Zenkner, Sakae & Escobar (2008), Berlinck & Fedida (2000) Moreira (2008) Viana (2009) e Cambaúva & Silva Júnior (2005) as demandas da vida contemporânea fomentam diferentes formas de sofrimento psíquico, entre elas a depressão.

Para Viana et al., (2008) a sociabilidade moderna, marcada pela competição, burocratização e mercantilização, o que gera uma mentalidade competitiva, burocrática e mercantil, cria um processo de repressão das potencialidades humanas e constrange os indivíduos a competir e suportar relações desumanas. Nesse sentido, a singularidade, construída na interação desses significados, estaria mais propensa ao isolamento social, um dos desencadeadores da depressão (Cambaúva & Silva Júnior, 2005).

Para Berlinck & Fedida (2000) e Esteves & Galvan (2006), a depressão aparece como uma ferida no modo de vida (ou modo de existência) dos indivíduos dada a impossibilidade de sustentar a ideia de que não é possível responder a essas demandas impostas pela contemporaneidade. As considerações teóricas acerca dessa temática são complexas, portanto, o que se pretendeu aqui foi lançar um olhar sobre

como o modo de vida e as demandas sociais podem produzir, em interação com outros fatores, estados depressivos.

O tópico sobre a etiologia da depressão não poderia deixar de abranger a compreensão dos processos orgânicos no desenvolvimento dos quadros depressivos. Nesse sentido, a neurobiologia, campo de pesquisa que tem uma vasta produção científica sobre o papel dos neurotransmissores e neuro-hormônios no desencadeamento da depressão (Barlow & Durand, 2005, 2008), representou um avanço científico no conhecimento de como a depressão se processa no cérebro. Nesse sentido, a neurobiologia aproximou a psiquiatria das neurociências (Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004), e possibilitou o desenvolvimento de tratamentos farmacológicos da depressão, gerando, dessa forma, um campo de pesquisa intenso que abriu novas possibilidades de tratamento.

Se a neurobiologia possibilitou a compreensão dos processos neuroquímicos no desenvolvimento da depressão, outros campos da ciência demonstram a relação entre processos orgânicos e a depressão, tanto numa relação de causalidade quanto numa relação de comorbidade. A exemplo disso, há pesquisas que demonstram as relações entre depressão e doenças coronarianas, diabetes e artrite (Moussavi, et al., 2007), bem como estudos que apontam a relação entre tumores cerebrais e transtornos depressivos (Dalton, Laursen, Ross, Mortensen & Johansen, 2009; Arnold et al., 2008; Wen et al., 2006; Mainio et al., 2006). Quanto ao papel dos hormônios na depressão, as pesquisas apontam que disfunções hormonais podem desencadear estados depressivos, como fica evidenciado nos estudos sobre as disfunções na tireoide (Joffe, 2006; Teixeira et al., 2006; Brouwer et al., 2005; Williams et al., 2009; Panicker et al., 2009); disfunções hormonais causadas pela menopausa (Frey, Lord & Soares, 2008; Schmidt & Rubinow, 2009). Todos estes aspectos possuem, segundo tais estudos, um importante papel no desenvolvimento da depressão.

Um dos campos mais desenvolvidos nesta área é o da relação entre as disfunções da tireoide e a depressão. Nesse campo ainda pairam muitas dúvidas, e os resultados das pesquisas não são conclusivos quanto ao papel da tireoide na etiopatogênese dos quadros depressivos. Apesar disso, alguns autores consideram que os hormônios da tireoide podem ser considerados como um dos fatores determinantes que podem provocar o desenvolvimento de depressões (Joffe, 2006).

As causas orgânicas da depressão podem ser explicadas também pelo uso abusivo de substratos químicos, como demonstram as pesquisas de Falk, Yi & Hilton (2008) que apontam para a relação de causalidade e ou comorbidade entre o uso abusivo de álcool e a depressão. O estudo de Ferigolo, Stein, Fuchs & Barros (2009) também demonstra relação de causalidade e comorbidade entre o uso abusivo de drogas e o desenvolvimento do quadro depressivo.

Os aspectos etiológicos apresentados até aqui abordaram as dimensões psicossociais e orgânicas dos transtornos depressivos. Já os aspectos psicológicos, a partir de uma perspectiva da subjetividade, trazem contribuições para a compreensão dos fatores etiológicos no desenvolvimento da depressão. Nesse sentido, a partir da perspectiva psicodinâmica, a depressão se constitui num estado psíquico decorrente da perda do objeto de amor, representado pela perda de um ideal, uma separação ou um luto pela perda de um ente querido (Barbosa, 2006; Vieira, 2005). A percepção ou da sensação provocada pela perda desse objeto de amor gera o estado depressivo, ou o “processo de luto” (Berlinck & Fedida, 2000; Delouya, 2008). Isso ocorre porque a catexia (investimentos) objetual, que antes era direcionada para o objeto, agora se volta para si mesma, realizando um processo de substituição por identificação com o objeto perdido, tornando-se a gênese da depressão (Almiro, 2007; Monteiro & Lage, 2007a).

Nesse sentido, como foi apresentado anteriormente, a depressão não se constitui em uma categoria nosológica, mas num estado, numa forma de inibição presente em todas as estruturas (Berlinck & Fedida, 2000; Rodrigues, 2000). Por sua vez, há uma compreensão de que a depressão pode ser uma forma constitutiva de subjetividade, tese defendida por diversos autores, apesar de suas diferenças teóricas, como Kehl (2009), Delouya (2003) e de Paulo (2005). Essa subjetividade seria caracterizada por um sujeito com dificuldade ou incapacidade de lidar com a perda do objeto, desenvolvendo um quadro depressivo. Porém, ao contrário do caso anterior, isso não seria um mecanismo de defesa, nem uma solução psíquica (temporária ou não), mas constituinte da própria personalidade da pessoa, de sua subjetividade, sendo uma forma de ser e estar no mundo.

A apresentação dessas causas etiológicas pretendeu evidenciar os múltiplos fatores que podem estar na raiz do desenvolvimento de quadros depressivos, o que demanda uma compreensão etiológica composta por diferentes fatores num modelo integrativo, para o desenvolvimento de ações no atendimento à depressão.



### 3.2.3 Diagnóstico da Depressão

Dada a complexidade da interação dos fatores na constituição da depressão, o processo diagnóstico não se diferencia quanto à complexidade dos aspectos que devem ser apreciados no desenvolvimento de uma avaliação integral. Nesse sentido, para discutir o diagnóstico da depressão numa rede pública de saúde mental, é necessário refletir sobre um modelo teórico de diagnóstico que se alinhe e conjugue com as demandas e possibilidades oferecidas pelo contexto.

Portanto, cabe ressaltar que o processo de diagnóstico em saúde mental na rede pública está norteado por aportes teóricos que perpassam todos os profissionais de equipe de saúde, sendo eles a CID - 10 (OMS, 1993), como foi discutido anteriormente, e o conceito de clínica ampliada e compartilhada (Brasil, 2009). Este último preconiza um processo de diagnóstico que considera tanto as regularidades, inerentes ao próprio processo de avaliação, quanto a singularidade presente em cada demanda e em cada indivíduo, caracterizando-se dessa forma com um conceito norteador das práticas na clínica preconiza também um processo de construção compartilhada do diagnóstico entre os profissionais de saúde, tendo como base uma compreensão ampliada do processo de saúde e doença (Brasil, 2009).

A adoção do CID - 10 tem uma função específica, relacionada ao exercício do registro dos atendimentos. Embora se configure como uma formalidade institucional, o registro tem caráter de documento, com uma função de comunicação entre profissionais, equipes de saúde e entre instituições. Nesse sentido, o uso da CID tem um papel no processo de formalização do diagnóstico, contribuindo dessa forma para a construção do significado dos processos de saúde e doença. Como foi apresentado anteriormente, os manuais CID 10 e DSM III e DSM IV contribuíram sobremaneira para uma construção nosográfica da depressão, o que permitiu seu reconhecimento por diferentes profissionais de saúde, dada sua compreensão diagnóstica estar baseada em critérios e sintomas.

Além do arcabouço teórico estabelecido pela instituição, o processo de diagnóstico ganha contornos distintos de acordo com o campo de saber. No caso da psicologia, o processo de avaliação passa a ser denominado de psicodiagnóstico e se caracteriza como um *procedimento clínico que envolve um corpo organizado de princípios*

*teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas* (Araújo, p. 127, 2007). Para tanto, o processo pode ser realizado por meio de técnicas de entrevistas, observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas, bem como por meio de técnicas investigativas de brincadeiras, desenhos, jogos, entre outros, considerando o referencial teórico do profissional e o objetivo do psicodiagnóstico (Araújo, 2007).

Esse arsenal de técnicas e instrumentos serve a diferentes modelos de avaliação psicológica, como o modelo baseado na psicanálise desenvolvido por Ocampo e Arzeno, o modelo fenomenológico ou o modelo compreensivo (Araújo, 2007). Entre esses, Moré e Macedo (2006) ressaltam o modelo de psicodiagnóstico interventivo (Ancona-Lopez, 1995), que coaduna com as necessidades de atendimento em saúde pública já que exige uma postura flexível para as demandas que o campo apresenta. Os princípios do psicodiagnóstico interventivo podem ser sucintamente caracterizados por uma proposta que considera que diagnóstico e intervenção podem ocorrer de forma simultânea e complementar. Propõe, também, que a ação de intervenção se dá num campo relacional produtor de significados peculiares àquela relação e àquele momento. Nesse sentido, Ancona-Lopez (1995) propõe um processo de compartilhamento das impressões sobre a demanda apresentada e ainda uma abertura à participação do paciente no processo de avaliação, configurando desta forma uma redefinição da relação paciente-psicólogo em termos de poder, papéis e realização de tarefas.

As reflexões de Moré e Macedo (2006) sobre o modo como o modelo de diagnóstico interventivo se adequa às necessidades do campo institucional encontram pontos de interseção com o conceito de clínica ampliada e compartilhada, na medida em que demanda a flexibilidade dos profissionais na condução do processo de avaliação e estimula um lugar de participação e autonomia dos pacientes.

A partir dessas concepções norteadoras sobre o processo diagnóstico, tanto no que diz respeito ao campo institucional quanto ao campo da Psicologia, faz-se mister compreender os aspectos componentes do diagnóstico da depressão. Nesse sentido, um ponto de partida se dá pelo reconhecimento das características da depressão, isto é, seus sinais e sintomas. Como já foi apontado anteriormente, os manuais DSM IV TR (APA, 2002) e CID – 10 (OMS, 1993) cumpriram um papel na saúde quando definiram o diagnóstico da depressão e a avaliação de seus critérios e sintomas, possibilitando o reconhecimento dos seus sintomas mais comuns.

Nesse sentido, a CID – 10 contribui para a difusão de conhecimentos de sintomas específicos quando designa os sintomas de anedonia, humor deprimido e fadiga como fundamentais, tornando a presença de dois desses três sintomas como critério básico para o diagnóstico da depressão. A identificação desses sintomas está ligada a uma concepção da cultura ocidental, na qual os sintomas do humor são mais frequentes e relevantes na experiência da depressão se comparadas a diferentes culturas orientais, em que os sintomas somáticos são mais relevantes e frequentes (Chentsova-Dutton & Tsai, 2009; Ryder et al., 2008).

Por sua vez, a depressão apresenta uma série de outros sintomas que podem ser congregados em categorias para melhor compreender as diferentes dimensões do *spectrum* sintomático da depressão. A reunião desses sintomas em categorias difere entre autores e abordagens do conhecimento, por exemplo: o termo sintoma cognitivo pode ser utilizado para denominar os sintomas relacionados ao pensamento como ao processo de ruminação ou sentimentos de desvalia e culpa (Sakamoto, Kambara & Tano, 2001; Thompson, 1989). O termo sintoma cognitivo é também designado para definir as alterações relacionadas ao processo de cognição (Gotlib & Joorman, 2010), bem como o sintoma neuropsicológico, ambos são utilizados para definir alterações de memória, concentração e capacidade de tomada de decisão (Rozenhal et al. 2004; e Marazzitti, Consoli, Picchetti, Carlini & Faravelli, 2010)

Dada a pluralidade de termos usados para a definição dos sintomas, essa pesquisa propõe um conjunto de categorias que vai responder às necessidades apresentadas na análise da coleta de dados. Para tanto, a autora partiu das categorizações sintomáticas propostas por Dalgalarro (2008) e Thompson (1989), para a criação da categorização apresentada a seguir. A categoria sintomas neuropsicológicos foi criada a partir dos apontamentos de Dalgalarro (2008), em conjunto com os estudos de Rozenhal et al. (2004) e Marazzitti et al. (2010).

• **Sintomas de humor:** incluem tristeza, perda de interesse e/ou prazer, irritabilidade aumentada, apatia, sensação de falta de sentimento, sentimentos de tédio, crises de choro, sentimentos de autodepreciação, insuficiência e vergonha.

- **Sintomas somáticos ou neurovegetativos:** incluem alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.

- **Sintomas de comportamento:** incluem apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.

- **Sintomas de alterações ideativas:** incluem desesperança, desamparo, ruminações com mágoas antigas, pessimismo, ideias de culpa, indecisão, ideias de morte, ideação, planos ou comportamento suicida.

- **Sintomas psicomotores:** incluem inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação, aumento na latência entre perguntas e respostas, mutismo e tendência a permanecer na cama por todo o dia.

- **Sintomas neuropsicológicos:** congregam sintomas relativos aos problemas de processamento cognitivo das funções cerebrais. Os estudos de Rozenthal et al. (2004) e Marazziti et al. (2010) evidenciam que a flexibilidade mental, a velocidade dos processos cognitivos, a função executiva, a estruturação de estratégias de planejamento e os processos de tomada de decisão são significativamente alterados durante um processo de depressão, configurando-se em sintomas.

O reconhecimento dos diferentes sintomas da depressão contribui para a realização de um diagnóstico mais integral, e nesse sentido, uma possibilidade de avaliar as diferentes dimensões sintomáticas se dá por meio da utilização de instrumentos de avaliação que possibilitam um tipo de acesso aos conteúdos psíquicos e informações, contribuindo para uma melhor compreensão da demanda do paciente. Para Araújo (2007), o uso de instrumentos em conjunto com procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos, configura o processo de avaliação psicológica. Dessa forma, o uso de instrumentos no processo diagnóstico contribui para o conjunto de estratégias de avaliação dos quadros depressivos.

Por sua vez, é possível observar um processo de desvalorização do uso de instrumentos na avaliação psicológica que pode ser atribuído a um histórico de falta de respaldo científico, mau uso e elaboração de laudos psicológicos (Araújo, 2007). Para tanto, o Conselho Federal de Psicologia, por meio da resolução n.º 2/2003 (ICFP, 2003), passou a recomendar a utilização de testes e instrumentos que haviam sido avaliados e obteve parecer favorável da equipe consultiva deste órgão. Segundo apontamentos de Araújo (2007), esse processo corroborou para dificultar a utilização de testes que tradicionalmente tinham espaço na

avaliação psicodiagnóstica, criando dessa forma um paradoxo uma vez que, ao mesmo tempo que a resolução propôs uma reavaliação e melhor adequação dos instrumentos, dificultou seu uso à curto prazo, contribuindo dessa forma para o declínio de seu uso. Esse processo também afetou o ensino do uso de testes em função da diminuição da oferta de disciplinas, contribuindo dessa forma para o ensino deficitário acerca desta temática no cenário brasileiro (Paula et al., 2007; Noronha, Beraldo & Oliveira, 2003; Gomes, 2000).

Nesse sentido, a compreensão dos múltiplos fatores que compõem a etiologia da depressão possibilita a realização de um diagnóstico diferencial, que aborda os diferentes aspectos implicados no desenvolvimento dos quadros depressivos. Dessa forma, o processo de avaliação deve contemplar a investigação de possíveis causas orgânicas, que podem contribuir para o desenvolvimento um quadro de comorbidade. A relação entre doenças crônicas e depressão é muito bem estabelecida por estudos que demonstram que os quadros de depressão contribuem para a piora de doenças como diabetes e doenças coronárias, câncer, artrites e outras doenças (Gross, Gallo & Eaton, 2010; Moussavi et al., 2007; Teng, Humes & Demetrio, 2005). Da mesma forma, a experiência da convivência com doenças crônicas possibilita o desenvolvimento de quadros depressivos (Horimoto, Ayache e Souza, 2007)

Além das doenças crônicas, o diagnóstico diferencial relativo às causas orgânicas abrange também a investigação de uso abusivo de substratos químicos, um dos critérios de avaliação de acordo com o DSM IV. De acordo com os resultados do estudo de Zaleski et al. (2006) para a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, a depressão é considerada um fator preditor para o desenvolvimento do uso abusivo de álcool e drogas. Os mesmos resultados são indicados pelo *National Institute on Drug Abuse* (2009) dos Estados Unidos, que aponta para a necessidade de estudos entre o uso abusivo de drogas e álcool e a depressão, dados seus níveis de prevalência.

O uso abusivo de fármacos também estão relacionados ao desenvolvimento de quadros depressivos. O estudo de Kripke (2007), realizado com um grupo que usou hipnóticos e com outro que usou placebo, demonstrou que os usuários de hipnóticos apresentaram maiores níveis de depressão do que os usuários de placebo, estabelecendo dessa forma a ligação entre o uso desse tipo de fármaco e

o desenvolvimento de quadros depressivos. A pesquisa de Horimoto et al. (2007), confirma a relação entre depressão e o uso de alguns tipos de fármacos e aponta que o uso desses medicamentos tende a alterar a apresentação do quadro depressivo, contribuindo para sua piora.

O diagnóstico diferencial contempla também a diferenciação entre os tipos de quadros depressivos, considerando os transtornos depressivos uni e bipolares e os quadros de tristezas intensas. Esse diagnóstico diferencial é um processo sujeito a erros diagnósticos uma vez que os diferentes tipos de quadros depressivos são formas de sofrimento psíquico que dividem uma sintomatologia comum. Para Wakefield, Baer & Schmitz (2010) esse tipo de erro é passível de acontecer em relação a quadros de tristezas intensas desencadeadas por algum evento específico, uma vez os sintomas mimetizam com a depressão. Em relação ao diagnóstico diferencial entre os diferentes quadros de depressão, os trabalhos de Stensland, Schultz & Frytak (2010), Costa (2008) e Brunoni (2008) evidenciam que até 30% dos pacientes que apresentam transtorno bipolar não são adequadamente diagnosticados e recebem tratamento para depressão unipolar. Esses mesmos autores apontam que tal erro diagnóstico acarreta consequências relacionadas a um sofrimento maior para o paciente e acréscimo ao custeamento governamental, já que tratamentos inadequados afetam a distribuição de medicamentos e o aumento das internações.

O transtorno distímico também apresenta um índice de erro diagnóstico em relação ao transtorno depressivo maior, uma vez que vários sintomas da distímia são comuns ao transtorno depressivo. Essa afirmação parte da pesquisa de Avrichir e Elkis (2002), que demonstrou que os psiquiatras diagnosticaram distímia em 27% de pacientes de uma amostra cujo escore dos testes de avaliação pontuava para o transtorno distímico.

Atualmente, tanto para a CID 10 (OMS 1993) quanto para o DSM IV TR (APA, 2002) a distímia é conceituada como um rebaixamento crônico do humor que persiste por um período de 2 anos, mas cuja sintomatologia e critérios não satisfazem um diagnóstico de transtorno depressivo maior. Esse conceito passou a vigorar a partir do DSM III (1981), quando o termo substituiu os termos *depressão neurótica* e *personalidade depressiva*, presentes no DSM II e DSM I, respectivamente, em que havia uma influência significativa da psicanálise na nosologia dos processos psíquicos (Lopes, 2009; Trippicchio, 2007; Wanderley, 2000). Por sua vez, cabe ressaltar que os termos *neurose depressiva* e *depressão neurótica*, de origem

psicanalítica, figuram na CID 10 (OMS, 1993), possibilitando uma leitura psicodinâmica da depressão.

No processo diagnóstico de casos de depressão, o profissional de saúde se depara com desejos de morte do paciente ou até ideias ou planos suicidas, sintoma relativamente comum. De acordo com a revisão bibliográfica de Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki (2009), a depressão constitui a principal causa relacionada ao suicídio, sendo que até 60 % dos casos de suicídios eram de pacientes deprimidos. Nesse sentido, a depressão é considerada o principal fator de risco como aponta a pesquisa de Davies, Naik & Lee (2001), que constata que os casos de suicídios chegam a 15% em pacientes com transtorno depressivo unipolar. Cabe ressaltar também que a depressão em adolescentes aumenta o risco de suicídio, como mostram as pesquisas de Williams, O'Connor, Eder & Whitlock (2009), Zuckerbrot et al. (2007) e Abreu (2006).

Nesse sentido, a observação ou a abordagem sobre a ideia suicida nos casos de depressão devem ser contempladas no desenvolvimento do processo diagnóstico. As indicações do Manual de Prevenção de Suicídio do Ministério da Saúde (Brasil, 2006b) preconizam o estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade com o paciente em risco, mas não especifica a gravidade dos casos para a investigação.

A pesquisa de Feldman et al. (2007), numa abordagem sobre o risco de suicídio feita por médicos clínicos gerais da Atenção Primária, demonstrou que a rotina de investigação sobre os riscos de suicídio deu-se frente a algum indício que indicasse ideia ou plano suicida. Por sua vez, em países que possuem uma política específica para o manejo e tratamento da depressão, como no Chile (Ministerio de Salud – Chile, 2006) e no Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010), a avaliação do risco de suicídio é considerada parte do processo diagnóstico nos casos de depressão severa.

Cabe ressaltar que o comportamento suicida apresenta algumas características que contribuem para um delineamento do seu perfil epidemiológico. De acordo com as pesquisas de Lovisi, Santos, Legay, Abelha & Valencia (2009), Schmitt, Lang, Quevedo & Colombo (2008), Viana, Zenkner, Sakae & Escobar (2008), Santos-Melo, Bertolone & Wang (2005) e também com o Manual de prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), o suicídio é mais prevalente em homens do que

em mulheres, e o risco de suicídio em homens acima de 40 anos com depressão aumenta e é ainda maior em homens acima dos 60 anos. A pesquisa de Viana et al. (2008) demonstrou que os índices de suicídio na região de Amarel, em Santa Catarina (que apresenta uma média de 7,9 casos para cada 100.000 habitantes), refletem a realidade do Estado, que apresenta uma das maiores taxas do país. A revisão bibliográfica de Lovisi et al (2009) apontou ainda para outros dados epidemiológicos, que apontam o uso abusivo de álcool como fator de risco para o suicídio. A apresentação de diferentes dados acerca dos casos de suicídio vem contribuir para a construção de políticas de prevenção do comportamento suicida (Viana et al., 2008 e Lovisi et al., 2009). Nesse sentido, o diagnóstico da depressão, a observação de indícios de comportamento suicida ou ainda sua abordagem direta contribuem para ações preventivas.

#### *3.2.4 A Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclo de Vida*

O intuito de abordar como a depressão se manifesta na infância, adolescência, no idoso e no puerpério se dá pelo reconhecimento da apresentação da sintomatologia e suas causas nas diferentes fases do ciclo de vida, de forma a contribuir para a compreensão dos aspectos que devem ser contemplados no processo diagnóstico da depressão nessas etapas de vida.

Na infância, a depressão apresenta características peculiares que se diferenciam da apresentação sintomática no adulto. No entanto, a depressão na infância não se configura como um transtorno diferenciado do transtorno depressivo apresentado nos principais manuais DSM IV (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993), constituindo assim critérios diagnósticos análogos aos dos adultos (Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005; Bahls, 2002).

Nesse sentido, dificulta-se o procedimento diagnóstico da depressão em crianças, indicando uma sintomatologia de caráter distinto quando comparada à depressão em adultos (Calderaro & Carvalho, 2005; Cunha et al., 2005). Os aspectos sintomáticos diferenciais são humor irritável predominante sobre o humor deprimido (Crujo & Marques, 2009; APA, 1994; Pereira & Amaral, 2004; Ribeiro Reis & Figueira, 2001), comportamentos de apatia, agressividade e hiperatividade, além de uma diminuição no nível de rendimento escolar (Crujo & Marques, 2009; Caldero & Carvalho, 2005; Pereira & Amaral, 2004; Fu I, Curatolo & Friedrich, 2000). Embora haja uma sintomatologia bem estabelecida própria a essa fase da vida, o critério



do tempo da duração dos sintomas se aplica também nos casos de crianças, demandando dessa forma uma avaliação cuidadosa dos sintomas e do contexto.

Dessa forma, os apontamentos de Guarido (2007) e Fletcher (2008) evidenciam a necessidade do cuidado em relação ao diagnóstico do sofrimento psíquico na infância em função de um processo de culpabilização na infância, por conflitos inerentes ao ser humano, limitando dessa forma a vida da criança. Dessa forma, esses autores defendem que a criança deve ser sempre, acolhida, protegida e favorecida a um pertencer social para que ela possa viver todas as suas possibilidades.

A compreensão da etiologia da depressão na infância também possui características distintas da depressão no adulto. As questões subjetivas relacionadas ao desencadeamento de processos depressivos estão relacionadas à dinâmica da família de uma forma direta, não se configurando portanto, como uma questão subjetiva da criança, mas uma resposta que a criança desenvolve para os conflitos familiares (Zornig, 2001; Sei, Souza & Arruda, 2008). Cabe ressaltar que os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão em crianças são diversos: por exemplo, a experiência de violência, as dinâmicas familiares marcadas por apego inseguro, as formas de comunicação negativa, ou ainda as relações com pais deprimidos, questões essas discutidas anteriormente nos aspectos etiológicos. O que se pretendeu ressaltar ou lembrar foi o papel da família e da sua dinâmica relacional no desenvolvimento da depressão em crianças, fazendo com que o processo diagnóstico contemple o contexto de vida da criança de forma mais cuidadosa do que os casos de depressão na vida adulta.

Os sintomas de humor irritável e comportamentos agressivos típicos da depressão na infância são também observados na depressão na adolescência (Hankin, 2006; Bahls, 2002). No entanto, a experiência da depressão nessa fase da vida constitui-se em fatores de risco, uma vez que a depressão está associada ao uso de drogas (Sihvola et al., 2008; Shrier, Harris, Kurland & Knight, 2003; Marques & Cruz, 2000), e ao uso abusivo de álcool (Souza et al., 2008). Para os profissionais de saúde da atenção primária e das unidades de saúde especializadas, o uso de drogas psicotrópicas, justaposto com a depressão, agrava de forma a dificultar o processo de diagnóstico de um ou de ambos os fenômenos (Lichtenstein, Spirito & Zimmermann, 2010). Em realidade, essa aproximação dos adolescentes aos centros de saúde é também

dificultada pela relutância que os adolescentes tem em estabelecer vínculos terapêuticos com os profissionais de saúde (Klein, Wilson, McNulty, Kapphahn & Collins, 1999; Jacobson, Richardson, Parry-Langdon & Donovan, 2001).

Por sua vez, a depressão na adolescência, segundo Monteiro e Lage (2007b), pode se confundir com as características da vivência dos adolescentes, como as tristezas e os conflitos resultantes dessa fase de transformações e perdas. Esses autores demonstram também que a tristeza não é necessariamente um fator que caracteriza uma experiência negativa, exceto quando há uma permanência no sentimento de luto e o processo de elaboração fica incompleto. Dessa forma, a realização do diagnóstico da depressão na adolescência precisa contemplar os processos psíquicos caracterizados por um período de mudanças, bem como o contexto social do adolescente.

Quanto aos idosos, o processo de avaliação da depressão pelos profissionais de saúde pode ter como obstáculo a própria concepção de envelhecimento, que dificulta a realização de um diagnóstico apropriado uma vez que o declínio físico e cognitivo, a diminuição da vida social e até mesmo um rebaixamento de humor são naturalizados como processos comuns à velhice, de acordo com os apontamentos de Goldfarb, Barbieri, Gotter e Peixeiro (2009); Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004); OMS (2001); Volkens, Nuyen, Verhaak e Schellevis (2004). Para esses autores, essa percepção acerca da vida social e emocional do idoso pode resultar em diagnósticos impróprios, dificultando dessa forma o tratamento adequado para a depressão nessa fase de vida.

O diagnóstico inadequado pode estar relacionado a uma superposição de sintomas tanto na depressão quanto na demência. Por exemplo, os sintomas neuropsicológicos são recorrentes nessa faixa etária e caracterizados por perda de memória e atenção, que são comuns a ambos os quadros, o que dificulta um diagnóstico diferencial (Godin, 2007; Garcia et al., 2006; Ávila e Bottino, 2006; Reys et al., 2006). Embora os sintomas neuropsicológicos e somáticos sejam frequentes nessa fase da vida, os estudos de Menchetti, Cevenini, Ronchi, Quartesan & Berardi (2006), Ávila & Bottino (2006), Reys et al. (2006) apontam que, no diagnóstico do idoso, os sintomas relacionados ao isolamento social e aos sentimentos de desvalia são mais observados do que os sintomas neuropsicológicos, o que confirma que os profissionais de saúde não consideram esse tipo de sintoma no processo de avaliação. Outro grupo de sintomas pouco considerados são os relacionados ao

humor, sendo que a tristeza e anedonia são também observados nessa fase de vida (Lemos e Pires, 2005; Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a depressão nessa etapa de vida se constitui num fator de risco para o prognóstico de doenças crônicas e também se configura num fator de risco acentuado para as tentativas de suicídio.

O último aspecto abordado sobre a depressão nas diferentes etapas do ciclo de vida está relacionado à depressão pós-parto. Para a CD 10 (OMS, 1993), a depressão pós-parto caracteriza-se como uma forma de transtorno mental associada ao puerpério e que ocorre nas primeiras seis semanas após o parto. Os dados epidemiológicos brasileiros apontam para uma prevalência entre 19,1% (Moraes et al., 2006), 37,1% (Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005) e 39,4% (Ruschi et al., 2007) de depressão pós-parto. Estudos apontam para uma variedade de fatores de risco associados à depressão, entre eles baixas condições socioeconômicas e não aceitação da gravidez (Moraes et al., 2006); menor nível de escolaridade, maior número de gestações, maior número de filhos vivos e menor tempo de relacionamento marital (Ruschi et al., 2007), história de transtorno psiquiátrico prévio, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada e apresentar pouco suporte social (Camacho et al., 2006), menor nível de suporte social do marido (Cruz et al., 2005). Apesar da alta prevalência, dos fatores de risco evidenciados e das implicações ao desenvolvimento infantil, a depressão pós-parto é pouco diagnosticada, especialmente em função do difícil acesso da puérpera aos serviços de saúde (Camacho et al., 2006; Cruz et al., 2005). Nesse sentido, conhecer, identificar e tratar a depressão pós-parto é contribuir para a saúde psíquica da mulher e para o melhor desenvolvimento dos laços parentais entre mãe e filho, constituindo-se assim uma atividade ao mesmo tempo de redução de danos, prevenção e promoção em saúde.

Em suma, pode-se dizer que esta etapa da fundamentação teórica buscou abordar os diferentes aspectos que compõem o diagnóstico da depressão na busca de possibilitar um olhar mais integral ao indivíduo, contribuindo dessa forma para a construção de projetos terapêuticos que abordem as necessidades apresentadas na demanda.

### 3.3 Manejo Clínico da Depressão

Ao compreender que o diagnóstico necessita de um modelo que integre os diferentes aspectos que o compõem, o manejo clínico da depressão deve contemplar os fatores multideterminantes na condução de um projeto terapêutico que possibilite um cuidado integral ao usuário de saúde.

Nesse sentido, o conceito de manejo clínico deve compreender essa multideterminação dos fatores, como coloca Agich (1999). Para este autor, o manejo clínico é, tradicionalmente, formado por três elementos práticos estabelecidos dentro dos limites da relação médico-paciente: apresentação do problema, diagnóstico e tratamento. Além disso, Agich (1999) defende que o manejo clínico deve ser compreendido a partir de um modelo social, não podendo estar confinado às relações episódicas e diádicas da tradicional relação médico-paciente, e considerando o contexto da comunidade em que o paciente está inserido, as atividades, a participação da família e as informações levantadas sobre a vida dele para o entendimento científico da doença e para a construção do seu diagnóstico e tratamento.

Na saúde pública, o manejo clínico é norteado pelo conceito de clínica, ampliado e compartilhado do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), que norteia o exercício da clínica no SUS, o qual preconiza uma assistência à saúde baseada na capacidade de se comprometer e se responsabilizar pelas demandas do usuário de saúde a partir da compreensão da singularidade dos processos de doença do indivíduo. Para tal, é necessário reconhecer os limites técnicos e tecnológicos que cada profissional disponibiliza frente às demandas que cada situação exige, buscando dessa forma desenvolver uma compreensão ampliada dos processos de saúde e doença. A partir desse olhar, os processos de diagnóstico e manejo clínico se constroem e devem ser exercidos de uma forma compartilhada, o que promove os processos de trabalho desenvolvidos a partir do acompanhamento da pessoa em tratamento e configura um processo de corresponsabilização com os profissionais envolvidos no manejo clínico. Essa perspectiva demanda uma capacidade relacional entre as equipes de saúde, que permita a escuta entre os campos de saber de forma a poder lidar com as demandas sociais e subjetivas da comunidade atendida.

Nesse sentido, o manejo clínico da depressão na saúde pública tem, a partir desse conceito norteador, dispositivos clínicos que podem contribuir na construção de um projeto terapêutico que contemple as diversas facetas de um processo multideterminado, como é preconizado pelo Ministério da Saúde ao estabelecer a inserção da saúde mental na Atenção Básica (Brasil, 2006a).

### *3.3.1 Possibilidades Terapêuticas*

A partir das considerações feitas sobre o manejo clínico, pretende-se explorar as principais possibilidades terapêuticas da depressão. Em termos internacionais, a literatura científica e os organismos nacionais e internacionais apontam que o manejo clínico da depressão está assentado basicamente em dois tipos de tratamento, sendo eles a psico e a farmacoterapia (NICE, 2009; Chile, 2006; Brasil, 2006b; Fleck, 2009; HEN, 2005).

No Brasil, em termos de saúde pública, não há um protocolo nacional de atenção à depressão. Por sua vez, a temática da depressão é abordada no Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), que concorda com as observações da Associação Brasileira de Psiquiatria e de outros protocolos internacionais como o do Chile (2006), indicando assim a psicoterapia para os casos leves de depressão, e terapia combinada com farmacoterapia e psicoterapia para os casos moderados e graves de depressão, além da indicação da eletroconvulsoterapia (ECT) em casos de estupor psicótico e depressivo.

Quanto à abordagem psicoterapêutica no atendimento da depressão, a Organização Mundial de Saúde e a Associação Médica Brasileira de Medicina apontam a eficácia de diferentes abordagens para o tratamento da depressão, como psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia comportamental, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de resolução de problemas e psicoterapia breve psicodinâmica (Fleck et al. 2009; HEN, 2005). Dentre essas abordagens citadas, as abordagens cognitivo-comportamental apresentam uma grande variedade de estudos sobre a depressão, apresentando o desenvolvimento de técnicas específicas para o tratamento do transtorno (Cordioli & Knapp, 2008), bem como a Psicoterapia Interpessoal criada para o tratamento da depressão. Por sua vez, Baptista (2007) aponta que diferentes tipos de abordagens terapêuticas apresentaram-se eficientes no tratamento da depressão. Embora ressalte uma maior necessidade de estudos sobre a eficácia dos métodos psicoterapêuticos, o autor evidencia, através da metanálise, que diferentes abordagens psicoterapêuticas produzem uma diminuição dos sintomas de depressão.

A intervenção psicoterapêutica da depressão, como em qualquer outro sofrimento mental, no contexto de uma rede pública de saúde mental, caracteriza-se pela articulação entre os processos próprios da

clínica na Psicologia com conceitos norteadores do contexto institucional, como o conceito de clínica ampliada e compartilhada (Brasil, 2009) e as diretrizes da inclusão das ações em saúde mental (Brasil, 2003; Brasil, 2006a), esta última desenvolvida a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, para Dutra (2004), o processo clínico na Psicologia é, ou deve ser, exercido a partir de uma visão ampliada do indivíduo, desenvolvendo o fazer da clínica psicológica a partir do exercício contínuo do acolhimento e da escuta da subjetividade do paciente e considerando o seu contexto social.

Por meio dos processos de acolhimento e escuta, como apontados por Dutra (2004), é que se dá a construção de um olhar sobre a demanda do paciente a partir da sua história de vida, possibilitando a construção de um sentido para essa demanda. Na perspectiva da hermenêutica, o sentido da demanda é co-construído na relação entre paciente e terapeuta a partir do processo de escuta (Moré & Macedo, 2006; Pereira, Caldas & Francisco, 2007). Já para a psicanálise, o sentido provém da interpretação do sintoma, realizada no processo de escuta (Venturini, 2007; Villa, 2008; Vieira, 2001). Esses aspectos até agora apontados são uma parte do processo da clínica Psicológica, que se constitui na escuta e na construção do sentido da demanda, a fim de possibilitar uma ressignificação da história do paciente, bem como uma nova vivência subjetiva.

Os aspectos apresentados acerca do processo clínico não se restringem apenas à psicoterapia individual, sendo que o exercício de acolhimento, escuta e ressignificação da história de vida são fenômenos que ocorrem também na terapia em grupo, porém com características próprias ao campo grupal.

O trabalho em grupo, segundo Pombo de Barros e Marsden (2008), permite o reconhecimento do sofrimento do paciente no outro e possibilita a criação de redes de interdependências entre os indivíduos, fortalecendo suas identidades. Esse processo de identificação no grupo tem um papel relevante no fortalecimento do campo grupal, uma vez que possibilita um sentimento de pertencimento e de unificação entre os participantes (Zimmerman, 2000; Osório, 2003) e que poderá fortalecer ou construir novas redes sociais que ampliam a convivência social e as possibilidades da construção de uma vida comunitária. Ao mesmo tempo, em termos de processo terapêutico, o processo de identificação apontado por Zimmerman (2000) pode propiciar também um lugar de identificação do sofrimento, dificultando a emancipação desse lugar.

Quanto à intervenção psicoterapêutica da depressão no atendimento em grupo, a literatura científica é menos prolífica do que os

artigos que avaliam o tratamento individual, mas as pesquisas existentes evidenciam que essa forma terapêutica apresenta resultados positivos no tratamento da depressão (Cuijper, Straten & Warmerdam, 2008). O trabalho de Wrobel, Padoim e Motta (2006) demonstrou que o trabalho em grupo proporcionou, para usuárias de antidepressivos, um maior sentido de integração com a rede social, um maior nível de autonomia e uma sensação de autovalorização. No estudo de McDermut, Miller e Brown (2001) os pacientes em atendimento grupal apresentaram uma melhora de até 85% em relação ao grupo de pacientes sem qualquer atendimento psicoterapêutico. A pesquisa de Oei e Dingle (2001) demonstra que a terapia cognitivo-comportamental em grupo também se apresenta eficaz como intervenção terapêutica para transtornos depressivos unipolares. Segundo as pesquisas previamente citadas, os pacientes graves não devem ser incluídos em atendimentos em grupo pela necessidade de atendimento mais personalizado dos casos de depressão severa e pela dificuldade de engajá-los no processo grupal.

Esses resultados de pesquisa indicam que o trabalho em grupo configura-se como um dispositivo terapêutico que promove não apenas a melhora na sintomatologia depressiva, como também uma maior integração entre os participantes do grupo, fortalecendo as relações que formam as redes sociais nas suas diferentes esferas. Cabe ressaltar que, para o Ministério da Saúde, o atendimento em grupo é uma estratégia terapêutica priorizada nas ações em saúde mental (Brasil, 2003; Brasil, 2006a), tanto nos atendimentos como na realização de atividades na comunidade.

Por sua vez, o manejo clínico da depressão não se restringe apenas ao processo psicoterapêutico. Entre outras técnicas e dispositivos, o enfoque psicoeducacional constitui uma técnica eficaz no tratamento da depressão (Donker, Griffiths, Cuijpers & Christensen, 2009; Cuijpers, Muñoz, Clarke & Lewinsohn, 2009). Na perspectiva psicoeducacional, o paciente tem um papel ativo no processo terapêutico realizado por meio de intervenções individuais, em grupo ou em formato de autoajuda guiados pelo terapeuta, que se utiliza de meios de informação como principal proposta terapêutica (Donker, Griffiths, Cuijpers & Christensen, 2009; Cuijpers et al., 2009; Baptista.; Swan, Sorrell, MacVicar, Durham & Matthews, 2004).

Outro dispositivo considerado eficaz no tratamento da depressão é a atividade física, recomendada para casos de depressão leve e moderada, especialmente a realização de exercícios aeróbicos (Kuritzin,

2003; Ströhle, 2009). A orientação referente à busca ou fortalecimento da espiritualidade também apresenta um papel reconhecido numa menor incidência de depressão, constituindo-se dessa forma numa possibilidade terapêutica (Koenig, 2009; Williams & Sternthal, 2007).

Além dos diferentes dispositivos terapêuticos apresentados até agora, o Ministério da Saúde preconiza o desenvolvimento de ações que mobilizem os recursos comunitários com o intuito de criar novos espaços de reabilitação psicossocial a partir das atividades realizadas na própria comunidade (Brasil, 2003; Brasil, 2006a). Dessa forma, o Ministério da Saúde orienta para a promoção de uma relação de troca e desenvolvimento entre o espaço comunitário e o espaço institucional de saúde, o que possibilita a expansão de dispositivos terapêuticos desenvolvidos de forma conjunta com a comunidade e promove um olhar mais integral ao usuário do serviço de saúde na medida em que esses recursos promovem o fortalecimento das relações sociais e do acesso à informação.



### *3.3.2 A Inclusão da Família no Processo Terapêutico*

A inclusão da família configura-se como uma das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003) no desenvolvimento de ações em saúde mental. A participação da família constitui uma das temáticas centrais da Reforma Psiquiátrica, uma vez que se reconhece seu protagonismo junto aos usuários e trabalhadores da rede de saúde mental na consolidação de SUS e de construção das formas de tratamento em saúde (Brasil, 2005).

Para os serviços substitutivos como o CAPS e CAPSi, a família é considerada um dos pilares da assistência integral à saúde na medida em que é concebida como uma unidade de cuidado, além de se configurar como um mediador entre o usuário da saúde e a sociedade (Camatta & Schneider, 2009; Schrank & Olschowsky, 2008; Waidman & Elsen, 2005). Nesse sentido, a família configura-se como uma parceira na construção do projeto terapêutico, especialmente no atendimento de crianças e adolescentes (Dombi-Barbosa, Neto, Fonseca, Tavares & Reis, 2009).

Essa dimensão do cuidado, apontada por esses autores, coaduna com os apontamentos de Sluzki (1997), que compreende que a família tem uma função protetiva, exercendo um papel de monitora da saúde de forma a garantir as rotinas diárias de cuidados básicos, bem como de cuidados terapêuticos. Além do exercício do cuidado, Sluzki aponta que o apoio emocional, de companhia e de reforço do afeto exercido pela família remete à compreensão de que as redes sociais significativas contribuem para dar sentido existencial à vida do indivíduo, organizando, dessa forma, sua identidade “a partir do olhar do outro”.

Além disso, Sluzki (1997) também reconhece que o exercício do cuidado de familiares com doenças crônicas como a depressão pode esgotar a rede social significativa, evidenciando dessa forma as dificuldades presentes nas interações nessa esfera da rede, nesse caso, a família. As relações familiares, enquanto sustentáculo de base para a estrutura emocional das pessoas que apresentam um quadro de depressão ou qualquer outro sofrimento psíquico, impõem uma sobrecarga aos familiares, que se referem principalmente às mudanças de rotina e desgaste físico e emocional (Spadini & Souza, 2006). Essa sobrecarga, aliada à necessidade de manutenção dos cuidados, cria em muitos casos um campo de tensão, evidenciado a partir das expectativas dos profissionais da área da saúde mental em relação ao suporte familiar

e às possibilidades reais que configuram as especificidades de cada família e seus membros (Rosa, 2005).

A família é apontada como o maior recurso na reabilitação do indivíduo, sendo que o aumento da capacidade de negociação de situações problemáticas, por parte dos familiares, é um grande aliado do processo terapêutico (Coimbra, Guimarães, Silva, Kantorski & Scatena, 2005). A falta dessa disponibilidade para agenciar as dificuldades gera o agravamento, e implica negativamente no tratamento. Dessa forma, acolher e oferecer cuidados a essa família é também uma forma de cuidar do usuário a partir de uma compreensão sistêmica de saúde, além de garantir uma parceria com a instituição de saúde, no desenvolvimento do projeto terapêutico.

### *3.3.3 O Manejo Clínico do Suicídio*

O manejo clínico do comportamento suicida é parte intrínseca da clínica da depressão, uma vez que até 60% dos casos de suicídio estão relacionados ao diagnóstico de transtorno depressivo, como foi discutido anteriormente na seção sobre diagnóstico da depressão (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009). Nesse sentido, abordar essa temática é explorar uma faceta da clínica quanto a suas técnicas e procedimentos.

No Brasil, em termos de saúde pública, o Ministério da Saúde publicou um documento chamado Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), um manual dirigido para os profissionais das equipes de saúde mental que apresenta os fatores de riscos e as principais psicopatologias relacionadas ao comportamento suicida e que estabelece, a partir dessa apresentação, pressupostos para a realização do diagnóstico e tratamento do transtorno depressivo mental, entre outros tipos de transtornos mentais. Assim, esse documento constitui-se numa forma de protocolo nacional de atenção à saúde mental, que oferece linhas gerais sobre o atendimento dos transtornos mentais relacionados ao comportamento suicida.

Cabe ressaltar que o Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b) preconiza também uma diversidade de estratégias que contribuem para o atendimento do paciente com comportamento suicida, tais como a importância de um acolhimento adequado que possibilite a construção de vínculo entre paciente e equipe, baseada numa relação de confiança. O manual sugere também o estabelecimento de um contrato terapêutico entre paciente e equipe que produza um compromisso com a equipe de saúde para que o paciente não atente contra a própria vida,

permitindo a continuidade do tratamento.

O manual estimula também a inclusão da família, da rede de apoio social e de apoio comunitário como importante aliado no tratamento do paciente com comportamento suicida. Nesse sentido, a equipe de saúde deve disponibilizar informações e orientações sobre recursos institucionais, como o encaminhamento ao profissional especialista, configurando-se dessa forma como uma fonte de apoio ao paciente e à família (Brasil, 2006b; OMS 2000).

Além dos processos de acolhimento, avaliação e encaminhamento para um tratamento médico, a intervenção psicoterapêutica constitui-se num dispositivo eficaz no tratamento do paciente deprimido, como mostram os estudos de Fountoulakis, Gonda, Siamouli e Rihmer (2009), Eskin, Ertekin e Demir (2008) e Weisz, McCarty e Valeri (2006). Esses autores demonstram a eficácia de distintas formas de psicoterapia nos momentos de crise e o entendimento sobre o papel do processo psicoterapêutico na prevenção do comportamento suicida, possibilitando ao paciente uma compreensão e elaboração da sua história de vida e dos fatores que desencadearam esse evento.

### *3.3.4 Processo de Alta*

O processo terapêutico comporta também, como parte do manejo clínico, os procedimentos relacionados à alta. Essa temática é pouco explorada na produção científica brasileira acerca do processo clínico. A literatura internacional debate a questão da alta a partir de uma elaboração dos seus princípios gerais sem considerar, necessariamente, tipos de sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a alta pode ser compreendida como uma etapa do processo terapêutico em que as metas contratadas entre paciente e terapeuta foram alcançadas, como apontam Campezzato e Nunes (2007) e Vasquez, Bingham e Barnett (2008). Para esses autores, os critérios primordiais de alta estabelecem-se por meio de uma avaliação dos sintomas e do bem-estar do paciente, juntamente com a autopercepção em relação à sua situação de vida, e com uma avaliação da capacidade do paciente em lidar com sua situação atual, constituídos pela autonomia, retomada do trabalho e da vida social, retomada de atividades cotidianas e autoestima mais elevada.

Na saúde pública, o processo de alta é frequentemente realizado

pelo próprio paciente, como aponta Barret (2008), quando ele termina ou abandona o processo terapêutico. Para esse autor, a desistência do processo terapêutico pode estar relacionada à rotatividade dos pacientes, uma vez que muitos utilizam o serviço de saúde mental como exigência para a continuação de um tratamento médico ou ainda pela inexistência de uma previsão de alta no processo terapêutico, o que torna o procedimento interminável para o usuário de saúde pública. Dessa forma, Barret (2008) evidencia a necessidade de avaliar os fatores envolvidos no abandono da psicoterapia com o intuito de colaborar com a evolução do desenvolvimento de ações para a melhoria destes serviços.

### *3.4 Contexto Institucional: Processos de Trabalho e Demandas Profissionais*

Com o objetivo de contextualizar a rede municipal de saúde, essa etapa da revisão de literatura pretende abordar as principais políticas públicas que definem o modelo de atenção à saúde mental no momento da realização desta pesquisa. A temática das ações em educação permanente é discutida na medida em que se considera que este é um instrumento que garante a consolidação das propostas de atenção em saúde, bem como o desenvolvimento do SUS enquanto modelo. Essa etapa aborda ainda os dados epidemiológicos da depressão, tendo em consideração seu *status* de problema de saúde pública.

#### *3.4.1 Rede de Saúde Mental: Políticas Públicas e Modelos de Atenção*

O contexto da atenção à saúde mental sofreu mudanças significativas nos últimos cinco anos com a inclusão das ações em saúde mental na Atenção Básica, concretizada nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde por meio da portaria 1.097 de 22 de maio de 2006. Esse documento oficializou um movimento que preconizava a inserção da atenção à saúde mental na Atenção Básica com vistas à ampliação do atendimento de forma territorializada e acessível à população de municípios pequenos (böing, 2009). Nesse sentido, o funcionamento da saúde mental nesse nível de assistência deve obedecer ao “modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas

buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (Brasil, 2003 p. 3).

A inserção da saúde mental na Atenção Básica encontra na equipe de apoio matricial sua principal forma de organização. As equipes de apoio matricial são um arranjo organizacional que visa prover suporte técnico de saberes e práticas especializadas para as equipes de saúde da família da atenção básica (equipes de referência), com o objetivo de ampliar a oferta de ações em saúde sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (Böing, 2009).

Cabe ressaltar que o trabalho das equipes de apoio matricial deve se ater aos princípios e diretrizes da política pública para a atenção básica. De acordo com a portaria 648/GM de 28 de março de 2006, os processos de trabalho devem se pautar pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que incorporam o conceito de *clínica ampliada*, o resgate e valorização das distintas dimensões que compõem um processo de avaliação e tratamento (Brasil, 2006c).

O conceito de clínica ampliada, mais recentemente reformulada para clínica ampliada e compartilhada (Brasil, 2009), é transversal ao desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de apoio matricial. Esse conceito preconiza o trabalho interdisciplinar nos processos diagnósticos bem como a construção do projeto terapêutico singular a partir de um olhar que possibilite uma abordagem integral em saúde, como aponta Campos e Domitti (2007).

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (Campos & Domitti, 2007, p. 400).

De acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003; Brasil, 2006a), o apoio matricial em saúde mental

na Atenção Básica incorpora ações em **supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico**, além de participar das **iniciativas de capacitação**. O apoio matricial, nesse sentido, se constitui num dispositivo de educação permanente na medida em que propõe a construção das propostas de intervenção em conjunto com a equipe de referência e os usuários.

A proposta de apoio matricial se consolida com a criação e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, por meio da Portaria 154 de 25 de agosto de 2008, que tem como proposta de processos de trabalho a lógica das equipes de apoio matricial. O objetivo das equipes NASF é de, a partir das demandas identificadas com a equipe de referência, possibilitar uma ampliação do cuidado físico e mental na busca de um atendimento integral do usuário de saúde. Para tanto, as equipes NASF são formadas por profissionais de diferentes campos de saber com o intuito de promover essa ampliação do cuidado.

### *3.4.2 Sobre a Prevalência da Depressão*

Considerando o contexto de uma rede de saúde mental atuante na AB, a depressão pode ser compreendida como uma temática relevante em função dos dados epidemiológicos que sustentam sua compreensão como um problema de saúde pública. De acordo com dados generalizados da OMS, a depressão atinge em torno de 5 a 10% da população geral (HEN, 2005). Essa estimativa pode apresentar números distintos entre países, por exemplo: há estudos que demonstram uma prevalência de transtornos de depressão maior entre 13.3 e 17.1% da população dos Estados Unidos e Europa Ocidental (Cassano & Fava, 2002). No Brasil, há dois estudos importantes que estabelecem indicadores nacionais de prevalência da depressão. O primeiro, realizado por Soares, Almeida-Filho, Coutinho e Mari (1997) durante a década de 1990, teve como objetivo obter as estimativas de prevalência de transtornos mentais em três grandes centros urbanos brasileiros: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. A pesquisa utilizou os critérios de diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III). A população foi constituída por 6.476 participantes, e os instrumentos utilizados foram: o Questionário sobre Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), aplicado na primeira fase; na segunda fase, os participantes que apresentaram escores acima de 7 no QMPA participaram de uma entrevista realizada por uma equipe de psiquiatras especialmente treinada, que utilizou a

lista de checagem de sintomas do DSM-III. A pesquisa demonstrou que a prevalência da depressão varia de acordo com a região. São Paulo e Brasília apresentaram índices similares de depressão, em torno de 3%, enquanto que em Porto Alegre 10% dos participantes apresentaram depressão.

O segundo estudo, realizado por Andrade, Walters, Gentil e Laurenti (2002), teve como objetivo avaliar a prevalência de transtornos mentais e sua relação com características sociodemográficas. A amostra constituiu-se de 1464 residentes em dois bairros atendidos pela unidade de atenção primária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Os critérios do CID-10 foram utilizados para avaliação dos transtornos de humor. O instrumento de pesquisa utilizado foi a versão brasileira do *Composite International Diagnostic Interview – CID*. Os resultados demonstram que 18.1% dos participantes apresentaram algum tipo de depressão, o que fez com que esse transtorno se caracterizasse como o transtorno de humor mais frequente.

Numa pesquisa mais recente, Maragno, Goldbaun, Gianini, Novaes e Galvão César (2006) investigam a prevalência de transtorno mental comum, definido como uma forma de apresentação sintomatológica que não responde aos critérios de diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM IV – TR (APA, 2002) mas que trazem uma incapacitação funcional. De acordo com os dados dessa pesquisa, os resultados apontam para uma prevalência de 24,95% sobre um conjunto de 1.211 participantes, acima de 15 anos. Embora esses números não sejam relativos à depressão especificamente, eles dão indícios sobre sua prevalência, confirmando os dados de alta prevalência encontrados nos estudos anteriormente apresentados.

O transtorno depressivo no atendimento à saúde mental, em nível secundário, apresenta também um alto índice de prevalência. O estudo de Pelisoli e Moreira (2007), realizado em um município do Rio Grande do Sul, demonstra que o episódio depressivo é o diagnóstico de maior prevalência sobre outros tipos de transtornos. A pesquisa de Tomasi et al. (2010), também realizada em um CAPS, demonstrou que os transtornos de humor representaram o diagnóstico mais prevalente. Embora essa última pesquisa não tenha apresentado dados específicos sobre o transtorno depressivo, apresenta indícios sobre a prevalência desse tipo de transtorno na atenção secundária.

Levando em consideração esses dados de prevalência, a Organização Mundial de Saúde considera a depressão um problema de saúde pública (OMS, 2001) aponta ainda o impacto na saúde como um todo, incluindo o impacto social. De acordo com a OMS (2001), a depressão constitui a causa líder do YLDS<sup>2</sup> (*Years Lived with Disability*) e a quarta causa do DALY (*Disability Adjusted Life Years*)<sup>3</sup>, isto é, a depressão é a quarta causa de sobrecarga global causada por qualquer condição médica (Fleck et al., 2002; OMS, 2001). O mesmo estudo avaliou que a depressão será a segunda causa de sobrecarga global em 2020.

Dentro dessa perspectiva, é possível observar o impacto da depressão em suas diferentes formas, como a sua carga de comorbidade no decurso de diferentes doenças crônicas (Gross, Gallo & Eaton, 2010; Moussavi et al., 2007; Teng, Humes & Demetrio, 2005), assunto discutido anteriormente na seção sobre a etiologia da depressão (seção 3.2.2). Outro importante fator na análise do impacto social da depressão são os custos em termos de saúde pública, considerando desde os custos médicos diretos até os ligados a ausência do trabalho, como ficou evidente nos estudos. Dados do governo Americano (Greenberg, et al., 2003), do governo da Suécia (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström, & Runeson, 2007) e do Canadá (Stephens & Joubert, 2001) estimam gastos que alcançam a casa dos bilhões de dólares.

Portanto, os dados sobre a prevalência da depressão e seu o impacto no âmbito da saúde, do social e do econômico, sustentam a postura as indicações da OMS (2001) de que a depressão deve ser tratada como um problema de saúde mental na atenção primária.

### *3.4.3 Educação Permanente e suas Vicissitudes em Saúde Mental*

Abordar a questão da educação permanente no contexto da rede de saúde mental depreende a configuração de um espaço para discutir o desenvolvimento de conhecimento e a construção de estratégias que podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem atender às diferentes necessidades do usuário da rede de saúde.

A Educação Permanente se constitui em uma política que visa a promoção de diferentes processos educacionais com o objetivo de

---

<sup>2</sup> Anos vividos com incapacidade. Tradução da pesquisadora.

<sup>3</sup> The sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability. A soma dos anos de vida em potencial perdidos em função de morte prematura e os anos de vida produtiva devido à incapacidades. Tradução da pesquisadora.



possibilitar a qualificação dos trabalhadores, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, bem como da gestão setorial e do controle social em saúde. Nesse sentido, o objetivo da educação permanente de promover transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2004). Para Machado (2007), as ações em educação permanente propiciam um diálogo entre os profissionais de saúde, servindo como um facilitador dos processos de trabalho na medida em que permite uma maior compreensão das demandas em saúde e possibilitando, dessa forma, uma definição coletiva para o desenvolvimento da assistência ao usuário.

Em relação à saúde mental, Mângia (2010) aponta que ações em educação permanente configuram-se como condições para o desenvolvimento dos processos de trabalho dentro do modelo vigente em saúde mental, no sentido de capacitar a equipe para conhecer e responder às necessidades sociais e de cuidado em saúde em conjunto com a população atendida.

Entre as possibilidades de ações em educação permanente na saúde mental o processo de supervisão institucional e clínica apresenta-se como uma demanda dos profissionais de saúde, em especial do psicólogo, como foi apontado nas pesquisas de Campos, Furtado, Passos, Miranda e Gama, 2009; Schmidt e Figueiredo, 2009, Silva e Costa, 2008; Tanaka e Ribeiro, 2009. Para esses autores, a supervisão configura-se como um instrumento favorecedor de um atendimento em saúde mental de qualidade, integrado e orientado. Nesse sentido, os resultados da pesquisa de Silva e Costa (2008) apontam que a supervisão promove um suporte para o desenvolvimento do trabalho, bem como para as relações interpessoais entre os profissionais de diferentes campos de saber. A supervisão teria, ainda, um papel de amenizar o sofrimento psíquico ao qual os profissionais estão submetidos diariamente.

Cabe ressaltar que o processo de supervisão clínica e institucional constitui uma das diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001), confirmando dessa forma a relevância desse dispositivo de educação permanente na saúde mental.

### *3.4.4 Psicólogo na Atenção Básica*

A inserção do psicólogo na saúde pública é um dos resultados da reforma psiquiátrica iniciada no fim da década de 70 (Ministério da Saúde, 2005). A progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico e asilar por instituições abertas como o Hospital Dia e CAPS gerou uma demanda por uma equipe multidisciplinar na assistência à saúde mental. Nesse sentido, abre-se o campo profissional para os psicólogos na saúde pública. À medida que a atenção básica inicia ações em saúde mental, o psicólogo passa a fazer parte da equipe de saúde mental, como consta na portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005.

Ao considerar as ações em saúde mental na atenção básica, o trabalho do psicólogo deve se pautar nos pressupostos, princípios e eixos norteadores deste nível de atenção à saúde (More, Crepaldi, Pedro, & Niewegloski, 2007). Nesse sentido, as ações e intervenções psicológicas devem ser consideradas a partir da concepção de clínica ampliada. Considerando esse contexto, Moré e Macedo (2006) colocam que o fazer psicológico deve desenvolver uma outra dimensão de assistência, cuja característica principal “é a ‘escuta da pessoa’ que solicita ajuda como uma estratégia para estar pensando em seres humanos inseridos em seu contexto” (Moré & Macedo, 2006, p.204).

No âmbito da Atenção Básica, o psicólogo deve atuar dentro de uma perspectiva generalista, desempenhando atividades em conjunto com a equipe e específicas na atenção curativa, e atividades de prevenção e promoção de saúde com o foco na família e na comunidade (Böing, 2009). O trabalho do psicólogo na rede de saúde mental deve ser realizado de uma forma contextualizada, a partir de uma concepção de clínica ampliada e compartilhada, o que demanda desse profissional uma atuação interdisciplinar na busca de um atendimento integral ao usuário e à comunidade em que ele se insere.

Por fim, cabe esclarecer que a revisão de literatura teve como proposta a contextualização dos aspectos teóricos abordados nesta pesquisa. Iniciando-se com os pressupostos epistemológicos e a apresentação das temáticas acerca da depressão no contexto da saúde pública, as literaturas pesquisadas buscaram evidenciar a multidimensionalidade da temática da depressão e conferir sustentabilidade à discussão dos resultados da presente pesquisa.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Caracterização da Pesquisa

A abordagem metodológica, sob qual essa pesquisa se desenvolveu, foi guiada pelos pressupostos de que o conhecimento é fruto de um processo constante de criação e recriação de significados, dos aspectos da realidade que se busca compreender.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa responde aos pressupostos epistemológicos que sustentam esse trabalho, uma vez que compreende que o processo de produção de conhecimento é construtivo e interpretativo e se desenvolve no campo da subjetividade (Rey, 2002). Destarte, parte-se da compreensão de que a construção do conhecimento se estabelece por meio de um processo de construção de um modelo inteligível sobre o objeto investigado, de forma a permitir uma aproximação ao fenômeno existente. Não há a pretensão de esgotar a temática estudada, mas evidenciar as escolhas do pesquisador sobre a forma de abordar o objeto, sustentado por uma opção metodológica.

No caso desse estudo, a abordagem qualitativa tenta responder a complexidade do universo pesquisado que demandou uma conjunção de diferentes tipos de fontes de conhecimento para tentar dar conta do objeto de estudo a partir das perguntas de pesquisa que norteiam esse trabalho. Considera-se ainda que, em função do tema pouco explorado no cenário acadêmico brasileiro, a abordagem qualitativa permite ao pesquisador estabelecer uma relação com o contexto a fim de conhecer as relações que são estabelecidas entre o objeto e seu contexto, aspecto fundamental numa pesquisa que pretende reconhecer o campo e desta forma responde ao aspecto exploratório, descritivo e compreensivo, aspectos básicos na abordagem qualitativa.

Dessa forma esse estudo está ancorado na possibilidade compreender os significados, as crenças e valores produzidos pelos participantes da pesquisa dentro da sua realidade social, cotidiana e política de trabalho e, assim, oferecer uma análise que permita compreender o objeto em seu contexto. Nesse sentido, cabe ao pesquisador buscar conhecer o contexto da pesquisa e lidar com as variações que caracterizam o espaço contextual, uma vez que essas variações e mudanças contribuem para o aprimoramento da compreensão do objeto de pesquisa.

A consideração das variações leva a um outro aspecto característico, que é o lugar legítimo da singularidade dentro da abordagem qualitativa. A construção do conhecimento não se dá, exclusivamente, no reconhecimento das regularidades e frequências, mas também na emergência do singular, não como conceito individual, mas como expressão da subjetividade humana. Nesse sentido, comenta González Rey:

A singularidade foi historicamente desconsiderada quanto à sua legitimidade como fonte de conhecimento científico; mas na pesquisa da subjetividade adquire importante significação qualitativa, que impede de identificá-la como conceito de *individualidade*. A singularidade se constitui como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo (2002, p. 35).

A repetição do evento ou fenômeno pesquisado em amostras representativas deixa de ser condição para a construção de conhecimento, uma vez considerada a expressão da singularidade. Nesse sentido, como aponta Demo (2005), a realização da pesquisa qualitativa prefere uma aplicação em grupos menores, em instituições de pequeno porte, situações em que é possível aprofundar a investigação e dar voz às informações que se repetem e às informações singulares e relevantes, para o desenvolvimento do conhecimento acerca desse fenômeno.

Enquanto o objeto e as questões que fundam essa pesquisa nascem no âmbito de uma episteme qualitativa, o método eleito, entretanto, propõe uma fusão entre o conjunto de dados qualitativos e quantitativos. Esta fusão de estratégias na construção do método estabelece uma posição de complementaridade, no sentido de propiciar um desenho metodológico que gere dados que possam melhor amparar uma análise para responder as questões que fundam pesquisa (Minayo, 1994). Dessa forma, essa possibilidade da fusão de estratégias na construção de um método vem no sentido de responder a complexidade que um objeto de pesquisa nos propõe, uma vez que, conforme aponta Serapione (2000) a utilização de técnicas e instrumentos de uma única abordagem pode ser insuficiente para tentar apreender o objeto a partir das questões da pesquisa.

No caso dessa pesquisa, a inserção dos instrumentos de medida deu-se no sentido de possibilitar o acesso a um tipo de objeto próprio da

abordagem quantitativa. O questionário de conhecimentos sobre depressão buscou avaliar aspectos do conhecimento que seria difícil acessar de forma diferente, e compôs o quesito de análise sobre o conhecimento que os psicólogos têm a respeito da depressão. Cabe ressaltar que os temas investigados no questionário sobre a depressão foram posteriormente aprofundados na entrevista semi-estruturada. Dessa forma, o questionário, instrumento quantitativo, dialoga com a entrevista semi-estruturada, instrumento da ordem do qualitativo, caracterizando-se como um ponto de partida na abordagem da temática da depressão.

Além da possibilidade de uma investigação mais elaborada a cerca da temática da depressão, a entrevista semi-estruturada permitiu um momento de interação com os participantes. É nesse encontro entre o pesquisador com o sujeito que se dá a investigação do objeto por meio de seus significados, favorecendo um aprofundamento nos saberes dos entrevistados (Laville & Dionne, 1999). Considerando-se o pressuposto da intersubjetividade, a entrevista possibilita ao pesquisador participar ativamente dos espaços conversacionais em que os significados são estabelecidos por meio da linguagem num processo interacional.

A estratégia metodológica dos instrumentos qualitativos abarcou também a observação participante de campo baseada na etnografia foi utilizada como instrumento que permitiu uma visão acurada do contexto, uma vez que a técnica permite a inclusão das impressões do pesquisador sobre o contexto e seus participantes.

Estes registros, embora assentados na subjetiva do pesquisador, são instrumentos que auxiliam na construção de sentidos, como, por exemplo, quando se reúnem os dados para a elaboração de unidades temáticas e categorias de análises, respectivamente (Moré & Crepaldi, 2004, p. 590).

As estratégias de coletas de dados na abordagem qualitativa permitem, portanto, a apreensão do contexto e a subjetividade e como estes se afetam mutuamente num processo recursivo. A inserção do instrumento quantitativo veio completar o desenho metodológico numa proposta dialógica que propiciou diferentes elementos que pudessem contemplar o objeto na sua amplitude, sem perder o aspecto de profundidade possibilitado pela natureza da pesquisa.

## 4.2 Caracterização do Local de Pesquisa

O estudo foi realizado em um município do sul do Brasil, cuja população está estimada em 421.203 habitantes (IBGE, 2010). No momento da coleta de dados, a rede de saúde contava com 4 Policlínicas, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 48 Centros de Saúde, 3 Centros de Atenção Psicossocial: 1 CAPS II, 1 CAPS Infantil, 1 CAPS AD e outro CAPS AD em fase de implantação. As unidades de atendimento organizam-se em 5 distritos sanitários, também denominados de regionais. Dentro dessa complexidade estrutural, o foco do estudo é a rede de saúde mental (SM) do município acima referido.

Em 2007, a rede de saúde mental (SM) passou por um processo de reorganização e modificações quanto à assistência aos pacientes. O marco desse processo ocorreu por meio da portaria, publicada pela Secretaria Municipal de Saúde, quando se estabeleceu que a assistência em saúde mental passasse a ser caracterizada por uma articulação entre os serviços da Atenção Básica e Atenção Secundária, tendo os centros de saúde como porta de entrada preferencial de um sistema hierarquizado e regionalizado. A importância desse arranjo assistencial consiste na proximidade das equipes ESF, com as famílias e a comunidade, ocupando um papel estratégico no enfrentamento dos transtornos psíquicos.

Cada regional possui uma equipe de saúde mental, formada por psiquiatras e psicólogos, que atuam de forma generalista, atendendo a crianças, jovens, adultos e idosos. Além disso, os atendimentos nos centros de saúde são realizados pelas equipes, cada qual constituída por profissionais de referência, conforme Quadro 1:

Quadro 1: Número de profissionais por equipe de saúde e por regional (R)

Profissionais	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	Total de profissionais
Psicólogos	2	4	4	3	2	15
Psiquiatras	1	2	1	1	1	6

Durante a realização do estudo, observou-se que as equipes de saúde mental (SM) realizavam as atividades de promoção, prevenção em saúde e atendimento em conjunto com as equipes SF sob

a lógica do matriciamento, oferecendo apoio por meio de orientações, avaliações e acompanhamento dos cuidados aos pacientes, que necessitavam de atenção em saúde mental. Caso houvesse necessidade, o paciente era encaminhado a um dos profissionais da equipe SM. A lógica do matriciamento possibilitava um cuidado corresponsabilizado entre as partes, resultando na continuidade dos cuidados necessários pela Atenção Básica e propiciando a integração das equipes SF e SM. Esse processo articulado era realizado por meio de reuniões entre as equipes, cuja periodicidade, quinzenal ou mensal, variava entre os centros de saúde.

Quando o atendimento realizado configurava-se em um quadro grave, que demandava cuidados intensivos ou um processo de reinserção social, o paciente era encaminhado para um dos CAPSs. Dessa forma, o CAPS II era destinado aos casos graves que necessitavam de atendimento intensivo; o CAPS Álcool e Drogas destinava-se aos dependentes químicos; e o CAPSi ao atendimento de crianças e adolescentes, que apresentavam um quadro de transtornos graves e necessitavam de atendimento especializado. O Quadro 2 apresenta as informações sobre a equipe de profissionais, composta no momento da coleta de dados.

Quadro 2: Formação das equipes dos CAPSs

CAPS II		CAPS Infantil		CAPS AD	
Profissionais da equipe	N <sup>o</sup> de Profis.	Profissionais da equipe	N <sup>o</sup> de Profis.	Profissionais da equipe	N <sup>o</sup> de Profis.
Psicólogos	5	Psicólogos	4	Psicólogos	4
Psiquiatras	2	Psiquiatra	1	Psiquiatras	2
Assistente Social	1	Assistente Social	1	Assistentes Sociais	2
Enfermeiro	1	Enfermeiros	2	Enfermeiros	2
Clínico Geral	1	Neuropediatra	1	Clínicos Gerais	2

		Psicopedagogo	1	Farmacêutico	1
		Técnico de enfermagem	1	Técnicos de enfermagem	2

O processo de encaminhamento de pacientes ao CAPS acontecia dentro da lógica do matriciamento, numa proposta de articulação com as equipes SF. Essa articulação se dava por intermédio das equipes SM em reuniões mensais por regionais, onde os casos que necessitavam de atenção mais intensiva eram apresentados e discutidos pelos profissionais daquela equipe SM, em conjunto com representantes dos CAPSs. Após avaliação, os pacientes eram encaminhados ou não para o CAPS, numa proposta de atendimento co-responsabilizado entre as partes.

Portanto, os processos de trabalho, o fluxo dos pacientes que necessitavam de atenção em saúde mental e as atividades de orientação, avaliação e atendimento eram definidos em reuniões das equipes: (1) equipes SM e SF, reconhecidas como reuniões de matriciamento; (2) equipes SM e representantes dos CAPSs, reuniões de matriciamento reconhecidas como reunião regional de saúde mental. Essas reuniões se caracterizavam como um espaço de troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais, o que aumentava a capacidade de resolutividade das equipes e estimulava o exercício da interdisciplinaridade num contexto de atenção à saúde comunitária. A rede de saúde mental contava ainda com uma reunião mensal aberta para todos os membros da rede, com o objetivo de discutir as práticas e as políticas em saúde mental deste município.



### 4.3 Participantes

Durante o período de coleta de dados, a rede municipal de saúde mental contou com uma equipe de 28 psicólogos entre profissionais concursados e contratados, que atuavam na Atenção Básica, no CAPS II, CAPS I e CAPS AD. Para a realização dessa pesquisa, os psicólogos do CAPS AD (N=4) não foram considerados como parte da população alvo por haver uma compreensão de que a questão da dependência química se sobrepõe à clínica da depressão, como conteúdo a ser trabalhado no processo clínico. Dentro desse universo, a pesquisa teve como população alvo 24 psicólogos, sendo 15 da Atenção Básica, 5 do CAPS II e 4 do CAPS Infantil. Os psicólogos do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família desse município também não faziam parte deste, pois o processo de trabalho era composto por um modelo de ação marcado pelo caráter pedagógico diferenciado dos processos de trabalho da rede municipal de saúde mental.

Todos os vinte e quatro psicólogos foram convidados a realizar uma participação direta na pesquisa, por meio da entrevista semi-estruturada e aplicação do Questionário de Conhecimentos sobre Depressão. Os convites foram feitos por telefone ou pessoalmente. Entre os profissionais convidados dois psicólogos da Atenção Básica declinaram o convite, configurando assim um grupo de vinte e dois participantes.

A seguir, são apresentados os dados<sup>4</sup> que caracterizam o grupo de participantes considerando-se as informações sobre tempo de atuação profissional, tempo de atuação na rede de saúde mental, exercício de outra atividade profissional, formação em abordagem teórica, curso de pós-graduação, curso sobre transtorno de humor e participação no curso de aperfeiçoamento em saúde mental na Atenção Básica, oferecido pela rede de saúde mental, perfazendo um total de 7 aspectos.

**O tempo de atuação profissional** variou entre 3 e 25 anos, com média de 11.48, desvio padrão 7.97 e mediana 7.

---

<sup>4</sup> Os dados que aparecem nas figuras correspondem ao número real de participantes.

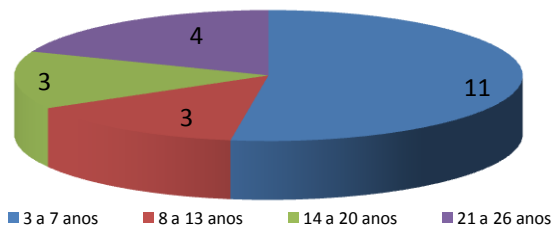


Figura 1. Tempo de atuação profissional

Os dados apresentados na Figura 1 demonstram que a metade dos profissionais que participaram da pesquisa tinham um tempo de atuação profissional entre 3 e 7 anos, indicando uma força de trabalho que possui uma formação recente.

**O tempo de atuação na rede de saúde mental** variou entre 10 meses e 13 anos, com média de 4.31, desvio padrão 4.18 e mediana 2, conforme mostra a Figura 2.

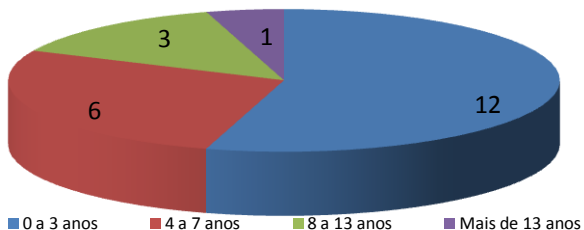


Figura 2: Tempo de atuação dos profissionais na rede de saúde mental

Os dados apresentados nessa figura demonstraram que mais da metade dos participantes da pesquisa atuavam na rede de saúde mental num período que varia entre 10 meses e três anos, caracterizando uma força de trabalho atuante há pouco tempo no contexto dessa rede de saúde mental.

No que diz respeito ao **exercício de outra atividade profissional**, a pesquisa demonstrou que 13 participantes exerciam outras atividades, sendo que 10 atuavam em consultórios particulares, exercendo atividades clínicas.

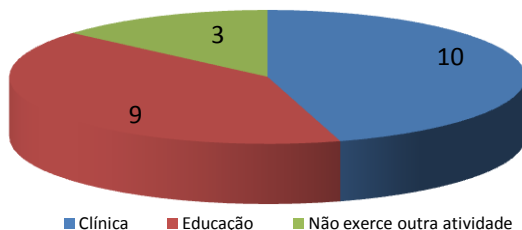


Figura 3: Exercício de outra atividade profissional pelos participantes da pesquisa

A Figura 4 a seguir projeta os dados relativos aos participantes, com um ou mais cursos completos de **formação em abordagem teórica**. Os profissionais que tinham curso incompleto ou atuavam dentro de uma abordagem teórica sem a realização formal do curso, foram reunidos em um mesmo grupo, conforme figura a seguir.

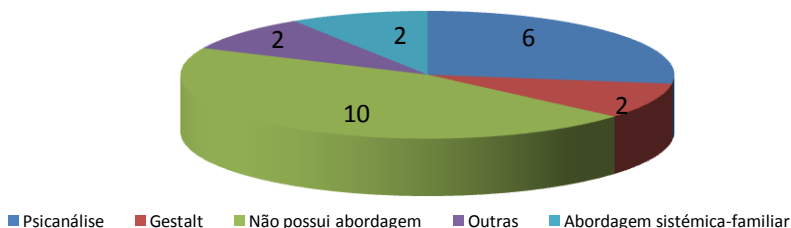


Figura 4: Formação dos participantes da pesquisa em abordagem terapêutica

Os dados apresentados demonstram que a maior parte dos psicólogos não possuem ou ainda não completaram um curso numa abordagem terapêutica. Entre os profissionais que afirmaram ter curso completo destaca-se a abordagem psicanalítica com 6 profissionais.

O processo de investigação sobre a formação dos participantes evidenciou informações sobre a realização em  **cursos de pós-graduação**, ministrados em instituições universitárias, considerando-se os cursos de especialização e mestrado.

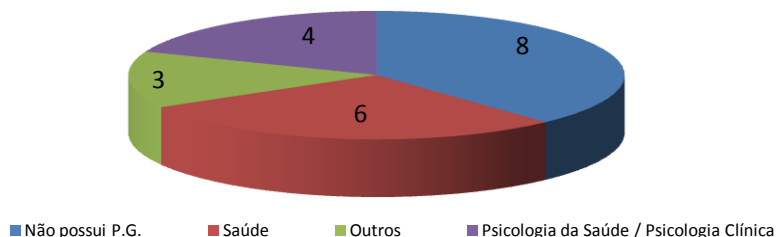


Figura 5: Curso de pós-graduação

Cabe ressaltar, referindo-se à Figura 5, que a legenda *outros* reuniu dados de cursos de pós-graduação realizados em áreas não relacionadas à saúde pública, psicologia da saúde, psicologia clínica ou psicologia do desenvolvimento.

Os dados apresentados na Figura 5<sup>5</sup> demonstram que 13 psicólogos entrevistados afirmaram já ter realizado cursos de pós-graduação, sendo que 10 deles os realizaram em áreas relacionadas à saúde pública, psicologia clínica ou psicologia da saúde.

Quanto à participação em cursos de capacitação, a pesquisa investigou se os psicólogos haviam feito **cursos sobre transtorno de humor**, sendo que, do grupo de 22 psicólogos, 4 afirmaram ter realizado cursos nessa temática específica, configurando assim um grupo minoritário. Quanto à participação no **curso de aperfeiçoamento em saúde mental na Atenção Básica**, metade dos profissionais entrevistados havia participado do curso.

---

<sup>5</sup> A legenda *outros* reuniu dados de cursos de pós-graduação realizados em áreas não relacionadas à saúde pública, psicologia da saúde, psicologia clínica ou psicologia do desenvolvimento.

#### 4.4 Instrumentos Para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados da presente pesquisa foram utilizados como instrumentos: a) observação participante de campo e a coleta de depoimentos, sendo estruturados um diário de campo e uma entrevista semi-estruturada; b) técnicas de medidas, mediante aplicação de questionário de conhecimentos sobre depressão (QCD).

##### *4.4.1 Observação Participante de Campo*

A observação participante de campo permite ao pesquisador se aproximar das fontes de pesquisa e tornar-se parte da situação observada como aponta Alves Mazzotti e Gewandszajder (1999). Assim, este instrumento possibilita uma ligação entre o pesquisador e o participante através do vínculo de confiança estabelecido pela observação, como apontam Moré e Crepaldi (2004). Para estas autoras, o pesquisador, cria uma *aliança estratégica* e tornam-se uma referência de confiança no contexto observado, possibilitando dessa forma um aprofundamento na busca dos dados.

Cabe ressaltar que o diário de campo, instrumento de registro da observação participante deve contemplar as descrições sistemáticas das impressões do pesquisador, seja a respeito do campo ou do processo da pesquisa (Moré & Crepaldi, 2004). Os registros do diário de campo se constituem em “dados integradores” relevantes para a análise dos outros instrumentos utilizados, pois auxiliam tanto na compreensão como na melhor contextualização da análise do campo de pesquisa (Boing, Crepaldi, Moré, 2007).

No caso dessa pesquisa, os registros de diários de campo foram organizados em três categorias descritivas, as quais visaram organizar as principais temáticas observadas nesse contexto: (A) reuniões mensais da equipe de saúde mental do município e (B) reuniões das equipes regionais de saúde mental da rede básica de saúde.

**(A) Observação das reuniões da equipe municipal de saúde mental** teve como objetivo realizar um reconhecimento de campo, sendo que a pesquisa foi realizada com o intuito de conhecer o contexto da rede de saúde mental, considerando-se sua estrutura, suas propostas, os principais problemas enfrentados, bem como os projetos de promoção, prevenção e intervenção na assistência à saúde mental. A

participação nessas reuniões gerou bases para compreender a complexidade de uma rede de saúde mental.

Foram observadas 10 reuniões distribuídas em períodos distintos, ao longo dos anos de 2007 e 2008. Além das reuniões mensais, foram observados eventos que contribuíram para o desenvolvimento da rede de saúde mental. O primeiro deles foi o acompanhamento do módulo do curso de capacitação em matriciamento e uma sessão de supervisão adjacente ao curso, perfazendo um total de 20 horas de observação desse evento.

Foram realizadas, ainda, duas observações pontuais no ano de 2009, uma reunião mensal e um seminário sobre o Psicólogo no SUS, realizado pelos psicólogos da rede para discutir sobre as práticas e os processos de trabalho.

Os diários de campo foram organizados em três categorias descritivas, as quais abordaram as principais temáticas observadas nesse contexto, conforme detalhado a seguir.

**Processo de implantação do matriciamento:** principal temática observada nesse período que permitiu capturar o momento de implantação do modelo assistencial, a partir de uma proposta de articulação entre a estratégia de saúde da família e a rede de saúde mental, sob a lógica do apoio matricial. Essa mudança demandou um processo de formação que envolveu momentos de discussão sobre a saúde mental na Atenção Básica, um processo de diagnóstico situacional e o processo de trabalho em saúde mental, tendo como conceito norteador os princípios de noções de clínica ampliada do Ministério da Saúde.

**Curso de aperfeiçoamento em saúde mental:** O processo de educação permanente, quanto à proposta de inclusão do arranjo organizacional do apoio matricial, teve continuidade com a realização de um curso de capacitação intitulado “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Básica”, com o objetivo geral de capacitar profissionais para a assistência em saúde mental na Atenção Primária, dentro da lógica de apoio matricial. O curso foi oferecido para um grupo de 40 profissionais de saúde, sendo eles profissionais da ESF e profissionais da SM. O curso de aperfeiçoamento constava de supervisão de casos, tendo como fundamento o conteúdo abordado no curso de capacitação sobre matriciamento.

**Implantação do NASF – momentos iniciais:** Foi possível observar uma discussão sobre a implantação do NASF graças a uma participação pontual em uma reunião mensal da equipe de saúde mental,

realizada em outubro de 2009. Nessa reunião, um dos representantes da equipe de apoio apresentou a proposta de implantação e gerenciamento do NASF nesse município. Inicialmente, houve uma breve apresentação sobre o conceito de NASF, a formação e outros detalhes de implantação do dessa proposta de trabalho neste município que, até o momento, contava com sete equipes NASF organizadas que cobririam todas as unidades locais de saúde.

**(B) Observação das reuniões das equipes regionais de saúde mental** teve como objetivo conhecer como a depressão era tratada entre os profissionais de saúde, no que tange a sua compreensão clínica e aos processos de diagnóstico e ao manejo clínico.

Um total de 18 reuniões foram observadas, num período que compreendeu nove meses de coleta. As observações foram realizadas nas cinco regionais de saúde, sendo que nas regionais 1, 2 e 3 foram observadas 4 reuniões e nas regionais 4 e 5 um total de 3 reuniões acompanhadas.

O conteúdo dessas observações também foi organizado em seis categorias descritivas, que pretenderam capturar a dinâmica das mesmas.

**Aspectos estruturais:** Essa categoria abrange os participantes, o lugar e o tempo de duração das reuniões. Os primeiros caracterizam-se por uma equipe formada pelos profissionais da equipe que atuavam na Atenção Básica da regional e pelos representantes dos CAPSs, que participavam de forma estável e regular. Entretanto, foi possível notar mudanças de participantes ao longo das observações, tanto dos representantes dos CAPSs quanto dos profissionais das regionais.

**Dinâmica das reuniões:** O objetivo dessa categoria foi descrever como as reuniões eram organizadas em cada uma das regionais e como essa organização influenciava o desenvolvimento e a forma de trabalho entre os profissionais da equipe.

**Relacionamento da equipe:** O objetivo dessa categoria foi apontar como o relacionamento entre os participantes da reunião influenciava o ambiente e o desenvolvimento das discussões de caso, ou das propostas de estudo.

**Questões administrativas:** Essa categoria reúne os temas relacionados ao funcionamento da proposta de matriciamento e do NASF e o estabelecimento do fluxo de atendimento, das dificuldades relacionadas aos recursos humanos na rede e dos problemas relacionados à greve.

**Dificuldades e necessidades da equipe:** Essa categoria reúne os mais diferentes tipos de dificuldades e necessidades observadas ao longo do período da coleta de dados, desde aspectos estruturais, como falta de profissionais nos CAPSs ou nas regionais até dificuldades relacionadas ao processo de encaminhamento e co-responsabilização no atendimento dos pacientes.

**Sobre a depressão:** A proposta dessa categoria foi descrever como o tema da depressão foi discutido entre os profissionais de saúde mental. Além disso, observou-se a relação da depressão com outros quadros psicopatológicos e a associação entre a depressão e o risco de suicídio.

#### *4.4.2 Entrevistas semi-estruturadas*

A entrevista na abordagem qualitativa é um instrumento fundamental, pois representa uma técnica de trabalho de campo que permite explorar dados objetivos e subjetivos na fala dos atores sociais, como aponta Minayo (1994). Para a presente pesquisa, optou-se em utilizar a entrevista semi-estruturada, também chamada de focalizada, que possibilita ao entrevistador fazer perguntas específicas. Nesse modelo de entrevista, o entrevistador interessa-se em compreender o significado atribuído pelos participantes a eventos, situações ou processos por eles vivenciados (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999). Os significados do contexto social e político são também parte do que é possível apreender durante uma entrevista, uma vez que eles representam a voz de um grupo determinado, dentro de condições históricas, socioeconômicas e culturais (Minayo, p. 235, 1993).

Nesta etapa, pretendeu-se investigar e compreender os significados que psicólogos atribuem ao fenômeno da depressão na rede de saúde mental. Para tanto, a entrevista semi-estruturada (Apêndice A) abordou diferentes temáticas e foi organizada nos seguintes tópicos.

a) **Processo de formação e capacitação:** este teve como objetivo investigar sobre a formação do profissional, incluindo a realização de cursos de formação em abordagem teórica e cursos de pós-graduação, como especializações, mestrado e doutorado. A investigação desses temas se deu com o objetivo de conhecer o nível de formação da equipe de psicólogos da rede municipal de saúde mental. Buscou-se investigar ainda a participação dos profissionais em processos de capacitação, tanto dentro da lógica de educação permanente quanto em iniciativas privadas.



b) **Caracterização do processo diagnóstico:** este tópico visou compreender como o profissional identifica a depressão, quais os sintomas e sinais que são apontados pelos psicólogos, bem como as dificuldades encontradas no processo de diagnóstico. Em termos específicos, coube observar o uso de instrumentos para a realização dos diagnósticos de depressão e de diferencial, sobre a depressão em diferentes fases da vida e sobre a identificação do comportamento suicida.

c) **Identificação dos princípios do manejo clínico:** neste tópico foram abordadas questões relativas às características do manejo do paciente deprimido, isto é, o processo clínico, as características do atendimento individual e do atendimento em grupo nos casos de depressão, o papel da família junto ao paciente deprimido e sobre o uso de medicamentos no processo terapêutico do paciente.

d) **Questões relacionadas ao trabalho em uma rede de saúde mental:** este tópico esta congregou diferentes aspectos relacionados ao atendimento da depressão no contexto da saúde pública, sendo que os temas tratados foram a percepção da incidência da depressão no contexto de trabalho, o fluxo do paciente deprimido na rede e sobre as demandas de capacitação em relação à depressão e outros temas, cujos dados serão apresentados na análise de dados. O instrumento abordou sobre o papel do psicólogo na atenção à depressão, no contexto da rede pública de saúde mental e sobre como a lógica do matriciamento funciona para o atendimento de pacientes deprimidos.

Cabe ressaltar que o roteiro das entrevistas para os psicólogos do CAPS e do CAPSi sofreram adaptações necessárias (Apêndices B e C).

#### *4.4.3 Questionário de Conhecimentos sobre Depressão*

O Questionário de Conhecimentos sobre Depressão (QCD), desenvolvido para essa pesquisa, baseou-se no instrumento originalmente desenvolvido em um programa de treinamento para o diagnóstico e tratamento da depressão realizado com equipes de médicos e de enfermeiros da Atenção Primária. Esse programa foi uma iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como uma das medidas realizadas em função da Declaração de Caracas que marca a reforma na atenção à saúde mental nas Américas (PAHO, 2000).

O questionário de conhecimentos constituiu uma etapa de avaliação da equipe deste programa de treinamento. No Brasil, esse instrumento foi utilizado em um treinamento com uma equipe de médicos em Campinas (Valentini et al., 2004) e em uma pesquisa com um grupo de enfermeiros (Silva, Furegato, Costa, 2003), sendo que o instrumento da última pesquisa foi utilizado como base para a construção do questionário que integrou o conjunto de técnicas de coleta de dados

A construção do questionário deu-se a partir de três referências bibliográficas básicas: CID 10 (OMS, 1993), DSM IV - TR (APA, 2002) e Protocolo de Atenção em Saúde Mental do município participante da pesquisa<sup>6</sup>, que avaliaram, em seu conjunto, aspectos epidemiológicos, etiológicos, sintomáticos e diagnósticos da depressão. Os itens do questionário foram de múltipla escolha, com cinco alternativas, sendo uma resposta chave<sup>7</sup> e quatro distratores<sup>8</sup>, o que possibilitou que os itens assumissem escores do tipo certo ou errado.

Já os itens 4 e 7 apresentaram uma construção diferenciada, uma vez que, no item 4, a resposta chave era formulada pela união de duas alternativas anteriores e, no item 7, a pergunta foi precedida de um breve texto, o que exigiu uma atividade de interpretação.

---

<sup>6</sup> Esse documento não está identificado por motivos de sigilo, pois esse protocolo foi desenvolvido pela rede municipal de saúde mental, onde a pesquisa foi desenvolvida.

<sup>7</sup> Resposta chave: resposta correta.

<sup>8</sup> Distratores: resposta incorreta

#### 4.5 Procedimentos Éticos

A presente pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e da Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia – CFP, que correspondem às exigências referentes à ética nas pesquisas com seres humanos e garantem que sejam assegurados aos participantes da pesquisa os direitos às informações sobre esta, seus objetivos, procedimentos utilizados; possíveis riscos (se houver) e benefícios decorrentes da participação nela; como ocorreria o retorno aos envolvidos acerca das informações obtidas com o estudo; a garantia ao sigilo quanto às informações; o direito a desistir em qualquer momento do estudo sem implicar em ônus algum; e dados e formas de contato com os pesquisadores envolvidos (Apêndice D). As resoluções garantem ainda que os resultados do presente estudo sejam disponibilizados para os participantes e a instituição sob forma de apresentação oral e em forma de artigos científicos publicados em periódicos especializados.

Com o objetivo de assegurar as exigências do CNS e CFP, bem como selar o compromisso ético da pesquisadora, foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados nas duas etapas de coleta de dados. Na primeira etapa, a pesquisa foi apresentada e aprovada por cada equipe de cada regional. Após, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) foi apresentado a cada membro da equipe, garantindo que, caso algum profissional não quisesse participar, as anotações referentes aos apontamentos realizados por esse participante seriam desconsideradas nos diários de campo.

Na segunda etapa, o processo de entrevista e de aplicação do QCD foram precedidos da apresentação e da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) para essa atividade. A pesquisadora ofereceu também acesso às gravações e transcrições das entrevistas aos participantes.

Cabe ressaltar que, em função dos cuidados com o sigilo e considerando as características da amostra, a identificação das entrevistas se deu por meio da sigla P seguida do número do participante, com o objetivo de garantir que a identidade dos profissionais que participaram da pesquisa fosse resguardada.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local e, após ter sido aprovado por este Comitê, encaminhado

e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

#### 4.6 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas distintas: (1) observação participante de campo e (2) aplicação das entrevistas e instrumentos de medidas.

**Etapa 1 – Observação participante de campo:** A inserção da pesquisadora no campo se deu em duas etapas distintas. Num primeiro momento, foram observadas as reuniões mensais da equipe municipal de saúde (A). Para iniciar esse período de observação, a presença da pesquisadora foi aprovada pelos membros participantes da reunião de dezembro de 2006, e as observações foram realizadas em períodos distintos nos anos de 2007 e 2008.

As observações das reuniões das equipes regionais de saúde mental (B) foram realizadas entre novembro de 2008 e julho de 2009, perfazendo um total de 18 reuniões observadas. A inserção da pesquisadora em campo se deu de maneira progressiva. Na primeira reunião de cada regional, a pesquisadora apresentou a pesquisa e os documentos de aprovação do Comitê de Ética e fez um pedido de permissão para realizar as observações. O projeto de pesquisa contava com a permissão institucional, entretanto havia uma preocupação com a inserção da pesquisadora em campo e com a aceitação do grupo para a realização da pesquisa. Dessa forma, as observações só foram realizadas após aprovação pelos membros das equipes regionais de saúde mental. Num segundo momento, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada membro da equipe de saúde mental, que participava da reunião, com o intuito de formalizar o processo de pesquisa no que tange às exigências para a realização de pesquisa em saúde.

**Etapa 2: Realização da entrevista e aplicação do instrumento:** Essa etapa foi realizada individualmente, cada participante foi contatado ao telefone quando foi realizada uma breve apresentação da pesquisa e o convite para participação. Mediante aceite, horário e local foram marcados, considerando-se a melhor conveniência para o participante. Um período de duas horas foi requisitado ao participante para a aplicação dos instrumentos e da entrevista.

Antes do início desta etapa de coleta de dados, a pesquisadora leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F) e colocou-se à disposição para qualquer dúvida.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o processo de coleta de dados iniciou-se com a aplicação do instrumento de medida com um tempo de duração média de 40 minutos. Em seguida, deu-se início à entrevista que teve um tempo de duração média de 1 hora e 15 minutos. As entrevistas foram realizadas no local e horário de conveniência aos participantes, sendo estas efetuadas no local de trabalho deles, com exceção de uma entrevista realizada no domicílio do participante.

Cabe ressaltar que a maior parte dos participantes já tinha um contato com a pesquisadora por meio do processo de observação participante de campo, o que se configurou como um elemento facilitador no contato e convite aos profissionais.

#### 4.7 Procedimentos de Análise de Dados

Após a fase de coleta, os dados foram inicialmente organizados e analisados em duas etapas diferenciadas. Por um lado, o instrumento QCD e os dados gerados a partir deste receberam tratamento estatístico; por outro lado, os dados da entrevista semi-estruturada e dos diários de campo foram categorizados e analisados qualitativamente. Após essas etapas iniciais, as três fontes de coleta de dados foram analisadas de forma conjunta, constituindo uma terceira etapa, que teve como objetivo possibilitar uma triangulação dos dados de forma a permitir maior compreensão do fenômeno estudado. Cada etapa da análise será apresentada a seguir com o intuito de evidenciar os processos envolvidos.

**Etapa 1: Análise psicométrica** - Caracteriza-se pela análise do instrumento – QCD – e dos dados gerados por este. A análise do QCD teve como objetivo um processo de validação do instrumento, realizado à luz da Teoria Clássica dos Testes e contemplou dois procedimentos: análise teórica dos itens, realizada por quatro juízes, e análise psicométrica convencional dos itens considerando-se os dados gerados pelas respostas dos participantes. Para este último procedimento, o

programa computacional ITEMAN – *Conventional Item and Test Analysis Program* (Assessment System Corporation, 1998, versão 3.6) foi utilizado para analisar as propriedades psicométricas do instrumento considerando-se as medidas de proporção de acerto, índice de discriminação e Correlação Ponto Bisserial.

Os resultados do QCD foram analisados a partir da estatística descritiva e das análises de associação entre as variáveis. Após tratamento estatístico, os dados gerados por cada item do instrumento foram analisados qualitativamente em conjunto com outros dados qualitativos e apresentados no corpo de texto de análise.

**Etapa 2: Análise qualitativa** – As entrevistas e as categorias descritivas do diário de campo foram analisadas qualitativamente por meio do método da *Grounded Theory* (teoria fundamentada empiricamente), desenvolvida por Strauss e Corbin (2008). Esse processo de análise consistiu no estabelecimento de categorias após um processo de codificação dos dados.

Para Strauss e Corbin (2008), há quatro pressupostos básicos que norteiam o processo de codificação: a) a realização da análise de dados é, de fato, o desenvolvimento do processo de interpretação dos dados; b) os procedimentos e as técnicas não devem ser aplicados de forma mecânica, mas seu uso deve ser flexível e analítico, respondendo a realidade e demandas do contexto; c) para lidar com a aplicação flexível da técnica, é necessário fazer perguntas analíticas sobre o curso do processo de investigação; e d) os procedimentos de codificação são realmente úteis quando aprendidos na prática, além do processo teórico.

Esse processo de codificação permite que tanto as descrições das observações quanto as entrevistas sejam examinadas a partir da mesma unidade de análise. Portanto, nesta pesquisa, os dados da entrevista, dos diários de campo e da observação participante de campo serão analisados por meio da mesma técnica.

Após o processo de codificação, os dados são classificados de acordo com as propriedades similares que se apresentam, descrevendo, então, um fenômeno maior. Esse processo de agrupamento dos conceitos sob um “tópico” é denominado categorização, e as categorias formadas são nomeadas e conceituadas. Um dos objetivos da categorização é diminuir as unidades de análise; em vez de se analisar uma série de conceitos, analisam-se as categorias. Para Strauss e Corbin (2008), as categorias têm poder conceitual e poder de reunir outros grupos de subcategorias.

**Etapa 3: Integração dos dados** – Nessa fase, os dados do QCD foram integrados ao conjunto das categorias que se desenharam a partir das entrevistas e dos dados do diário de campo, sendo os dados analisados a partir da perspectiva da análise qualitativa.

Para congregar as diversidades de dados que surgiram das três fontes de coleta, os mesmos foram organizados em três grandes dimensões. Cada dimensão possibilitou o estabelecimento e a nomeação das categorias, as quais reuniram um conjunto de subcategorias e respectivos elementos de análise que auxiliaram na descrição, compreensão e sustentação das categorias por meio de uma convergência temática, etapa denominada de codificação axial. Esse processo de codificação seletiva permitiu integrar o conjunto de dados, mesmo que de natureza distinta, e proporcionou uma compreensão integrada do fenômeno central, isto é, sobre os significados da depressão à luz das práticas dos psicólogos de uma rede de saúde mental.

Cabe ressaltar que a análise de cada dimensão explorou a temática central da tese, buscando respondê-la numa perspectiva transversal, por meio das categorias, subcategorias e elementos de análise, e vertical, através da leitura e análise dos dados em profundidade. Dessa forma, a organização dos dados possibilitou a interface da leitura transversal e vertical do conjunto de categorias e respectivas subcategorias e elementos de análise que compõem cada dimensão, cuja apresentação da análise será realizada no capítulo a seguir.

## 5. ANÁLISE DOS RESULTADOS: ASPECTOS NORTEADORES

A análise dos dados se constituiu num desafio, visto que várias fontes de informação coadunaram-se para responder ao objetivo de analisar os significados acerca da depressão para os psicólogos atuantes no contexto de uma rede municipal de saúde. Assim, o protagonismo dos profissionais possibilitou no seu contexto a apreensão dos significados acerca depressão.

Desse modo, ancorados nos pressupostos da epistemologia da complexidade, proposta por Morin (1999), o desafio estabelecido para essa pesquisa foi o de organizar os dados que emergiram das diferentes fontes num processo constante de integração, com o intuito de contemplar a complexidade do tema abordado, tentando estabelecer e/ou evidenciar tanto as regularidades temáticas como os aspectos diferenciais das compreensões dos participantes, em conjunto com os aspectos trazidos pela pesquisadora, por meio do processo de observação participante de campo.

Esse exercício de integração dos dados demonstrou como os aspectos profissionais e institucionais interagem no contexto da rede da saúde mental, construindo uma trama complexa de significados em que o desafio foi trazer à tona as particularidades sem perder a noção do contexto. Nesse sentido, a análise de dados foi discutida com base na construção da inter-relação entre os significados gerados a partir da instituição e os significados dos psicólogos baseados num conjunto de crenças, experiências e abordagem teórica (Moré & Macedo, 2006).

Para responder o desafio de integrar os dados de diferentes instrumentos, cada um deles implicou em uma análise própria. Desta forma, o QCD, analisado à luz da Teoria Clássica dos testes, respondeu aos princípios básicos de uma análise psicométrica. Os resultados dessa análise constituem-se no primeiro item apresentado nesta etapa da tese. Os resultados deste instrumento foram integrados às análises das entrevistas e das observações, analisados à luz da “*grounded theory*”.

Considerando-se o capítulo do método, com o intuito de contemplar a complexidade apresentada na análise, os dados dos três instrumentos de pesquisa foram integrados e organizados em três grandes dimensões, que pretenderam uma leitura vertical de todos os dados. Por sua vez, essas dimensões visaram integrar um conjunto de categorias, com suas respectivas subcategorias e elementos de análises numa proposta de leitura horizontal.



Destarte, para facilitar a compreensão do leitor sobre o processo de análise dos dados, cada dimensão foi composta por: uma breve introdução; pela apresentação do conceito das categorias e subcategorias, seguida da apresentação de um quadro demonstrativo da organização proposta em cada dimensão. Em seguida, dá-se início ao processo de análise de cada categoria e subcategoria respectivamente, seguida de uma síntese após finalização da categoria. Essa síntese tem como objetivo oferecer uma visão geral de toda a categoria, com ênfase nos principais aspectos observados pela pesquisadora. Ao final da apresentação das categorias que compõem cada dimensão, há uma consideração sobre os principais aspectos que compõem a dimensão.

## 6. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QCD

Essa etapa de análise de resultados foi dividida em duas etapas: análise psicométrica do QCD e análise quantitativa de seus resultados, que demonstraram os processos de análise envolvidos na etapa quantitativa da pesquisa.

### 6.1 Análises Psicométrica do QCD

Com o intuito de contextualizar os resultados da análise relativa dos dados objetivos, cabe lembrar que o Questionário de Conhecimentos sobre Depressão foi desenvolvido para responder o objetivo de avaliação do conhecimento sobre esse quadro. Nesse sentido, ao considerar o desenvolvimento de um instrumento de medida, faz-se necessário, como aponta Barbosa (1999), realizar uma análise do instrumento para avaliar como suas propriedades psicométricas afetam os resultados por ele gerados. Para tanto, considerando a amostra estudada, o questionário passou por um processo simplificado de análise psicométrica caracterizado pela análise teórica (A) e análise empírica (B), com intuito de verificar as propriedades de seus itens e sua precisão para a realização dessa pesquisa.

#### 6.1.1 *Análise Teórica*

A análise teórica, segundo as colocações de Pasquali (1998), é considerada essencial e impacta nos resultados dos estudos subsequentes para verificação de evidências de validade do instrumento. A análise teórica, tendo como referência o autor acima citado é composta por análise semântica e análise de juízes. Para o QCD utilizou-se a análise de juízes, uma vez que a amostra de participantes dessa pesquisa constitui-se em um grupo homogêneo e com capacidade linguística adequada, dado o nível formação dos profissionais, o que torna desnecessária uma análise semântica.

A análise de juízes, composta por peritos na área do construto, tem como objetivo verificar a adequação do item quanto sua representação comportamental e avalia se o item afere ou não ao traço em questão. O nível de concordância de ao menos 80% entre os juízes tipicamente se constitui em um critério de decisão sobre a pertinência do item em relação ao instrumento (Pasquali, 1998). Nessa pesquisa foram

convidados 4 profissionais peritos na área para serem juízes, sendo dois psicólogos e dois psiquiatras, como mostra a descrição em continuação:

- Psicóloga Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC com uma vasta experiência em Psicologia Clínica e em Psicologia da Saúde,

- Psicóloga Mestre em Psicologia da Saúde e coordenadora da rede de saúde mental de um município de Santa Catarina.

- Psiquiatra, mestre em ciências médicas – área de saúde mental, médica psiquiatra do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina.

- Psiquiatra mestre em ciências médicas – área de saúde mental, preceptora da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário da UFSC

Os juízes convidados analisaram a primeira versão do QCD que constituía de um conjunto de 16 itens (Apêndice G), que foram julgados em relação a quatro aspectos: análise do enunciado e opções, análise da pertinência e da relevância de cada item e uma avaliação do conjunto geral de itens em relação ao objetivo do instrumento. Para possibilitar uma avaliação uniforme entre os juízes, esses aspectos foram organizados em um documento de avaliação (Apêndice H). O primeiro aspecto a ser avaliado foi a construção do item, considerando questões gramaticais, organizacionais e o conteúdo do enunciado, da resposta chave e dos distratores. O resultado dessa análise apresentou um nível de concordância total entre os juízes.

O documento teve como objetivo avaliar também a *pertinência* e a *relevância* de cada item. A pertinência refere-se à adequação e propriedade do conhecimento investigado no item, quanto ao conjunto de itens do questionário. A relevância refere-se à configuração do item, considerando o enunciado e as opções de resposta, isto é, se ele está construído de forma relevante e atinge o objetivo de medir o conhecimento naquele aspecto específico.

Quanto à análise da pertinência, os juízes obtiveram um nível de concordância unânime em relação a 14 dos 16 itens apresentados. O item 10 (sobre distímia) foi considerado como não pertinente por apenas um dos juízes, e permaneceu na versão aplicada (Apêndice I). O item 12 da primeira versão do instrumento foi retirado da versão aplicada aos participantes da pesquisa, porque os juízes indicaram que a pergunta não era pertinente.

Quanto à análise da relevância, os juízes realizaram apontamentos no sentido de refinar a proposta do instrumento, considerando o enunciado e alternativas. Um total 5 itens foram apontados por 2 juízes como não relevantes, sendo 2 itens descartados (itens 6 / 12) e 3 itens reformulados (itens 8 / 14 / 16), de acordo com as indicações dos juízes

O quarto aspecto foi analisado por meio de uma pergunta aberta sobre o conjunto dos itens cujo objetivo foi analisar se a totalidade do instrumento avaliava o nível de conhecimento do psicólogo sobre depressão. As respostas dos juízes indicaram que o instrumento cumpria os objetivos propostos e foi considerado adequado para aplicação junto aos participantes da pesquisa.

A análise teórica dos juízes possibilitou um refinamento do instrumento que levou a reformulação de 3 itens, descarte de 2 itens e a criação de um novo item, além de uma nova organização que configurou um instrumento de 15 itens.

### *6.1.2 Análise Empírica*

Após análise dos juízes e aplicação dos questionários na coleta de dados, o QCD e seus resultados foram submetidos a uma análise empírica dos itens para verificação de seus parâmetros psicométricos, de acordo com a Teoria Clássica dos Testes, com objetivo de avaliar as propriedades dos itens e precisão do instrumento. As propriedades psicométricas analisadas correspondem aos seguintes parâmetros: (1) proporção de acertos por item; (2) índice de discriminação - que mede a capacidade do item de diferenciar os participantes de diferentes níveis de habilidade, isto é, o grupo com maior nível de habilidade (27% dos respondentes com pontuações mais altas) daquele grupo com menor habilidade (27% dos respondentes com pontuações mais baixas), o que corresponde à diferença entre a proporção de acertos do primeiro grupo e a do segundo grupo. O valor crítico (valor mínimo) do índice de discriminação de 0,30, calculado pela correlação bisserial entre o item e o escore total; (3) correlação ponto bisserial item-total (ver tabela 1).

Tabela 1 - Parâmetros descritivos dos itens do questionário.

Item	Proporção de acertos	Índice de discriminação	Correlação Ponto Bisserial
1	0,68	0,56	0,64
2	0,77	0,32	0,58
3	0,55	0,43	0,42
4	0,36	0,39	0,42
5	0,41	0,40	0,42
6	0,77	0,44	0,53
7	0,67	0,67	0,69
8	0,41	0,64	0,52

Após essa análise, o questionário que tinha 15 itens (ver apêndice I) sofreu uma redução de 7 itens (2 / 3 / 5 / 6 / 7 / 14 / 15) que foram desconsiderados do questionário aplicado por não apresentarem um índice de discriminação satisfatório. A análise estatística do instrumento considerou esse conjunto de 8 itens (Apêndice J) para realizar a verificação da precisão pelo Alfa de Cronbach, que foi de 0,618. Esse valor é tipicamente considerado baixo na literatura psicométrica (Pasquali, 1998), mas vale salientar que é considerado limítrofe, ainda suficiente, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia N° 002/2003 (CFP, 2003). A análise estatística do instrumento considerou ainda os valores da média - 4.682, mediana - 5.00 e desvio padrão de 1.94.

## 6.2 Análise Psicométrica dos Resultados

Essa etapa da análise avaliou as relações entre os resultados do QCD e as características de identificação dos profissionais com o intuito de avaliar o nível de significância entre essas variáveis e os resultados do QCD. As características de identificação dos profissionais foram investigadas pelo QCD e também por meio da entrevista como mostra a tabela a seguir

Quadro 3 - Apresentação das variáveis analisadas

Características de identificação proveniente do questionário	Características de identificação proveniente da entrevista
1. Tempo de atuação profissional.	4. Formação em abordagem terapêutica.
2. Tempo de atuação na rede de saúde mental.	5. Curso de pós-graduação.
3. Exercício de outra atividade profissional.	6. Curso sobre transtorno de humor.
	7. Participação no curso de capacitação em saúde mental.

Esse grupo de variáveis foi submetido ao teste Anova, sendo que 3 variáveis (1) *tempo de atuação profissional*, (3) *exercício de outra atividade profissional* e (6) *curso de transtorno de humor* obtiveram diferenças de média com significância marginal. A ausência de diferenças de médias estatisticamente significativas, possivelmente, esteve relacionada ao baixo número de respondentes do questionário, que dificultou a realização dos testes paramétricos em relação aos dados do instrumento. Apesar de os níveis de significância serem marginais, entendeu-se que os resultados poderiam ser explorados no contexto da pesquisa.

Em relação ao *tempo de atividade profissional*, o resultado indicou que o grupo de 15 participantes que possuem entre 03 e 10 anos de profissão obteve um resultado mais elevado no QCD (média=5,07; DP=0,159) do que o grupo de profissionais que atuavam há mais de dez anos. Em relação ao *exercício de outra atividade profissional*, os dados demonstraram que profissionais que exercem atividade clínica privada apresentam um melhor resultado no QCD (média= 5,15; DP=0,187). O mesmo tipo de resultado se repete com o grupo de 4 profissionais que

afirmaram ter realizado um *curso sobre transtorno de humor* (média=6; DP=0,146).

Embora os resultados apresentem um nível marginal de significância, a análise das variáveis apontam que profissionais com um menor tempo de profissão, que diversificam a atividade profissional e que buscam informação específica na área estão melhor familiarizados com os temas abordados pelo instrumento.

Em continuação, a análise dos dados de cada item será apresentada em composição com os dados da entrevista semi-estruturada e do diário de campo, num processo de análise qualitativa dos dados provenientes das diferentes fontes de coleta e que foram integrados de forma a permitir uma melhor compreensão do fenômeno.

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO CONCEITO

A dimensão do conceito congregou um conjunto de categorias que reúnem significados relacionados ao conhecimento sobre a depressão a partir de seu conceito<sup>9</sup>, considerando-se também a etiologia, as características diagnósticas e os conhecimentos específicos sobre a depressão por fases do ciclo vital. Uma breve conceituação das categorias e subcategorias é apresentada em continuação.

**Categoria 1. Compreensão da depressão como conceito** – reúne um conjunto de significados atribuídos ao conceito da depressão a partir de diferentes perspectivas e compreensões teóricas, organizadas nas subcategorias, apresentadas em continuação.

**1.1 Perspectiva biológico funcionalista** – evidencia a compreensão da depressão a partir do lugar do transtorno, ou da doença mental.

**1.2 Como uma construção subjetiva** – apresenta elementos de análise que apontam para uma definição da depressão, com base nos aspectos psicológicos.

**1.3 Como um quadro clínico** – relaciona elementos de análise, os quais demonstram que a depressão é conceituada a partir do viés descritivo das características, dos critérios clínicos e do conjunto de sintomas.

**Categoria 2. Etiologia da depressão** – reúne as diferentes concepções acerca da origem da depressão, que compõe quatro subcategorias apresentadas em continuação:

**2.1 Origem multicausal** – evidencia os significados atribuídos à conjunção dos aspectos psicológicos, sociais e biológicos na etiologia da depressão;

**2.2 Fatores psicossociais** – apresenta elementos de análise relacionados às relações humanas e à história de vida, bem como aos fatores sociais que contribuem para a gênese da depressão;

**2.3 Causas orgânicas** – relaciona às doenças, condições físicas ou substâncias químicas que causam a depressão;

---

<sup>9</sup> O termo *conceito* utilizado para sustentar essa dimensão considera que conceito designa uma ideia abstrata e geral, formada por elementos que constituem e caracterizam sua definição, os quais são, ao mesmo tempo, inter-relacionados e independentes, constituindo assim o conceito (Japiassú, 1996).



**2.4 Aspectos psicodinâmicos** – evidencia significados atribuídos aos traços de personalidade e estruturação psíquica, que se constituiriam causa da depressão.

**Categoria 3. Construção do diagnóstico** – reúne os aspectos específicos e diferenciais da construção de um diagnóstico de depressão, considerando-se as características do processo do trabalho terapêutico, bem como um conjunto de significados em relação ao diagnóstico em si, como serão apresentados nas subcategorias a seguir:

**3.1 Identificação dos sintomas da depressão** – apresenta dados relacionados ao processo de identificação da depressão, por meio de apresentação de sintomas e critérios de identificação;

**3.2 Instrumentos diagnósticos** – apresenta a descrição e o relato sobre a utilização dos instrumentos;

**3.3 Diagnóstico diferencial** – evidencia as práticas relativas ao processo de diferenciação da depressão, em relação a outras formas de sofrimento psíquico.

**3.4 Abordagens do suicídio** – apresenta as práticas relativas aos procedimentos e às estratégias de investigação sobre os riscos de suicídio;

**3.5 Questionamentos e dificuldades em relação ao diagnóstico** – relaciona os significados atribuídos ao diagnóstico dos processos psíquicos dos pacientes, bem como evidencia os correspondentes às situações em que os profissionais demonstram dificuldades relacionadas aos aspectos formais do diagnóstico da depressão.

**Categoria 4. Visualização do conhecimento sobre depressão nas diferentes etapas do ciclo de vida** – reúne significados relacionados aos aspectos característicos da depressão na infância, na adolescência, na fase adulta, no idoso e no pós-parto por meio de indicadores relacionados à etiologia da depressão, principais sintomas e critérios, bem como os significados sobre as especificidades da depressão em cada momento do ciclo vital, conforme a seguir:

**4.1 Depressão e ciclo vital** – apresenta os elementos que representam a depressão nos diferentes ciclos vitais;

**4.2 Depressão na infância** – relaciona os elementos que apontam para teorias etiológicas, sintomas e critérios de incidência na adolescência;

**4.3 Depressão na adolescência** – evidencia os elementos que apontam para teorias etiológicas, sintomas e critérios de incidência na adolescência;

**4.4 Depressão em idosos** – apresenta os aspectos e os indicadores da depressão nessa etapa do ciclo de vida;

**4.5 Depressão pós-parto** – apresenta uma análise qualitativa dos sintomas da depressão pós-parto.

Quadro 4: Quadro Categorical Dimensão Conceito

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
Dimensão do conceito	1. Compreensão da depressão como conceito	1.1 Perspectiva da lógica biológico funcionalista	1.1.1 Doença mental 1.1.2 Transtorno mental
		1.2 Quadro clínico	1.2.1 Relacionado ao funcionamento psicossocial 1.2.2 Diferentes graus de comprometimento 1.2.3 Conjunto de sintomas
		1.3 Construção Subjetiva	1.3.1 Sintoma de uma estrutura psicológica
	2. Etiologia da depressão	2.1 Origem multicausal	2.1.1 Diversos fatores: psicológicos, físicos, sociais
		2.2 Fatores psicossociais	2.2.1 Dinâmica familiar 2.2.2 História de violência 2.2.3 Relacionado à situação de vulnerabilidade social 2.2.4 Aspectos da vida moderna 2.2.5 Configuração da rede social
		2.3 Causas orgânicas	2.3.1 Doenças orgânicas 2.3.2 Presença de um substrato químico
		2.4 Aspectos psicodinâmicos	2.4.1 Perda do objeto de amor ideal 2.4.2 Relacionada à posição subjetiva

	<b>3. Construção do diagnóstico</b>	3.1. Identificação dos sintomas da depressão	3.1.1 Sintomas fundamentais – dados do questionário 3.1.2 Sintomas mais frequentes na narrativa dos psicólogos 3.1.3 Sintomas menos frequentes na narrativa dos psicólogos 3.1.4 Avaliação dos critérios para contextualização dos sintomas
		3.2 Instrumentos de avaliação	3.2.1 Não utiliza instrumento 3.2.2 Utiliza um instrumento
		3.3. Diagnóstico diferencial	3.3.1 Diferenciação de tristeza intensa e depressões uni e bipolares 3.3.2 Investigação de possíveis causas orgânicas 3.3.3 Investigação de causas por substâncias químicas 3.3.4 Distímia – dados questionário 3.3.5 Importância do trabalho em equipe 3.3.6 Discussões de casos e realização de diagnóstico em equipe – dados de observação
		3.4 Abordagem do suicídio	3.4.1 Aspectos epidemiológicos do suicídio – dados do questionário 3.4.2 Abordagem sobre ideação suicida em todos os casos de depressão 3.4.3 A partir de indícios do pacientes 3.4.4 Investigação sobre ideação ou planos suicidas em casos de depressão grave 3.4.5 Sobre o risco de suicídio – dados de observação
		3.5 Questionamentos e e dificuldades em relação diagnóstico	3.5.1 Banalização do diagnóstico 3.5.2 Diagnóstico como instrumento de permanência do sintoma 3.5.3 Papel do diagnóstico biomédico no processo terapêutico 3.5.4 O conflito e a história do paciente são mais importantes do que o diagnóstico 3.5.5 Dificuldade relacionada aos processos de trabalho do profissional

		4.1 Depressão e ciclo vital	4.1.1 Demanda pouco identificada 4.1.2 Dificuldade em reconhecer características específicas por fases do ciclo de vida
	<b>4. Vizualizando conhecimento sobre depressão nas diferentes etapas do ciclo de vida</b>	4.2 Depressão na infância	4.2.1 Sintoma de um conflito familiar 4.2.2 Sintoma diferencial - Dados do questionário 4.2.3 Conjunto de sintomas
		4.3 Depressão na adolescência	4.3.1 Sintomas de depressão se confundem com outras características da adolescência 4.3.2 Etiologia relacionada aos conflitos familiares ou processos de perda / luto 4.3.3 Uso de drogas e processo diagnóstico – dados do questionário 4.3.4 Conjunto de sintomas
		4.4 Depressão em idosos	4.4.1 Vivência emocional das limitações físicas, cognitivas e sociais 4.4.2 Sintoma diferencial dados do questionário 4.4.3 Conjunto de sintomas
		4.5 Depressão pós-parto	4.5.1 Identificação de sintomas – dado do questionário

## 7.1 Categoria Compreensão da Depressão como Conceito (1)<sup>10</sup>

A categoria 1 reúne os significados acerca da depressão de forma a evidenciar como seu conceito é compreendido, o que permitiu conhecer a perspectiva teórica e identificar os diferentes discursos quanto à conceituação da depressão. Desta forma, esta categoria configura-se como central nesta dimensão, pois é a partir da conceituação da depressão que os processos clínicos são construídos.

<sup>10</sup> Os números em parênteses correspondem à numeração apresentada nos quadros que apresentam a dimensão e sua organização categorial. A apresentação do quadro possibilita a compreensão da leitura vertical e transversal dos dados.

### 7.1.1 *Subcategoria Perspectiva Biológico Funcionalista (1.1)*

Nesta subcategoria a narrativa dos participantes evidenciou que a depressão é compreendida a partir de uma visão biológico funcionalista traduzida em dois termos: transtorno mental e doença mental. Cada uma dessas concepções possui compreensões teóricas distintas acerca das enfermidades psíquicas, mas servem a uma mesma tradição epistemológica funcionalista e biologicista. A concepção da depressão como *doença mental (1.1.1)*, foi abordada pelos psicólogos em função da sua etiologia orgânica, como mostra o fragmento, que representa a fala de dois participantes:

*Bom, se depende da minha compreensão, já começa pelo fato de ser **doença**, e doença – como diz o questionário – **não é algo que a pessoa escolhe, não é porque ela tá sem vontade, é fraca. Não.***

*Ela tem uma **constituição orgânica** também, que a gente já sabe hoje em dia, dos circuitos neurobiológicos também e isso traz muitos transtornos tanto emocionalmente como socialmente pro indivíduo, perda de interesse, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de memória e aí vai (P8).*

A conceituação da depressão como doença mental está ancorada na construção do campo da psiquiatria que, como apontou Foucault (1961/1989), concebia as enfermidades psíquicas de forma indiferenciada de outras doenças quanto a sua origem orgânica. Nesse sentido, o termo *doença mental* carrega em seu significado a marca da etiologia orgânica dos processos das enfermidades mentais, aspecto explicitado na fala de P8 ao tratar da constituição orgânica da depressão, reforçando que esta concepção, que nasceu com a psiquiatria, permanece até o momento atual (Foucault, 1961, 1989; Machado, 2005).

Foi possível observar também que o conceito de depressão como *doença mental* se intercambia com o conceito de *transtorno mental* na narrativa dos participantes, como mostra o trecho a seguir:

*Enfim, é **um transtorno, uma doença mental** que engloba todas as áreas da vida (P5).*

A partir da fala de P5, evidenciou-se que os termos *transtorno mental* e *doença mental* podem ser apresentados de forma sinônima como compreensão conceitual da depressão, sem portanto apresentar uma diferenciação entre os dois termos.

A conceituação da depressão como *transtorno mental* (1.1.2) corresponde à uma visão recente das enfermidades psíquicas, pois substituiu o termo *doença mental* a partir do DSM III (1980), consolidando uma visão funcionalista quando o termo *transtorno* passa a denominar categorias psicopatológicas (Wakefield, 1992, Matos et al., 2005). Enquanto o termo *doença mental* invoca compreensão orgânica, no que tange os aspectos etiológicos, o emprego do termo *transtorno mental* é desprovido da compreensão etiológica e é utilizado no DSM IV - TR (APA, 2002) e CID (OMS, 1993), de forma atórica (Rodrigues, 2000; Bastos, 1995).

Com relação a isso, é interessante apontar que, em termos de propostas de políticas públicas, a expressão *transtorno mental* foi ratificada pelo Projeto de Lei 6013/01, aprovado em 17/03/2009, como substitutiva de qualquer termo que faça alusão às enfermidades psíquicas, como exemplo, *alienação mental*. Esta consolidação no uso do termo *transtorno* nas instituições públicas corrobora para o crescente uso pelos profissionais de saúde. Nessa pesquisa, a definição de depressão como conceito relacionado ao *transtorno mental* (1.1.2) foi apontado por seis psicólogos, como mostram os exemplos a seguir:

*Depressão... Depressão é um transtorno de humor, que coloca a pessoa num estado de perda de perspectiva futura... (P3).*

*Na minha compreensão? Ah, é um, é um transtorno grave, bastante difícil de tu lidar, porque vem junto uma, uma anedonia assim, na maioria dos casos, não são todos, mas na maioria dos casos... (P10).*

De acordo com os depoimentos, os participantes que consideraram a depressão como *transtorno mental* apresentaram um conjunto de sintomas e critérios contíguos à este conceito, numa perspectiva descritiva do quadro depressivo.

Pode-se inferir que essa forma de conceituar a depressão esteja relacionada ao uso da palavra *transtorno*, o que segundo Bastos (1995) é utilizado para definir as categorias nosográficas presentes nos manuais DSM IV - TR (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993).

Embora distintos na sua concepção e uso, os termos *doença mental* e *transtorno mental* são sustentados por uma visão biológico

funcionalista e uma prática biomédica que fundamentam uma tradição disciplinar: a psiquiatria, configurando-se dessa forma em uma conceituação institucionalizada que fundamenta o uso disseminado do conceito de transtorno mental.

### *7.1.2 Subcategoria Depressão Como Quadro Clínico (1.2)*

Esta subcategoria complementa a perspectiva biológica funcionalista, na medida em que demonstra como os psicólogos descrevem a depressão, mediante os aspectos do funcionamento social, de diferentes graus de comprometimento e do conceito a partir de um quadro sintomatológico.

A depressão pode levar um indivíduo às limitações relacionadas ao funcionamento psicossocial, como apontam sete psicólogos ao descreverem o conceito de depressão, demonstrado nos fragmentos a seguir:

*Depressão é um transtorno que prejudica o humor da pessoa, que faz com que a pessoa mude a sua forma de viver, tenha comportamentos e pensamentos que antes ela não tinha. **Prejudica muito as relações familiares, as relações de trabalho dela**, muitas vezes ela não consegue realizar mais as tarefas da vida cotidiana, né? (P19).*

***Onde a pessoa principalmente para, se torna disfuncional, tem prejuízo em todos os aspectos de sua vida, relacional com a família, relacional com o social, fora da família, no trabalho, com prejuízo em todos esses aspectos...** (P9).*

Os apontamentos evidenciaram como a família e as relações de trabalho podem estar implicadas direta ou indiretamente ao sofrimento psíquico do paciente deprimido, em concordância com as pesquisas de Fleck et al. (2002) e as revisões bibliográficas de Hirschfeld et al. (2000) e de McKnight e Kashdan (2009), que apontam para uma forte relação entre depressão e funcionamento social. Cabe ressaltar que para o DSM IV TR (APA, 2002) o prejuízo do funcionamento social, ocupacional ou de outra ordem se constitui um critério diagnóstico do episódio depressivo maior, o que confirma os apontamentos dos psicólogos sobre esse tema.

Outro aspecto descritivo que compõe o quadro clínico está relacionado aos *diferentes graus de comprometimento (1.2.2)* da

depressão, apontados por 4 psicólogos entrevistados:

*Mas, de modo geral, é um quadro ampliado de diminuição de humor [...] é graduado [...]. Têm **três graduações: leve, moderado e grave**, e têm sintomatologias específicas (P3).*

A graduação da depressão em níveis de gravidade, abordada por P3, sustenta-se pela classificação dos transtornos depressivos pela CID 10 (OMS, 1993), que estabelece níveis cuja classificação está organizada em função da quantidade de sintomas fundamentais e acessórios.

Cabe ressaltar que a classificação apresentada neste manual é utilizada como critério no processo diagnóstico, em países que possuem protocolos específicos para o tratamento da depressão como o Reino Unido (Nice, 2009) e o Chile (Ministerio de Salud, 2006).

O Brasil não possui um protocolo sobre o tratamento da depressão, porém com a implantação do CID 10 (OMS, 1993) pela Portaria nº 1.311, (Brasil, 1997), para o registro de doenças, a codificação deste manual passou a ser utilizada estabelecendo, dessa forma, uma linguagem comum entre os profissionais de saúde na saúde pública, o que propiciou uma maior intimidade com esses termos.

Por fim, essa subcategoria foi constituída pela descrição de *um conjunto de sintomas (1.2.3)*, sobre a definição de depressão, o que representa um total de treze participantes:

*Depressão é tudo que tá no teu questionário... (risos) Quando a pessoa parece ter perdido a esperança diante da sua vida, **perde o interesse de fazer as coisas que despertavam o interesse nela, falta de ânimo**... Daí a depressão passa a refletir alguma **falta de cuidado consigo mesmo**. Geralmente a gente encontra muito uma falta de objetivos na vida dessas pessoas... **Uma sensação de cansaço constante**... (P6).*

*A depressão é um estado de **ânimo deprimido**, recorrente ou persistente, por um longo período, que **interfere na vida da pessoa, no desenvolver das suas atividades, nas relações**... Que não só interfere por uma questão de incapacidade física, como pode ser uma **falta de energia** ou... Mas pelo sofrimento... O conjunto (P1).*

*Ela (a depressão) tem uma **constituição orgânica** também, que a gente já sabe hoje em dia, dos circuitos neurobiológicos também e isso traz muitos transtornos tanto emocionalmente como socialmente pro*



*indivíduo, perda de interesse, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de memória, e aí vai (P7).*

Os depoimentos demonstraram que a depressão foi conceituada a partir da apresentação dos sintomas de humor, somáticos/neurovegetativos, cognitivos, psicomotores e neuropsicológicos<sup>11</sup>. A conceituação da depressão coaduna com os apontamentos de Monteiro e Lage (2007a), os quais discutem sobre o desaparecimento da dimensão psíquica do conceito psicopatológico da depressão, em detrimento de uma crescente utilização do conhecimento da psiquiatria, que prima pela concepção nosográfica e biológica.

### *7.1.3 Subcategoria Depressão Como Construção Subjetiva (1.3)*

Esta subcategoria agrupou significados acerca da depressão a partir de uma perspectiva da construção da subjetividade humana baseada na abordagem psicodinâmica, uma vez que o grupo de 7 psicólogos, cujas narrativas formaram esta seção, se declararam psicanalistas.

Desta forma, a análise desta categoria passou pela compreensão psicodinâmica da depressão a fim de ser fiel à concepção dos psicólogos. A partir da concepção de construção subjetiva, um grupo de cinco psicólogos descreveu a depressão como *sintoma de uma estrutura psicológica (1.3.1)*, como mostram os depoimentos abaixo.

*Depressão é uma **sintomatologia** que pode estar ligado a uma **questão neurótica, ou psicótica, ou psicossomática** e que tem uma série de fatores que interagem, assim como tem graus, né? Tem níveis, né? (P16).*

*Então, eu penso muito mais na depressão como um **sintoma**, é, **que vai marcar o funcionamento de uma estrutura** do que propriamente esse quadro, essa entidade nosológica, ou uma doença, né? É dessa maneira que eu lido e penso a depressão (P11).*

As falas de P16 e P11 conceituaram a depressão como um sintoma de uma estrutura psicológica, compreensão ancorada na abordagem psicodinâmica que compreende esse fenômeno como um estado que se manifesta nas estruturas neurótica, perversa e psicótica,

---

<sup>11</sup> Conforme classificação apresentada na seção 3.2.3 Diagnóstico da Depressão

sem se constituir, portanto, em uma entidade nosológica (Cavalcanti & Lage, 2007; Berlinck & Fedida, 2000; Siqueira, 2007)

Além da questão da estrutura psicológica, dois participantes da pesquisa apontaram a depressão como um sintoma que carrega um sentido na história subjetiva do indivíduo e que precisa ser acolhida, como mostra o fragmento a seguir:

*Eu vejo a depressão como um **sintoma**, né? Por exemplo, assim, existe um jeito de funcionar, um jeito de atuar no mundo que funcionou praquela sujeito durante muito tempo e que lhe trouxe insatisfação, né? E de repente esse jeito não funciona mais, ou então o prejuízo que isso traz acaba sendo maior do que a satisfação, né? Então há a perda de um ideal e a pessoa então deprime por não conseguir sustentar mais aquele lugar que ela ocupava antes e ao mesmo tempo não saber mais como conduzir a sua vida, sem ser daquela forma. Então, ao mesmo tempo eu vejo que pro sujeito é muito difícil abrir mão da satisfação que ele tinha antes, funcionando daquela forma, se colocando daquela forma no mundo. Então há uma perda de sentido na vida, né? Uma vez que ele não consegue mais fazer essas coisas daquele jeito que ele tava habituado e por outro lado ele também não sabe como fazer a coisa de outro jeito (P7).*

O relato de P7 descreveu como a depressão pode se estabelecer como um sintoma de um conflito psíquico para o indivíduo. Nesse sentido, na perspectiva psicodinâmica, o sintoma precisa ser acolhido e decifrado como aponta Dias (2006). O que se pretendeu evidenciar é que a depressão como *sintoma* é o sinal de que uma história precisa ser contada, ouvida, acolhida e decifrada.

#### 7.1.4 Síntese da Categoria Compreensão da Depressão como Conceito (1.4)

Ao retomar as subcategorias e os elementos de análise, que formam a categoria *compreensão da depressão como conceito*, faz-se mister resgatar sua origem, que está ligada à pergunta: *na sua compreensão, o que é depressão?* Esse foi o primeiro item da entrevista semiestruturada. É importante mencionar que para um grupo de doze psicólogos, esse questionamento gerou uma resposta de estranhamento, como se houvesse uma necessidade de um tempo para refletir sobre o tema, como pode ser observado a seguir:

*É, agora tu vai cancelar aí (a gravação) porque eu vou pensar um pouquinho pra responder (risos). É, bom, **que que é depressão?** (P18).*

*Pois é [...]. Até antes, **quando eu tava respondendo o questionário**, eu pensei assim: **como que eu vejo a depressão?** (P14).*

***Pergunta difícil** (risos). Então, **ãhnn, vamos vê se eu consigo [...]** é [...]  
**colocar em palavras, né, como é que eu vejo isso [...]** (P7).*

*Então [...]. **Acho que é um estado que nunca parei pra pensar exatamente [...]** (P9).*

Essa hesitação inicial em responder pode ser compreendida de duas formas: momento de reflexão para a resposta e também um sinal da complexidade desta temática para o psicólogo atuante na Atenção Básica. Nesse contexto, a depressão se constitui um ponto de interface no que tange à compreensão dos sintomas, ao diagnóstico e às possibilidades de intervenção. Esses processos constituem-se tarefa compartilhada, tanto por psicólogos quanto por clínicos gerais e psiquiatras, o que demanda uma compreensão e uma linguagem também compartilhada entre os profissionais, para o melhor desenvolvimento de intervenção no tratamento da depressão.

A hesitação inicial em responder acerca do conceito da depressão pode estar também relacionada à complexidade que este conceito carrega. Isto pode ser observado nos significados apresentados sobre a depressão que marcam posições teóricas e epistemológicas. Podem-se levantar dois sentidos significativos para a compreensão dos quadros depressivos na visão dos entrevistados. Como *construção subjetiva* (1.3), os psicólogos associaram o conceito de depressão à um

concepção própria do campo psi ancorada na abordagem psicodinâmica, que compreende a depressão a partir de uma perspectiva da subjetividade sendo apresentada como um sintoma de um processo psíquico. Dessa forma, a depressão não se constituiu numa categoria nosológica, mas se estabeleceu como uma contingência de processos psíquicos próprios do ser humano.

O outro significado apresentado pelos psicólogos congrega as subcategorias *perspectiva da lógica biológico funcionalista (1.1)* e *quadro clínico (1.2)*, concepções complementares uma vez que a primeira abordou aspectos teóricos do conceito de *transtorno mental* e a segunda trouxe elementos descritivos por meio de um conjunto de sintomas. A reunião dessas duas subcategorias pode continuar sendo definida sob o termo *transtorno mental*, pois este abarcou as significações trazidas pelos psicólogos. A concepção da depressão marcou a narrativa da maior parte dos profissionais entrevistados, o que levou a compreender que há uma adesão ao conceito de depressão difundido pelos principais manuais de psiquiatria DSM IV - TR (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993), facilitada tanto pela formação e pelo processo de capacitação profissional quanto pela linha de pensamento institucional ao conceber os quadros depressivos.

Ressaltam-se nas falas os mais diferentes elementos ligados à etiologia da depressão, demonstrando dessa forma, uma compreensão ampliada dos processos psíquicos, sociais e biológicos, envolvidos no desenvolvimento de um quadro depressivo, além de observar que as narrativas apresentaram tendência para compreender o conceito de depressão como *transtorno mental*.

## 7.2 Categoria Etiologia da Depressão (2)

A questão da etiologia da depressão trouxe à tona posições epistemológicas que refletem diferentes maneiras de compreender a saúde/doença mental, uma vez que ao discorrerem sobre a compreensão dos fatores etiológicos da depressão foi possível observar que os participantes abordaram os modelos biomédicos, psicológicos e sociais.

Esses modelos foram abordados ora com maior ênfase em um dos aspectos citados, ora de forma integrada considerando-se a multifatorialidade no desenvolvimento da depressão.

### 7.2.1 Subcategoria Origem Multicausal (2.1)

Para contextualizar a temática sobre a origem da depressão, cabe lembrar que ao longo do século XX ocorreu o desenvolvimento de teorias ou modelos explicativos em saúde mental, em diferentes áreas das ciências, os quais defendiam uma compreensão unicausal. Barlow (2005, 2008) indica que essas teorias podem ser compreendidas a partir de três dimensões: biológica, psicológico e sociocultural, sendo que cada qual apresenta diversidade de teorias e modelos explicativos.

Por sua vez, em termos históricos é possível citar o desenvolvimento de modelos em saúde, que propõem a integração das três dimensões com o intuito de superar uma compreensão unicausal dos processos de saúde e doença, haja vista o modelo Biopsicossocial de Engels, desenvolvido no fim da década de 70 do século XX (Greenberg, 2005; Engel, 1997), ou o modelo multicausal de Barreto e Carmo (1994) ou ainda modelos teóricos específicos do transtorno depressivo maior, como o modelo multifatorial (Sjöholm & Forsel, 2009) ou o *comprehensive model* (Kendler et al., 2002; Kendler et al., 2006).

Nessa pesquisa, a narrativa dos participantes também apontou para uma compreensão multicausal, uma vez que os *fatores: psicológicos, físicos e sociais (2.1.1)* foram apresentados de forma inter-relacionada por onze participantes, como ilustram os trechos a seguir:

*Eu diria que sim, é... é uma doença de **multideterminada, tem causas sociais, biológicas, psicológicas, tem fator hereditário também, né?** (P19).*

*Bom, acho que como qualquer outro... outro transtorno ou qualquer outra... é... não tem uma origem única, não tem uma causa única, né? Acho que hoje em dia a gente sempre tenta olhar essa **casualidade recursiva** e essa **multicasualidade**, né? (P13).*

*... no meu entender, acho que tem duas origens, tanto a orgânica quanto a emocional ou social, coloco **biopsicossocial** aí no meio. Não dá pra separar uma da outra (P8).*

Ao abordar os aspectos psicológicos, sociais e biológicos, as falas de P19, P13 e P3, demonstraram compreender a complexidade dos processos etiológicos da depressão a partir de uma visão integral de saúde. Cabe ressaltar que essa compreensão é um elemento chave nos processos de trabalho, para não cair na armadilha da fragmentação da escuta das demandas que se impõem ao psicólogo.

### 7.2.2 Subcategoria Fatores Psicossociais (2.2)

Entre os elementos de análise presentes na narrativa dos psicólogos que formam essa subcategoria, os aspectos relacionados à *dinâmica familiar* (2.2.1) foram abordados por cinco participantes que consideraram que a os conflitos e as dificuldades na composição das relações familiares se constituem fonte de dificuldades emocionais que estão na raiz dos quadros depressivos. Entre os aspectos abordados, os problemas de comunicação e as relações familiares de apego frágil e vulnerável são fatores que contribuem para o desenvolvimento de quadros depressivos entre os membros da família, como mostram os trechos a seguir:

*Então... Um ambiente familiar, né? É... assim, inadequado eu sei que é difícil falar assim, mas... o que que é adequado assim, né? ... Mas sem o mínimo, né? De assim: um ambiente familiar que não seja afetuosos, que não, é... né? Que não dá, né? Atenção pra criança, que seja violento, né? (P20).*

*...a falha de comunicação entre os familiares, mesmo que a estrutura da família seja diversificada do padrão clássico, né? Mas a falta de canais de comunicação clássicos, que já é um discurso não dito, que ficam as percepções tortas sobre o que o outro tá pensando, tá fazendo, é uma questão relacional (P3).*

Os aspectos apresentados nas falas de P20 e P3 confirmam as pelas pesquisas de Abela et al. (2005), Restifo e Bögels (2009), quando estes apontaram que as relações inseguras de apego contribuem para o desenvolvimento de quadros depressivos em crianças e adolescentes. Quanto à questão dos problemas de comunicação familiar abordada por P3, o trabalho de Segrin e Flora (2005) indica que as relações maritais ou parentais marcadas por uma forma de comunicação negativa também podem desencadear processos depressivos.

Outro aspecto que compõe a relação entre dinâmica familiar e depressão é a questão da hereditariedade no desenvolvimento da depressão, como apontou a fala de P18:

*Porque se tu pega, tem, assim, é, tem situações familiares que são absurdas, que tu enxerga que tenha nó aí, é, tem mães, pais deprimidos com filhos deprimidos, tem violência doméstica, que 80% dos nossos casos tem violência doméstica junto... (P18).*

A questão da hereditariedade como aspecto etiológico, apontado pelos entrevistados, corrobora com os resultados dos estudos de Bouma et al. (2008) e Wisdom e Agnor (2007) como um dos fatores etiológicos. Por sua vez, cabe ressaltar que os psicólogos não evidenciaram se a hereditariedade se caracterizava como uma herança genética ou comportamento aprendido, mas enfatizaram a repetição dos quadros depressivos em crianças e adolescentes filhos de pais deprimidos, como foi apresentado na fala de P18.

Outro aspecto psicossocial apontado como fator etiológico da depressão esteve relacionado às *histórias de violência* (2.2.2). Esta temática está inserida na questão das relações familiares, uma vez que as concepções acerca deste tema estiveram centradas principalmente sobre a violência doméstica. Esse tipo de violência foi abordado por cinco psicólogos como mostra o fragmento a seguir:

*Então são pessoas que geralmente têm uma história **familiar, de conflitos, história na infância de abuso, de agressões**, ah, isso é muito comum nos casos que a gente atende a depressão* (P17).

A fala de P17 correlaciona-se aos resultados das pesquisas de Avanci et al. (2009) e Ribeiro et al (2009) quando estes apontam que a violência doméstica praticada contra crianças pode gerar comportamentos de retraimento e depressão. Ainda em relação à violência doméstica, os psicólogos abordaram a violência física e psicológica como fatores que desencadeiam episódios depressivos, como mostram os fragmentos:

*Pois é, do abuso, do abuso, ahn, quando eu falo sair de casa assim por **violência intrafamiliar**, eu não tô falando só violência, eu tô falando principalmente **violência psicológica, né?*** (P10).

*É... da violência é muito grande, né? **Violência física ou verbal... Sexual** acho que é bem... de risco assim...* (P20).

Os diferentes tipos de violência, evidenciados nas falas de P10 e P20, reforçam os resultados de pesquisa apresentados sobre violência psicológica (Silva et al., 2007) e violência doméstica e de gênero (Garbin, 2006; Martin et al., 2007; Santos & Moré, 2010; Kronbauer & Meneghel, 2005), confirmando que a vivência de um ambiente violento desencadeia episódios depressivos.

A *situação de vulnerabilidade social* (2.2.3) foi indicada por sete psicólogos, como um fator etiológico preponderante no desenvolvimento da depressão. A narrativa dos participantes demonstrou aspectos relacionados à condição de moradia, situação de emprego em risco e necessidades financeiras, como mostram os trechos das entrevistas:

*Então... Quando se perde isso, é o primeiro – na minha opinião. Não ter condições de trabalho, de moradia, o básico, básico, e, claro, isso junto à família, apoio familiar também é superimportante, porque se não tem isso, tipo não tem dinheiro pra comer, não tem... condições de saneamento básico em casa... essas condições, eu acho que seria o primeiro* (P15).

*Como é que são as condições dessa pessoa, de trabalho, o ir e vir, ah, ela tem alguma estabilidade, tem casa própria, todos esses componentes ambientais também, então acho que vão interferir sim como essa pessoa lida* (P17).

Ao abordarem a condição socioeconômica, as falas de P15 e P17 vão de encontro com pesquisas que indicam uma forte relação entre fatores socioeconômicos e depressão (Lorant et al., 2003; Butterworth et al., 2009) e outras problemas de saúde mental (Fryers et al., 2005; Muntaner et al., 2004). No estudo de Butterworth et al. (2009), há evidências significativas que relacionam a depressão às situações de dificuldade econômica, caracterizadas por uma falta material de comida, abrigo, ou ainda relacionadas a dificuldades em ter uma casa e pagar as contas. De certo modo, essa dificuldade ou impossibilidade em gerir aspectos básicos da vida sustenta a emergência de sentimentos de impotência, constituindo-se em aspectos significativos na compreensão dos processos imbricados no desenvolvimento dos quadros depressivos.

O elemento de análise *aspectos da vida moderna* (2.2.4) apontou para as demandas da contemporaneidade geradas pelo mundo do trabalho, demandas de consumo e, ainda, uma vida em que as relações humanas estão submetidas à essa complexa trama social, que pode gerar situações de depressão em função da dificuldade ou da impossibilidade de corresponder essas demandas. Esse aspecto esteve presente na narrativa de cinco participantes da pesquisa. Os fragmentos escolhidos para apresentar esse elemento de análise representam essas demandas sociais.

*Depressão? Eu acho que é mais, digamos, social, na minha opinião, ou*



*fatos que acontecem na vida de uma pessoa ou o nosso dia-a-dia mesmo, porque essa idade **pós-moderna** é muito rápida, muito consumista, muito competitiva, tem muito stress o tempo todo, tem stress em trânsito, tem stress pra quem não tem emprego e precisa ter, tem stresse em... com horários, tem estresse... o stress tá o tempo todo! E faz com que talvez, a longo prazo, no dia-a-dia, todo-dia-todo-dia-todo-dia, possa causar depressão (P14).*

*A causa pra mim é totalmente social. **Mas cada vez mais a gente é cobrado, cada vez mais a gente tem que ser isso e aquilo...** A quantidade de gente que chega aqui deprimido: "porque eu não consegui, tudo que eu tenho pra minha vida não consegui, não consegui dar tanta coisa pros meus filhos, porque não consegui..." **Isso é uma exigência que vem de fora**, de onde ele viu que tem que dar isso e aquilo pro filho dele, que ele tem que comprar um carro ou que ele tem que dar, poder dar não sei o quê! Sufocados, as pessoas tão completamente sufocadas por exigências que vêm de fora (P9).*

As falas de P14 e P9 apontaram como as demandas sociais, de consumo e do tempo, constituem-se em processos desencadeadores de depressão (Berlinck & Fedida, 2000; Moreira 2008), quando apontam que na sociedade ocidental atual as relações humanas, de trabalho e com o conhecimento são marcadas por pragmatismo, eficiência e relação de consumo que busca se afastar da tradição e eliminar os sentimentos e percepções de vazio e da possibilidade de falhar diante das expectativas da vida. Para Berlinck e Fedida (2000), esse modo de existência frenética é uma forma de garantir o não contato com sentimentos e percepções, e portanto, não entrar em contato com a idéia de perda, seja a perda das conquistas, dos planos e expectativas, ou das relações humanas.

Para Esteves e Galvan (2006) tentar responder as demandas do mundo contemporâneo seria insustentável. Para os autores a depressão seria, portanto, uma "ferida nesse modo de existência" frente à impossibilidade de sustentar a ideia de perda. Considerar o *modus operandis* de vida como uma possível origem da depressão evidencia o olhar ampliado acerca dos fatores sociais, que estão implicados nesse processo, que oferece subsídios para melhor compreensão da depressão.

Além disso, a *configuração da rede social* (2.2.5) foi citada por quatro psicólogos como um dos aspectos relacionados à origem da depressão:

*Por exemplo: a pessoa não tá inserida num contexto social, poucos amigos, né? Uma vida social mais empobrecida, o estilo de trabalho que ela executa também... (P8).*

Seguindo a perspectiva de estudos de rede social pessoal (Sluzki, 2000), a narrativa acima apontou para a qualidade da rede de relações do indivíduo que procura por ajuda em função da diminuição da mesma. Indo ao encontro disso, no trabalho de Vega Valero et al. (2010) observou-se que a rede social mais próxima, contexto no qual o indivíduo vive e tem referências, é fonte de promoção de saúde e bem-estar. Nesse sentido a ausência, ou as dificuldades na rede social familiar ou de amizades, tem uma relação significativa com o desenvolvimento de quadros depressivos (Nova Quiroz & Vega Valero, 2008, Sluzki, 1997), corroborando, dessa forma, com a percepção dos participantes sobre o papel da rede social.

### *7.2.3 Subcategoria Causas Orgânicas (2.3)*

A origem da depressão também esteve relacionada às causas orgânicas. Esse aspecto foi mencionado por onze participantes que levantaram duas vertentes: as depressões causadas por doenças orgânicas e por uso abusivo de substratos químicos.

A relação entre as *doenças orgânicas (2.3.1)* e depressão é amplamente estudada em diferentes áreas da biomedicina, por sua vez ao discorrer sobre os aspectos etiológicos dos depressão, os participantes abordaram a relação entre tumores cerebrais, disfunções hormonais e alterações neurobiológicas com a depressão. Todos esses aspectos orgânicos foram apresentados na fala de oito psicólogos como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

*Olha, acho que a depressão ela pode ter várias origens. Ela pode ter origem orgânica, né? Quando a pessoa tem uma doença, sei lá! um tumor no cérebro, um descontrole hormonal, que aí pode surgir a depressão... (P19).*

*Ó, sabemos que há causas orgânicas, né? É, uma anemia pode às vezes encadear um, né, um transtorno depressivo, mas assim, o que que veio antes dessa anemia, né? É, uma disfunção na tireoide, é, então assim, há, há causas orgânicas, e algumas muitos concretas também, né, por exemplo, um tumor no cérebro, né? (P2).*

As falas dos participantes sobre causas orgânicas encontraram confirmação na literatura científica, uma vez que a relação entre hormônios e depressão se constitui um sólido campo de pesquisa (Barlow, 2005, 2008). As evidências científicas demonstram que hormônios do estresse (Barlow, 2005, 2008), disfunções na tireoide (Joffe, 2006; Teixeira et al., 2006; Brouwer et al., 2005; Williams et al., 2009; Panicker et al., 2009) e disfunções hormonais causadas pela menopausa (Frey et al., 2008; Schimidt & Rubinow, 2009) têm um importante papel no desenvolvimento de quadros depressivos.

A fala de P2 indica ainda a existência dos tumores como possível causa da depressão, as evidências científicas sustentam uma forte relação entre tumores cerebrais e quadros depressivos (Dalton et al., 2009; Arnold et al., 2008; Wen et al., 2006; Mainio et al., 2006). Entretanto, a literatura acessada não necessariamente estabelece uma relação de causalidade, mas aponta para uma relação de comorbidade entre os quadros de depressão e tumor cerebral.

Outro aspecto sobre as causas orgânicas, levantado pelos psicólogos, trata-se da compreensão da neurobiologia da depressão, que se constitui um campo de pesquisa o qual investiga a função dos neurotransmissores e neuro-hormônios no desenvolvimento da depressão, oferecendo, nas últimas décadas, melhor compreensão do suporte neurobiológico dos quadros depressivos (Barlow, 2008). Esse aspecto esteve presente na fala de três participantes, sendo apresentado como um fator de origem:

*Olha, eu encontro duas óticas, né? Há uma questão orgânica envolvida, neuroquímica cerebral mesmo, né? E uma questão social bastante forte também, que são as inter-relações, sejam elas familiares, trabalhistas, relações sociais, e aí a sociedade de modo ampliado, desde o núcleo familiar, até estreitar relações (P3).*

A fala de P3 foi representativa dos psicólogos que citaram o aspecto da neurobiologia, que se constitui como uma forma de reconhecimento dessa faceta orgânica da depressão sem, contudo, implicar numa compreensão mais elaborada sobre seu papel no desenvolvimento dos quadros depressivos.

As falas de três participantes demonstraram uma relação de causalidade entre *uso abusivo de substratos químicos (2.3.2)* e depressão:

(...) Acho que **alcoolismo** assim, mas eu vejo os dois um como, cara e coroa, sabe, os dois (depressão e alcoolismo) (P10).

*A gente sabe também que, por exemplo, é... o uso de... de **substâncias psicoativas** também pode desencadear, né? Alguém que **usa drogas**, já teve vários casos (?) de alguém que usou droga e isso desencadeou uma depressão, né? Claro, a pessoa provavelmente devia ter uma... uma predisposição (hum-hum), é... orgânica pra isso, genética, hereditária e provavelmente o ambiente social junto com tudo isso tenha desencadeado também, né? (P19).*

O uso abusivo de substratos químicos como fator etiológico da depressão, conforme mencionado pelos participantes, coaduna com os resultados da pesquisa de Falk et al. (2008), que aponta indícios para uma relação de causalidade entre o consumo de álcool e o desenvolvimento de quadros depressivos, reforçando, dessa forma, uma relação de comorbidade. Quanto ao uso de drogas ilícitas, é possível estabelecer uma relação de causalidade entre esse e o desenvolvimento de depressão, além das relações de comorbidade entre os dois quadros (Ferigolo et al., 2009).

É importante comentar ainda que, nessa subcategoria, 11 participantes da pesquisa reconheceram o papel dos processos orgânicos no desenvolvimento de quadros depressivos sem, contudo, deixar de considerar a participação dos fatores sociais e psicológicos.

#### *7.2.4 Subcategoria Aspectos Psicodinâmicos (2.4)*

Nessa subcategoria, a narrativa dos participantes indicou que a origem da depressão esteve ancorada nos aspectos relacionados à constituição do sujeito no âmbito de uma compreensão psicodinâmica. Entre as concepções citadas dentro dessa perspectiva, a *perda do objeto de amor (2.4.1)* foi mencionada por sete psicólogos, como aspecto que leva ao desencadeamento de estados depressivos. O objeto em questão pode ser a perda de um ideal, uma separação ou um luto, abordados nos fragmentos:

*... A depressão aparecia sempre associada a uma **queda do ideal**, né? Quando o sujeito se dá conta de que o ideal, é o ideal, tá longe, tá impossível, né? É inalcançável, e esse ideal é, é derrubado, e, né? E o sujeito deixa de se sustentar por ele (P11).*

*Agora, uma causa... – claro, tem aquelas depressões que vêm depois, por luto, que vêm depois de histórias de perdas assim... (P9).*

*É, assim, há as depressões reativas também, né? Então crises, é, o luto... (P22).*

As narrativas acima correspondem com as ideias de Barbosa (2006) e Vieira (2005) quando afirmaram que a perda do objeto é o pilar fundante do processo de depressão dentro da perspectiva. É a partir da percepção ou da sensação da perda do objeto de amor que o processo de luto, um correlato dos estados depressivos, instala-se (Berlinck & Férida, 2000; Delouya, 2008). Na abordagem psicodinâmica, nesse processo, o investimento psicológico do indivíduo em relação ao objeto retorna para si mesmo, uma vez que ele não pode aceitar e elaborar a perda do objeto de amor. O retorno desse investimento para o próprio indivíduo constitui-se num mecanismo de defesa, reconhecido como identificação, e configura-se a base da depressão (Almiro, 2007; Monteiro e Lage, 2007a). O estado depressivo seria portanto, uma maneira de ater-se ao objeto perdido, enquanto elabora o processo de perda.

A origem da depressão foi também *relacionada à posição subjetiva (2.4.2)*, isto é, está ligada a um conceito de que há uma construção de subjetividade que propicia o desenvolvimento de estados depressivos. A origem da depressão ligada, à essa concepção, foi atribuída por seis participantes, como mostram os trechos a seguir:

*Como um sintoma, ela aparece dentro do funcionamento do sujeito, né? E funciona assim, funciona com esse sintoma, né? (P11).*

*A depressão vai ser algo que vai se fazer sintoma pra mim enquanto sujeito. Então, a origem pra mim tá na constituição, nesse traço, tá lá, nessa constituição do sujeito (P12).*

*... mas tem muitas, a maioria que eu vejo pelo menos são essas depressões aí que são chamadas depressões e vêm se arrastando ao longo da vida e é muito mais uma posição na vida do que depressão, uma posição da pessoa na vida, diante da vida (P9).*

As falas dos participantes indicaram uma forma de estruturação psíquica, que propicia o desenvolvimento da depressão, pois configura

um traço da constituição subjetiva. Esse entendimento da origem da depressão vai ao encontro de autores como Kehl (2009), Delouya (2003) e de Paulo (2005) que, guardadas as diferenças teóricas entre eles, apontam uma forma de subjetividade em que o sujeito frente à dificuldade ou incapacidade de lidar com a perda do objeto desenvolve um quadro depressivo, não como um mecanismo de defesa, mas como uma forma de ser e estar no mundo.

### 7.2.5 Síntese da Categoria Etiologia da Depressão

Nesta categoria, os participantes apresentaram uma pluralidade de elementos de análise, demonstrando assim uma percepção da complexidade do tema da depressão no que tange a compreensão da sua origem, evidenciando sua multideterminação e multicausalidade referendada pelo campo científico. Isso foi expresso a partir da apresentação da interação dos fatores sociais biológicos e psicológicos da subcategoria *origem multicausal* (2.1), com a participação de onze psicólogos.

Os aspectos que compuseram a compreensão multicausal foram explorados de forma diferenciada pelos participantes, configurando as subcategorias seguintes. Os aspectos psicológicos e sociais foram amplamente mencionados pelos psicólogos, constituindo assim a subcategoria *fatores psicossociais* (2.2) como a que obteve maior nível de participação dos profissionais entrevistados. Nesse caso, o elemento dinâmica familiar foi o mais abordado, ancorando a origem da depressão na forma como as relações parentais e maritais se constituem. Entre os aspectos sociais, os psicólogos avaliaram que o estresse, as demandas de trabalho e de consumo contribuem para a origem dos quadros depressivos. Já as *causas orgânicas* (2.3) da depressão foram reconhecidas por onze participantes da pesquisa como um dos fatores de origem da depressão. O reconhecimento de como as diferentes nuances dos fatores psicossociais e como os fatores orgânicos contribuem para o desenvolvimento das diferentes formas de sofrimento psíquico, confirma a compreensão de multicausalidade apontada pelos psicólogos no desenvolvimento da depressão.

As significações da origem da depressão, na subcategoria *fatores psicodinâmicos* (2.4), estiveram ancorados no modelo psicodinâmico. Cabe ressaltar que os respondentes que compuseram essa subcategoria se declararam psicanalistas (com exceção de um) e responderam a essa temática exclusivamente dentro dessa perspectiva clínica, demonstrando um entendimento da perspectiva teórica sobre o tema. Isso não implica,

entretanto, numa visão limitada a um só fator etiológico, uma vez que, ao longo da entrevista, os participantes consideram os papéis dos fatores sociais e orgânicos no desenvolvimento de quadros depressivos

Abordar os aspectos etiológicos remete à concepção de modelos teóricos, ou explicativos em saúde mental, como foi mencionado na apresentação dessa categoria. Nesse sentido, compreender sobre a origem da depressão se constitui um passo inicial do processo clínico, que além de evidenciar a postura profissional frente à mesma, tendo isso uma repercussão direta nos processos diagnósticos e de intervenção numa perspectiva da clínica ampliada.

### 7.3 Categoria Construção do Diagnóstico (3)

Nessa categoria, o processo de integração dos dados advindos tanto das narrativas decorrentes da entrevista semiestruturada como das análises dos resultados da aplicação de QCD gerou subcategorias que teve como objetivo descrever posições teóricas e posturas profissionais dos participantes, acerca da realização do diagnóstico da depressão nessa rede de saúde mental.

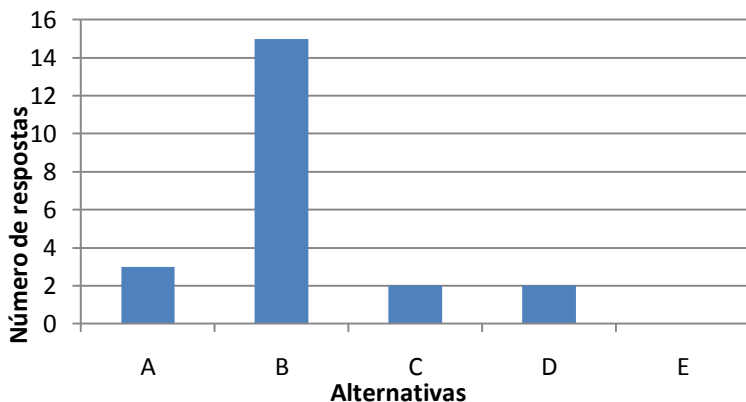
#### 7.3.1 Subcategoria Identificação dos Sintomas da Depressão (3.1)

Um dos componentes do processo de identificação dos sintomas está relacionado ao reconhecimento dos *sintomas fundamentais* (3.1.1), dado proveniente do QCD que investigou o reconhecimento dos sintomas considerados significativos para o diagnóstico da depressão, como mostra o item a seguir:

**1. Dos sintomas abaixo relacionados, quais representam os sintomas fundamentais da depressão?**

- a. Humor deprimido, fadigabilidade, ideias de culpa e inutilidade.
- b. *Humor deprimido, perda de interesse (anedonia) e fadigabilidade.*
- c. Humor deprimido, ideias autolesivas ou ideias de suicídio.
- d. Fadigabilidade, distúrbio do sono, visões desoladas ou pessimistas sobre o futuro.
- e. Apetite diminuído, humor deprimido, concentração e atenção reduzida.

Dentro de uma perspectiva quantitativa, a análise desse item demonstrou que um total de quinze participantes escolheu a alternativa chave, representando 68% da amostra, conforme a figura 6 abaixo. A análise psicométrica evidenciou que 44% dos participantes com baixo desempenho e 100% dos participantes com alto desempenho acertaram esse item. Os resultados demonstram um índice de discriminação com valor 0,56, sendo considerado satisfatório para a investigação do tema.



**Figura 6 – Distribuição das respostas do item sobre os sintomas fundamentais**

O referido item foi desenvolvido a partir dos critérios de sintoma fundamental presentes no CID 10 (OMS, 1993), os quais indicam que o diagnóstico da depressão deve ser realizado a partir da presença de dois dos três sintomas fundamentais: fadiga, anedonia e humor deprimido, presentes durante um período mínimo de duas semanas



Por sua vez, é interessante apontar que quando indagados sobre a identificação da depressão, os sintomas somáticos ou neurovegetativos foram citados com maior regularidade, sendo estes apresentados por 20 psicólogos. Os sintomas de humor foram citados por dezoito psicólogos e, logo em seguida, os de comportamento foram apresentados por dezesseis psicólogos. Esses tipos<sup>12</sup> de sintomas constituíram o grupo de *sintomas mais frequentes na narrativa dos psicólogos (3.1.2)*:

*Então, humor deprimido, rebaixado, irritabilidade, é, perda ou, ou falta, falta, insônia, né, ou excesso de sono, é, inapetência ou compulsão, alimentação, ahn (pausa), anedonia, perda de interesse, e, assim, na verdade, a gente procura fazer, assim, a avaliação global, digamos, né? (P2).*

*... O sintoma mais forte mesmo é isolamento (social), que eu percebo em todos os pacientes, isso é uma característica, mesmo nos mais melancólicos e tal, é o isolamento. É a primeira coisa que chama a atenção, que é a mais forte, e vai aumentando o grau de acordo com a dificuldade e o tempo de extensão dessa melancolia, né? (P14).*

A frequência dos sintomas somáticos, na narrativa dos participantes, pode estar relacionada ao fato de que, na atenção primária, a depressão está associada às queixas somáticas explicadas ou não por causas orgânicas (García-Campayo et al., 2008). Por sua vez, cabe ressaltar que os psicólogos aludiram aos aspectos relacionados aos distúrbios de sono, apetite e sensação de fadiga, e não houve menção aos processos de dor ou de comorbidades em geral.

Já os *sintomas menos frequentes na narrativa dos psicólogos (3.1.3)* estiveram relacionados aos neuropsicológicos, cognitivos e psicomotores, sendo os dois últimos com uma e três participações respectivamente. Os sintomas neuropsicológicos foram elencados por quatro psicólogos, conforme mostram os depoimentos:

*A falta de energia, falta de atenção, falta de memória... (P16).*

*A criança e o adolescente, o desempenho na escola, porque daí de repente tirava nota boa e começou a... mas o que que aconteceu? ah,*

---

<sup>12</sup> Observar a classificação apresentada na seção 3.2.3 *Diagnóstico da depressão*

*não tá estudando!, perdeu o interesse ou não lembra das coisas, faz... estuda, mas vai pra prova, não lembra, né? não consegue se concentrar na aula, tal (P20).*

Embora os sintomas de memória e concentração apresentados por P16 e P20 constituem-se nos mais reconhecidos, os sintomas neuropsicológicos são mais amplos e têm um impacto significativo na vida cotidiana do indivíduo. Problemas relacionados à velocidade de processamento cognitivo, função executiva, flexibilidade mental, estruturação de estratégias de planejamento e processos de tomada de decisão ficam significativamente alterados durante um processo de depressão (Rozenhal et al., 2004; Marazzitti et al., 2010).

Além dos aspectos relacionados aos sintomas, dez psicólogos enfatizaram a necessidade da *avaliação dos critérios para contextualização dos sintomas (3.1.4)*, no sentido de auxiliar o processo diagnóstico, conforme demonstrado no trecho abaixo:

*É, daí eu vou fazendo aquelas perguntas pra investigar mesmo, se tem **critérios de diagnóstico pra depressão**, e saber **há quanto tempo** que tá aquela falta de prazer, se sempre foi assim, se é uma fase, se tá tendo problemas na vida, se perdeu alguém, se de repente não é só o luto mas também se esse luto já não tá patológico... Mas o que mais me chama a atenção assim é a **postura da pessoa**, de tudo é sempre uma coisa que tem que ligar o radar, talvez tenha algum tipo de dificuldade aí... (P5).*

Ao considerar o tempo de duração dos sintomas e como estes se apresentam no contexto da vida do indivíduo, P5 apontou para a avaliação dos critérios preconizada pelo DSM IV – TR (APA, 2002), que indica a observação destes aspectos em conjunto com a avaliação do número de sintomas, e critérios exclusivos, como a questão do uso de substâncias químicas, ou o luto.

O conhecimento sobre sintomas e critérios da depressão está relacionado com a capacidade do profissional de saúde em realizar um diagnóstico acurado (Medow et al., 1999). Nesse sentido, o dado do questionário, em conjunto com os significados referentes à identificação da depressão, evidenciaram que esse processo está vinculado ao reconhecimento de sintomas e ao estabelecimento de critérios de avaliação como elemento na construção do diagnóstico da depressão.

### 7.3.2 Subcategoria Instrumentos de Avaliação (3.2)

Essa subcategoria demonstrou a predominância do uso da entrevista, uma vez que dezoito psicólogos afirmaram que *não utilizam instrumentos de avaliação* (3.2.1). Esses profissionais apresentaram a entrevista psicológica e/ou anamnese como principais forma de avaliação acerca da existência e gravidade dos sintomas. Dos vinte e dois entrevistados, apenas 4 psicólogos afirmaram que *utilizam instrumentos de avaliação* (3.2.2) para o diagnóstico da depressão, sendo eles: Inventário de Beck, Inventário de Depressão Infantil, o teste HTP (house, tree person) e a Escala de Fargstron. O teste HTP e a escala de Fargstron não são instrumentos específicos para a avaliação da depressão, entretanto, o teste HTP, instrumento eleito por um dos profissionais, detecta sinais de depressão, o que coadunou com os achados de Freitas (1997, in Freitas e Cunha, 2000). Escala de Fargstron, utilizada para medir o nível de adição à nicotina, avalia a presença de indicadores de depressão, de acordo com o profissional que afirmou utilizá-la.

Cabe ressaltar que, com excessão do participante que utiliza o inventário de Beck, os outros três declararam usar o instrumento de forma pontual mediante algum grau de dificuldade ou dúvida, uma vez que consideravam o uso como um auxílio no processo diagnóstico.

O uso pontual de instrumentos no processo diagnóstico da depressão, na atenção básica apontada pelos psicólogos, pode ser atribuído ao processo de desvalorização do uso de instrumentos, o que se dá em virtude de um histórico de falta de respaldo científico, mau uso e elaboração de laudos psicológicos, cenário que sofreu mudanças com a resolução n.º 2/2003 do Conselho Federal de Psicologia (Araújo, 2007). O declínio do uso de instrumentos pode ser atribuído também ao processo deficiente de formação dos acadêmicos de Psicologia nesta temática (Paula et al., 2007; Noronha et al., 2003; Gomes, 2000), ou ainda uma percepção negativa sobre o uso destes.

Cabe registrar que, de acordo com um dos participantes, a rede municipal de saúde mental não disponibilizava instrumentos para o diagnóstico da depressão. Por sua vez, o protocolo municipal de atenção em saúde mental dessa rede recomenda o teste de rastreamento para avaliação da depressão<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> De acordo com a informações disponíveis nesse protocolo, o teste de rastreamento pode detectar até 96% dos casos, com especificidade de 57% e é formado por duas perguntas:

### 7.3.3 Subcategoria Diagnóstico Diferencial (3.3)

Esta subcategoria evidenciou concepções a respeito dos aspectos que precisam ser considerados durante a realização de uma avaliação. Para iniciar o processo de análise desta subcategoria, cabe ressaltar que a preocupação e o cuidado na *diferenciação de tristeza intensa e depressões uni e bipolares (3.3.1)* esteve presente na fala de dezoito participantes:

*E acho que é isso que é o mais difícil pra mim, saber de que tipo, e **diferenciar de uma tristeza**, e uma depressão é uma tristeza. Eu, eu acho que eu tenho que investigar bastante, não é uma coisa que eu faça rápido, num primeiro momento, tá, não consigo, eu tenho que ter mais entrevistas, mais, né? (P21).*

A fala de P21 demonstrou o cuidado e a preocupação que um profissional de saúde deve ter ao realizar um diagnóstico de depressão, pois é necessário avaliar o contexto de vida do paciente, dado que as características da vivência de uma tristeza intensa, desencadeada por um evento específico, podem ser mimetizadas com uma experiência de depressão (Wakefield et al., 2010). Nesse sentido, uma avaliação cuidadosa e uma compreensão das possibilidades terapêuticas ampliam o curso terapêutico cabível em cada caso.

Além da diferenciação de um processo de tristeza dos quadros depressivos, houve uma preocupação em diferenciar a depressão unipolar da bipolar, como menciona o P3:

*Ahh... Por exemplo, é... a **diferenciação do bipolar**, né? tem... tem um quadro bipolar em que às vezes as situações de mania não são muito claras pro paciente. Então, quando você faz uma investigação dele, por exemplo, um episódio maníaco, alguma compulsão por compras ou algo típico, né? típico de bipolaridade, o paciente não sabe dizer ao certo. E também, às vezes, o quadro bipolar fica... mais... é... intenso no... na depressão. Essa é uma dificuldade, é o diferencial...*

- 
- durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?
  - durante o último mês, você se sentiu frequentemente incomodado por ter pouco interesse, ou prazer para fazer as coisas?

A preocupação e a dificuldade em diferenciar depressão uni e bipolar, manifestadas na fala de P3, são apresentadas também por pesquisas que indicam um nível significativo de diagnósticos inadequados, quando o transtorno bipolar é diagnosticado como unipolar. Esta afirmação fundamenta-se nas falas de Stensland et al. (2010), Costa (2008) e Brunoni (2008), os quais concordam que as consequências desse erro de diagnóstico significam um maior nível de sofrimento para o paciente e um aumento de custos para o governo, considerando a distribuição de medicamentos e aumento de internações em função de tratamentos inadequados.

Nos depoimentos dos psicólogos entrevistados, o processo do diagnóstico diferencial caracteriza-se ainda pela *investigação de possíveis causas orgânicas* (3.3.2), que podem desencadear ou contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos num quadro de comorbidade. O diagnóstico diferencial dos fatores orgânicos esteve presente na fala de onze participantes:

*Com certeza. Isso eu senti que foi mais na rede porque psicólogo, principalmente quando a gente é recém formado, quando a gente trabalha fora em consultório, tem muito aquela questão de psicologizar tudo. Você pode tá, triste, tá sem ânimo, pode tá isso, tá aquilo – então é depressão. A gente não lembra de perguntar se a pessoa tem ido ao médico, se ela fez os exames de rotina, se ela não tem nenhum problema de saúde... Dificilmente, fora da rede, a gente sabe que doenças podem causar sintomas depressivos, coisas que no dia-a-dia a gente vai aprendendo. Então, mesmo que tenha toda aquela sintomatologia, sempre lembro de perguntar, né? Se a pessoa tá indo ao médico, fez todos os exames, que tipo de doenças tem, fez exame de tireoide, enfim, pra ter certeza que não é nada orgânico... (P5).*

*Então eu acabo buscando costurar isso, né?(realizar avaliação médica) Então se veio direto a mim eu levo na equipe pra que a gente observe se tem mais alguma, alguma coisa interferindo nisso. Tenho um, um dos usuários que a gente atende que tem esclerose múltipla. Ela é bem jovem, uns 40 anos, então isso interfere muito. Ela usa uma medicação que causa muitas dores, que tem como efeito colateral a depressão, vem junto à dor crônica, então nesse sentido a gente precisa caminhar em conjunto, assim, não só na depressão, em qualquer outro caso (P17).*

A fala de P5 demonstrou a preocupação em entender a etiologia dos processos depressivos, a fim de realizar um diagnóstico diferencial.

Como já foi analisado na subcategoria causas orgânicas (2.3), é possível atribuir a causa da depressão a alguns estados de desequilíbrio ou doenças orgânicas (Joffe, 2006; Teixeira et al., 2006; Brouwer et al., 2005; Williams et al., 2009; Panicker et al., 2009). Por sua vez, o diagnóstico diferencial caracteriza-se também pela investigação de como o desenvolvimento de doenças orgânicas influenciam o estado depressivo e vice-versa.

Considerando a fala de P17, nota-se a preocupação e a importância do acompanhamento da depressão nas doenças crônicas, cuja relação de comorbidade é bem estabelecida pela literatura científica (Teng et al., 2005). Nesse sentido, as falas de P5 e P17 evidenciaram como os aspectos orgânicos e psíquicos se afetam mutuamente, num processo de recursividade, evidenciando dessa forma um olhar voltado para a integralidade da saúde do indivíduo.

*A investigação de causas por substâncias químicas (3.3.3)* constitui-se um aspecto investigado por sete psicólogos dessa rede municipal de saúde mental. O aspecto mais levantado pelos profissionais foi sobre o uso de medicamento e como isso poderia estar influenciando o desenvolvimento da depressão, como mostra o trecho a seguir:

*É importante, sim, né? é importante ter claro, é... assim, se é só a perda de alguém, que tá deixando ele triste, se **toma alguma outra medicação** que... é... que... que às vezes causa ali um efeito, né? Esses dois, principalmente, acho que são os mais presentes, assim: de ver a coisa da medicação e se tem algum luto recente, assim. É importante sim fazer o diagnóstico diferencial (P20).*

Essa correlação entre medicamentos e depressão apresentada na fala de P20 vai ao encontro de estudos, que demonstram comorbidade entre transtornos depressivos e uso abusivo de substâncias químicas lícitas e ilícitas (NIDA, 2009; Zaleski et al., 2006), além do uso de fármacos que podem desencadear episódios de depressivos (Kripke, 2007; Horimoto et al., 2007). Nesse sentido, ao se considerar o impacto do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas e possíveis efeitos colaterais de medicamentos no desenvolvimento de quadros depressivos, faz-se mister que, durante a realização de um processo de diagnóstico diferencial, esses aspectos sejam contemplados a fim de possibilitar um projeto terapêutico mais integral no que tange à saúde física e psíquica do indivíduo.

A subcategoria diagnóstico diferencial abordou também o conceito *distímia* (3.3.4), temática explorada no QCD que investigou a distímia por meio da apresentação breve de um caso com sintomas específicos e demanda do diagnóstico mais adequado ao caso apresentado, conforme demonstrado:

A próxima pergunta será respondida segundo a seguinte situação fictícia:

Paciente de 49 anos, sexo masculino, divorciado, vive na casa da mãe com um filho de 10 anos. Ele relata que se viu preocupado e pessimista a maior parte de sua vida adulta. Está um pouco deprimido e não tem muita alegria; tem dificuldade de tomar decisões e é pessimista em relação ao futuro. Durante os últimos 20 anos relata que os períodos que se sentiu normal ou menos deprimido duraram 4 ou 5 dias. É funcionário público num cargo administrativo de nível médio, embora tenha concluído cursos de graduação e especialização.

**7 . Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?**

- a. Transtorno depressivo sem outra especificação.
- b. Transtorno depressivo maior recorrente por se sentir um pouco deprimido.
- c. *Distímia em função do longo período de humor deprimido.*
- d. Distímia em função da sensação de pessimismo.
- e. Síndrome do pânico.

O questionamento a respeito da distímia foi elaborado a partir de um relato resumido de um caso presente no livro *Psicopatologia* de Barlow (2008). A alternativa chave foi escolhida por 16 participantes, ou seja, 73% da amostra, sendo escolhida por 33% do grupo de participantes que tiveram baixo desempenho e por 100% dos

participantes, que obtiveram melhor desempenho, o que resultou num índice de discriminação de 0,67, considerado aceitável.

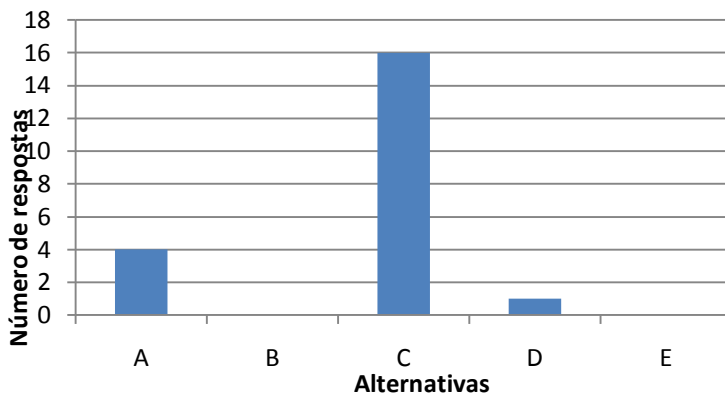


Figura 7 - Distribuição das respostas do item sobre distímia

Ressalta-se que o reconhecimento do conceito de distímia pelos psicólogos atuantes na rede não indica, necessariamente, que a mesma seja diagnosticada pelos profissionais de saúde, como fica exemplificado na fala de P3:

*Mas uma coisa que às vezes me pego assim é a diferenciação da **distímia** para o transtorno depressivo. Muitas vezes o paciente descreve aquela questão "há muitos anos", né?, com humor mais deprimido, e tal, mais mantém ainda algumas atividades, mesmo que seja um grau de satisfação... é... mantém uma relação social, que tem momentos de diversão e tal... – e aí eu fico um pouco na dúvida se essas são tentativas de mascarar ou se é o típico do distímico, que consegue manter umas atividades mesmo estando com o humor um pouco mais baixo. Nessa diferenciação, às vezes eu tenho uma certa dificuldade e aí demando mais sessões e conversas com os colegas pra... pra fechar um diagnóstico melhor.*

A fala de P3 apontou para uma dificuldade relacionada ao reconhecimento e diagnóstico do transtorno distímico, o mesmo tipo de dificuldade mencionada no estudo de Avrichir e Elkis (2002), que demonstrou que os psiquiatras diagnosticaram distímia em 27% de pacientes de uma amostra cujo escore dos testes de avaliação pontuavam para o transtorno distímico.



Dessa forma, os dados da pesquisa Avrichir e Elkis (2002) corroboram para uma compreensão de que a distímia é subdiagnosticada e subtratada na rede de saúde mental. As dificuldades relacionadas ao diagnóstico podem estar ancoradas na construção de seu conceito, cabendo indicar que a distímia incluída no DSM III em 1980, configurou-se um termo substituto aos termos *depressão neurótica* e *personalidade depressiva*, presentes no DSM II e DSM I, respectivamente, quando havia uma influência significativa da psicanálise na nosologia dos processos psíquicos (Lopes, 2009; Trippicchio, 2007; Wanderley, 2000).

Assim, a partir do DSM III, o sofrimento psíquico e as doenças mentais ganharam uma visão nosográfica destituída de uma compreensão etiológica, como foi apresentado na subcategoria *Perspectiva da lógica biológico funcionalista (1.1)*. A CID 10 (OMS, 1993), por sua vez, considera os termos *neurose depressiva* e *depressão neurótica* de origem psicanalítica, na construção de conceito da distímia, configurando uma leitura psicodinâmica à concepção do transtorno distímico.

O resultado do QCD indicou que a maior parte dos psicólogos reconhece a sintomatologia da distímia. Por sua vez, cabe investigar se os psicólogos reconhecem distímia como uma categoria ou um fenômeno psicológico, uma vez que o fundamento da concepção da distímia distímico caracteriza-se em uma construção desenvolvida pelos manuais de psiquiatria (DSM IV - TR, APA, 2002; CID 10, OMS, 1993). Ainda em relação ao diagnóstico diferencial, os profissionais de saúde apontaram para a *importância do trabalho em equipe (3.3.5)*. Esse aspecto esteve presente na narrativa de oito profissionais, como mostram os fragmentos a seguir:

*Eu considero muito importante fazer (diagnóstico diferencial). Eu acho difícil o diagnóstico diferencial. Eu geralmente **partilho em equipe**, né? Geralmente com o psiquiatra – eu preciso da ajuda dele pra conseguir fazer um diagnóstico diferencial (P19).*

*Então, com certeza, é, existe, por exemplo, o **matriciamento**. Então quando eu detecto que é um caso que denota uma atenção maior, no sentido clínico, ou psiquiátrico, eu sempre encaminho pro matriciamento. Porque nem tudo é só emocional, né, psicológico (P16).*

A possibilidade da realização do trabalho em equipe, apontada nos depoimentos de P19 e P16, está sustentada pelo conceito de clínica ampliada e compartilhada (Brasil, 2009) e organizada por uma lógica de processos de trabalho marcado inicialmente pelo atendimento em equipe de apoio matricial, que posteriormente foi institucionalizada em equipes NASF (Brasil, 2008 - Portaria GM n.154). Esse modelo de atenção tem como proposta qualificar e complementar o trabalho das equipes de saúde da família, com o intuito de superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde (Nascimento e Oliveira, 2010). Dessa forma, a discussão dos casos para a realização de diagnóstico, a avaliação psicossocial e o estabelecimento de projeto terapêutico passaram a ser atividade da equipe de saúde da família em conjunto com as equipes de apoio matricial / NASF, facilitando assim a realização do diagnóstico diferencial, conforme mencionado pelos entrevistados P13 e P16.

Uma das etapas desse processo de *discussões de casos e realização de diagnóstico em equipe (3.3.6)* foi objeto de observação participante de campo, realizada ao longo de dezoito reuniões das equipes regionais de saúde mental, as quais caracterizavam-se como uma forma de apoio matricial entre atenção secundária, representada pelos CAPS, e pela atenção básica, representada pela equipe de saúde mental

Nessas reuniões, os casos eram apresentados por meio da descrição da condição sociofamiliar do paciente no sentido de fornecer um retrato contextualizado do caso clínico, bem como a apresentação do conflito, os principais sintomas e uma possibilidade diagnóstica. Nessas discussões, os casos de depressão apresentados estavam associados ao risco de suicídio, houve também a apresentação de uma situação de depressão crônica associada a um tumor cerebral e em um caso de um pré-adolescente com depressão severa, sendo que, nos dois últimos, foram observadas discussões com o objetivo de estabelecer um diagnóstico diferencial.

Com exceção dos casos anteriormente descritos, foi possível observar que a depressão era apresentada como um sintoma ou uma de outros tipos de sofrimento psíquico, tais como *borderline*, obsessivos compulsivos, alcoolismo e psicose. Cabe ressaltar também que não se observou uma discussão acerca desta temática entre os profissionais de saúde ao longo dos 18 encontros que foram acompanhados pela pesquisadora.

Em termos gerais, durante o período de observação nas reuniões de apoio matricial da atenção secundária ficou evidente que a depressão foi apresentada em 16 das 18 reuniões, como um sintoma associado a um outro diagnóstico, não se caracterizando, portanto, tema de discussão entre os profissionais.

#### 7.3.4 Subcategoria Abordagem do Suicídio (3.4)

Essa subcategoria também é formada por elementos de análise provenientes da entrevista e do questionário. O dado objetivo oriundo do questionário teve como intuito identificar *aspectos epidemiológicos do suicídio (3.4.1)*, que contribuem para a construção de um perfil do tipo suicida e para fatores de riscos associados. O item do questionário, entre diferentes distratores, tem como resposta chave uma afirmativa sobre gênero e idade relacionada ao suicídio, como demonstrado a seguir:

#### **8. Quanto ao suicídio, assinale a opção que lhe pareça correta**

- a. Em casos de depressão, a investigação ativa sobre ideações suicidas pode induzir ao suicídio.
- b. A ideação suicida deve ser investigada apenas em caso de depressão severa.
- c. As mulheres se suicidam mais do que os homens.
- d. *O risco individual de suicídio aumenta para homens acima de 45 anos.*
- e. Os homens tentam mais suicídio do que as mulheres.

Esse item investigou aspectos diagnósticos e epidemiológicos do suicídio, tendo como fonte bibliográfica o Protocolo de Atenção à Saúde Mental e o DSM IV -TR (APA, 2002). A alternativa chave foi escolhida por nove participantes, representando 41% dos respondentes desse grupo. Destes, 11% dos que tiveram baixo desempenho e 75% dos que tiveram alto desempenho escolheram a alternativa chave, resultando em um índice de discriminação de 0,64, considerado satisfatório para a pesquisa do tema.

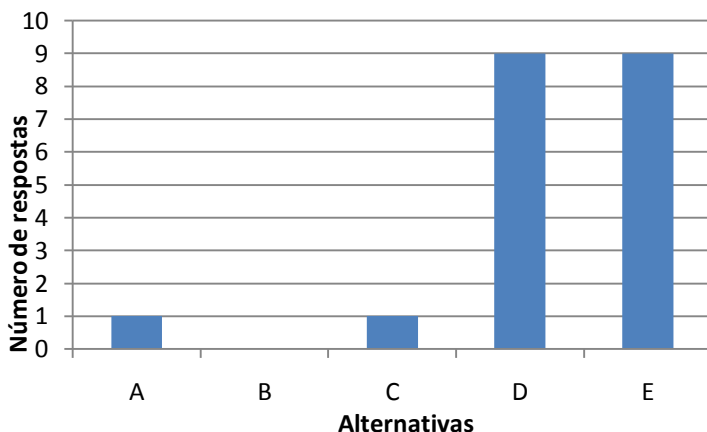


Figura 8: **Distribuição das respostas do item sobre depressão e suicídios**

O objetivo de investigar o nível de conhecimento dos profissionais acerca do perfil epidemiológico do suicídio está ligado à prevalência dos quadros depressivos associados aos casos de suicídio, às tentativas e ideações suicidas, conforme estudo de Chachamovich et al. (2009) e Manual de prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b).

Esse item explorou, especificamente, a relação entre índice de suicídio com sexo e idade. A alternativa chave foi construída a partir de dados estatísticos que demonstraram que o suicídio é mais prevalente entre homens, numa relação aproximada de 3:1, quando comparados aos dados de suicídios entre mulheres. Essas diferenças ficam mais evidentes em homens acima de 40 anos e o risco aumenta para homens acima dos 60 anos (Lovisi et al., 2009; Schimitt et al., 2008; Viana et al., 2008; Santos et al., 2005 e Brasil, 2006b). Esses dados de pesquisas evidenciam que homens acima de 40 anos com uma sintomatologia depressiva podem apresentar um maior risco de suicídio, dado que precisam ser observados no processo diagnóstico e tratamento da depressão. Nesse sentido, o resultado deste item no QCD apontou a necessidade de esclarecimentos, quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes com comportamento suicida.

Ao se considerar os contextos das pesquisas sobre a relação entre depressão e suicídio, a avaliação do risco do suicídio caracteriza-se como um aspecto do diagnóstico e uma realidade na atenção básica. Nessa pesquisa, quando indagados sobre o risco de suicídio, houve um

ponto consenso, uma vez que todos os psicólogos afirmaram realizar uma avaliação do risco do suicídio. Dentre os entrevistados, ressalta-se um total de dezoito psicólogos que afirmaram investigarem sobre o suicídio *a partir de indícios do paciente (3.4.3)*, sejam presentes no discurso do paciente, sejam presentes no prontuário ou ainda quando se apresentam como um fato na história da família:

*Tem todo um contexto, de acordo com aquilo que ele (o paciente) vai trazendo pra mim. Vou perguntando como é que tá a vida dele, o que ele tem feito em relação ao passado, como é que foi, se já teve depressão, como é que aconteceu. E, neste meio tempo, eles acabam trazendo sempre alguma coisa que às vezes indica e aí, **quando tem o mínimo de indicativo, aí já faço a pergunta**, porque depende do nível da depressão inclusive (P8).*

*Cada caso é um caso e, na conversa, a gente vai sentindo o momento de entrar nessa questão, ouvindo sobre o ... **ouvindo o discurso do paciente (P1).***

Os indícios apresentados por P8 e P1 coadunam com os resultados da pesquisa Feldman et al (2007), quando apontam que clínicos gerais na atenção primária investigam sobre o risco de suicídio em casos de depressão mediante algum indício, não se caracterizando, portanto, numa prática clínica comum a todos os pacientes deprimidos. Um outro grupo de participantes, formado por oito psicólogos, afirmou que há sempre uma *investigação sobre ideação ou planos suicidas em casos de depressão grave (3.4.4)*, com o intuito de diminuir os riscos, como mencionam dois destes:

*Digamos quase sempre, se eu achar que tá muito grave, se é uma **depressão digamos assim muito grave, aí eu pergunto**. Mesmo que ele não traga, mas assim se eu achar que tem risco, se eu achar que tem risco. E eu sempre tento trazer a família (P15).*

*Porque a gente sabe que é assim: **o risco de suicídio**, ele aparece nas **depressões mais graves!** Então, aí, eu geralmente não pergunto, a não ser que eu tenha dúvida, mas quando é uma depressão moderada pra grave, que a gente percebe que já tem comprometimento, eu sempre pergunto. Porque é um risco, né? Um risco bem grande (P19).*

Um grupo com menor participação, quatro psicólogos, afirmou que realiza *abordagem sobre ideação suicida em todos os casos de depressão* (3.4.2), como mostram os trechos abaixo:

*Eu sempre pergunto, mesmo que eu ache que seja uma **depressão superleve**, às vezes até um caso de luto, por via das dúvidas, eu prefiro pecar pelo excesso do que pela omissão. Na primeira oportunidade que eu sinto que a pessoa tá à vontade comigo, eu acabo perguntando (P5).*

*Ah, eu pergunto, pergunto, **quando é depressivo acho que eu pergunto pra todo mundo**. Não sei se na primeira entrevista, entendeu? Mas eu vou me preocupar com isso, sempre, casos depressivos eu sempre me preocupo com isso. **Mesmo que seja uma depressão leve**, assim, vai passar por essa “ó pensamento de morte”, eu vou perguntar, né? Aí eu acabo perguntando sim, pra todo mundo (P21).*

As diferentes narrativas, trazidas pelos participantes a respeito da forma e situação em que investigam o risco de suicídio, se diferenciam em relação ao momento mais adequado considerando-se os indícios de risco e a gravidade da depressão.

Nesse sentido, as indicações sobre a abordagem do risco e do comportamento suicida encontram-se apresentadas em protocolos relacionados à temática do suicídio e da depressão.. Por exemplo, no Brasil, o Manual de Prevenção de Suicídio (Brasil 2006b) aborda o risco do mesmo a partir dos diferentes tipos de sofrimentos psíquicos, sem necessariamente especificar sobre os tipos de casos ou o nível de gravidade para sua investigação. Nesse caso, as indicações são sobre a forma de abordar o paciente em risco, considerando-se uma relação de confiança e proximidade. Tais características foram observadas na narrativa dos psicólogos, quando descreviam a forma de abordar o paciente em risco de suicídio.

Cabe ressaltar os protocolos do Chile e do Reino Unido sobre manejo e tratamento da depressão, os quais indicam, em casos de depressão severa, que o risco de suicídio deve ser avaliado como parte do diagnóstico (Ministerio de Salud – Chile, 2006) e do Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Tão logo, o momento e a forma de conduzir a investigação do risco de suicídio variem entre os participantes da pesquisa, ficou evidente o risco de suicídio com um dos aspectos considerados no processo de diagnóstico, seja por meio de observação, ou por meio de uma investigação direta.

### 7.3.5 Subcategoria *Questionamentos e Dificuldades em Relação ao Diagnóstico (3.5)*

Esta subcategoria apresentou significações relacionadas aos questionamentos acerca do conceito de diagnóstico da depressão, no contexto da saúde mental, bem como as dificuldades relacionadas aos processos de trabalho que influenciam a realização do diagnóstico nesse contexto.

Entre as significações que remetem à visão questionadora do processo diagnóstico, a *banalização do diagnóstico da depressão (3.5.1)* foi apontada como um dificultador à abordagem da demanda do paciente, uma vez que este chega com uma concepção de seu sofrimento psíquico nomeada e confirmada por instâncias sociais (família e comunidade) e institucionais (profissionais da saúde), que estabelecem um significado ao seu sofrimento. As falas de P9 e P11 representam esse aspecto, que foi abordado por seis psicólogos:

*Não sabe bem que mal-estar é esse “ah então é uma depressão e tal!”, mas muitas vezes nem é, né? É um diagnóstico que se popularizou muito, então se usa indiscriminadamente, pra qualquer coisa já vem com um nome de depressão, tal, né? (P11).*

*Na verdade, como eu já tenho um preconceito grande com diagnóstico, a maioria esmagadora dos que aparecem com este diagnóstico. Primeiro, que já se tornou uma palavra tão de uso comum, então o cara já vem diagnosticado pelo vizinho, pelos amigos, pelo médico – quando é médico então, nem se fala, aí já encarnou, já vestiu e pronto... Mas às vezes isso vem até quando o vizinho fala isso, ele já encarna, e aí não tem como, é muito difícil desgrudar ele disso. Eu tendo a fazer um trabalho muito grande assim com essas pessoas do que é depressão, até pensar junto. Porque é bem isso: “eu tô triste porque tô deprimida”. “Como assim? Você tá triste porque tá deprimida?” Então, é infernal às vezes, sabe? (P9).*

A banalização ou a vulgarização do diagnóstico da depressão, mencionado pelos psicólogos, tem como raiz a difusão dos manuais de psiquiatria: (APA, 1994) e CID 10 (OMS, 1993) no campo do saber da saúde e que possibilitou que outros profissionais da saúde, fora do campo *psi*, se apropriassem do conceito de depressão, utilizando-o de forma nosográfica, portanto, parcial (Rodrigues, 2000; Tavares, 2010).

O uso disseminado do conceito de depressão baseado em

sintomas migrou do campo exclusivo do saber da saúde e ganhou um significado social que não abrange a complexidade clínica envolvida na compreensão da depressão, mas utiliza o termo como uma forma de explicação social das mazelas do indivíduo (Santos, 2007). Dessa forma, como assinalou P9, o vizinho também pode diagnosticar a depressão, sendo que tal diagnóstico tem valor de reconhecimento social.

Na mesma fala, P9 assinalou que, quando o diagnóstico é dado por um médico, o questionamento sobre esse lugar da depressão é mais difícil de ser realizado:

*“[...] pelo médico – quando é médico então, nem se fala, aí já encarnou, já vestiu e pronto...”. (P9)*

Na perspectiva dos psicólogos entrevistados, o diagnóstico incorporado pelo paciente tem duas implicações relevantes na atribuição de sentido ao sofrimento psíquico. A primeira está relacionada ao reconhecimento médico do sofrimento psíquico, o qual contribui para que o paciente construa uma percepção fragmentada do sofrimento psíquico, privilegiando o lugar da doença. Essa *concepção biomédica do diagnóstico* (3.5.2) foi apontada por sete participantes e pode ser observada no fragmento abaixo.

*Então uma coisa que eu tava pensando, eu acho que muitas vezes o diagnóstico de depressão só atrapalha a condução do caso, né? Então a gente recebe um paciente em sofrimento, que vem com esse rótulo, né? Com esse significante, como diriam os Lacanianos, né? É, muitas vezes, é bastante complicado no sentido de que o paciente trata esse seu padecimento quase que como se fosse uma gripe que ele tivesse pego, né? Quando ele diz “ah, eu tenho depressão”, né? E “eu vim aqui porque o médico me mandou porque eu tenho depressão”, como se ele não tivesse nada a ver com isso, né? Então, por isso assim, pra mim é difícil, é, colocar, tratar, né, a subjetividade desses termos de transtornos mentais, né? Então, porque em muitos casos isso é desimplica o sujeito daquilo que lhe acontece, né? Então é como se ele não tivesse responsabilidade alguma sobre o que tivesse lhe acontecendo... (P7).*

Conforme observa-se, P7 evidenciou o modo como um diagnóstico médico pode ter um impacto na construção do significado da depressão para o paciente, visto que o diagnóstico legitima o lugar da doença. Para Rodrigues (2000), Tavares (2009) e Tavares e Hashimoto, (2010) a construção desse significado, que se deu na relação entre



médico e paciente, está embasada numa visão sintomática da depressão, na qual as questões subjetivas, as relacionais e os aspectos sociais não foram contemplados no processo diagnóstico. A partir dessa perspectiva, a doença pode se constituir como uma condição exógena e, portanto, isentar o lugar da subjetividade que está implicada na experiência da depressão.

A segunda implicação da “encarnação” do diagnóstico pelo paciente está intimamente relacionada com a primeira, à medida que o diagnóstico conferido pelo médico pode funcionar como um *instrumento de permanência do sintoma* (3.5.3), de acordo com a concepção de três psicólogos sobre o impacto do diagnóstico para o paciente. O fragmento abaixo é representativo dessa concepção.

*... Tem uma diferença entre saber o que eu tenho, a partir daí fazer alguma coisa com isso, ou aí terminar no “sabendo o que eu tenho”. “Eu tenho depressão, então meu vizinho tem que entender que eu não quero abrir a porta porque tenho depressão”. “Ah, meu esposo tem que entender que eu não quero sair do quarto porque eu tenho depressão”. **Então às vezes o diagnóstico acaba ajudando a pessoa a ficar naquele lugar comum.** A questão da perícia também é um outro grande assunto, a pessoa se apropria daquilo e acaba abandonando as tentativas. Eu acho quando a gente questiona um pouquinho não o diagnóstico em si, mas a visão que a pessoa tem disso, como que ela se vê, tu consegue ir abrindo outras possibilidades, da pessoa sentir-se triste mas poder fazer outras coisas (P17).*

Como apresentou P17, o diagnóstico pode funcionar como um instrumento de permanência do sintoma, à medida que seu significado exerce uma função além da legitimidade do sofrimento psíquico. O entrevistado P17 evidenciou que o diagnóstico da depressão pode se tornar uma explicação para a forma de existir no mundo.

Considerando-se os questionamentos ao processo diagnóstico e a forma como o mesmo é utilizado na saúde mental, os psicólogos afirmaram que a postura profissional é marcada pela compreensão de que *o conflito e a história do paciente são mais importantes do que o diagnóstico* (3.5.4), uma vez que o olhar profissional se volta para o processo subjetivo vivenciado pelo indivíduo, como sustentou um grupo de 8 psicólogos:

*É, como eu não **procuro fazer esse tipo de diagnóstico...** Então me interessa **o que a pessoa fala sobre o seu sofrimento** (P7).*

*Não posso negar que exista a classificação da depressão como doença, mas na minha prática, não é nisso que eu me apego, entendeu assim? Eu não nego que exista essa definição, não nego que seja medicada, mas na minha prática não é nisso que eu vou me prender. Por isso que a intervenção não muda tanto de um paciente depressivo ou não. Depende do que ele apresenta pra mim, como história, como sintoma, como queixa (P17).*

O primeiro aspecto a ser observado nos fragmentos apresentados é que eles demonstraram um cuidado com a história e o sofrimento do indivíduo, a despeito do que o diagnóstico possa dizer; especialmente porque, nesse contexto, muitas vezes, o paciente chega diagnosticado por um clínico geral, ou por um psiquiatra. Esses dados vão ao encontro de estudos de Azeredo Coutinho (2007); Esteves e Galvan (2006); Yalom (2006); e Cambaúva e Silva Junior (2005), que afirmam que o diagnóstico, especialmente o psiquiátrico baseado num conjunto de sintomas, pode significar uma estratégia que engessa o exercício da escuta qualificada, a qual possibilita a compreensão dos aspectos subjetivos que constituem a experiência da depressão. Nesse sentido, para os participantes, o diagnóstico passa a ter valor secundário diante da história do indivíduo. Essa posição profissional leva alguns psicólogos a terem uma dificuldade à realização do diagnóstico, como mencionam P9 e P11:

*Eu vejo assim, pra mim não é depressão, pra mim é um contexto de vida, é uma situação de vida que a pessoa tá vivendo e viveu, uma forma que ela viveu e tá vivendo a vida dela. Então eu tenho, não sei, uma dificuldade de diagnóstico mesmo... (P9).*

*Acho que essa é minha resistência, assim, tenho dificuldade em pensar isso, né? (diagnóstico) Mas consigo entendê-la, né, como um sintoma fazendo parte de um todo, assim, né, não como uma, como uma doença, isso pra mim não faz muito sentido, né? (P11).*

O olhar clínico sobre o significado da depressão, no lugar de uma compreensão diagnóstica, como foi tratado pelos psicólogos, evidenciou o que Balieiro Junior (2005) chama de enfrentamento do paradoxo do processo psicodiagnóstico no âmbito da saúde pública. Esse paradoxo caracteriza-se pela dificuldade em conciliar um serviço de avaliação psicológica dentro de padrões em conformidades com certas especificações, em relação a um campo heterogêneo de saberes e

práticas.

Os psicólogos entrevistados apontaram ainda algumas *dificuldades relacionadas aos processos de trabalho do profissional* (3.5.5) em relação à realização do diagnóstico, no que tange aos seus processos de trabalho. Esse aspecto foi levantado por seis participantes. O principal foco apresentado pelos profissionais trata-se da realização de diagnósticos formais, para fins de atestados ou perícias, como mostram os excertos:

*Às vezes, talvez quando eles vem com a **demanda de perícia, de elaborar um atestado**, que tenha ali um CID, aí sim talvez pode haver um pouquinho de questionamento, assim, **alguma dificuldade**. Mas no dia-a-dia, na prática acho que não, não interfere muito, assim (P17).*

*Se eu tivesse **que fazer (um diagnóstico formal)**, eu acho que muitas vezes **(a depressão) se confunde com outras coisas**. E, isso dificultaria pra fazer... Mas se a gente for então pega lá o DSM IV lá ou o CID, é fácil, me parece, né? (P7).*

A fala mencionada evidenciou a necessidade de se adequar compreensão e linguagem comuns e reconhecidas, tanto pela rede municipal de saúde mental como por outras instituições. Nesse sentido, o diagnóstico se faz necessário, melhor dizendo, obrigatório a partir da necessidade de registrar dentro da linguagem do CID 10 (OMS, 1993), um manual, como coloca Balieiro Junior (2005), construído dentro da tradição médica.

### 7.3.6 Síntese da Categoria Construção do Diagnóstico

A categoria do diagnóstico trouxe posicionamentos teóricos, como visto nas categorias anteriores, mas também já delinea posicionamentos profissionais à medida que trata do momento inicial do atendimento, quando o profissional conhece a demanda, o conflito do indivíduo numa relação psicólogo-paciente.

Dessa maneira, cabe ressaltar que quando questionados sobre o processo de diagnóstico da depressão, um grupo de dezessete psicólogos apresentou uma reação de dúvida ou estranhamento em relação ao termo diagnóstico. Os significados que emergiram a partir dessa reação formaram a subcategoria *questionamentos e dificuldades em relação ao diagnóstico (3.5)*, a qual evidenciou que o foco do trabalho está em oferecer uma escuta qualificada às demandas e ao mundo subjetivo do indivíduo sem, necessariamente, ocupar-se pela realização de um diagnóstico. Os psicólogos entrevistados apresentaram ainda um posicionamento crítico contra uma prática de avaliação centrada nos sintomas, sem que os aspectos psicológicos e sociais sejam considerados e implicados num processo diagnóstico.

Essa posição de dificuldade, ou de divergência em relação ao termo diagnóstico, revelou também uma postura epistemológica própria do campo do saber do psicólogo, na medida em que a avaliação psicológica se caracteriza por um processo de acolhimento, de escuta e entendimento da demanda e de seus significados, em conjunto com as considerações sócio-ambientais para a composição de uma compreensão diagnóstica. Essa é uma tarefa que exige um tempo diferenciado do processo do diagnóstico realizado por médicos que, tradicionalmente, realizam a avaliação da demanda em saúde por meio de indicadores na busca da construção de uma hipótese diagnóstica, que sustente uma opção de tratamento.

Nesse sentido, essa posição evidencia a necessidade de uma discussão sobre o significado do diagnóstico para os diferentes profissionais de saúde, com o intuito de estabelecer consensos e reconhecimento dos processos de trabalho das distintas áreas, fortalecendo, desta forma, o diálogo interdisciplinar.

A continuação da investigação sobre os processos diagnósticos abordou também a questão do uso de *instrumentos diagnósticos (3.2)* no desenvolvimento da avaliação psicológica, em casos de depressão. Quanto à temática, os psicólogos relataram que a entrevista é a principal forma de acessar os conflitos e os sintomas do paciente, na sua variação e intensidade. De um total de vinte e dois psicólogos, quatro declararam

utilizar algum instrumento de avaliação, como apoio ao processo de entrevista, sendo que apenas 1 o faz de forma frequente. A não-utilização de instrumentos pode estar relacionada a um processo de declínio de seu uso na avaliação psicológica, à ausência de instrumentos brasileiros padronizados, mas pode estar também relacionada à ausência de instrumentos disponibilizados pela rede municipal de saúde mental. Portanto, o acesso à variedade e intensidade dos sintomas, aspectos investigados especialmente em escalas, dá-se pela entrevista.

A investigação sobre o processo de avaliação psicológica, nos casos de depressão, abarcou ainda os tipos de sintomas mais presentes na narrativa dos participantes, os quais: somáticos (vinte psicólogos), de humor (dezoito psicólogos) e de comportamento ( dezesseis), em conjunto com a avaliação de critérios de contextualização (10 participações) no processo de *identificação dos sintomas da depressão* (3.1). Os sintomas neuropsicológicos, psicomotores e cognitivos tiveram uma participação consideravelmente menor, cujo conjunto somou um total de 8 participações.

Além do aspecto sintomatológico, é necessário compreender que o exercício do diagnóstico é mais amplo quando consideramos o contexto de uma rede de saúde mental, onde, numa proposta de trabalho multidisciplinar, o indivíduo deve ser considerado na sua integralidade. Nesse sentido, os psicólogos apontaram que a realização do *diagnóstico diferencial* (3.3) encontrava um contexto favorável para sua realização, pois, no modelo de saúde atual o profissional de saúde tem um espaço para discussões e encaminhamento dos casos.

Esse aspecto esteve presente na narrativa de 8 psicólogos, que destacaram a importância do trabalho em equipe para a realização do diagnóstico diferencial, aspecto também identificado ao longo do período de observação participante de campo bem como objeto de observação, uma vez que as reuniões de apoio matricial da equipe de saúde mental secundária, com a equipe de saúde mental da atenção básica, foram acompanhadas ao longo de 18 dias, realizadas em 5 áreas distintas. Além de propiciar um conhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde mental, o acompanhamento das reuniões possibilitou observar um momento de interação entre os profissionais de saúde num exercício de interdisciplinaridade, durante a discussão dos casos. Nessas reuniões, a depressão foi abordada, na maioria dos casos, como um sintoma de outros conflitos psíquicos, reforçando um lugar sintomático da depressão.

A investigação dos aspectos orgânicos e das causas químicas é uma prática no processo de diagnóstico de dezoito psicólogos, que afirmaram que incluem a avaliação desses aspectos na entrevista inicial, ampliando o escopo das causas que levam ao desenvolvimento da depressão. Além dos aspectos orgânicos e químicos indicados pelos psicólogos, os participantes abordaram a questão da diferenciação entre tristezas intensas e depressões uni e bipolares – aspecto mais citado, com dezenove participações, como uma das preocupações na reavaliação do diagnóstico diferencial. A narrativa dos participantes evidenciou preocupação e cuidado e, por vezes, dificuldade em diferenciar esses três aspectos, confirmando uma concepção de que o diagnóstico da depressão não é tarefa fácil, de acordo com os apontamentos na literatura científica.

Quanto a distímia, os dados demonstraram que os psicólogos possuem conhecimento sobre sua sintomatologia, o que ampliaria, em tese, o escopo do diagnóstico. Entretanto, esse dado foi avaliado apenas de forma objetiva. Estima-se que uma investigação mais aprofundada poderia definir o significado deste conceito, bem como é observado e tratado pelos psicólogos atuantes na rede de saúde mental.

Evidenciou-se que o diagnóstico diferencial da depressão para os psicólogos se constitui uma tarefa que requer análise das diferentes nuances da demanda como meio de chegar a um diagnóstico e projeto terapêutico adequados a cada um. Nesse sentido, *a abordagem do suicídio (3.4)*, para dezessete dos vinte e dois psicólogos entrevistados, baseia-se numa escuta qualificada e cuidadosa dos aspectos trazidos pelos pacientes deprimidos e que indicam uma possível ideação ou plano suicida, para que a abordagem seja então realizada. Do grupo de entrevistados, quatro participantes afirmaram que abordam o suicídio em todos os casos de depressão. De todas as formas, foi possível observar que, para os psicólogos, a questão do comportamento suicida e o risco de suicídio constitui-se em aspecto constantemente observado no processo psicodiagnóstico.

As diferentes subcategorias que compõem esta categoria demonstraram a complexidade de variáveis a serem observadas para a realização do diagnóstico da depressão, no contexto de uma rede municipal de saúde mental. Entre os aspectos apresentados na narrativa dos participantes, cabe ressaltar a preocupação com a compreensão e o acolhimento da história do , caracterizando assim o cerne do trabalho do psicólogo. Por sua vez, a forma como a depressão se manifesta nos seus aspectos psicossociais e orgânicos se diferencia de indivíduo para indivíduo e possui características específicas em cada etapa do ciclo de

vida, que foram consideradas na análise de dados que segue em continuação.

#### 7.4 Categoria Visualização do Conhecimento sobre Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclos de Vida (4)

Essa categoria teve como objetivo acessar as diferentes significações presentes na narrativa dos psicólogos, acerca do conhecimento sobre depressão nas diferentes fases do ciclo de vida do indivíduo. Os significados que emergiram na entrevista, foram conjugados com dados objetivos provenientes dos questionários.

Esta categoria contempla ainda uma subcategoria sobre depressão pós-parto, com o objetivo de investigar os sintomas característicos dessa etapa do ciclo de vida, cujos dados provieram do instrumento QCD.

##### 7.4.1 Subcategoria Depressão e Ciclo Vital (4.1)

Esta subcategoria contempla as concepções presentes na narrativa dos psicólogos e integralizada com os dados de diário de campo e teve como objetivo reunir significações comuns em todas etapas do ciclo de vida, as quais demonstraram o impacto da relação entre depressão e ciclo vital no cotidiano do trabalho em saúde mental.

Destaca-se a depressão como sendo o primeiro aspecto, nas diferentes fases do ciclo de vida, constituiu-se em uma *demandas pouco identificadas (4.1.1)* pelos profissionais de saúde. Um total de oito participantes afirmou que tem pouca procura por indivíduos nas fases da infância, adolescência e idosos, como demonstram os trechos das entrevistas:

*Bom, deixa eu ver... Embora não seja tão comum, vamos pensar primeiro na infância pra ter uma cronologia... **Depressão na infância, realmente eu peguei pouquíssimos casos até hoje** (P5).*

*Então, **adolescente**, assim, raramente, né? No que eu tenho observado, na minha prática, **raramente aparecem**... É uma fase da vida assim que **acho que eles fogem da unidade de saúde**, porque eles não aparecem (P2).*

***Não atendo muitos idosos**, sabe? É, tem alguns de 60 assim, né? Por exemplo, **acima de 65 não tem nenhum, né?** (P7).*

Conforme a fala dos participantes a demanda pouco identificada de pacientes, nas fases da infância; adolescência; ou dos idosos, pode estar relacionada à menor prevalência da depressão nessas fases da vida, (OMS 2001), configurando, dessa forma, um dado acerca da percepção dos participantes sobre a pouca demanda de pacientes nessas fases do ciclo vital.

Além de uma menor prevalência, essa percepção de pouca demanda pode estar relacionada com características específicas de cada fase. Há pesquisas que demonstram que os adolescentes têm dificuldade em estabelecer laços terapêuticos com os profissionais de saúde, ou de acesso aos centros de saúde (Klein et al., 1999; Jacobson et al., 2001).

Em relação aos idosos, o processo de avaliação e diagnóstico da depressão pode ser obscurecido pela compreensão de que os sintomas estão relacionados a um processo natural de envelhecimento (Goldfarb et al., 2009; Gazalle, Hallal & Lima, 2004; OMS, 2001), diminuindo assim a possibilidade de diagnóstico e tratamento adequados. Ainda em relação aos idosos, a pesquisa de Volkens et al. (2004) demonstrou que os clínicos gerais têm uma dificuldade na diferenciação da depressão e outros problemas psicológicos e sociais, o que dificulta o diagnóstico nessa etapa da vida.

A depressão na infância, embora amplamente estudada, não se constitui em uma entidade nosográfica isolada para os principais manuais de psiquiatria DSM IV - TR (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993), possuindo, portanto, os mesmos critérios diagnósticos dos adultos (Cunha et al., 2005; Bahls, 2002). Por sua vez, a depressão na infância possui uma sintomatologia com características distintas da depressão no adulto, com ênfase em mudanças de comportamento e sintomas somáticos, o que dificulta a realização do diagnóstico (Calderaro & Carvalho, 2005; Cunha et al., 2005). A fala de P4 demonstra a dificuldade em reconhecer a depressão na infância, quando se consideram os critérios do transtorno depressivo encontrados nos manuais.

*Eu acho que sim, eu acho que a gente não encontra... (depressão em crianças) Eu pelo menos não encontrei assim, não vi tão claro né? Esses sintomas assim que a gente falou e que percebe no adulto, né? (em relação à depressão na infância) **Acho que pode aparecer de outra forma, que eu também não saberia dizer se é depressão, o que eu to te dizendo é que eu não vejo os mesmos sinais...** (P4).*



A fala de P4 representou também o segundo elemento de análise que forma esta subcategoria denominada *dificuldade em reconhecer características específicas por fases do ciclo de vida* (4.1.2). Esse aspecto esteve presente na narrativa de cinco participantes, que estabeleceram uma relação entre dificuldades em reconhecer as características da depressão com a pouca demanda, como pode ser notado nos fragmentos a seguir:

*Eu coloco assim: lá, eu **acabo trabalhando muito na faixa mediana, 30, 40 anos**, poucos são os idosos que chegam e poucas são as crianças que eu consigo estar trabalhando. Por isso, **a dificuldade de observar estas diferenças, o que acontece mais na 3ª Idade, o que acontece mais na infância** (P8).*

*Não sei te dizer, não. Assim, porque... é engraçado porque assim, o **idoso, né? A gente tem pouco contato assim**, os idosos não chegam muito na saúde mental. Tô pensando nisso agora também que você tá me perguntado isso e tentando imaginar, né, qual é a diferença, né? (P4).*

As falas de P8 e P4 demonstraram essa relação entre a pouca demanda e a dificuldade de reconhecimento das características da depressão, específicas nessas fases dos ciclo de vida. A interação desses fatores, apontados pelos participantes da pesquisa, sustenta a percepção da dificuldade em reconhecer as características da depressão por fases do ciclo vital, à medida que se compreende que o aprofundamento teórico e prático dos conhecimentos está interligado com o exercício da profissão.

#### 7.4.2 Subcategoria Depressão na Infância (4.2)

Esta subcategoria apresentou concepções a respeito da depressão na infância, no que tange seus aspectos etiológicos e sintomáticos, sendo que este último foi conjugado com o dado objetivo do questionário acerca do sintoma diferencial da depressão na infância e da depressão no adulto.

Quanto aos aspectos etiológicos, cinco participantes relataram que a depressão na infância se caracteriza como um *sintoma de um conflito familiar* (4.2.1), como está apresentado no depoimento:

*Eu acho que as crianças quanto menor, é mais evidente, **elas são muito***

*mais o reflexo daquilo que acontece à sua volta do que propriamente, venham a desenvolver um, um quadro patológico em separado disso que é o seu ciclo imediato de convivência. Eu acho que, se há uma criança deprimida, é porque em volta dela a condição, a família, ou as pessoas que tão diretamente relacionadas a ela, tem um papel extremamente importante nisso, né? O sofrimento que vai se chamar de depressão é uma tentativa de responder a isso, né? (P11).*

A compreensão de que a depressão na infância é expressão de um conflito familiar já foi, em certa medida, explorado na categoria Etiologia da depressão (2), subcategoria Aspectos psicossociais (2.2), quando se discutiu como os diferentes fatores relacionados à dinâmica familiar e às experiências de violência domésticas se constituem aspectos fundantes para o desenvolvimento de quadros de depressão na infância e adolescência. Por sua vez, fala de P11 evidenciou que a depressão na infância se constitui um sintoma dos processos familiares e não estaria relacionado ao processo subjetivo da criança, significado que coaduna com os apontamentos de Zornig (2001) e Sei et al. (2008) sobre o desenvolvimento da depressão nessa etapa da vida.

Nesse sentido, a depressão compreendida como um sintoma de um conflito familiar reflete problemas, dificuldades emocionais vivenciadas pelos adultos que circundam e cuidam dessa criança, tornando-a um mensageiro desse conflito. Os processos diagnóstico e terapêutico devem contemplar o contexto familiar, com o intuito de entender as forças atuantes do conflito.

Além dos aspectos etiológicos, os sintomáticos também foram abordados nas narrativas dos participantes e explorados no questionário de conhecimentos sobre a depressão. Um dos itens do Questionário de Conhecimentos sobre Depressão investigou o *sintoma diferencial* (4.2.2) entre a depressão da criança em relação à depressão do adulto, considerando-se os aspectos etiológicos e sintomáticos da depressão na infância. A construção do item se baseou nos dados do DSM IV – TR (APA, 2002) e no protocolo de atenção à saúde mental, vide item a seguir:

**3. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na infância. Entre elas, qual é a característica que melhor diferencia a depressão na infância em relação à depressão na vida adulta?**

- a. Rosto triste, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono são sintomas somáticos da depressão infantil.

- b. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento.
- c. Uma piora no desempenho escolar é sintoma frequente.
- d. Em escolares, pode haver também lentificação e distorções cognitivas de cunho autodepreciativo.
- e. Pensamento de morte constitui-se sintoma frequente em menores de 12 anos com depressão.

A alternativa chave foi escolhida por 12 participantes, ou seja, 55% do total da amostra. Dentro do grupo dos que tiveram baixo desempenho, 44% assinalaram a alternativa correta, enquanto que 88% dos participantes que tiveram desempenho elevado acertaram, o que originou um índice de discriminação de 0,43, considerado aceitável para a investigação desse tema.

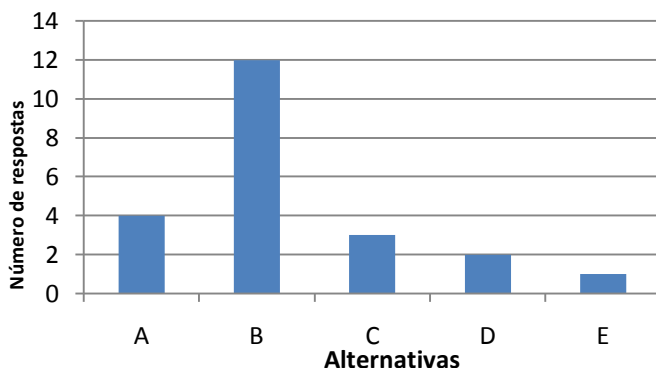


Figura 9 – **Distribuição das respostas do item sobre depressão na infância**

A resposta chave deste item se sustenta na concepção de que o humor deprimido é o sintoma afetivo fundamental para o diagnóstico da depressão, como consta no CID 10 (OMS, 1993). Entretanto, ao serem consideradas as especificidades da sintomatologia da depressão na infância, o humor irritável é mais prevalente em crianças do que o humor deprimido (Crujo & Marques, 2009; APA, 1994; Pereira & Amaral, 2004; Ribeiro Reis & Figueira, 2001).

As mudanças comportamentais foram também um dos aspectos mais abordados no *conjunto de sintomas* (4.2.3) apresentados pelos

participantes em caso de depressão na infância. Comportamentos de apatia, agressividade e hiperatividade foram apontados por onze profissionais entrevistados, como mostram os depoimentos abaixo:

*Parece que na criança é um pouco diferente do adulto, né? Ele geralmente tem as **mudanças comportamentais**, ele pode, né? Ficar mais **isolado**, pode ficar mais **agressivo**, ele pode ter **comprometimento no rendimento escolar** dele, né? **Pode até dormir demais**, mudanças bruscas de hábito assim na infância... (P19).*

*É... Tem diferença de conteúdo, né? Por exemplo, uma coisa que eu identifico assim na prática do cotidiano, um grande indício na infância são as **questões escolares**, tanto de evasão, de a criança desistir ou perder o interesse pelas atividades escolares, né? Como questões de iniciar **comportamentos supostamente inadequados**, né? **Começar a aprontar em casa, começar a quebrar coisas**... Algumas vezes as pessoas confundem com hiperatividade (P3).*

Os sintomas apresentados pelos entrevistados P19 e P3 se caracterizam em maior evidência no quadro de depressão, seja em pré-escolares ou escolares, configurando, portanto, um indicador significativo de algum tipo de depressão (Crujo & Marques, 2009; Caldero & Carvalho, 2005; Pereira & Amaral, 2004; Fu I, Curatolo & Friedrich, 2000).

As falas de P19 e P3 abordam também a questão do rendimento escolar, que é considerada outro indicador relevante para o diagnóstico da depressão (Crujo & Marques, 2009; Caldero & Carvalho, 2005; Cunha et al., 2005; Pereira & Amaral, 2004; Fu I, Curatolo e Friedrich, 2000), aspecto esteve presente na fala de quatro participantes. Outro item mencionado por três psicólogos diz respeito aos aspectos somáticos, como mostra a fala de P16:

*E às vezes ela (a criança) **não tem vontade de comer, ou às vezes ela come demais**, eu, eu tenho alguns casos, é, de crianças que vieram encaminhadas pelo clínico geral ou pelo pediatra, com sobrepeso ou obesas (P16).*

Vale ressaltar ainda que os sintomas somáticos presentes na narrativa dos participantes teve relação com os distúrbios do sono e apetite. Por sua vez, a variedade dos sintomas somáticos abarcam ainda dores abdominais, cefaleia e outros distúrbios somáticos, sendo caracterizados como sintomas da depressão que necessitam ser

considerados num processo de avaliação (Crujo & Marques, 2009; APA, 1994; Caldero & Carvalho, 2005; Cunha et al., 2005).

Dessa forma, os psicólogos entrevistados abordaram os principais sintomas característicos da depressão na infância. Cabe mencionar que esse conjunto de sintomas só se caracteriza como um quadro depressivo quando o critério de tempo de duração é considerado para a realização do diagnóstico. Nesse sentido, a apresentação de forma pontual, de um ou mais desses sintomas, não caracteriza depressão. A narrativa dos participantes também enfatizou a necessidade de avaliar o contexto familiar e social da criança, com sintomas para a realização de um diagnóstico.

#### 7.4.3 Subcategoria Depressão na Adolescência (4.3)

Nesta subcategoria, o dado objetivo do questionário, em conjunto com as significações presentes na narrativa dos participantes, exploraram os aspectos sintomáticos da depressão na adolescência. Esta categoria foi ainda formada por concepções relacionadas aos aspectos etiológicos da depressão, bem como uma discussão sobre como os *sintomas de depressão se confundem com outras características da adolescência (4.3.1)*. Este último aspecto foi abordado por quatro psicólogos, como é demonstrado em um dos trechos a seguir:

*Eu penso que tem etapas na nossa vida que são mais difíceis, né? Como, por exemplo, a adolescência, com todas as mudanças que se tem, não só hormonais e físicas, mas de passar de criança pra adulto, de passar de uma vida quase sem responsabilidades pra uma vida cheia de responsabilidades, são mudanças, responsabilidade com relação a trabalho, com relação a estudo, com relação à família, talvez **tenha uma tendência a ter mais depressão, porque aí é o normal** (P15).*

A fala de P15 abordou a concepção de que a adolescência se constitui uma fase do ciclo vital, marcada por um processo de perda do lugar da infância, transformações do corpo e do desenvolvimento da identidade de gênero, caracterizando-se o que Nardi (2004) e Preto, (1995) apontam como um momento de exploração e de busca da autonomia. Essa etapa do desenvolvimento humano não se constitui uma tarefa fácil, pois é um momento de transição, em que se abandona o lugar da infância, a identidade ideal dos pais e se enfrenta as mudanças do corpo (perda do corpo infantil), configurando-se numa etapa de luto

com manifestações que se assemelham ao processo de depressão (Silva Melo & Moreira, 2008; Monteiro & Lage, 2007b; Nardi, 2004). A fala de P11 exemplifica essa sensação de depressão:

*Pois é, eu tenho ouvido muito falar disso, dessa depressão da infância... adolescentes. Eu acho que, na **adolescência**, de certa maneira, é **normal ser deprimido** por conta do que é a adolescência, né? Adolescência é um, um momento de que a depressão faz parte. Se não, não deprimir, não é, não passou pela adolescência (P11).*

Nesse sentido, a vivência das tristezas e dos conflitos advindos desse processo de transformação fazem parte do processo de elaboração das perdas vividas e das mudanças em curso (Monteiro & Lage, 2007b). A tristeza não precisa ser, necessariamente, considerada uma experiência negativa, a não ser quando o processo de elaboração não se completa e a sensação de luto permanece, caracterizando uma depressão (Monteiro & Lage, 2007b). Destarte, a realização do diagnóstico da depressão na adolescência é uma tarefa complexa, em que é preciso levar em conta os processos psíquicos dessa etapa do ciclo de vida, bem como o contexto social do adolescente.

O conjunto de sintomas se constituiu em um outro aspecto explorado, tanto nas falas dos participantes quanto no QCD. Este último foi abordado por meio de uma pergunta que investigou sobre o *uso de drogas e processo diagnóstico (4.3.3)*, apresentado no item a seguir:

**4 Quanto à depressão na adolescência, assinale a alternativa que lhe pareça correta.**

- a. Os sintomas de irritabilidade, queixas somáticas e retraimento social são mais comuns em adolescentes do que em crianças.
- b. Na adolescência, é frequente a comorbidade de depressão com uso de substâncias psicotrópicas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.
- c. Dados de pesquisa demonstram que a detecção de depressão nessa faixa etária por profissionais de saúde da atenção básica é quase nula.
- d. As alternativas **a** e **b** estão corretas.
- e. As alternativas **b** e **c** estão corretas.

Esse item teve como fonte bibliográfica o DSM IV - TR (APA, 2002) e o Protocolo de Atenção à Saúde Mental. Além disso, dispunha

de duas respostas chaves, representadas pela alternativa “e”, que foi escolhida por oito psicólogos, representando 36% dos participantes. Observe a figura 10 com a distribuição das respostas.

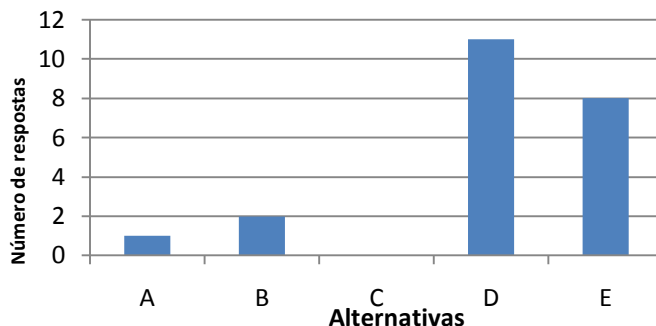


Figura 10 – Distribuição das respostas do item sobre depressão na adolescência

Por meio da análise do programa Itemam, foi possível identificar que 11% dos participantes que tiveram baixo desempenho no questionário e 50% dos psicólogos que tiveram alto desempenho escolheram a alternativa chave. Esses resultados indicam que o item apresenta um índice de discriminação com valor 0,39, considerado aceitável para investigar o tema proposto.

Esse baixo índice de acerto pode estar relacionado ao conteúdo das duas respostas chaves que foram representadas na alternativa “e”. A resposta chave “b” abordou a questão da comorbidade de depressão com uso de substâncias psicotrópicas, o que dificultaria a avaliação do dos quadros depressivos. Essa afirmativa está calcada nos estudos que apontam que a depressão é um dos preditores de usos de substâncias ilícitas (Sihvola et al., 2008; Shrier et al., 2003; Marques & Cruz, 2000), especialmente no caso de uso abusivo de álcool (Souza et al., 2008), configurando, portanto, um preditor que leva a um processo de comorbidade.

Cabe ressaltar, à luz da interpretação, que a justaposição da depressão com o uso de drogas dificultaria o processo diagnóstico de um fenômeno ou de ambos por parte dos profissionais de saúde tanto na atenção primária, quanto em unidades de saúde especializadas, em abuso de drogas psicotrópicas (Lichtenstein et al., 2010). Nesse sentido, a distribuição das respostas do item sobre depressão na adolescência

evidenciaram que 36% da amostra reconhece a justaposição desses dois fenômenos, confirmando desta forma os dados da literatura científica. sintomas da depressão.

Observa-se na Figura 10, que este aspecto configura-se em um dos dificultadores relacionados ao baixo índice de diagnósticos da depressão entre adolescentes, por parte dos profissionais de saúde, aspecto abordado na alternativa chave “c”. Dessa maneira, as duas alternativas se complementam, evidenciando aspectos específicos e dificuldades diagnósticas da depressão nessa fase de vida, como foi apresentado no Protocolo Municipal de Atenção em Saúde Mental do município estudado, que se constituiu fonte bibliográfica da resposta chave, afirmando que a detecção da depressão nessa faixa etária é quase nula.

A associação entre drogas e depressão, nessa etapa da vida, também esteve presente na narrativa de três psicólogos ao abordar o *conjunto de sintomas* (4.3.4), que identifica os quadros depressivo nessa faixa etária, como fica demonstrado no fragmento abaixo.

*O adolescente... A questão das drogas é um problema que vejo muito presente, principalmente pra fazer parte do mundo, pra fazer parte da galera, aí começa a beber pra caramba, começa já a experimentar outras coisas, né? De maconha mesmo, é... que são certas portas de entrada. Atualmente tá muito na moda usar assim os sintéticos... Som de rave... mas a gente percebe no adolescente deprimido, eu particularmente, eu percebo no adolescente deprimido uma grande chance de se iniciar nesse tipo de conduta, um envolvimento mais próximo com o uso de entorpecentes (P3).*

Observam-se nas respostas coletadas que outros aspectos sintomáticos da depressão no adolescente, que compuseram o conjunto de sintomas abordados pelos psicólogos, foram os sintomas comportamentais, como apatia, inibição social, irritabilidade ou ainda comportamento antissocial. Dentre estes profissionais três abordaram o risco de suicídio e outros três os sintomas afetivos, configurando um conjunto de sintomas específicos para os adolescentes. Os fragmentos abaixo demonstram como esses sintomas estiveram presentes nas falas dos psicólogos.

*É... Na adolescência, eu acho que é um pouco parecido com a infância, mas talvez apareça mais na forma de até comportamento antissocial, assim... Fazer coisas que possam oferecer risco pra ele, pra família, né? (P19).*



*Adolescente, eu já atendi caso de **tentativa de suicídio** em adolescente, né? O que eu observo bastante assim em adolescente são **sentimentos desvalia**, né? Eu não sei, porque como a criança e o adolescente eles ainda não tão inseridos no mundo da funcionalidade, diferente, né?* (P7).

Esse sintomas identificados pelos psicólogos correlaciona-se esse conjunto de sintomas característicos da depressão na adolescência à literatura científica, sendo que os sintomas de humor irritável e comportamentos agressivos são descritos como característicos (Hankin, 2006; Bahls, 2002). Diferentes pesquisas indicam ainda o risco de suicídio, que, nessa fase do ciclo de vida, torna-se significativo nos casos de depressão (Williams et al., 2009; Zuckerbrot et al., 2007; Abreu, 2006).

Como foi possível observar, os participantes da pesquisa apresentaram um leque de sintomas característicos da depressão na adolescência, demonstrando uma compreensão da experiência da mesma nessa etapa da vida. Observa-se na análise dos dados que os entrevistados argumentaram a respeito da relevância em considerar os sentimentos de tristeza e de ansiedade como característicos dessa fase, sendo necessário contemplá-los num processo de diagnóstico.

#### *7.4.4 Subcategoria Depressão em Idosos (4.4)*

Nesta subcategoria, os aspectos sintomáticos foram abordados por meio de significações e dados obtidos a partir do do questionário. A narrativa dos participantes também trouxe concepções relacionadas à etiologia da depressão e sobre como a *vivência emocional das limitações físicas, cognitivas e sociais (4.4.1)* se relacionam com a depressão. Este último aspecto foi apresentado por oito psicólogos que consideraram que a vivência emocional das limitações características do idoso leva a um tipo de humor mais rebaixado, como fica demonstrado no fragmento da entrevista abaixo.

*E quando se é idoso talvez tenha um quadro depressivo por causa das perdas, quando a gente, falando bem existencialista, bem realidade mesmo, a gente vai declinando, **vai declinando a memória, a concentração, a atenção, a rapidez, a velocidade, vai perdendo o afetivo...** Os filhos vão crescendo, os pais não existem mais quando é idoso, um trabalha, um se aposenta, mais uma perda... Então aí, aí é*

*que eu acho que ficaria difícil diagnosticar... E tá perdendo a memória por causa da depressão ou tá perdendo a memória porque tem 75 anos, né? A memória, a concentração e todo o resto... Tá depressivo porque tá aposentado ou se aposentou porque tava depressivo... Não sei... Tem uma hora que fica difícil! (P15).*

*É que é difícil encontrar um idoso que não saiba o que é depressão, o que é se sentir deprimido, que não tenha passado por isso... Isso é bem complicado, porque eles já começam a enxergar o... o... alternativas de coisas pra fazer... porque já têm que descartar obrigatoriamente o resto (P1).*

As falas de P1 e P15 trouxeram aspectos importantes sobre as concepções relativas ao processo de envelhecer, o advento da depressão e de como esses dois fenômenos podem ser compreendidos como um só, num processo funcional. Essa concepção propicia uma indiferenciação entre um humor rebaixado, característico dessa fase do ciclo vital, e a experiência da depressão, o que dificulta o diagnóstico desse tipo de sofrimento psíquico na saúde pública. Os trabalhos de Gazalle et al. (2004) e OMS (2001) demonstram que há uma confusão entre a experiência do declínio físico, cognitivo, social e emocional, característicos do processo de envelhecimento, com os sintomas da depressão por parte dos profissionais de saúde da atenção primária, o que leva a um processo de diagnósticos e tratamentos inadequados.

O dado objetivo do questionário explorou *sintoma diferencial* (4.4.2) ao abordar a questão da distinção entre a depressão e os sinais do processo de envelhecimento, por meio de um questionamento sobre os diferentes sintomas da depressão no idoso, como pode ser acompanhado a seguir:

**5. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na senescência. Entre elas, qual é a característica que melhor diferencia a depressão de um idoso, em relação à depressão de um adulto?**

- a. Idosos com depressão tem alto risco de recorrência, incapacidade crônica e mortalidade aumentada.
- b. Idosos deprimidos que sofreram perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes tem alto risco de suicídio.
- c. A apresentação do transtorno depressivo pode caracterizar-se por maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispneia e palpitação.

- d. Energia e concentração reduzidas, transtornos do sono e perda de apetite e peso são sintomas comuns em idosos com depressão.
- e. *Em idosos com depressão, a perda de memória é um dos sintomas que pode ser confundido com os sinais iniciais de demência.*

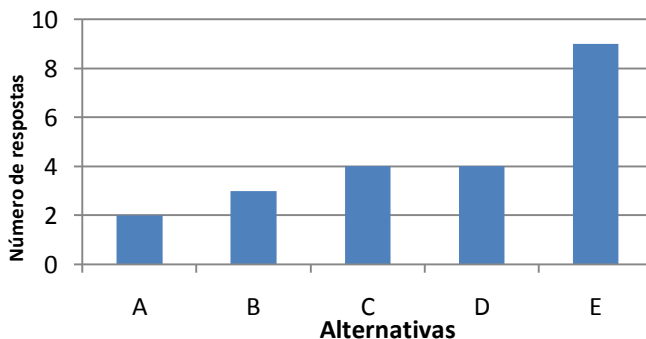


Figura 11 - **Distribuição das respostas do item sobre depressão no idoso**

Esse item abordou aspectos etiológicos e sintomáticos relacionados à depressão no idoso e teve como fonte bibliográfica o DSM IV - TR (APA, 2002) e o Protocolo de Atenção à Saúde Mental. A alternativa chave foi escolhida por nove participantes, ou seja, 41% da amostra. Dentro do grupo dos que tiveram baixo desempenho, 22% acertaram esse item e, dos que tiveram alto desempenho, 63% assinalaram a alternativa correta. Os dados resultaram em um índice de discriminação de 0,40, considerado aceitável para investigar o tópico proposto.

Cabe ressaltar que a alternativa “c” deste item poderia ser considerada correta, uma vez que, de acordo com o protocolo de atenção em saúde mental deste município, os sintomas somáticos constituem-se em uma forma de apresentação do depressão. A opção em considerar a alternativa “e” esteve relacionada aos resultados da análise psicométrica dos itens que apontaram para um melhor resultado do instrumento.

Ao se considerar os resultados da análise deste item cabe ressaltar que os sintomas cognitivos da depressão apresentam semelhanças com o

sintomas de um quadro de demência, dificultando dessa forma a realização de um diagnóstico adequado (Godin, 2007; Ávila e Bottino, 2006; Reys et al., 2006). Cabe apontar também que quando os quadros de demência e de depressão depressivo co-ocorrem, a depressão tem um impacto negativo no decurso do desenvolvimento da demência, caracterizando-se como um fator de risco, a depressão são conjugados, (Garcia et al., 2006; Ávila e Bottino, 2006; Reys et al., 2006).

Os sintomas cognitivos também estiveram presentes na narrativa de quatro psicólogos ao abordarem os diferentes tipos que formam um *conjunto de sintomas* (4.4.3), o que identifica o quadro depressivo nessa faixa etária, como demonstrado no fragmento:

*E aí, acho que é isso, **sintomas que se confundem com essas doenças de demência**, que às vezes não é o cerebral, é, não é da senilidade, né? Essas doenças, e sim é **depressão**. Acho que tem uma, uns sintomas que se confundem* (P21).

Outras características de depressão no idoso foram relatadas pelos psicólogos, o que configurou um *conjunto de sintomas* (4.4.3) específicos do quadro depressivo nessa fase da vida. O sintoma mais citado relacionou-se aos aspectos somáticos, presente na fala de oito psicólogos. As outras características mencionadas foram os aspectos relacionados ao isolamento social e aos sintomas afetivos, aspecto abordado por três e seis psicólogos, respectivamente. Os trechos das entrevistas abaixo demonstram como cada um desses sintomas esteve presente na narrativa dos psicólogos:

*Assim, eu observo que há meio que um mascaramento, digamos. **Eles lidam com, com o sofrimento psíquico de, de forma bastante diferente, certo? É, então assim, é, seja através das dores, das queixas, e, e, enfim...*** (P2).

*Não sei, no idoso, não sei se não **intensifica mais o isolamento social**, né? Eu imagino que... vejo no idoso deprimido muito mais enroladinho no seu casulo ali, né? Talvez ainda mais do que em outras fases, do que no adulto* (P13).

*E no idoso vem muito a **questão da inutilidade**, né? Ahm... É, é a inutilidade... É... É muito por aí. Aí ele fica depressivo, lógico, né? É uma consequência daí, e é por isso que te disse lá no comecinho que eu*

*olho a depressão como uma consequência de vários fatores, não olho como uma só (P14).*

Considera-se que os sintomas apresentados nestes depoimentos são considerados os mais frequentes em casos de depressão nessa etapa da vida (Menchetti et al., 2006; Ávila & Bottino, 2006; Reys et al., 2006; Gazalle et al., 2004). Por sua vez, foi possível observar que os participantes da pesquisa não citaram sintomas relacionados ao humor, uma vez que a tristeza, o humor rebaixado e o desânimo são qualidades tidas como características dos idosos. Os estudos de Lemos e Pires (2005) e Gazalle et al. (2004) indicam que os sintomas afetivos e o isolamento social são correntes em casos de depressão e precisam ser considerados no momento do diagnóstico. Nesse sentido, cabe ressaltar que os quadros depressivos nessa etapa de vida se constituem num fator de risco para o prognóstico de doenças crônicas e também se configura num fator de risco acentuado para as tentativas de suicídio.

#### *7.4.5 Subcategoria Depressão Pós-parto*

Esta subcategoria teve como objetivo explorar o conhecimento dos participantes sobre os sintomas e a etiologia da depressão nesse fase da vida por meio do questionário de conhecimentos sobre depressão. Veja-se então o item a seguir:

#### **6. Quanto à depressão pós-parto, assinale a alternativa que lhe pareça mais correta.**

- a. A história pregressa de depressão não constitui fator de risco para a depressão pós-parto.
- b. *Mulheres com depressão pós-parto podem diferenciar-se quanto ao cuidado com o neonato: desde desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê até cuidados intrusivos que não permitem o descanso da criança.*
- c. O nível diminuído de consciência ou de atenção no pós-parto imediato pode ser considerado sintoma de depressão pós-parto.
- d. A tristeza pós-parto, presente em até 70% das puérperas, é considerada preditor de depressão pós-parto.
- e. O uso da maioria dos antidepressivos durante a gestação não causa sintomas de abstinência ou toxicidade no neonato.

Esse item englobou aspectos etiológicos e sintomáticos relacionados à depressão pós-parto e teve como fonte bibliográfica o DSM IV – TR (APA, 2002). A alternativa chave foi escolhida por dezessete participantes, sendo 77% do total da amostra. O percentual dos que assinalaram a alternativa correta, por grupos, foi o seguinte: 56% dos que tiveram baixo desempenho e 100% dos que tiveram alto desempenho, apresentando um índice de discriminação de 0,44.

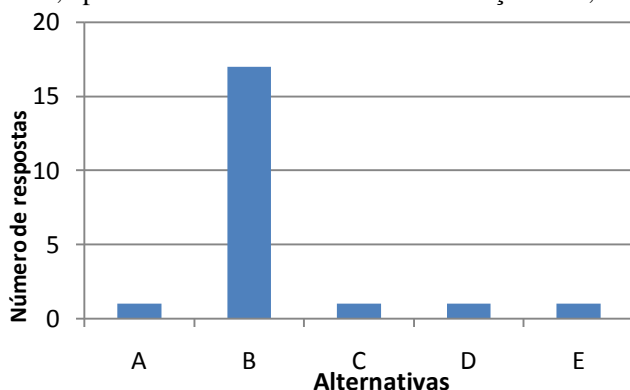


Figura 12 - **Distribuição das respostas do item sobre depressão pós-parto**

Os resultados indicam que mais da metade dos profissionais possuem conhecimento acerca dos sintomas diferenciais da depressão relacionada ao momento pós-parto. Nesse sentido, pode-se considerar que os resultados são positivos dentro do contexto da atenção à saúde mental, uma vez que o diagnóstico e o manejo clínico da depressão pós-parto adquire importância frente às dificuldades que o evento da depressão pode desencadear, configurando-se como um dificultador do estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, além da possibilidade de prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Camacho et al., 2006; Schimidt et al., 2005).

#### 7.4.6 Síntese da Categoria Visualização do Conhecimento sobre Depressão nas Diferentes Etapas do Ciclo de Vida

Pretendeu-se com esta categoria investigar como os psicólogos conhecem e identificam a depressão nas diferentes fases do ciclo vital. Para tanto, foram reunidas as concepções presentes na narrativa dos psicólogos, em conjunto com dados objetivos do questionário, sobre conhecimento quanto à depressão e aos dados de observação.

Cabe ressaltar que as concepções que constituíram esta categoria foram suscitadas a partir da pergunta: *Na sua prática, você percebe como a depressão se manifesta em diferentes fases do ciclo de vida: infância, adolescência e idosos?*

A partir dessa pergunta, as respostas trouxeram mais do que as percepções apresentadas ao longo desta categoria. Evidenciou-se na narrativa dos participantes que o conhecimento sobre a depressão, nas diferentes fases da vida, é fragmentado e restrito, de forma que a participação em cada uma das percepções apresentadas é pequena em relação às categorias anteriores, uma vez que alguns profissionais não abordavam sobre as fases individualmente, ou não o faziam de forma completa.

Esse dado de observação é sintetizado pelos aspectos expostos na subcategoria *depressão e ciclo vital (4.1)*, a qual apontou a questão da demanda pouco identificada, mencionada por oito psicólogos. Cabe ressaltar que a depressão apresenta a maior prevalência em adultos, caracterizando maior demanda nessa etapa do ciclo vital. A percepção de menor demanda pode estar também relacionada à baixa procura ou baixa indicação ao atendimento psicológico, por parte desses usuários, especialmente adolescentes e idosos. Essa percepção pode também ter relação com as dificuldades em reconhecer características específicas da depressão por fases do ciclo de vida, como foi indicado por cinco profissionais entrevistados. Esses dois aspectos trazidos pelos participantes se complementam à medida que o aprofundamento teórico e prático do conhecimento e reconhecimento da depressão, nessas etapas da vida, constroem-se no exercício profissional cotidiano.

Nesse sentido, pode-se hipotetizar que, a diminuição da prevalência e demanda por atendimento psicológico restringem o contato com esse público específico, o que conseqüentemente afeta a formação continuada e a capacitação de atendimento para esse

segmento, portanto, dificulta o atendimento adequado às diferentes etapas do ciclo vital.

Em termos gerais, os psicólogos mencionaram, com maior eloquência e segurança, a respeito da *depressão na infância* (4.2), sendo que as concepções centraram-se sobre as questões etiológicas e sintomáticas. Quanto à etiologia, cinco psicólogos enfatizaram que a depressão na infância está relacionada a um conflito familiar, fortalecendo uma compreensão psíquica do fenômeno dentro do contexto da família. Os aspectos sintomáticos foram tratados a partir do dado objetivo com o subjetivo, demonstrando que o aspecto sintomático mais frequente em crianças está relacionado à irritabilidade e às mudanças de comportamento.

Sobre a depressão em idosos e em adolescentes, os participantes trouxeram percepções relevantes e que coadunam com a literatura específica, mas o fizeram de forma pontual, sendo que alguns dos profissionais não responderam sobre o idoso ou o adolescente.

Em relação à *depressão no adolescente* (4.3), o dado objetivo abordou a questão do uso das drogas na adolescência e o quanto isso dificulta o diagnóstico da depressão – dois fenômenos fortemente relacionados nessa fase da vida, especialmente em se tratando do uso abusivo do álcool. Esse aspecto também esteve presente na fala dos quatro participantes. O dado objetivo englobou também a questão da baixa detecção da depressão em adolescentes, o que pode estar relacionado com o uso abusivo de psicotrópicos, já que a depressão, considerada um fator de risco para o uso de drogas em adolescentes, pode ser subdiagnosticada pelos profissionais de saúde.

Ressalta-se que além dos aspectos sintomáticos presentes na fala dos psicólogos, como sentimentos de desvalia e comportamento antissocial, esses profissionais afirmaram também que essa é uma fase em que o conflito e os sentimentos de tristeza podem ser constitutivos dessa fase da vida, já que o adolescente tem que elaborar a perda do lugar infantil, portanto, esses são aspectos que precisam ser considerados ao realizar o diagnóstico do sofrimento psíquico do adolescente.

Na subcategoria *depressão em idosos* (4.4), os psicólogos mencionaram que o humor rebaixado e a tristeza podem ser aspectos emocionais constitutivos dessa etapa de vida, em função das perdas físicas, cognitivas, do lugar social, bem como os processos de luto. O reconhecimento de que o humor rebaixado é próprio dessa fase dificulta o processo de diagnóstico da depressão no idoso, uma vez que os sintomas emocionais podem ser descartados num processo diagnóstico.



Os sintomas cognitivos, como perda de memória e concentração, também podem ser confundidos com os processos de demência, conforme abordado no questionário de conhecimentos sobre depressão. Nesse sentido, a depressão nessa etapa no idoso tem nuances que dificultam seu diagnóstico, sendo necessário um processo criterioso de avaliação em conjunto com a participação de outros profissionais.

Observa-se que no caso da *depressão pós-parto (4.5)*, evidenciada nesta categoria por meio do resultado de um item do QCD, demonstrou-se que os psicólogos têm conhecimentos sobre dos aspectos sintomáticos e etiológicos da depressão nessa etapa do ciclo vital. Conhecimento básico para oferecimento de atenção especializada nesse momento crucial, para o desenvolvimento da relação de apego entre mãe e filho.

Em termos gerais, os psicólogos abordaram os principais aspectos relacionados à depressão nas diferentes etapas do ciclo de vida, o que coadunou com os aspectos defendidos na literatura científica. Por sua vez, ficou evidente que esse conhecimento foi trazido de uma forma pontual e fragmentada, demonstrando uma fragilidade no que tange o conhecimento específico por ciclo de vida.

Considera-se necessário refletir que a superação das possíveis dificuldades relacionadas à formação é a discussão dos casos em equipes multidisciplinares, onde a troca de conhecimento pode ampliar a visão sobre o processo diagnóstico para um melhor encaminhamento dos casos.

## 7.5 Considerações sobre a Dimensão Conceito

Essa dimensão congregou diferentes concepções relacionadas ao conhecimento sobre depressão, configurando um ideal de conceito que, na definição de Japiassu (1996), designa uma ideia abstrata e geral, formada por elementos que constituem e caracterizam sua definição. Assim, foi nomeada em função das concepções relacionadas ao conceito de depressão, presentes na narrativa dos participantes, as quais configuraram e sustentaram a ideia central desta dimensão.

Vale destacar que a referida dimensão formou-se por outros aspectos constituintes, caracterizados pelas concepções relacionadas à compreensão da origem da depressão, aos aspectos diagnósticos e ao

conhecimento sobre os aspectos etiológicos e sintomáticos nas diferentes etapas do ciclo de vida. Esses aspectos são independentes, mas se inter-relacionam na construção de uma compreensão conceitual da depressão.

A ideia central que nomeia esta primeira dimensão partiu da investigação de como os profissionais compreendem a depressão como conceito. Três aspectos relevantes emergiram da narrativa dos participantes: o primeiro deles demonstrou que a depressão é compreendida como um sintoma de um conflito psíquico, destarte ela se inscreve num lugar subjetivo contingente aos processos psíquicos próprios ao ser humano.

Os outros dois aspectos que definiram o conceito de depressão na fala dos participantes foram os termos *transtornos mentais* e *quadro clínico*. Esses significados foram complementares, à medida que apareceram de forma conjugada na narrativa dos psicólogos, bem como se complementaram teoricamente ao passo que o conceito de transtorno difundido pelos manuais DSM IV – TR (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993) apresentam os sintomas e critérios na sua própria definição.

Além disso, a concepção de transtorno mental contempla uma perspectiva da lógica biológico funcionalista, que está amparada numa visão da depressão construída nos últimos 30 anos pelos manuais DSM III, DSM IV – TR (APA, 2002) e CID 10 (OMS, 1993), onde a compreensão de transtorno é marcada por uma visão funcionalista do sofrimento psíquico, desprovida de uma visão etiológica. A outra concepção apresentada pelos psicólogos e que está em confluência com o conceito de transtorno mental foi o conceito de quadro clínico, formado pela descrição dos sintomas e pelos critérios da depressão sem reflexão sobre seu conceito. Uma maior presença desses dois aspectos na narrativa dos participantes pode indicar um alinhamento dos profissionais ao pensamento biomédico e hegemônico, bem como anuncia um empobrecimento de uma compreensão da depressão no campo da psicologia.

As significações relacionadas à origem à etiologia da depressão configuraram mais um componente da dimensão do conceito. A narrativa dos profissionais demonstrou que os aspectos etiológicos são complexos e multifatoriais na medida que os fatores psicológicos, sociais e biológicos se entrelaçam na origem da depressão), o que gerou diferentes significações ao abordar essa complexidade.

Com base nessa compreensão, as narrativas apresentaram uma elaboração desses aspectos com maior ênfase ora no psicológico, ora no social ou ainda no biológico, de acordo com as construções teóricas e

profissionais. Embora a concepção origem multicausal tenha sido bastante frequente, não se consolidou numa compreensão unânime. As narrativas também indicaram uma concepção psicodinâmica da origem da depressão, na qual os aspectos psicológicos foram apresentados de forma exclusiva numa compreensão teoricamente mais elaborada e inserida no campo *psi*. Evidenciaram-se duas significações relevantes: a origem multicausal e a concepção psicodinâmica, que representam uma compreensão teórica e um posicionamento profissional, no contexto da atenção à saúde mental.

Conhecer os significados relacionados à etiologia da depressão contribuiu para compreender as bases do processo diagnóstico. Os objetivos provenientes do questionário e os dados de observação foram congregados às concepções presentes na narrativa dos participantes, para melhor compreensão dos aspectos diagnósticos.

Nesse contexto, em relação aos processos de diagnóstico diferencial, os participantes demonstraram preocupação em identificar as possíveis causas orgânicas, relacionadas a doenças, ou ainda investigar sobre o papel do uso abusivo de substâncias psicotrópicas. Essa preocupação demonstra que a compreensão dos diferentes fatores etiológicos amplia a compreensão diagnóstica, o que amplifica também nas possibilidades terapêuticas. Ao analisar o papel dos aspectos biológicos no desenvolvimento dos quadros depressivos, observou-se que o mesmo se caracteriza pelo exercício de uma visão integral da saúde dos indivíduos, quando considera outros aspectos além dos psicológicos.

O processo de observação das reuniões de apoio matricial da equipe de saúde mental possibilitou acompanhar as discussões dos casos apresentados nesses encontros e observar como se dava o processo de interdisciplinaridade, por meio do trabalho em equipe. Aspecto apontado pelos psicólogos como relevante na realização do diagnóstico diferencial.

Observou-se durante as discussões que a depressão configura-se em um sintoma dos conflitos psíquicos, ou como um sintoma ou comorbidade de outras enfermidades psíquicas. Dessa forma, não se constituiu objeto de discussão temática entre os profissionais de saúde, o que levou a acreditar que, embora seja uma categoria nosológica para a maioria dos profissionais de saúde mental, a depressão tende a ser tratada como um sintoma.

O diagnóstico diferencial abarcou significados relacionados à dificuldade em estabelecer uma distinção entre tristeza intensa e depressão unipolar e bipolar. Ao mesmo tempo em que os psicólogos abordaram essa questão, eles enfatizaram que a história e o conflito do paciente são mais importantes do que o diagnóstico.

O último aspecto que formou o conceito de depressão foi sobre como a mesma se caracteriza nas diferentes etapas do ciclo de vida. Esse tema também congregou dados objetivos e subjetivos na construção do panorama dos diferentes aspectos etiológicos e sintomáticos da depressão na infância, na adolescência, no idoso e no pós-parto. Embora os principais aspectos específicos sobre a depressão em cada uma dessas etapas tenham sido apontados na narrativa dos participantes, foi possível observar que, em termos de conjunto, os psicólogos apresentaram um nível de conhecimento parcial acerca da etiologia e sintomatologia nas diferentes etapas de vida, uma vez que a apresentação desses significados se deu de forma pontual na fala dos participantes, isto é, um participante citava sobre os aspectos relacionados aos idosos, outros sobre os adolescentes. Os resultados dos dados objetivos também indicaram essa tendência, com números inferiores a 50% de acerto, com exceção do item sobre depressão pós-parto, quando 17 de 22 respondentes escolheram a resposta-chave quanto à sintomatologia da depressão pós-parto.

A dimensão **Conceito** abarcou, portanto, a compreensão conceitual da depressão, os aspectos etiológicos e diagnósticos no intuito de compreender como o psicólogo concebe a depressão e como essa concepção influencia os processos de trabalho.

Nesse sentido, e em termos de síntese, evidenciou-se que a maior parte dos psicólogos definiu a depressão como conceito de transtorno mental, onde os critérios e os aspectos sintomáticos constituem sua própria definição. Enquanto outro grupo, em menor número, tendeu a compreender a depressão como sintoma de um conflito psíquico, inscrevendo o fenômeno dentro do campo exclusivamente psi. Essa dualidade conceitual é representativa de concepções teóricas que ora divergiram ora convergiram na compreensão do que constitui a matéria da depressão, configurando um embate histórico e que ganhou novos contornos com as descobertas dos processos neuroquímicos, no desenvolvimento das enfermidades psíquicas.

Embora haja predominância do conceito de depressão como categoria nosológica, os dados de observação das reuniões de apoio matricial da equipe de atenção secundária à saúde mental trouxe uma percepção de que os profissionais de saúde tratam da depressão, na

maioria dos casos, como um sintoma de conflitos psíquicos ou de outras enfermidades psíquicas, apontando para uma relação paradoxal entre a teoria e a prática.

A compreensão do papel dos diferentes fatores etiológicos no desenvolvimento da depressão demonstrou que os psicólogos possuem uma visão ampla dos aspectos psicológicos, sociais e biológicos no desenvolvimento da depressão, ampliando, portanto, a possibilidade de um diagnóstico diferencial mais apurado.

A multiplicidade de significados, dados objetivos e observacionais demonstraram que a depressão, enquanto compreensão conceitual, é complexa tanto no que tange às concepções teóricas que constituem a conceituação do fenômeno quanto à compreensão dos diferentes fatores que contribuem para a sua constituição. A complexidade da depressão se estende também à forma como é compreendida e tratada, considerando-se a formação acadêmica e o contexto de atuação profissional dois aspectos que se inter-relacionam, no fazer da atenção à saúde mental. Nesse sentido, os aspectos e significados que compõem essa dimensão do conceito da depressão permitem compreender, em certa medida, a forma do psicólogo trabalhar com os pacientes deprimidos.

## **8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO DO MANEJO CLÍNICO**

Essa dimensão congregou os distintos significados dos psicólogos, acerca do manejo clínico da depressão, no contexto de uma rede municipal de saúde mental. Para tanto, esses significados foram organizados em quatro categorias que pretendam possibilitar uma visualização do conjunto de concepções e técnicas, utilizadas pelos profissionais para sustentar a proposta terapêutica nos casos de depressão. Em continuação há uma breve apresentação dos conceitos de cada categoria e respectivas subcategorias, com o intuito de evidenciar o conteúdo que será apresentado na análise.

**1. Atendimento psicoterapêutico** - reúne os diferentes recursos terapêuticos utilizados no manejo clínico do paciente, considerando o trabalho psicoterapêutico e o processo interdisciplinar de responsabilização pelo atendimento do paciente deprimido.

**1.1 Planos de intervenção psicoterapêutica** – refere-se às concepções relacionadas às propostas e ao processo de intervenção terapêutica nos casos de depressão.

**1.2 Objetivo e proposta de atendimento em grupo** – descreve significações sobre a intervenção terapêutica em relação ao paciente deprimido no grupo, considerando técnicas e aspectos clínicos. Evidencia também as percepções relacionadas à demanda de pacientes deprimidos e o trabalho em grupo.

**1.3 Dificuldades do atendimento em grupo** - caracteriza-se pelas limitações no caso de pacientes resistentes à participação em grupo e no caso de depressões severas.

**1.4 Avaliação da necessidade do encaminhamento para a medicação** – apresenta os critérios e as práticas profissionais relativos ao processo de encaminhamento para medicação, os quais evidenciam aspectos relacionados a uma prática de cuidado integral, na medida em que desenvolve cuidados em equipe.

**1.5 Outros recursos terapêuticos** – refere-se às práticas e atividades indicadas pelos profissionais da saúde mental para os casos de depressão.

**3. Manejo do comportamento suicida** – reúne concepções sobre o manejo clínico do comportamento suicida considerando-se as estratégias de intervenção junto ao paciente e sua rede social, bem como

reúne aspectos relacionados às estratégias institucionais em relação ao próprio atendimento do paciente e em relação ao processo de trabalho da equipe.

**3.1 Estratégias de intervenção terapêutica** – apresenta os principais aspectos relacionados à intervenção clínica, considerando-se o contrato terapêutico e os aspectos do acolhimento do paciente com comportamento suicida. Aborda também a inclusão da rede de apoio social, como fonte de apoio na contenção e tratamento.

**3.2 Estratégias institucionais** – descreve as possibilidades terapêuticas institucionais no tratamento do paciente com comportamento suicida, considerando-se a rede municipal de saúde e também as instituições não governamentais no auxílio em momentos de crise. Essa subcategoria abarca ainda o processo de discussão e possibilidade de tratamento em equipe.

**2. Inclusão da família no manejo clínico** – aborda os sentidos e o processo de inclusão da família no tratamento do paciente deprimido, conforme descrição da subcategoria

**2.1 Papel da família para o paciente depressivo** - caracteriza sentidos e significados da participação da família e da rede social de apoio no geral, bem como as práticas envolvidas no processo de inclusão da rede social de apoio junto aos pacientes deprimidos.

**4. Alta: última etapa do manejo** - reúne as concepções sobre os critérios e o processo de alta do tratamento psicoterapêutico do paciente deprimido.

**4.1 Critérios** – evidencia as concepções em torno dos critérios considerados para o encaminhamento da alta, sendo considerada a ausência dos sintomas apresentados na demanda e o bem estar e capacidade de funcionamento social do indivíduo.

**4.2 Processo** - refere-se às estratégias utilizadas para a realização da alta, caracterizadas por mudança do tipo de intervenção psicoterapêutica ou espaçamento dos atendimentos, como forma de

acompanhamento do paciente. Essa subcategoria abarca ainda as concepções relacionadas ao término do processo terapêutico pelo próprio paciente, bem como seu retorno em caso de necessidade.



Quadro 5. Quadro categorial manejo clínico

Dimensão	Categoria	Sub-Categoria	Elementos de análise
Dimensão Manejo Clínico	1. Atendimento psicoterapêutico	1.1 Planos de intervenção terapêutica	1.1.1 tipos de proposta de atendimento 1.1.2 fazer psicológico na clínica 1.1.3 Estratégias de informação e apoio antes de intervenção psicológica
		1.2 Objetivo e proposta de atendimento em grupo	1.2.1 Não há uma proposta diferenciada 1.2.2 Pacientes deprimidos representam a maior parte da demanda 1.2.3 Trabalho terapêutico a partir da identificação do sintoma
		1.3 Dificuldades do atendimento em grupo	1.3.1 Acolhimento dos casos mais graves 1.3.2 Dificuldades de adesão ao trabalho em grupo
		1.4 Avaliação da necessidade do encaminhamento para a medicação	1.4.1 Maioria dos pacientes já vem medicada 1.4.2 O processo de medicação é objeto de discussão entre os profissionais de saúde 1.4.3 Sintomas graves de depressão
		1.5 Recursos complementares	1.5.1 Recursos da comunidade 1.5.2 Recursos da unidade 1.5.3 Atividades físicas 1.5.4 Orientação para busca ou fortalecimento da espiritualidade
	2. Manejo do comportamento suicida	.1 Estratégias de intervenção terapêutica	2.1.1 Inclusão da rede de apoio social 2.1.2 Realização de contrato terapêutico 2.1.3 Intervenção psicoterapêutica

		2.2 Estratégias institucionais	2.2.1 Encaminhamento para atendimento médico especializado 2.2.2 Orientação para buscar unidade de saúde em momentos de crise 2.2.3 Atendimento em equipe 2.2.4 Discussões em equipe sobre pacientes em risco de suicídio
	<b>3. Manejo Família</b>	3.1 Papel da família no manejo do paciente deprimido na visão dos profissionais	3.1.1 O apoio familiar e da rede social é importante para a melhora do paciente 3.1.2 Acolhimento e orientação da família no processo terapêutico 3.1.3 A família tem um limite 3.1.4 A família pode contribuir para o agravamento da situação
	<b>4. Alta: última etapa do manejo</b>	4.1 Critérios	4.1.1 Avaliação dos sintomas apresentados na demanda 4.1.2 Avaliação da capacidade do paciente em lidar com a situação atual
		4.2 Processo	4.2.1 Processo de alta pelo próprio paciente 4.2.2 Passagem do paciente para atendimento em grupo 4.2.3 Diminuir a frequência de atendimentos 4.2.4 Possibilidade de retorno do paciente

## 8.1 Categoria Atendimento Psicoterapêutico (1)

Essa categoria reuniu significados que descreveram os diferentes aspectos relacionados ao posicionamento teórico e às técnicas de atendimento psicoterapêutico da depressão.

### 8.1.1 Subcategoria Planos de Intervenção Terapêutica (1.1)

Essa subcategoria abordou os significados que descrevem os aspectos que configuram o atendimento psicoterapêutico da depressão, considerando-se os processos de trabalho, as abordagens teóricas e as técnicas de manejo clínico da depressão. O primeiro aspecto a ser tratado nessa subcategoria foi abordado por 8 psicólogos e está relacionado ao *tipo de proposta de atendimento psicoterapêutico (1.1.1)*, o qual buscou evidenciar as abordagens ou técnicas utilizadas pelos participantes. Dois significados relevantes e complementares foram apontados, o primeiro descreveu o processo de trabalho com o paciente deprimido a partir da sua própria abordagem teórica, como mostram dois fragmentos seguir:

*Então, mas geralmente a minha base de fundo vai ser a psicoterapia, minha compreensão do sujeito vai ser baseada na psicanálise. A **psicoterapia analítica** não é aquela psicanálise formal, ela vai buscar mais, fundado na psicanálise, fazer a psicoterapia, né? Pode ser mais rápida, ter interpretação, ter uma interação maior com o usuário. (P17)*

*E aí, se é uma abordagem psicológica, **como eu trabalho na linha comportamental**, geralmente eu faço uma proposta de trabalho, né? De 12 a 15 sessões, pra ver até onde a gente chega. Como a gente trabalha com tarefa, então assim: até onde a gente chega ao final dessa abordagem. Daí a gente faz uma avaliação, ao final dessas 15 sessões, pra verificar a possibilidade de continuar... (P19)*

As falas de P19 e P17 apontaram que a proposta terapêutica está diretamente relacionada à abordagem psicoterapêutica a partir do qual o trabalho é desenvolvido. O segundo significado complementou a temática da abordagem terapêutica, na medida em que os psicólogos enfatizam que não utilizam uma abordagem ou técnica específica para o tratamento da depressão, como mostrou o depoimento deste participante:

*Acho que não, não tem nada, né? Nada que seja específico para a depressão, até porque o que me interessa numa psicoterapia é o sujeito, é o lugar do sujeito novamente, o que ele tá fazendo com essa tal de depressão aí colada nele. (P11)*

A fala de P11 evidenciou que o foco do trabalho terapêutico não se estabelece a partir de uma técnica para o atendimento à depressão, mas se estabelece a partir de um olhar sobre o paciente, sua história e seus conflitos. Nesse sentido, a narrativa dos psicólogos evidenciou que a proposta de atendimento psicoterapêutico ao paciente com depressão é realizada por meio de uma pluralidade de técnicas. Embora organizações e instituições de saúde indiquem os modelos de Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Interpessoal – TIP, Terapias Psicodinâmicas, especialmente a Psicoterapia Breve, e a Terapia de Resolução de Problemas por terem se apresentado como eficazes em estudos controlados (HEN, 2004; Fleck et al., 2009) a pluralidade de abordagens e técnicas não se constitui um problema na medida em que pesquisas demonstram que diferentes técnicas são eficazes no tratamento da depressão (Baptista, 2007). Esta assertiva coaduna com as reflexões de Moré e Macedo (2006) quando apontam para a necessidade de superar as diferenças das abordagens teóricas, dando voz à realidade do paciente. Nesse sentido, as concepções dos psicólogos em consonância com a literatura científica evidenciam que a proposta de atendimento ao paciente deprimido não está ancorado em uma técnica específica, mas sobre o olhar singularizado do sofrimento psíquico.

Dessa forma, a intervenção terapêutica, se constrói no processo clínico da psicologia, que que gira em torno de aspectos comuns à diferentes abordagens teóricas, na busca de promover um bom desenvolvimento do paciente. Esses aspectos do *fazer da clínica da psicologia (1.1.2)* estiveram presentes nas falas de dezenove participantes, quando abordavam sobre o manejo do paciente deprimido. Entre os princípios identificados sobre a clínica psicológica, a afirmação de que o processo terapêutico é singular e personalizado de acordo com as necessidades do usuário de saúde, como apresenta P12:

*Bom, aí eu acho que também varia assim um pouco. Depende do que essa pessoa quer... Então acho que assim, depende do que nesse momento é possível para o que aquela pessoa tá buscando, o que ela quer. Eu acho que não dá pra dizer “ah, então todo mundo tem que participar do grupo, que tiver com sinais, com sintomas de depressão”. Não sei, depende, talvez não seja bom... Acho tem pessoas que não é*

*legal, que muitas vezes acentua. Não sei, todo mundo tem que ter atendimento individual também. Então acho que depende um pouco, acho que tem essa coisa de formular com a pessoa mesmo. Que é que ela vem buscar naquele momento, né? (P4)*

A fala de P4, representativa da narrativa de doze psicólogos, apontou que o processo de avaliação conjuga a demanda e necessidade do usuário de saúde com as possibilidades de atendimento, criando assim um projeto terapêutico baseado nas necessidades do usuário, (Brasil, 2009).

Ao enfatizar a singularidade, os participantes corroboraram que as bases da construção do processo clínico passa pela escuta da subjetividade e suas demandas, considerando seu o contexto social (Dutra, 2004). Nessa relação, o papel do psicólogo se estabelece no lugar do acolhimento da demanda ou conflito do paciente de forma a garantir um espaço de reconhecimento do outro, como colocou P17, um dos dois psicólogos que abordaram a questão do acolhimento:

*Então, primeiramente é um espaço de escuta, de saber como é que essa pessoa tá, de ir devagarinho fazendo os elos daquilo que ela fala. Por exemplo, “um sentimento que vem agora, de um desânimo, uma falta de vontade, não quer sair de casa”, de tentar aprofundar isso, né?... Então geralmente, nem sempre a gente acha uma resposta, mas **principalmente de acolher**, de aceitação, de não fazer julgamento, mas também de fazer alguns questionamentos pra essa pessoa sair desse lugar comum também. (P17)*

Para o SUS (Brasil, 2006c) o acolhimento se constitui um dos princípios de assistência à saúde que perpassa todo e qualquer profissional que recebe e atende o usuário. No processo clínico na psicologia o sentido do acolhimento está na escuta do sofrimento psíquico, de forma a compreender a demanda e ao mesmo tempo ajudar o outro a entender as questões relacionadas e subjacentes à própria demanda (Dutra, 2004). A continuidade desse processo se configura no trabalho clínico de dar sentido ao sintoma, conforme o fragmento:

*E eu acho assim que o mais importante daí falando do tratamento psicológico tá, seja ele individual seja ele em grupo, é **ajudar o paciente a dar um sentido pra aquilo que lhe acontece**. O poder dar um sentido pra isso, porque o que eles vêm, o que o paciente traz é a falta de*

*sentido, né? “Como que antes eu era desse jeito e agora eu tô um inútil.” (P7)*

A fala de P7 representou a narrativa de mais dois psicólogos, os quais evidenciaram que o fazer da clínica da Psicologia contempla o exercício de dar sentido ao sintoma. À luz da compreensão da hermenêutica, o sentido do sintoma se constrói na relação entre paciente e terapeuta, tendo como nascedouro a escuta da demanda (Moré & Macedo, 2006, Pereira, et al., 2007). Na perspectiva da psicanálise o sentido nasce da decifragem do sintoma, que revela sua dimensão possível ancorado na relação de escuta do terapeuta e na fala do paciente (Venturini, 2007; Villa, 2008; Vieira, 2001). Ambas as formas de compreender essa questão deixam claro que dar sentido ao sintoma se converte num processo de ressignificação do mesmo e compreensão do sofrimento psíquico, que possibilita uma nova vivência subjetiva.

Os participantes apontaram ainda que o fazer da clínica da Psicologia se dá por meio do resgate e re-significação da história de vida do indivíduo, concepção presente na narrativa de cinco psicólogos, como mostra o fragmento:

*Não. Claro, a gente sempre entra, vai lá atrás, isso vem da onde, o porquê a pessoa tá de repente deprimida, trabalho em cima do início da doença também, às vezes desmistificando certas... Fazendo um novo entendimento depois de anos, muitas vezes, de um ocorrido, **tentando em cima das próprias experiências da pessoa, fazer um novo entendimento daquela situação.** Às vezes acontece alguma coisa com a gente que o entendimento hoje é um, mas depois, lá na frente, o entendimento vai ser outro, né? (P6)*

Note-se que ao mencionar o “entendimento das experiências” P6 tratou de um aspecto do processo psicoterapêutico que permite o paciente revisitar a sua própria história a partir de um olhar diferenciado do sofrimento psíquico. Para Moré e Macedo (2006) esse processo descrito por P6 está intrinsecamente ligado à questão do sentido do sintoma, na medida em que a produção de novos sentidos gera novos significados que possibilitam o indivíduo a compreender a construção de sua própria história e suas implicações na construção da subjetividade.

Cabe ressaltar que as concepções aqui apresentadas configuram o grupo de significados trazidos pelos participantes, sem pretender esgotar os aspectos componentes da temática do fazer da clínica da psicologia.

As narrativas dos participantes apresentam *estratégias de informação e apoio (1.1.3)* como uma das técnicas de intervenção terapêutica realizadas antes da intervenção psicológica. Essas estratégias foram apontadas por quatro participantes, como forma de abordar o paciente com depressão.

*Bom! A proposta é mais instrumentalizar o paciente, pra que ele comece a reconhecer a sua própria condição, o que ele tem, mostrar pra ele o que é depressão, como é que a gente faz o tratamento, através do diálogo ... (P8)*

Os processos de informação sobre depressão e sobre a forma de intervenção terapêutica abordados por P8 configuram-se etapas do processo de psicoeducação, que apresentam nível de eficácia significativa no tratamento da depressão (Donker et al., 2009; Cuijpers et al., 2009; Baptista et al., 2007; Swan et al., 2003).

### *8.1.2 Subcategoria Objetivo e Proposta de Atendimento em Grupo (1.2)*

Essa subcategoria reuniu as concepções relacionadas ao trabalho terapêutico em grupo para pacientes com depressão, uma vez que a proposta de trabalho em grupo é uma das estratégias da atenção em saúde mental na Atenção Básica recomendada pelo Ministério da Saúde (2003, 2006a) e pelo protocolo municipal de atenção em saúde mental dessa rede de saúde mental. Todos os psicólogos entrevistados afirmaram realizar atendimento em grupo, por sua vez, no que concerne ao atendimento ao paciente deprimido, os participantes afirmaram que *não há uma proposta diferenciada (1.2.1)*. Os fragmentos das entrevistas abaixo representam as concepções dos nove participantes, que abordaram o seguinte aspecto :

*Então, é a técnica, né? ... Não há um diferencial, digamos do paciente deprimido em relação a outros. Em relação a uma fobia, a um transtorno da ansiedade... Em relação a um transtorno da personalidade... Enfim, em relação a outro sofrimento psíquico, digamos, não há uma diferença, né? ...É um grupo de apoio psicológico, que se utiliza as técnicas de apoio psicológico, então assim, não há uma diferença desse paciente em relação a outros da, da saúde mental. (P2)*

*Eu acho... Não é que eu trabalhe o paciente deprimido no grupo, a minha noção de grupo, a minha intenção de grupo, o meu conceito de grupo, então digamos assim... É criar recursos pra todos, tanto que eu misturo... Eu não faço grupos só com depressivos, por exemplo, sabe? Eu coloco ali ansiosos, coloco algum traço de psicóticos, eu coloco tudo junto, né? Pra que essa troca de experiência fortaleça um e ao outro, porque sempre a experiência do outro, com certeza, fortalece a um e a outro, ao próximo. (P14)*

Observe-se que as falas de P9 e P14 mostraram como o trabalho em grupo é marcado por um atendimento plural cujo foco é o indivíduo e não o tipo de sofrimento psíquico que o define.

Essa forma de intervenção está alicerçada nos princípios da reforma psiquiátrica, a qual concebe as ações em saúde mental a partir do conceito de território, cidadania e autonomia (Brasil, 2005; Tenório, 2002), desviando o foco da concepção das doenças ou transtornos mentais. Os princípios da clínica ampliada e compartilhada reforçam essa perspectiva na medida em que propõem sair do pólo da doença, dos limites e do sofrimento e incorporar a concepção de potencialidade do indivíduo (Brasil, 2009).

Ainda sobre o trabalho em grupo, quatro psicólogos abordaram que os *pacientes deprimidos representam a maior parte da demanda (1.2.2)* na formação dos grupos, como apontam os fragmentos a seguir:

*Eu percebo que a maior parte dos grupos terapêuticos, pelo menos com o que eu trabalho, acaba se configurando um grupo de pacientes depressivas de meia-idade... É aquela coisa, o grupo é aberto, mas pra elas o grupo acaba sendo realmente um ótimo recurso. (P5)*

*Olha, existe uma situação que é quase assim, feijão com arroz, porque é difícil alguém não ter algum sintoma depressivo, tá certo? Então, é quase assim um Bê A Ba, né? Então, é como eu falei, se é uma situação que eu vejo que é inoperante, que ele não tá podendo se colocar, que não tá sendo positivo, eu atendo individual. (P16)*

A fala de P16 apontou para a questão da sintomatologia da depressão, isto é, pacientes que não possuem um diagnóstico de transtorno depressivo, de acordo com o DSM IV, mas possuem uma sintomatologia, que pode ser tão incapacitante quanto um diagnóstico que responde aos critérios de depressão (Maragno et al., 2006).

A configuração de grupos que possuem alta prevalência de pacientes com depressão ou com uma sintomatologia depressiva,



possibilita o *trabalho terapêutico a partir da identificação dos sintomas* (1.2.3). Esse aspecto esteve presente na narrativa de cinco participantes da pesquisa, que apresentaram a identificação dos sintomas entre os participantes como um aspecto relevante no manejo do grupo como aponta a fala de P13:

*Então é legal por isso (trabalho em grupo), quer dizer, tem essa identificação, de mostrar que não é o único sofredor do mundo, né? E que tem pessoas em situação semelhante. Tem essa riqueza de como que o outro lidou com aquela situação, na família ou em qualquer outro lugar, e aí a riqueza da experiência... Porque eu acho que o grupo tem esse recurso terapêutico muito importante, que é de identificação, de saber que não é o único e de ouvir como que o outro fez pra lidar com aquela situação. Tem pessoas no grupo ali que já tão numa fase bem melhor do que quando chegaram, então dá essa perspectiva de que é possível melhorar. Acho que o grupo é fantástico pra isso! (P13)*

*Ai, às vezes é difícil, tem que manejar assim pra não ficar, como eu chamo “muro de lamentações”, acho que eu, tentando pegar as coisas boas e às vezes eu tenho que dar umas limitadas. Porque senão fica aquele discurso um pouco queixoso, pessimista, desanimador e que vai que meio que contagiando todo mundo. Tem que cuidar pra não ser aquele concurso de lamúrias, né, então é difícil. (P10)*

A fala de P13 apontou como o trabalho em grupo possibilita o processo de identificação na medida em que possibilita o que Zimerman (2000) e Osório (2003) denominam de sentimento de pertinência e de unificação entre os participantes, permitindo, portanto, uma abertura entre os participantes o que propicia o reconhecimento da sua história na história do outro.

Já o depoimento de P10 ao falar sobre o *muro de lamentações* demonstrou que o processo de identificação propicia também a dificuldade de emancipação do indivíduo dessa própria identificação, alimentando o lugar de sofrimento (Zimerman, 2000).

### 8.1.3 Subcategoria Limitações e Dificuldades de Atendimento em Grupo (1.3)

Embora o Ministério da saúde preconize as abordagens coletivas nas ações em saúde mental (Brasil, 2003, 2006a), o atendimento de pacientes deprimidos em grupo nem sempre é possível. Um dos principais aspectos a serem considerados para indicação de um atendimento individual é o grau de severidade da depressão. Nesse sentido, o *acolhimento dos casos mais graves (1.3.1)* foi abordado por quatro psicólogos, como um critério para o atendimento individual, a seguir temos dois trechos de falas que representam esse aspecto:

*De certa forma... Acho que ele (o atendimento individual) pode ter uma função mais específica talvez, não diferente, mas mais específica. É de acolher em casos mais graves. De poder, é um ambiente mais seguro pra pessoa, menos invasor, talvez, menos desconfortável, menos ameaçador, nesse sentido, é um espaço mais de acolhimento mesmo, de conseguir dar aquele controle, fazer aquele acolhimento pra trazer, acolhimento nesse sentido. Como porta de entrada. Mas é de contenção emocional, né? Afetiva... (P17)*

*Eu acho que nos casos mais graves, em geral, o atendimento tem que ser individual. É mais eficaz o atendimento individual, tá? Porque às vezes o paciente ele tá tão mal, que ele não consegue nem ouvir o grupo, ele não consegue nem tá ali, e aproveitar o que tá acontecendo ali, né? É diferente no atendimento individual é só eu e ele que ele requer uma atenção tão grande que ele não vai ter dentro do grupo. Pelo menos não o tempo todo, e no atendimento individual a atenção é o tempo todo pra ele, né? (P7)*

As significações ilustradas nas falas dos participantes sobre a não inclusão dos pacientes graves em atendimentos em grupos são referendadas por estudos de Oei e Dingle (2008), McDermut et al. (2001) que indicam que os casos de depressão severa não devem ser atendidos em grupo, pelas dificuldades de engajá-los no processo grupal e pela necessidade de um atendimento mais personalizado.

Outro aspecto abordado pelos participantes está relacionado às *dificuldades de adesão ao trabalho em grupo (1.3.2)*, aspecto que foi abordado por seis psicólogos entrevistados, como mostram os fragmentos:

*... vai ter outros casos que o paciente não vai aderir ao grupo e daí realmente a única forma de tratamento acaba sendo o atendimento individual. Às vezes também tem casos que é quando a pessoa tá muito mal, a gente começa o atendimento individual, ela não quer grupo, e depois, principalmente quando entra naquela fase de melhora, a pessoa tá aceitando a idéia de socializar, às vezes ela até aceita experimentar o grupo, participar de uma sessão, gosta e fica! (P5)*

*Eu confesso que eu acho difícil... É difícil no início, né? **Difícil o momento de abrir a boca pra se expor.** Pra falar o que tá pegando, pra quebrar alguma resistência, e aí o que de certa forma prolonga o início intenso da atividade... **Mas, o início, colocar o paciente deprimido, pra conviver com pessoas, de uma maneira, forçada.** Em geral pelo grupo “Vamo-lá, vai ser legal e tal”, aí ele chega, vê gente que ele não conhece... Ou, às vezes, como é da comunidade, vê um vizinho... É... Sempre dificuldade... Mas, depois que a gente faz o contrato de sigilo, o contrato de fidelidade ao grupo, é uma coisa boa, né?... Contrato de mútua confiança... As coisas vão bem. (P3)*

As falas de P5 e P3 mostraram que há pacientes que não aderem ou têm dificuldades de adesão ao trabalho em grupo seja pelo grau de severidade da depressão, como elaborado anteriormente, seja por uma dificuldade em expor ou participar ativamente no trabalho em grupo. A dificuldade pode estar relacionada ainda a um constrangimento ou impossibilidade de participar, dada a posição do indivíduo dentro da comunidade. Nesse sentido, as falas dos participantes evidenciaram que o trabalho em grupo, embora amplamente difundido, possui algumas limitações de ordem clínica e social, que precisam ser contempladas no oferecimento de dispositivos terapêuticos para o manejo clínico da depressão.

#### *8.1.4 Subcategoria Avaliação da Necessidade do Encaminhamento para Medicação (1.4)*

Para abordar a questão da medicação no manejo clínico da depressão é necessário considerar alguns aspectos do fluxo de atendimento em saúde, cujas principais formas apresentadas pelos participantes foram: (1) demandas espontâneas por meio de atendimento de grupo de acolhimento e atendimentos de urgência, (2) atendimentos e avaliações intersetoriais, como as demandas do Conselho Tutelar ou Sentinela, (3) atendimentos realizados por meio de apoio matricial

quando os casos são discutidos com outros profissionais de saúde, e ainda (4) pacientes encaminhados por outros profissionais de saúde. Retomar essas informações sobre o fluxo permite compreender o cenário do processo de avaliação da necessidade de encaminhamento para medicação, visto que isto está relacionado às propostas de intervenção em saúde em geral e saúde mental mais especificamente.

A partir da apresentação do fluxo tornou-se possível visualizar que há usuários do serviço de saúde cujo primeiro contato com o serviço de saúde mental é com o psicólogo, outros usuários ou pacientes chegam encaminhados por outros profissionais de saúde, seja por meio de encaminhamento tradicional ou por meio de matriciamento, que se constitui na maioria da demanda. Nesse sentido, a fala de sete participantes apontou que a *maioria dos pacientes já vem medicada* (1.4.1), como mostram dois fragmentos de entrevistas:

*São poucos, porque a grande maioria já teve esse olhar, né, já passou pelo médico, já está comigo... Como eu te falei é um processo muito compartilhado. Muitos já estão medicados, grande maioria vem medicado. (P17)*

*É, para avaliação médica em relação à medicação, assim, raramente há necessidade de encaminhamento. Porque geralmente eles vêm encaminhados. Então assim, eles já vêm avaliados, certo? É, a minoria vem, por demanda espontâneas. (P2)*

Os depoimentos de P17 e P2 evidenciaram que, na maioria das vezes, não há necessidade ou ainda possibilidade de se realizar uma avaliação sobre a necessidade de medicação, visto que os pacientes já vêm avaliados e medicados por outros profissionais de saúde. Isto está relacionado com o fluxo dos usuários de saúde pacientes, como foi apresentado anteriormente que, por sua vez, constitui-se nos processos de trabalho da saúde mental na atenção básica, organizado pelo modelo da Estratégia da Saúde da Família, que preconiza que o atendimento inicial deve ser realizado pela equipe de Saúde da Família.

Após avaliação inicial, o caso poderia seguir para discussão nas reuniões de matriciamento, para a equipe NASF o mesmo ser encaminhado diretamente para um atendimento com o psicólogo, seja em função do grau de urgência de atendimento seja em função da dinâmica estabelecida pelos profissionais da equipe. Nesse sentido, a maioria dos pacientes encaminhados, com sintomatologia depressiva em diferentes níveis, já chegavam diagnosticados e com uma terapêutica

medicamentosa já estabelecida.

Note-se que o processo de medicação é objeto de discussão entre os profissionais de saúde (1.4.2), caracterizando ações compartilhadas, como foi apontado por três participantes, no fragmento representativo:

*Então, a gente tá sempre informado dos pacientes que a equipe atende. Dá trabalho? Dá, mas a gente acha que é mais produtivo dessa forma... Então, uma avaliação pra medicação sempre acontece, seja numa reunião de matriciamento pra discussão de caso, pra prontuário, seja numa interconsulta, que o paciente é atendido em conjunto, sempre tem. Mas, obviamente, há situações em que a gente diz "olha, esse paciente, avaliei e tal, tá com sintomatologia específica e não demanda medicação agora, né?" Aí a psiquiatra concorda ou pede uma avaliação dela. O clínico é a mesma coisa. Mas... Todos os pacientes são discutidos em conjunto, isso eu garanto, não tem um paciente que eu atendo que minha psiquiatra de referência não conheça, e acredito que o contrário também aconteça com todos os pacientes... (P3)*

A fala de P3 demonstrou como o processo de discussão sobre medicação pode acontecer em diferentes espaços e momentos, configurando a visão de atendimento compartilhado e co-responsável entre equipes de profissionais de saúde, como preconizado pelo apoio matricial (Brasil, 2003, 2006a).

No que concerne aos critérios, os sintomas graves de depressão (1.4.3) constituem-se o principal fator para o encaminhamento para uma avaliação da necessidade de medicação, como mostram as falas dos participantes:

*... E também quando há um sofrimento muito intenso, que atrapalha inclusive o processo, o trabalho que a gente pode fazer no consultório em unidade básica de saúde. Pra dar uma sustentação inicial, um alívio inicial, que a pessoa consiga trabalhar. Mas, geralmente, eles já chegam medicados. (P1)*

*Além do suicídio, quando a pessoa tá com uma depressão continuada, muito intensa, que não tá possibilitando que ela trabalhe, não tá possibilitando que ela tenha uma relação satisfatória com a família, com os vínculos, os filhos dela, né, e que a coisa tá assim, realmente precisando de alguma intervenção médica, em determinado momento. (P16)*

O critério da gravidade da depressão abordado na fala de P1 e P16 foi apontado por um total de cinco participantes que afirmaram considerar a utilização da medicação quando o sofrimento em função da depressão impede as relações da rede social do indivíduo, ou ainda impede a realização de seu trabalho. Em casos de suicídio, o Ministério da Saúde, no documento sobre Prevenção do Suicídio (2006b) indica que os casos moderados e graves de depressão devem ser medicados, da mesma forma que a Associação Médica Brasileira (Fleck et al., 2009).

### *8.1.5 Subcategoria Recursos Complementares (1.5)*

Além do processo terapêutico, formado por atendimentos individuais em grupos e o tratamento farmacoterapêutico, as intervenções terapêuticas se caracterizam por atividades complementares que ampliam as ações em saúde, com um olhar voltado para a integralidade. Os recursos complementares apresentados pelos participantes, no caso de pacientes com depressão, constituíram-se de orientação de atividades para serem realizadas na vida cotidiana, utilização dos recursos da própria unidade de saúde e *recursos da comunidade 1.5.1*, sendo que este último aspecto foi abordado por 14 participantes. O fragmento a seguir representa as narrativas dos participantes sobre este aspecto:

*Não, eu procuro, por exemplo, nos recursos da comunidade, porque a gente sabe que a pessoa que tem depressão tem toda uma tendência a ficar mais reclusa, a ter esse isolamento, então sempre procuro tá a par, saber quais são os recursos que tem na comunidade, quais são os cursos, sei lá, que tem no centro social, que hábitos aquela pessoa tem, o que ela poderia se interessar em aprender, se ela tem pouco estudo, sempre procuro saber que supletivos tem ali na região, atividade física, onde que ela poderia tá fazendo, com quem... E acabo também indicando essas coisas... “Enfim, o quanto que a pessoa tem que conseguir, sair daquela caixinha e ver que tudo que aparecer nesse momento vai ser bom. Pra dar um ânimo... (P5)*

A fala de P5 demonstra as diferentes orientações de atividades na comunidade, as quais podem contribuir para o tratamento da depressão. Para tanto este participante, assim como os outros, afirmou buscar conhecer as atividades e cursos desenvolvidos por centros comunitários, ONGs e instituições públicas presentes na comunidade do paciente. A utilização de recursos da comunidade se constitui uma das diretrizes do processo de inclusão da saúde mental na atenção básica,

sendo que a proposta do Ministério da Saúde preconiza uma relação de troca e construção de espaços que promovam saúde mental entre o espaço institucional de saúde e o espaço comunitário (Brasil, 2003, 2006a).

Ao considerar o espaço institucional, diferentes ações de prevenção e promoção realizadas na atenção básica e mediadas por diferentes profissionais constituem-se em recursos terapêuticos que a unidade de saúde proporciona aos usuários e que contribuem para o manejo clínico do paciente com depressão. Esses *recursos da unidade* (1.5.2) foram apontados por doze participantes da pesquisa, como mostram os trechos a seguir:

*Ah, sim, sim... Oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos... Que é assim: na oficina terapêutica também há seu espaço de escuta, claro, não vai ser psicoterapêutico, mas vai ser um recurso que também vai contribuir pro processo dele ali. Os acompanhamentos de Regional, a gente sempre também utiliza isso, como recurso pra saber assim como é que tá indo, como é que a equipe de Regional percebe como tá indo o tratamento da pessoa. **Chamar a família, a gente sempre chama a família e, quando a gente consegue, encaminha pra oficinas de familiares que tem lá. Porque esse trabalho isolado de consultório, ele limita muito os resultados que a gente possa ter.** (P19)*

*... Tem visitas domiciliares, né? Que às vezes conversamos com a família, e tem grupos. **Grupos de apoio psicológico, grupo de mulheres, grupo de relaxamento...** (P15)*

Outro recurso complementar indicado por doze participantes no tratamento da depressão foi a realização de *atividades físicas* (1.5.3), como demonstra o fragmento:

*Bom, daí isso entra naquela coisa de que esses casos são discutidos com a equipe de saúde da família e a gente vai pensar junto, caso a caso, o que é indicado pra cada um, né? Então, por exemplo, uma das coisas que é comum que **a gente orienta é atividade física. Fazer atividade física, e o resto eu acho que é cada caso um caso.** (P7)*

O fato de a atividade física ser amplamente apontada pelos psicólogos, como um recurso terapêutico no tratamento de casos depressivos, vai ao encontro dos apontamentos de Kuritza (2003) Ströhle (2009), no sentido do reconhecimento do impacto positivo que

os exercícios têm sobre os casos de depressão leve e moderada, especialmente os exercícios aeróbicos.

Um grupo de três psicólogos apontou ainda a *orientação para busca ou fortalecimento da espiritualidade (1.5.4)*, como mostra o trecho de um dos entrevistados:

*... Eu procuro orientar a espiritualidade. De acordo com a religião de cada um. Eu pergunto: “você tem?... Qual que é a sua religião?” Se tem procurado praticar? “Como que você se sente em relação a isso?”... Seria a espiritualidade. Até porque a Organização Mundial da Saúde contempla como fator de saúde. (P2)*

No caso de P2 a orientação para a busca espiritual ou religiosa esteve ancorada nas indicações da OMS, que vão ao encontro do reconhecimento do papel da espiritualidade e religiosidade em relação a menor incidência, ou menor sintomatologia de depressão (Koenig, 2009; Williams & Sternthal, 2007).

#### *8.1.6 Síntese Categoria Atendimento Psicoterapêutico*

Os significados que emergiram na narrativa dos psicólogos, quanto ao atendimento psicoterapêutico, condizem com os pressupostos da clínica ampliada e compartilhada, preconizados pelo Ministério da Saúde (2009), marcados pelo compromisso de um olhar singular sobre o indivíduo, considerando seu contexto social, cultura e suas necessidades para, num processo multidisciplinar, discutir, avaliar e construir um projeto terapêutico individual, que contemple as demandas apresentadas.

Nesse sentido, a subcategoria *planos de intervenção terapêutica (1.1)* evidenciou que o atendimento da depressão não está centrado em uma técnica específica de tratamento, mas baseado em princípios do processo da clínica psicológica, cujos significados apontaram para o acolhimento, compreensão e construção, em conjunto com o indivíduo, de um sentido à experiência da depressão. Esse fazer da clínica psicológica esteve ancorado, de acordo com as falas dos psicólogos, no processo de formação profissional terapêutica, que os amparava quanto à própria intervenção terapêutica.

Da mesma forma, o trabalho em grupo, de acordo com a fala dos participantes, está centrado nas possibilidades de intervenção em grupo considerando-se os diferentes tipos de sofrimento psíquico. Destarte, os significados elaborados pelos psicólogos quanto ao atendimento do paciente deprimido no grupo, apresentados na subcategoria *objetivo e*



*proposta de atendimento em grupo (1.2)*, descrevem o processo de atendimento no que tange suas potencialidade e dificuldades promovidas pela identificação grupal, como foi apontado por cinco psicólogos. Ainda no contexto do trabalho grupal, seis psicólogos evidenciaram as *dificuldades do atendimento em grupo (1.3)* quando se trata de pacientes com níveis de depressão muito grave, ou para pacientes que apresentem dificuldades ou impedimentos para estarem em grupo. Cabe ressaltar ainda que os psicólogos apontaram que os casos de depressão constituem a maior parte dos pacientes que participam de atendimento em grupo. Dessa forma, a partir dos significados trazidos pelos participantes, o atendimento em grupo se constitui em um dispositivo de tratamento da depressão tanto pela sua demanda, quanto pelas possibilidades terapêuticas.

A categoria atendimento psicoterapêutico abarcou ainda questões relacionadas à *avaliação da necessidade do encaminhamento para a medicação (1.4)*, subcategoria cuja fala de um grupo de nove participantes afirmou que a grande parte dos pacientes já vem medicada por outros profissionais de saúde, que de certa forma esvaziou uma discussão mais elaborada sobre o tema da medicação, uma vez que ela é uma condição corrente nos atendimentos psicológicos, não se constituindo assim, uma forma de demanda. Por sua vez, a narrativa dos participantes evidenciou dois significados relevantes, em relação ao processo de encaminhamento para avaliação da medicação, quando a narrativa revela que o encaminhamento para a avaliação da medicação é realizado em equipe num processo de discussão conjunta com o clínico geral ou psiquiatra, fortalecendo uma atenção integral por meio de métodos interdisciplinares. A narrativa dos psicólogos trouxe também o critério de severidade da depressão, como um significado norteador sobre a necessidade da medicação, o que condiz com indicações de órgãos nacionais e internacionais a respeito do manejo clínico da depressão.

Os *recursos complementares (1.5)*, trazidos na narrativa dos psicólogos, evidenciaram que o manejo clínico da depressão é realizado com dispositivos terapêuticos que vão além do processo clínico, sendo que a utilização dos recursos oferecidos pela unidade de saúde, dos recursos disponíveis na comunidade e o incentivo à realização de atividades físicas, foi observado na narrativa com regularidade significativa (com participações entre doze e quinze psicólogos),

configurando-se um significado relevante no manejo clínico do paciente deprimido.

A categoria do atendimento psicoterapêutico evidenciou os significados relacionados a questões centrais do atendimento ao paciente deprimido, o manejo clínico é constituído também por outros aspectos como a inclusão e a participação da rede social significativa, como parte integrante do processo terapêutico do paciente, aspecto cujas significações configuraram a próxima categoria.

## 8.2 Categoria Inclusão da Família no Manejo Clínico (2)

Essa categoria reuniu significações sobre o papel da família no manejo clínico do paciente deprimido, a qual demonstrou como os psicólogos compreendem e incluem a família no processo terapêutico da depressão.

### *8.2.1 Subcategoria Papel da Família no Manejo do Paciente Deprimido na Visão dos Profissionais (2.1)*

Essa subcategoria apresentou as principais concepções dos psicólogos acerca do papel da família no tratamento da depressão, sendo consenso que *o apoio familiar e da rede social é importante para a melhora do paciente (2.1.1)*, uma vez que essa concepção foi sustentada por treze participantes, que enfatizaram o papel da família e da rede social de apoio, como mostram os fragmentos:

*É bem importante, porque os pacientes que têm esse apoio familiar, a gente nota a diferença disso na evolução do paciente, a diferença daquele que não tem o apoio, que não tem a compreensão do que acontece com ele por parte da família ou da comunidade. (P1)*

*... Muito importante. Acredito que a família, dependendo da importância que o paciente dá ao contexto familiar, é mais um ponto que pode ser daqueles objetivos a alcançar, né? É o apoio, de dar ao paciente, não deixá-lo sozinho, que também tá resgatando junto com ele esse convívio, de incentivá-lo ao tratamento... Tudo isso demonstra assim o quanto as pessoas se preocupam e gostam e querem o bem da pessoa. Sozinho, é mais difícil sair de uma depressão, pelo menos ter uma melhora. É mais difícil... Quando existe uma rede familiar, quando existem amigos, pessoas mais próximas, quando a pessoa não se vê sozinha, é mais fácil. (P5)*

*Eu acho que é muito importante... Acho que sem a família, principalmente nos casos de depressão moderada, crônica e grave, é muito difícil obter algum ganho. Porque nesse processo todo, se for principalmente uma depressão crônica, a pessoa já ficou descrente dela mesma, então, normalmente ela já tentou vários recursos, que não deram certo. (P19)*

As falas de P1, P5 e P19 demonstraram que os pacientes que possuem uma rede familiar significativa apresentam melhor prognóstico e melhor desenvolvimento terapêutico, em relação aos pacientes cuja rede de apoio social é mais frágil. Essas percepções, abordadas pelos psicólogos, convergem com os apontamentos de Sluzki (1997) quanto à função protetiva da família que cumpre o papel de monitor da saúde de forma a garantir as rotinas diárias de cuidados básicos, bem como os cuidados terapêuticos. O lugar de apoio emocional, de companhia, de reforço do afeto, explicitamente apontados na fala de P5, remetem à compreensão de que as redes sociais significativas contribuem para dar sentido existencial à vida do indivíduo, organizando, dessa forma, sua identidade “a partir do olhar do outro” (Sluzki, 1997; Moré, 2005).

Dessa forma, considerando-se o papel crucial que a rede social significativa desempenha na saúde do indivíduo, a inclusão da família como parte ativa do tratamento configurou um aspecto apontado por quinze psicólogos. A forma de inclusão se dá por meio de *acolhimento e orientação da família no processo terapêutico (2.1.2)* a fim de informar familiares e amigos sobre as características da depressão, possibilitar melhor compreensão das vivências do paciente e instrumentalizar a família sobre como colaborar durante o tratamento. As falas selecionadas abaixo demonstram como esse aspecto foi apresentado:

*... Como eu falei, a gente aqui é um apoio pontual, então todo o resto do tempo a pessoa tá na família. Então, é fundamental ter um esclarecimento. Também de ter uma escuta empática, no sentido de saber que não é fácil ter alguém em casa deprimido o tempo todo... Acho que [a família] precisa dessa escuta empática também... (P13)*

*Tem que fazer um processo de educação com a família, fazer com que a família entenda, o que tá acontecendo com aquele paciente, que ele não é mandrião como andam dizendo, e também um processo de acolhimento pra essa família... É cansativo. Principalmente numa depressão que se arrastou por muito tempo... (P19)*

A fala de P13 apontou para a necessidade de acolher, orientar e estabelecer vínculos com a família dos pacientes com depressão constitui-se em uma ação em saúde mental ancorada nas diretrizes que organizam a inclusão da saúde mental na atenção básica (Brasil, 2003, 2006a). Isto por meio de uma escuta empática, com o intuito de compreender a dinâmica da família, e também poder elucidar o que caracteriza a depressão, instrumentalizando a família ou a rede social para lidar com o paciente deprimido.

Dessa forma, os psicólogos descreveram a maneira como essas ações são colocadas em prática no processo terapêutico.

Um dos aspectos mencionados são as dificuldades enfrentadas pela família, questão que se explicita na fala de três profissionais entrevistados, ao afirmarem que *a família tem um limite (2.1.3)*. Esses limites estão relacionados tanto à sobrecarga, quanto à constatação da impossibilidade de auxílio e suporte que alguns integrantes apresentam, por evidenciarem poucas condições de prestar o apoio necessário ao paciente deprimido. As falas a seguir abordam os aspectos citados no processo terapêutico, que abarcam as condições familiares como um componente importante.

*... Primeiro, a gente tenta ouvir o que ele é pra eles. Até porque já dá uma idéia de como isso [a depressão] repercute nas relações. Então se é "ah! Eu já falei que ela precisa se ajudar... ela não se ajuda..." quando a gente coloca isso em termos de separar o que é a pessoa do que é a doença, o que são os sintomas que tão envolvidos na doença, acho que aumenta a empatia da família em relação ao sofrimento da pessoa também. E nesse espaço – junto com a pessoa – que a gente ouve também a família, e aumenta um pouco a empatia do deprimido também. Que tá sempre nessa situação de vítima, de culpado, e começa a ver que não, a família tem uma sobrecarga grande também, né? (P13)*

*Da família eu acho que é importante situar a coisa assim de... Como que dá pra contar com aquela família, aquela família específica entendeu. E aí você tem que localizar com quem que pode contar, quem que é da família que pode ajudar... (P4)*

Compreender o paciente deprimido pode significar uma sobrecarga para a família, como foi apresentada na fala de P13, a qual vai de encontro com os apontamentos de Spadini e Souza (2006) que se referem principalmente às mudanças de rotina e aos desgastes físico e

emocional, uma vez que a presença de uma doença crônica tende a esgotar a rede social (Sluski, 1997). Essa sobrecarga, aliada à necessidade de manutenção dos cuidados, cria em muitos casos um campo de tensão, evidenciado a partir das expectativas dos profissionais da área da saúde mental em relação ao suporte familiar e às possibilidades reais que configuram as especificidades de cada família e seus membros (Rosa, 2005). Esse aspecto é abordado na fala de P4, quando afirma a importância da localização, na constelação familiar, do componente que apresenta condições de auxiliar o psicoterapeuta.

Essas considerações remetem para a possibilidade do contexto familiar não prover o suporte necessário das demandas da pessoa em sofrimento psíquico, agravando o quadro por meio do manejo inadequado dos conflitos vivenciados na família. Tal situação evidencia que *a família pode contribuir para o agravamento da situação (2.1.4)*, configurando-se no primeiro grupo a excluir a pessoa deprimida, reforçando o estigma social. Essa concepção foi apontada por onze psicólogos e está representada nos fragmentos das entrevistas de P7 e P8:

*Bom, eu acho que é um papel de prestar apoio. Pra quem?Pra alguém que tá nessa situação, daí o tipo de apoio que vai ser prestado também acho que depende de cada caso. Por exemplo, eu acho que alguns casos prestar apoio é não prestar apoio entende? Como em alguns casos que a gente vê que há uma tendência a infantilizar o paciente, achar que ele é incapaz de tudo e de qualquer coisa, esse tipo de atitude acho que só piora. (P7)*

*Aí você chama às vezes o marido pra participar e ele diz que não vem, porque quem tem que tá lá é a esposa, que ela que é louca, não é ele que é louco. Isso acaba inclusive prejudicando, porque chega nesse núcleo familiar e são ligados dessa forma também. Por mais que eles tentem, já são estigmatizados pela própria família. Isso interfere bastante no próprio emocional deles [os pacientes]. (P8)*

As falas de P7 e P8 ressaltaram que a família, em muitos casos, pode ser um grupo segregador e reforçador dos estigmas sociais, produzindo mais conflitos e dificultando o tratamento da pessoa deprimida. Nesse sentido, ao se considerar a família como o maior recurso na reabilitação do indivíduo, como coloca Coimbra et al. (2005), a falta dessa disponibilidade com o cuidado do paciente pode gerar o agravamento das dificuldades e implicar negativamente no tratamento.

### 8.2.2 Síntese Categoria Manejo da Família (2.2)

A narrativa dos psicólogos evidencia posições quase polarizadas, quanto à participação da família no manejo clínico do paciente deprimido. Em termos gerais há o reconhecimento de que o paciente que possui uma rede social significativa tem melhor prognóstico em relação ao tratamento da depressão. Nesse sentido, um grupo de quinze psicólogos evidenciou a necessidade de acolher, informar e orientar a família quanto ao paciente deprimido, na busca de integrar a a família ao tratamento do paciente com depressão.

Por sua vez, um grupo significativo de onze psicólogos apontou que a família pode ser um fator de dificuldade no tratamento da depressão à medida que a família ou outras esferas da rede social de apoio podem se configurar em agentes de uma visão preconceituosa e estigmatizada sobre o sofrimento psíquico do paciente, reforçando o lugar do sofrimento sobre uma visão compreensiva do fenômeno e das potencialidades do indivíduo. Esse ti

Cabe refletir ainda que, apesar das dificuldades ou limitações que a rede familiar possa apresentar, a inclusão da família nos processos de saúde e doença se configura um dos princípios básicos da ESF / SUS, constituindo-se como o núcleo a partir dos quais as principais ações em saúde mental são desenvolvidas. Nesse sentido, cabe ressaltar que a família tem um papel central em casos de crise como o comportamento suicida, aspecto do cuidado em saúde mental relacionado com a depressão, que será tratado na próxima categoria.

### 8.3 Categoria Manejo do Comportamento Suicida (3)

Essa categoria reuniu um conjunto de significações a respeito do manejo do comportamento suicida, que em conjunto com dados de observação que descrevem o processo de intervenção dos participantes no manejo clínico do comportamento suicida.

#### 8.3.1 Subcategoria Estratégias de intervenção terapêutica (3.1)

Essa subcategoria relacionou diferentes aspectos do processo de intervenção terapêutica no caso de comportamento suicida, o primeiro aspecto a ser apresentado está relacionado à *inclusão da rede de apoio*

*social (2.1.1)* que se caracteriza pela inclusão de familiares e ou pessoa(s) de referência para o paciente, como um amigo ou vizinho, para auxiliar com os cuidados do mesmo, em relação às medidas de prevenção no momento de crise, como ilustra a fala de P11 e P4:

*A gente faz orientações pra família com relação a cuidado, para não aumentar o risco de suicídio, pra não deixar a pessoa sozinha, não deixar medicação na mão. Não deixar nenhum objeto cortante, perfurante por perto, enfim, tentar de uma certa maneira ter sempre alguém junto... E uma das coisas que eu acho super importante assim, que é bem recorrente, é um esclarecimento para a família de que, diante da pessoa deprimida intensamente, não adianta ficar tentando produzir estímulos. Pra que ela saia da cama, pra que ela vá fazer caminhada, porque isso aumenta a culpabilização, né? (P11)*

*Acho que assim, já teve vezes em que eu conversei com familiares, que não é uma coisa também pra mim assim “Ah, sempre que a pessoa estiver em [risco de suicídio], vou chamar alguém da família”. Acho que não, depende de como é essa relação com a família? Quem que é? Como é que tá organizada essa família? Como é que é isso pra pessoa que tá sendo atendida? Como é que é isso pro familiar? Então às vezes eu acho que é interessante ter alguém que pode ser uma vizinha, pode ser alguém que eu acho que tem esses outros recursos. (P4)*

Relembra-se que a inclusão de familiares ou acompanhante constitui-se um dos procedimentos de prevenção ao suicídio recomendados no Manual de Prevenção de Suicídios desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), bem como pela OMS (2000) e por estudiosos do tema (Tavares et al., 2004). Esse tipo de intervenção esteve presente na narrativa de todos os vinte e dois psicólogos que participaram da entrevista, configurando dessa forma o procedimento de maior concordância entre os profissionais, isto é houve consenso sobre a importância do envolvimento ativo da rede de apoio social em casos de risco de suicídio. O envolvimento da rede se dá de forma a exercer um papel de cuidado e acompanhamento do paciente, de forma a evitar situações que possam oferecer riscos.

Outro aspecto também recomendado pelo manual de prevenção de Suicídio é a *realização de contrato terapêutico (3.1.2)*, procedimento que esteve presente na fala das três participantes como mostram os fragmentos de entrevista abaixo:

*O outro ponto é fazer um acordo, fazer um contrato verbal de retorno à consulta, buscar certas garantias de retorno à consulta... Ele [o paciente] assumiu o compromisso de voltar, ele vai ficar vivo até então. Esse compromisso, esse acordo é reforçado a cada novo encontro. Sempre trabalhando a questão. (P3)*

Como abordou P3, o contrato terapêutico objetiva produzir um compromisso com o paciente, para que o mesmo não atente contra sua própria vida naquele período, possibilitando dessa forma, a continuação do processo terapêutico. Esse tipo de procedimento vai ao encontro das indicações preconizadas pelo manual de prevenção de suicídio (Brasil, 2006b), como uma forma de intervenção que produz um vínculo e um compromisso com a equipe de saúde.

A *intervenção psicoterapêutica (3.1.3)* foi apresentada como uma das estratégias de intervenção por cinco participantes da pesquisa. Os aspectos abordados pelos profissionais foram as estratégias de acolhimento, de estabelecimento de vínculo e de uma relação de continência com o paciente com comportamento suicida, bem como desenvolver ações de orientação, aspectos representados respectivamente nas falas de P12, P4e P2.

*Porque assim, tem que primeiro ver e **tentar fazer um vínculo, eu tenho que primeiro acolher.** Porque se eu for determinar sobre essa vida, que futuro que eu tenho. **Então acho que num primeiro momento é acolher mesmo.** E tentar construir isso. (P12)*

*E eu acho que a ideia é sempre tentar localizar isso na vida da pessoa, em que ponto você pode ancorar, **acho que tem que poder ancorar, dar continência pra ela em alguns momentos. Onde esse risco aparece mais, mais evidente, mais forte.** Eu acho que às vezes tem uma coisa que aí é bem do cuidado mesmo, de tá podendo servir aí, como um continente. (P4)*

O acolhimento e oferecimento de apoio emocional são estratégias terapêuticas enfatizadas pelo Manual de Prevenção de Suicídio (Brasil, 2006b) no atendimento de pacientes com comportamento suicida, reforçando dessa forma posturas de atendimento preconizadas dentro do conceito de clínica ampliada (Brasil, 2009). Por sua vez, os participantes dessa pesquisa evidenciaram o processo de intervenção, como ferramenta no atendimento ao paciente com comportamento suicida. A compreensão sobre o papel do processo psicoterapêutico na prevenção



do comportamento suicida é sustentada por estudos que demonstraram a eficácia de distintos tipos de terapia, nesse momento de crise (Fountoulakis et al., 2009; Eskin et al., 2008; Weisz et al., 2006).

### 8.3.2 Subcategoria Estratégias Institucionais (3.2)

Essa subcategoria foi formada por dados do diário de campo, coletados na observação participante de campo, em conjunto com informações sobre os tipos de procedimentos realizados na instituição, apresentados pelos participantes sobre o manejo clínico do risco de suicídio. Entre os procedimentos apresentados o *encaminhamento para atendimento médico especializado (3.2.1)* esteve presente na narrativa de três psicólogos, como mostra a fala de P8:

*... Caso pessoa também que diga que "sim" [que pensa em morrer], aí começa já um terceiro passo, de perguntar como realmente seria pra investigar bem se ela tem esta pretensão, o nível que tá o processo... Aí, eu converso com o psiquiatra, dependendo do grau também, pra gente ver o que a gente pode tá fazendo, porque de repente eu tenho já que direcionar este indivíduo diretamente naquele momento já pro psiquiatra ou não, ou encaminhamento pro CAPs. Então, às vezes eu ligo pro CAPs, peço, pergunto: tem vaga, não tem vaga, tô levando tal pessoa pra aí, com que ele pode estar falando, quem vai fazer a triagem inicial... São estes os procedimentos. (P8)*

Além do encaminhamento médico, três participantes afirmaram fazer *orientação para busca unidade de saúde em momentos de crise (3.2.2)*, isto é, os pacientes com comportamento suicida são informados pelos psicólogos sobre os serviços disponíveis no município, que podem ser recorridos em momentos de crise, quando a unidade de saúde não está disponível, observe-se fragmento abaixo:

*É, eu procuro repassar os serviços. Que nós temos na cidade, por exemplo, CVV, né? Que pode ser acionado pelo telefone, tanto quanto pessoalmente também. Então eu passo o telefone, oriento que pode-se ir lá pessoalmente, oriento também a Policlínica, certo? (P2)*

Ambos os procedimentos são recomendados pelo Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b) e pelas indicações de prevenção ao suicídio da OMS (2000). As informações e orientações sobre os recursos institucionais configuram-se em um dos procedimentos

disponibilizados pelos profissionais aos pacientes e à família como fonte de apoio em momentos de crise.

No caso de encaminhamento para atendimento médico especializado, os participantes afirmaram encaminhar os pacientes para psiquiatras e ou para CAPS, visando um diagnóstico com medicamentos e as propostas terapêuticas desenvolvidas pelo CAPS.

O atendimento ao paciente com comportamento suicida pode ser realizado por diferentes profissionais da equipe de saúde como sinalizou três psicólogos, o fragmento abaixo representa como o *atendimento em equipe* (3.2.3) ao paciente em risco de suicídio.

*E em muitos outros casos assim... Foram situações em que a gente trabalhou junto com a equipe, isso também foi bem legal da gente fazer atendimentos. Então o médico atendia, a enfermeira atendia... Que nem sempre a gente tem uma agenda livre. Eu acho que poderia ser muito interessante, assim de dizer: “bom, essa pessoa, nessa semana, ela precisa vir a três atendimentos.” Isso é excepcional, mas, às vezes, é isso que precisa. (P4)*

A fala de P4 evidenciou a possibilidade do atendimento em conjunto e co-responsável nos casos de depressão, que viabilizou, no caso citado, maior cobertura de atendimento para pacientes com comportamento suicida. Por sua vez, as *discussões em equipe sobre pacientes em risco de suicídio* (2.2.4) foram também observadas nas reuniões mensais das regionais de saúde mental, constituindo-se dados dos diários de campo. Nessas reuniões os casos de risco de suicídio eram apresentados, discutidos e /ou encaminhados para atendimento nos CAPSs. Em todos os casos apresentados o paciente com comportamento suicida apresentava sintomas de depressão, confirmando os dados epidemiológicos que afirmam que os quadros depressivos são os que apresentam mais prevalência nos casos de suicídio. Conforme apontado anteriormente, os casos de comportamento suicida se caracterizaram como um dos dois momentos em que a depressão era discutida no processo do manejo clínico.

### 8.3.3 Síntese da Categoria Manejo do Comportamento Suicida (3.3)

Nessa categoria, o manejo do comportamento do suicídio foi analisado quanto aos procedimentos terapêuticos e processos institucionais. Em ambas as subcategorias foi possível observar que as

principais propostas de atendimento, preconizadas pelo Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), foram abordadas pelos participantes da pesquisa, considerando-se o procedimento de inclusão da rede social de apoio no cuidado com o paciente, procedimento de maior concordância entre os profissionais. Considerando-se todos os aspectos apresentados pelos psicólogos, observou-se clareza e uniformidade no que tange os princípios de manejo clínico do comportamento suicida, de acordo com os pressupostos do Ministério da Saúde, caracterizando, dessa forma, uma qualidade nas ações de prevenção em saúde mental.

Além dos aspectos presentes no Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), a subcategoria intervenções terapêuticas abordou aspectos relacionados ao processo psicoterapêutico, incluindo procedimentos de psicoeducação e orientação, configurando-se como importante ferramenta na prevenção do suicídio. Nesse sentido, o papel do psicólogo no tratamento do paciente com comportamento suicida ficou evidente, na medida em que a narrativa dos psicólogos mostra como o trabalho psicoterapêutico é realizado, procedimentos confirmados pela literatura científica acessada durante a análise deste tema.

Outro aspecto a ser destacado, é que os casos em que o comportamento suicida é considerado grave são discutidos e encaminhados em equipe num processo de co-responsabilização do atendimento entre os profissionais de saúde, como foi acompanhado nas observações participantes de campo. Em algumas situações, houve relato de atendimento compartilhado por diferentes profissionais como apontaram 3 psicólogos. Os processos de discussão em equipe e o atendimento compartilhado indicam que o exercício da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade está mais bem consolidado, o que pode estar relacionado ao fato de o comportamento suicida ser considerado grave.

#### 8.4 Categoria Alta: Última Etapa do Manejo Clínico (4)

A última categoria desta dimensão tratou do processo de finalização do manejo clínico dos casos de depressão, mais especificamente a finalização do processo psicoterapêutico.. Cabe ressaltar que o trabalho de análise destas significações a respeito da alta

se valeu basicamente de literatura internacional, dada a escassez da produção nacional acerca do tema.

#### *8.4.1 Subcategoria Critérios (4.1)*

As falas dos participantes da pesquisa apresentaram três critérios relevantes para o encaminhamento da alta, o primeiro deles estava relacionado à *avaliação dos sintomas apresentados na demanda (4.1.1)*, aspecto considerado por seis psicólogos na avaliação para o encaminhamento da alta, como os fragmentos a seguir demonstram:

*Tem o critério de sintomatologia, uma diminuição significativa dos sintomas, mas fundamental, pelo menos pra mim, é que daí demonstra a participação do paciente no processo, que é a autopercepção dele. Verificar em que ponto ele se percebe bem, em que ponto ele se percebe capaz de realizar atividade, em que ponto ele percebe a retomada do prazer naquilo que antes havia deixado de ser. Em que ponto ele percebe que a perspectiva de futuro dele já assumiu um caráter positivo, né? (P3)*

*Eu acho que o principal critério é o que ele tem a dizer sobre a sua situação atual. Então quando ele se sente bem e capaz de lidar com a sua vida. De maneira geral. Então, esse é o principal critério. **Claro que o risco de suicídio, né?** Mas isso já tá colocado nessa resposta. **Então, claro que tu não vai dar alta pra um paciente que ainda tem risco de suicídio.** (P7)*

As falas de P3 e P7 abordaram a avaliação dos sintomas de uma das etapas do processo de alta, especialmente no caso de pacientes com comportamento suicida, como foi apontado por P7. Por sua vez, em ambos os fragmentos de entrevistas, uma avaliação do bem estar do paciente em conjunto com a autopercepção sobre sua situação de vida se estabelecem como critérios de alta primordiais. Nesse sentido, *a avaliação da capacidade do paciente em lidar com a situação atual (4.1.2)* constituiu critério de avaliação para alta que, de acordo com a narrativa dos participantes, foi caracterizada por: autonomia, retomada do trabalho e vida social, retomada das atividades cotidianas e o aumento da auto-estima. Um total de dezesseis psicólogos apresentou esse critério, como exemplificam os fragmentos a seguir:

*Quando eu vejo que ele está **bem melhor** do que quando veio, que tá com uma **situação de autonomia**, que tá com um novo gosto de realizar*

*as coisas, que tá começando a ter uma auto-estima bem mais visível. Quando ele tá começando a produzir e buscar sua auto-realização, enfim, são várias as situações que você vai percebendo no conjunto que ele tá podendo caminhar sem esse acompanhamento. (P16)*

*Como profissional da Psicologia, quando eu percebo que a pessoa tem uma **relativa autonomia** de todas as questões que eu falei antes, eu dou alta. Eu relato isso no prontuário eu dei alta pra paciente tal, foi **dada alta consensual** porque entendemos que atualmente se encontra **em condições de organizar sua vida, de manejar seu trabalho, suas atividades laborais, domésticas etc., etc., etc.** (P14)*

As falas dos participantes demonstraram que a alta ou o encaminhamento para alta são fruto de uma avaliação geral dos sintomas, da capacidade funcional e sensação de bem estar dos pacientes, sendo a alta um processo consensual entre psicoterapeuta e paciente, como foi apontado por P14. Esses critérios corroboram com os apresentados por Campezzato e Nunes (2007), e podem ser relacionados ao conceito de alta apresentado por Vasquez (2008) na medida em que o fim do processo terapêutico implica no alcance das metas contratadas entre psicoterapeuta e pacientes.

#### *8.4.2. Subcategoria Processo de Alta (4.2)*

O processo de alta teve como objetivo descrever a forma como os participantes e ou os pacientes encaminham a alta no contexto de uma rede pública de saúde mental. O *processo de alta pelo próprio paciente (4.2.1)* foi um aspecto abordado por seis participantes, que descreveram que a alta é, muitas vezes, dada pelos pacientes por diferentes motivos, como mostram os fragmentos abaixo:

*Até hoje nunca utilizei critério algum pra dar alta pra pacientes, porque tô há pouco tempo e acontece muita rotatividade. As pessoas vêm uma vez, aí falha, depois volta, aí: “eu vim porque vim encaminhada pelo médico”. Não é uma proposta dela mesma, o médico que, às vezes, mandou pra poder dar o medicamento: “não, primeiro tem que passar no psicólogo, depois vou te dar o medicamento”. Aí eles vêm como este propósito de tomar o remédio e ponto final. Ainda não dei alta pra pessoa alguma. (P8)*

*...Então quando tu começa a perceber... Geralmente a alta são eles que*

*nos dão. E às vezes isso é um bom sinal, não tão precisando mais da gente.* (P12)

As falas de P8 e P12 abordaram a saída dos pacientes a partir de pontos de vistas distintos. O fragmento da entrevista de P8 demonstrou que, muitas vezes, o processo de alta é inexistente em função de uma alta rotatividade dos pacientes que muitas vezes utilizam o serviço de psicologia como um ‘pré-requisito’ para a continuação do atendimento médico. Já a fala de P12 aponta que a saída do paciente está relacionada à percepção de resolução da demanda inicialmente apresentada. Esses dois aspectos apresentados pelos participantes são também apontados na revisão de literatura por Barret et al. (2008), acerca dos diversos fatores envolvidos na desistência do processo terapêutico, no contexto da saúde mental, que merecem ser avaliados no sentido de melhor contribuir para o desenvolvimento de ações em saúde mental no contexto da saúde pública.

A narrativa dos participantes também apontou que a alta pode ser realizada de forma gradual, como maneira de observar o progresso do paciente e também como forma de garantir acesso ao tratamento em saúde mental, como é o caso da *passagem do paciente para atendimento em grupo* (4.2.2), procedimento apresentado por quatro psicólogos e representado pelo fragmento abaixo:

***Geralmente a minha alta no individual é o caminho de botar no grupo. Então, se a pessoa tá individual comigo, num momento de crise, num momento de agravo dos sintomas, eu e a pessoa vemos que ela se sente melhor, que ela está melhor, eu trago ela pro grupo. Já é um sinal de melhora.*** (P17)

Como P17 colocou, o grupo se configura uma etapa do processo de alta, uma vez que, o atendimento individual tem função de acolher e elaborar os conflitos no momento de crise. O grupo se constituiria na garantia da continuação do tratamento psicológico.

A outra forma de estabelecer um processo de alta seria oferecer *diminuir a frequência de atendimentos* (4.2.3) para garantir um acompanhamento ao longo de um período para, dessa forma, avaliar o progresso do paciente em relação à demanda, como apontam P1 e P6, representando a fala de seis psicólogos:

*Na verdade, eu venho fazendo esse processo... Se o paciente vem semanalmente, depois ele passa a fazer quinzenalmente, mensalmente... E é assim: sempre um acompanhamento...* (P1)

*Ah, é bem difícil dar alta. Eu consigo de repente contar às altas que eu dei. Mas, de forma geral, eu procuro, como eu tô há pouco tempo aqui, e os pacientes tão tendo um certo andamento comigo. Toda a semana é difícil, não consigo ver ninguém toda a semana, **mas procuro ver de 15 em 15 dias ou de 3 em 3 semanas pelo menos, né?** E quero manter esse acompanhamento pra ainda, mesmo a pessoa demonstrando bastante melhora, ainda acredito que ter esse suporte é importante e ainda durante bastante tempo...* (P6)

O espaçamento dos atendimentos se constitui em uma técnica do processo de alta, que possibilita um acompanhamento do paciente durante a melhora do quadro depressivo. O espaçamento das sessões se caracteriza uma etapa do processo de alta em algumas abordagens terapêuticas como Terapia Cognitivo-Comportamental.

Outra importante significação presente na narrativa dos participantes quanto ao processo de alta está relacionado à *possibilidade de retorno do paciente* (4.2.4), em caso de necessidade, esse aspecto foi apontado por cinco psicólogos, como mostram os fragmentos:

*Na saúde pública eu acho que assim, essa é uma coisa muito legal, porque eles nos enxergam muito mais pontualmente, vêm, resolvem seus problemas, vão e sabem que podem voltar. Então essa é uma coisa que eu brinco sempre: **a nossa porta nunca tá fechada, ela tá sempre encostada, dá pra, dá pra voltar se precisar.*** (P12)

*Então acho que é muito assim do momento onde as coisas tão mais suportáveis pra pessoa, naquele momento tá sendo possível ela se organizar na sua vida com as suas coisas, com menos sofrimento. Ela tá dando conta. Eu acho que esse é o critério assim, né? **E acho que de poder abrir esse espaço assim mesmo de a pessoa aí “bom nesse momento tá tudo bem”, se em algum outro momento aquilo apertar, a coisa ficar difícil de poder ter esse retorno.*** (P4)

As falas de P12 e P4 enfatizam essa possibilidade de retorno em casos de necessidade, apontando dessa forma que o processo de alta na saúde mental pode ter um caráter temporário, uma vez que os serviços de saúde mental são utilizados na medida da necessidade do usuário de saúde.

### 8.4.3 Síntese Categoria Alta: Última Etapa do Manejo Clínico

Nessa categoria, as significações do processo de alta, presentes na narrativa dos participantes, foram organizadas considerando-se os critérios envolvidos no processo de alta, bem como a forma como esta é encaminhada. Em relação aos *critérios (4.1)* as significações apresentadas por um total de vinte psicólogos apontaram dois critérios para encaminhamento da alta, para avaliação dos sintomas da depressão, que estavam inicialmente presentes na demanda, incluindo a avaliação do comportamento suicida; em conjunto com uma avaliação do bem estar e capacidade de lidar com as demandas cotidianas.

A subcategoria *processo (4.2)* evidenciou aspectos que caracterizam a forma e os procedimentos que envolvem a alta em saúde mental na rede pública, considerando os casos de depressão ou outros tipos de sofrimento psíquico. Nesse sentido, considerando-se os critérios que compõem a primeira subcategoria, a fala de dez participantes apontou que a alta é realizada por meio de dois processos: o espaçamento dos atendimentos, como uma forma de possibilitar o acompanhamento dos pacientes que apresentaram uma melhora por um período mais longo, e também por meio do encaminhamento para o atendimento em grupo, quando o paciente já se reestabeleceu de um momento de maior crise, em relação ao quadro depressivo, e pode, portanto, estar em grupo.

Esses dois formatos de alta dos estados depressivos estão relacionados ao desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde mental, sendo que o encaminhamento para o trabalho em grupo está ancorado nas estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que preconizam ações multidisciplinares em saúde mental realizadas por grupos com objetivo de tratamento, prevenção e promoção de saúde. Dessa forma, o grupo se constitui em uma etapa da alta na medida em que caminha de um atendimento mais especializado e individual, para um atendimento coletivo que pode ser realizado por diferentes profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que os psicólogos apontaram que, em diversos casos, é o próprio paciente que se dá alta ou que abandona o tratamento. Isto pode estar relacionado a um uso pontual do atendimento em saúde mental, como foi apontado por um dos psicólogos. Dessa forma, a alta pode ser compreendida como um processo de autonomia do paciente que decide terminar o tratamento, na medida em que sente suas necessidades atendidas. Não se descartam aqui os diversos fatores que



levam ao processo de abandono do processo psicoterapêutico, que precisam ser avaliados para o melhor desenvolvimento de ações em saúde mental, mas ressalta-se que os psicólogos evidenciaram ser possível conceber um olhar que compreende a autonomia do indivíduo sobre sua saúde.

### 8.5 Considerações sobre a Dimensão Manejo Clínico

Se os significados elaborados na primeira dimensão se caracterizaram por posições teóricas e considerações diagnósticas distintas, acerca do conceito da depressão, a segunda dimensão evidenciou significados que convergem numa mesma direção quando se trata do manejo clínico da depressão, haja vista o posicionamento unânime em relação a certos aspectos do manejo clínico do comportamento suicida, de modo a configurar a construção de um significado comum aos psicólogos atuantes nessa rede.

Ao evidenciar que o manejo clínico da depressão possui pontos de convergências entre os psicólogos, atuantes nessa rede de saúde mental, não se pretendeu descartar as abordagens teóricas ou posicionamentos epistemológicos que sustentam o trabalho do psicólogo. Ao contrário, as abordagens teóricas foram apontadas como sustentáculo do atendimento terapêutico dos pacientes depressivos. Por sua vez, ficou evidente que o trabalho clínico pode se diferenciar quanto à sua forma de condução, mas se igualar ou se comparar quanto aos princípios da clínica na psicologia, em consonância com o conceito de clínica ampliada e compartilhada preconizada pelo Ministério da Saúde, uma vez que significados relacionados à uma clínica interdisciplinar e ampliada emergiram da narrativa dos participantes, apontando para um manejo clínico construído e encaminhado em equipe, considerando a inclusão da família e utilização de diferentes dispositivos terapêuticos para responder à demanda.

A análise feita até aqui sobre os significados que emergiram da narrativa dos participantes evidenciou que o manejo clínico da depressão não apresenta características específicas, salvo uma ou outra concepção como a indicação de atividades físicas no tratamento da depressão. Observou-se que os significados relacionados ao manejo emergem da prática da clínica na Psicologia, que está centrada num exercício de uma escuta qualificada e acolhimento das demandas do

indivíduo, se caracterizando o trabalho clínico a partir do diagnóstico psicopatológico. De forma que a quase totalidade dos entrevistados (com exceção de um psicólogo) apontou que a proposta terapêutica não se diferencia por tipo de patologia, tanto no atendimento individual quanto no atendimento em grupo.

Nesse sentido, os significados apresentados pelos psicólogos sobre uma condução de manejo clínico centrado na singularidade do indivíduo encontra reflexo e reforço no conceito de clínica preconizada pelo SUS, que demanda uma escuta da singularidade em diálogo com o contexto social, o que possibilita a compreensão ampliada dos processos de saúde e doença diante da demanda do indivíduo, da família e da comunidade. Destarte, a realização de uma clínica em saúde mental a partir de uma definição da patologia não responde aos princípios propostos da clínica ampliada e compartilhada, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar, por sua vez, que as indicações sobre o processo diagnóstico e tratamento da depressão dispõem de protocolo de atenção em saúde mental em nível municipal e em nível federal, sendo que a depressão é abordada no Manual de Prevenção do Suicídio. Ambas as referências estabelecem princípios para a realização do diagnóstico e tratamento da depressão, comum a todos os profissionais de saúde, em conformidade com os princípios do SUS e as diretrizes da inserção da saúde mental na Atenção Básica, cujos principais aspectos foram observados na narrativa dos participantes quanto ao manejo clínico da depressão.

Nesse sentido, a partir dos significados que emergiram da narrativa dos participantes, o manejo clínico da depressão encontrou pontos convergentes com políticas públicas já estabelecidas, como o conceito de clínica ampliada e compartilhada e as indicações do protocolo de atenção à saúde mental da rede de saúde mental municipal. O que demonstra a força do contexto institucional, que instaura modos de fazer, propondo uma ordenação no desenvolvimento do manejo clínico.

## 9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA DIMENSÃO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Essa dimensão congrega categorias e subcategorias, as quais apresentam uma análise dos aspectos dos processos de trabalho e demandas da rede de saúde mental vinculados, se possível, ao atendimento à depressão. As significações e informações que geraram essa dimensão foram organizadas em duas categorias e cinco subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

**1. Especificidade de serviços de atendimento na rede de saúde mental no contexto municipal** - reúne concepções e informações sobre o tratamento da depressão, que se diferenciam dos significados encontrados na Atenção Básica, descrevendo desta forma especificidades do atendimento ao paciente deprimido no CAPS II e no CAPSi.

**1.1 CAPS II** – refere-se às percepções relacionadas à incidência da depressão, bem como às concepções relacionadas ao manejo clínico e ao papel da família no atendimento ao paciente deprimido no CAPS.

**1.2 CAPS Infância e Adolescência** - evidencia as concepções acerca do processo diagnóstico, elemento diferenciador relevante em relação à Atenção Básica. Essa subcategoria descreve também as concepções do manejo clínico e da inserção da família no processo terapêutico no contexto do CAPSi.

**2. Conhecimento, processos de trabalho e demandas** – reúne elementos distintos entre si, mas que configuram o contexto institucional considerando-se as informações e a percepção da incidência da depressão, no âmbito da saúde pública, além de concepções sobre a demanda de formação continuada, em conjunto com dados observacionais dos processos de trabalho da rede municipal em saúde mental.

**2.1 Demanda da depressão na rede municipal de saúde** - apresenta a percepção da incidência de depressão, no contexto de trabalho dos participantes. Essa subcategoria aborda ainda dados do questionário sobre a prevalência da depressão na Atenção Básica.

**2.2 Observações sobre o contexto institucional e o processo local de inserção da saúde mental na AB** - descreve aspectos do processo de implantação do matriciamento, e como ações de educação permanente contribuem para a implantação deste novo modelo de atendimento em saúde mental.

**2.3 Demanda de capacitação profissional** apresenta as demandas de educação permanente em saúde mental, considerando-se o tema da depressão e outras necessidades apontadas pelos profissionais.

Quadro 6: Quadro Categorical Dimensão Contexto Institucional

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Dimensão Contexto Institucional	<b>1. Especificidade de serviços de atendimento na rede de saúde mental no contexto municipal</b>	1.1. CAPS II	1.1.1 Quanto a demanda de atendimento à depressão 1.1.2 Quanto ao manejo clínico 1.1.3 Quanto ao papel da família
		1.2. CAPS Infantil	1.2.1 Quanto ao diagnóstico 1.2.2 Quanto ao manejo clínico 1.2.3 Quanto ao papel da família
	<b>2. Conhecimento, processos de trabalho e demandas</b>	2.1. Incidência da depressão na rede municipal de saúde	2.1.1 Percepção de alta incidência da depressão na rede municipal de saúde (60%) 2.1.2 Conhecimento sobre incidência segundo dados do questionário
		2.2. Configuração do funcionamento da rede	2.2.1 Dinâmica das reuniões 2.2.2 Relacionamento da equipe 2.2.3 Dificuldades e necessidades da equipe
		2.3. Processo de implantação do Matriciamento e NASF na rede	2.3.1 Curso de capacitação em saúde mental 2.3.2 Acompanhamento das reuniões de matriciamento do CAPS
		2.4. Demanda de capacitação profissional	2.4.1 Capacitação sobre depressão 2.4.2 Capacitação sobre temas específicos 2.4.3 Supervisão em saúde mental para toda a equipe 2.4.4 Supervisão 2.4.5 Cursos de capacitação continuada

## 9.1 Categoria Especificidade de Serviços de Atendimento na Rede de Saúde Mental no Contexto Municipal (1)

Essa categoria reuniu percepções e informações sobre as especificidades do atendimento à depressão nos serviços do CAPS II e do CAPSi, com o intuito de evidenciar os aspectos diferenciais entre o atendimento nesse nível de atenção e o atendimento à saúde mental na atenção básica correspondentes às concepções apresentadas pelo grupo de psicólogos atuantes em cada um dos serviços.

Cabe ressaltar que nessa categoria a identificação dos participantes foi alterada, sendo que a numeração que acompanha a letra P foi redefinida, a fim de garantir o sigilo dos participantes.

### 9.1.1 Subcategoria CAPS II (1.1)

Os aspectos aqui apresentados referiram-se às características do atendimento à depressão, considerando-se aspectos diagnósticos e de manejo clínico. Nesse sentido, uma das percepções apontadas referiu-se à *demandas de atendimento à depressão (1.1.1)*, como aponta a fala de um participante:

- Na sua prática, considerando os diferentes quadros de psicopatologia que chegam até aqui, qual a incidência dos pacientes com depressão? (Pesquisadora)

*É maioria [casos de depressão]... Até quando eu entrei aqui no CAPS, eu pensei: "agora eu vou ter que correr atrás de manejo, de entender a psicose..." – eu tinha essa fantasia quando entrei aqui, mas não é, é minoria. E é assim – entre aspas – os que dão menos trabalho! Até porque é um outro funcionamento [paciente psicótico]. Então, eles se engajam até mais nas oficinas. Até porque é uma outra via de acesso terapêutico. Então nesse sentido a gente tem mais recursos... Por exemplo, com as pessoas deprimidas tem uma demanda muito grande de individual, de não querer ir pro grupo, de querer uma atenção individual, e por isso que demanda muito mais, por isso que dá mais trabalho, porque a gente não tem horário pra quantidade... [pacientes], cria uma situação mais difícil. (P4)*

A percepção deste participante sobre a demanda de atendimento à depressão reflete a percepção dos outros psicólogos, na medida em que

se reconhece que a sintomatologia de depressão é altamente prevalente no CAPS. A percepção da participante coaduna com os dados das pesquisas de Tomasi et al. (2010) e de Pelisoli e Moreira (2007), que apontam os transtornos de humor como o perfil de paciente mais prevalente em unidades do CAPS da região sul do Brasil, enquanto que na pesquisa de Andreoli et al. (2004) os transtornos de humor foram classificados como o segundo grupo diagnóstico mais prevalente em um CAPS da região de São Paulo. Embora, os dados não sejam especificamente sobre o transtorno depressivo, confirmam a percepção dos participantes quanto à alta demanda de pacientes que apresentam uma sintomatologia depressiva.

Outro aspecto diferencial do CAPS, em relação à atenção básica, está no desenvolvimento do *manejo clínico (1.1.2)*, uma vez que o conceito de clínica ampliada e compartilhada é melhor exercida na medida em que o processo diagnóstico e o projeto terapêutico são construídos e realizados em equipe, considerando-se os dispositivos terapêuticos à disposição da instituição, como mostra o fragmento de P5.

*... Lá no CAPS, você sabe. O funcionamento é assim: **oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, consultas psicológicas, consultas psiquiátricas.** Então essas consultas psicológicas podem ser psicoterapias individuais ou de grupo... Ali tem várias opções... **Então, quando a gente vê, e verifica mesmo que o diagnóstico é de depressão. Primeira questão assim: vamos fazer uma consulta médica também. Não adianta a gente achar que com a psicoterapia vai dar conta, porque não vai. Porque quem passou pra lá, já tá grave. Então, a gente já faz o agendamento das consultas psiquiátricas, já procura encaminhar as pessoas para os grupos terapêuticos. Pras oficinas terapêuticas...** (P5)*

A fala de P5 evidenciou os diferentes dispositivos que configuram as possibilidades terapêuticas do manejo clínico desenvolvidos no CAPS, que revelam também o envolvimento dos diferentes profissionais no acompanhamento do paciente em sofrimento psíquico. Esta configuração de atendimento ao sofrimento psíquico no CAPS está ancorada nos princípios da reforma psiquiátrica, adotados pelo Ministério da Saúde, e no princípio de integralidade em atenção à saúde (Brasil, 2005), com o objetivo de propiciar diferentes elementos terapêuticos que promovam atenção integral no processo de recuperação

em saúde mental.

A concepção *quanto ao papel da família (1.2.3)*, no manejo clínico do paciente deprimido, se mostrou como um aspecto diferencial em relação à atenção básica. A inclusão da família, ou de outras esferas da rede social de apoio no processo terapêutico, se constitui um pilar no manejo clínico do pacientes, como fica evidenciado nos fragmentos abaixo:

***É uma das coisas mais importantes [a família] e uma das principais coisas que a gente investiga, por exemplo, numa primeira entrevista é qual o apoio que esta pessoa tem, tanto familiar quanto do meio social que ela tá, da comunidade. Pra mim é uma coisa fundamental. Tem uns que chegam aqui completamente sozinhos, sem ninguém. Aí eu vou ter que pensar de outra forma, como é que vou tá mais perto, como é que vou fazer uma rede aqui dentro, como é que vou fazer uma rede lá fora... (P1)***

*... O trabalho com famílias é um trabalho que a gente inicia, reinicia, inicia, reinicia. É um trabalho muito difícil de ser feito... A gente pode até orientar famílias, a gente pode até dar palestras de família, mas a nossa proposta é também que as famílias possam estar pensando junto e construindo algo pra gente. Talvez por isso, agora falando eu me dou conta, essa proposta de construção e de participação seja mais difícil. Tem um psiquiatra que às vezes dizia assim: “ele não tem família, ele não tem pai e mãe!” Sim, mas ele tem vizinho, entendeu? Vamos falar com o vizinho. Tem o médico, tem o padre, tem o pastor... Acho que aqui a gente tem que crescer nisso, a gente tem que ir, além disso. É uma das coisas que eu sinto que a gente tem que modificar [ampliar o significado da rede social de apoio]. (P3)*

A fala de P1 demonstra que a família foi considerada de forma ativa no manejo clínico do paciente, sendo que, na ausência destes, outras esferas da rede social de apoio significativa é acionada. A fala de P3 também apontou para a questão da ampliação da rede social de apoio, para a realização do manejo clínico do paciente. Portanto, a inclusão da família nos CAPS tem raízes na concepção da reforma psiquiátrica adotada pelo Ministério da Saúde que concebe a família como núcleo social mediador entre o paciente e a sociedade. (Camatta & Schneider, 2009; Schrank & Olschowsky, 2008, Waidman & Elsen, 2005).

Por sua vez, a fala de P3 abordou também o trabalho de inserção da família como uma tarefa institucional, quando este participante



descreveu sobre as tentativas de trabalho com a família. As dificuldades com a inserção e a participação da família no trabalho do CAPS são também apontadas nos estudos de Camatta e Schneider, (2009), e Waidman & Elsen (2005), caracterizando-se, dessa forma, uma tarefa que requer esforço contínuo, por parte dos profissionais, no desenvolvimento de ações integradas com a família e a comunidade.

Pretendeu-se tornar evidente a importância da família, considerada parte atuante do manejo clínico pelos profissionais entrevistados, uma vez que a proposta terapêutica nesse contexto e a organização do processo de trabalho se ancoram nos pressupostos da reforma psiquiátrica.

### *9.1.2 Subcategoria CAPS Infantil (1.2)*

A subcategoria relativa às especificidades do CAPSi explorou elementos relacionados ao diagnóstico e manejo clínico da depressão, a partir da narrativa de quatro psicólogos que atuavam na instituição no momento da coleta de dados.

O primeiro aspecto a ser apresentado refere-se às concepções *quanto ao diagnóstico (1.2.1)*, considerando-se o impacto que a avaliação diagnóstica pode exercer na vida da criança ou adolescente, conforme fragmento:

***A gente tenta proteger o máximo possível essa criança dessa questão toda da escola, da exposição, da família, do uso desse diagnóstico. Porque o que a gente vê é muito mais nocivo do que qualquer sofrimento, né? É muito mais doído tu viver apontado do que qualquer dor que a criança possa viver. Me assusto bastante com isso. (P6)***

A fala de P6 descreveu a importância em proteger a criança da exposição que pode ser desencadeada perante o diagnóstico da depressão, sendo que a rotulação pode exercer tarefa de exclusão do grupo social, seja na família, amigos ou escola e assim agravar os sintomas da depressão na criança diagnosticada. A posição em relação ao diagnóstico sustentada por P6 vai ao encontro dos apontamentos de Guarido (2007), Fletcher (2008) e Fernandes & Milani (2010), que argumentam que se deve favorecer a criança a um pertencer social que não esteja vinculado às rotulações diagnósticas, libertando a mesma da sujeição ao discurso psiquiátrico e abrindo espaço para destinos diferentes dos previstos nos prognósticos médicos.

Assim, como no CAPS II, o *manejo clínico* (1.2.2) no CAPSi possui características distintas da Atenção Básica no que concerne o trabalho em equipe e às possibilidades terapêuticas, conforme apresentado nos fragmentos:

*Bom, chega um quadro pra mim pintado eu vou acionar a equipe. Pensar o que a gente pode fazer, ajudar... A gente tem a [médica] homeopata e que dá uma mão pra gente, então, pensaria em acionar a equipe e chamar a família, ver o que tá acontecendo. A partir daí ver quais são as nossas possibilidades e criar um projeto terapêutico que a gente chama de o tal do singular, esse que é a partir das possibilidades dessa família. Eu investigaria o que essa criança deixou de fazer, se tinha uma atividade física ou se não tinha, parou por que? De forma que o projeto terapêutico seja protetivo, mas que ela possa tá circulando no meio onde ela possa se reencontrar com ela, com as coisas legais dela, né? Pensaria alguma coisa por aí. (P6)*

*Geralmente a gente chama de projeto terapêutico: a criança chega deprimida, tá deprimida, então, como que eu vou fazer? Se é um quadro depressivo ela precisa, inicialmente, de **atendimento individual**. Vou falar com a família, sobre os cuidados, **explicar pra família o que tá acontecendo com essa criança, fazer eles entenderem um pouco o que é essa depressão**. Vou ver se eles têm dúvidas, né? Então vou ver quem é que tá em casa, a rotina dessa criança. Então nós vamos poder casar com o projeto no CAPSi. Aí eu vou ver todos os dispositivos que ela tem, tanto familiar, quanto na comunidade, ligar pra escola, ver como é que tá, se tá tudo bem também. Então vou fazendo essas pontuações que vão ser geralmente durante um mês, a gente vai, construindo [a partir do] o que essa criança necessita. Mas geralmente vai ter um acompanhamento semanal, psicoterápico mais uma possível é **oficina terapêutica e atendimento de família**. Esses pais geralmente vão pra um processo de apoio, eles têm um apoio nosso. (P8)*

O depoimento de P8 evidenciou como o *manejo clínico* no CAPSi requer uma nova compreensão diagnóstica por meio de um trabalho essencialmente em equipe, investigando os diferentes contextos do paciente. Assim, visando à discussão para a construção de um projeto terapêutico, moldado a partir das necessidades e possibilidades familiares e sociais identificadas por este levantamento integrado de informações. Essa formatação do atendimento clínico está sustentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005), a partir da

compreensão do cuidado integral, ancorado em diferentes dispositivos clínicos como prevê a Portaria n.º 336/GM (Brasil, 2002).

A narrativa dos participantes trouxe concepções *quanto ao papel da família no manejo clínico (1.2.3)*, as quais mostram que as propostas de atendimento na infância e adolescência se diferenciam da proposta de atendimento na AB, pelo processo de inclusão da família no tratamento da criança e adolescente, bem como o oferecimento de espaços de apoio e terapêuticos para a própria família do paciente, como mostrado nos fragmentos:

*Pra mim o paciente não é a criança, é sempre **aquele grupo familiar**. A criança nunca vem sozinha a não ser quando ela é de Casa Lar, ela vem com alguém, ou um casal, ou com a vó, com um cuidador. Então, pra mim, **os pacientes são aquele grupo**, o projeto terapêutico daquela criança, que o nome tá no prontuário, o prontuário tá no nome de uma pessoa, que é a criança, mas **o projeto terapêutico é para aquela família**, em algum momento a família entra. Ou essa criança vai ter psicoterapia individual, que é caso mais extremo de ter só o individual, e o atendimento familiar. **Quando eu faço atendimento individual eu sempre faço o atendimento familiar com alguma regularidade. Os nossos projetos terapêuticos estão sempre com o olhar para a família.** (P9)*

*... **A gente não consegue pensar, atender qualquer criança aqui dentro sem que a família esteja inserida no projeto terapêutico.** Então a gente tem grupos de cuidadores [grupos para os pais]... A gente trabalha também com terapia de família. Então, numa situação dessa, pra mim, bota a família no rolo e vamos acertar o passo. É, eu não consigo pensar que a criança vá conseguir sair sozinha desse buraquinho aí que ela se enfiou. Pra isso precisa que a família inteira mude porque ela é produto e produtor desse lugar terapia de família. (P6)*

A fala de P9, confirmada pela fala de P6, ao colocar que o paciente é o grupo familiar, evidenciou que a família tem um papel central no manejo clínico do paciente, seja em casos de depressão ou em outros casos de formas de sofrimento psíquico, uma vez que o tratamento é desenvolvido também para a o grupo familiar envolvido. As posições de P6 e P9 são confirmadas por Dombi-Barbosa et. al (2008), quando apontam para a importância da parceria dos familiares no projeto terapêutico para o paciente e para a própria família cuidadora. As pesquisas de Schrank & Olschowsky (2008) e Camatta e Schneider

(2009) demonstram também que, para um projeto terapêutico de saúde mental estruturado e adequado, a reinclusão e a reestruturação de vínculos familiares e sociais nos Centros de Apoio Psicossocial constituem um dos pilares da assistência integral ao paciente.

### *9.1.3 Síntese Categoria Especificidade de Serviços de Atendimento na Rede de Saúde Mental no Contexto Municipal*

Com o objetivo de evidenciar os aspectos diferenciais do atendimento à depressão nos CAPSs, em relação à Atenção Básica, os aspectos apresentados nessa categoria abarcaram a questão do diagnóstico, do manejo clínico e da inserção da família no tratamento, aspectos presentes em ambas as instituições.

Os significados trazidos acerca do manejo clínico em ambas as instituições tornaram evidente uma concepção e organização institucional que dispõe, desde sua criação, de um cabedal de profissionais e de dispositivos terapêuticos que propicia uma variedade de propostas de atendimentos com o foco no processo de reabilitação. O projeto terapêutico construído a partir do interdisciplinar visa à integralidade do cuidado, a partir dos princípios da reforma psiquiátrica que nortearam a constituição destas instituições.

Nesse sentido, o *manejo clínico da depressão*, ou de qualquer outra forma de sofrimento psíquico, inicia-se a com a construção do projeto terapêutico realizado em equipe, considerando-se os profissionais e os dispositivos terapêuticos presentes em cada instituição, o que possibilita um atendimento mais especializado e com maior cobertura das necessidades terapêuticas.

*Quanto ao papel da família* no manejo clínico, os psicólogos de ambos CAPSs evidenciaram que o processo de inclusão da mesma se dá de uma forma mais abrangente e efetiva. Essa forma de incluir a família e a rede de apoio social também está nos princípios da reforma psiquiátrica, que parte de uma compreensão psicossocial do processo de reabilitação e considera a família como mediadora no processo de reabilitação. Tanto no CAPSII quanto no CAPSi os psicólogos falaram sobre atividades específicas de acolhimento, orientação e participação da família, sendo que no CAPS II, há uma busca pela participação ativa na construção das ações de saúde nessas instituições. Para os psicólogos do CAPSi, os significados evidenciados na narrativa apontaram a presença dos familiares como condição para o tratamento da criança e do adolescente, fazendo com que os mesmos sejam parte ativa do tratamento por meio de atendimentos familiares.

Esses aspectos tratados acima são reconhecidos, uma vez que caracterizam a constituição dessas instituições, por sua vez, a narrativa dos psicólogos apontou esses aspectos do manejo clínico como características intrínsecas aos seus processos de trabalho, evidenciando as possibilidades de práticas diferenciadas do que as observadas no manejo clínico na Atenção Básica. Se os dois primeiros aspectos aqui apresentados são inerentes à constituição da instituição, as questões de diagnósticos trazidos pelos participantes apontaram para aspectos relevantes. No CAPS II, a narrativa dos participantes trouxe a percepção de que os casos de depressão se constituem entre as demandas mais frequentes atendidas pelos profissionais, aspecto confirmado por dados de pesquisa sobre o perfil dos usuários dos CAPS do sul do Brasil.

Já no CAPSi, a narrativa dos psicólogos evidenciou concepções diferentes, na medida em que significam o diagnóstico como um processo aberto de investigação que não se caracteriza por uma nomeação do estado de saúde mental da criança, ou do adolescente. Essa posição em relação à avaliação psicológica tem como objetivo proteger a criança e o adolescente processo de rotulação que pode ser desencadeado pela informação do diagnóstico, o que favorece um movimento de exclusão do grupo social, tornando-se um dificultador no tratamento da depressão ou de qualquer outro tipo de sofrimento psíquico. Nesse sentido, a narrativa dos psicólogos evidenciou a busca por uma compreensão tanto por parte da equipe, quanto no exercício do profissional em busca da potencialidade dos pacientes atendidos pelo CAPSi, evitando, dessa forma, um posicionamento de reforço do lugar da doença.

## 9.2 Categoria Conhecimento, Processos de Trabalho e Demandas (2)

Essa categoria reuniu concepções, informações e dados de observação sobre a depressão em relação ao contexto institucional, considerando-se as características da demanda, os processos de trabalho e a formação continuada.

### *9.2.1 Subcategoria Prevalência e Demanda da Depressão na Rede Municipal de Saúde (2.1)*

Essa subcategoria agrupou as percepções dos psicólogos sobre a demanda da depressão na rede municipal de saúde, com os dados objetivos provenientes do questionário sobre dados de prevalência. A *percepção sobre a alta demanda da depressão na rede municipal de saúde (2.1.1)* foi apontada por dezenove participantes da pesquisa, os quais indicaram que a depressão atinge em torno de 60% dos usuários de saúde atendidos pelos psicólogos, sejam eles encaminhados pelos médicos ou por demanda espontânea por meio de grupos de acolhimento. Os fragmentos abaixo exemplificam como os profissionais percebem a incidência da depressão:

*É a maior incidência de todas [depressão] entre transtornos bipolares, psicótico, é a maior. Não saberia te dizer assim porcentagem. (P14)*

*Assim, que chegam para a saúde mental, para a psicologia? Olha, usando esse termo transtorno depressivo, é **depressão**, é **mais abrangente, generalizado, é 60%**. (P2)*

*Predomínio alto, assim, se pensar em porcentagem, **acho que 70% dos casos, então 7 entre 10**. Chutando, né, por alto. (P17)*

A percepção dos participantes apontou que os quadros depressivos possuem a maior incidência na rede de saúde mental. Os dados extraídos da narrativa dos participantes coadunam com o *conhecimento sobre dados de prevalência (2.1.2)*, explorados no questionário de conhecimentos sobre depressão. Este tema foi abordado no item 2, que apresentou alternativas relacionadas a dados de prevalência, incidência e duração da depressão, tendo como fonte bibliográfica o DSM IV – TR (2002) e o protocolo de saúde mental do município.

## **2. Sobre a prevalência, incidência e duração da depressão, assinale a opção que lhe pareça correta:**

- a. O primeiro ciclo gravídico puerperal marca o início do risco diferencial para que mulheres tenham maior incidência de casos depressão do que homens.
- b. Em sua maioria a depressão tende em aparecer em episódios únicos e isolados.
- c. A depressão é o transtorno mental mais frequente na atenção básica.

- d. Dados científicos evidenciam que não há relação de hereditariedade para o desenvolvimento da depressão entre familiares de primeiro grau.
- e. Uma depressão não tratada dura entre 2 e 6 meses.

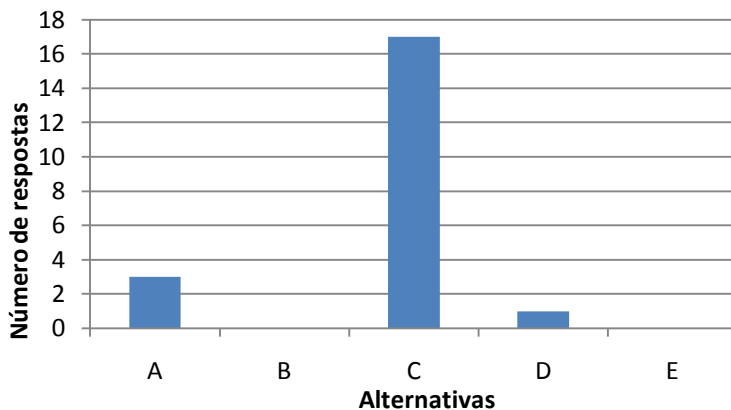


Figura 13 – Distribuição das respostas do item sobre os dados de prevalência

Um total de dezessete participantes escolheu a alternativa chave, o que representa 77% do total de participantes. De acordo com a análise do Iteman, 56% dos participantes com baixo desempenho e 88% dos participantes com alto desempenho acertaram este item, o que originou um índice de discriminação de 0,32, considerado aceitável para a investigação desse tema.

Ambas as fontes de informação, narrativa dos participantes e os dados do questionário demonstraram que os psicólogos reconheceram que a depressão possui o maior nível de demanda e prevalência na rede de saúde mental, confirmando dessa forma os dados de pesquisa sobre a prevalência, realizados no Brasil na década de 90 e nos anos 2000 (Andrade et al., 2006; Maragno et al., 2006; Soares et al., 1999).

### *9.2.2 Subcategoria Observações sobre os Contexto Institucional e o Processo Local de Inserção da Saúde Mental na AB (2.2)*

Essa subcategoria teve como objetivo apresentar o momento profissional e político da rede de saúde mental, a fim de evidenciar o contexto institucional que estava passando por transformações dada a implantação de um novo modelo de assistência em saúde mental, caracterizada pelo arranjo organizacional de equipes de apoio matricial. Os aspectos aqui tratados foram frutos de uma rotina de observação das reuniões mensais da equipe de saúde mental atuantes nas unidades básicas de saúde mental e nos CAPSs, em conjunto com os gestores da saúde mental do município. Esses encontros constituíram-se em um espaço para promover um encontro entre os profissionais dessa categoria, com o objetivo de discutir assuntos relativos às práticas e políticas da rede municipal de saúde mental. Os temas discutidos variaram entre políticas de saúde mental, planejamento de eventos relacionados à educação permanente, proporcionando momentos de trocas de conhecimento e experiência, além da apresentação dos serviços da rede.

Esses encontros mensais configuraram em um espaço importante para a rede, pois se caracterizaram como um lugar de fortalecimento da proposta de saúde mental no que tange ao seu conteúdo e aos atores de processo (psicólogos, clínicos gerais, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros atuantes na rede de saúde mental do município). A regularidade da participação dos profissionais variava muito, uma vez que era voluntária.

O objetivo de observar essas reuniões foi de conhecer o momento político e histórico em que a rede municipal de saúde mental se encontrava, para compreender a forma do funcionamento em termos de propostas e ações em saúde mental e possibilitar a compreensão do contexto dos processos de trabalho em relação à depressão.

Os aspectos aqui analisados derivaram das categorias descritivas de observação (cujos conceitos estão apresentados na seção *4.4.1 Observação Participante de Campo*), caracterizadas pelas reuniões de comuns a diferentes eventos de observação, ou ainda, um único evento considerado importante na compreensão do contexto de saúde.

Esta subcategoria conta ainda com dados de observação de um curso de aperfeiçoamento em saúde mental na Atenção Básica, cujos principais aspectos observados são apresentados em continuação.

A *observação do processo de implantação do matriciamento (2.2.1)* permitiu capturar o momento de implantação do modelo



assistencial, a partir de uma proposta de articulação entre a estratégia de saúde da família e a rede de saúde mental e sob a lógica do apoio matricial. Observou-se ao longo das reuniões que essa mudança demandou um processo de formação, que envolveu momentos de discussão sobre a saúde mental na atenção básica. Inicialmente, houve um processo de diagnóstico situacional, quando foram discutidos os indicadores existentes em saúde mental, isto é, o registro de internações, visitas familiares, atendimentos individuais e atendimentos em grupos. A discussão desse tema evidenciou a falta de indicadores bem estabelecidos e levantou a necessidade de desenvolver marcadores em saúde mental que pudessem estabelecer o registro do atendimento dos pacientes e a geração de dados epidemiológicos. Nessa etapa foi possível acompanhar ainda um processo de reconhecimento das equipes de saúde mental por regional, além dos tipos de atendimentos realizados pelas equipes de psicólogos.

Podem ser consideradas, ainda, parte do processo de implantação do apoio matricial, as discussões sobre clínica ampliada, cujo conceito do Ministério da Saúde foi revisitado e discutido como fundamento do exercício clínico (Brasil, 2003). Além disso, o método do atendimento em grupo também foi apontado como um significativo processo de trabalho na clínica da saúde mental. Foi possível observar que a Coordenação de Saúde Mental incentivou o estabelecimento de grupos, uma forma de possibilitar o acolhimento do usuário ao atendimento em saúde mental, de acordo com as diretrizes de inserção da saúde mental na Atenção Básica (Brasil, 2003, 2006a).

Em relação ao tema do matriciamento, especificamente, foram observadas as reuniões em que se discutiam as dúvidas quanto aos processos de trabalho e em que eram realizadas simulações de casos ou discussões de casos reais, em que o fluxo e as possibilidades de tratamento eram abordadas como parte do processo de capacitação da equipe.

A descrição desse processo abordou aspectos observados pela pesquisadora durante o período de implantação da organização do arranjo de apoio matricial, sem pretender, por sua vez, abarcar todas as etapas que levaram a consolidação do mesmo. Evidenciou-se que a adoção dessa proposta de atendimento em saúde mental, demandou um processo complexo de avaliação do funcionamento da rede de saúde mental, bem como a utilização dessas reuniões como espaço de

educação permanente na medida em que se constituiu em momentos de discussão e reflexão sobre as práticas instituídas e as práticas propostas.

*As ações em educação permanente (2.2.2)* quanto à proposta de inclusão do arranjo organizacional do apoio matricial, teve continuidade com a realização de um curso intitulado “Aperfeiçoamento em Saúde Mental para a Atenção Básica”, com o objetivo de possibilitar o profissional da saúde a conhecer os princípios de inclusão da saúde mental na atenção básica, de forma a capacitá-los na construção de novos processos de trabalho, baseado no arranjo organizacional do apoio matricial, que sustentariam uma nova forma de atendimento em saúde mental.

O curso foi oferecido para um grupo de 40 profissionais de saúde, sendo eles profissionais da ESF e profissionais da SM. O curso de aperfeiçoamento constava de supervisão de casos, tendo como fundamento o conteúdo abordado no curso de capacitação sobre matriciamento. Tanto o curso de capacitação quanto a supervisão de caso tiveram como princípios: o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuário de saúde; a adoção de uma abordagem da clínica ampliada; a inclusão da família no tratamento; permeado pelo incentivo de uma prática interdisciplinar, que busca a unificação do discurso dos profissionais com o intuito de construir uma relação de constância e coerência para a equipe.

A proposta do curso em aperfeiçoamento na rede de saúde mental desse município respondeu, portanto, à política de capacitação profissional preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), configurando-se dessa forma uma ação em formação continuada, com objetivo de preparar a equipe para novas práticas em saúde, que segundo Passos (2010), deve estar comprometida com as transformações das políticas públicas e das práticas assistenciais, como proposto pela Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005).

Nesse sentido, o atendimento à depressão ampliou-se, possibilitando uma atenção mais integral que contemple diferentes métodos terapêuticos a partir de uma compreensão da multiplicidade dos fatores que constituem o desenvolvimento do sofrimento psíquico.

### *9.2.3 Subcategoria Demanda de Capacitação Profissional (2.3)*

Essa subcategoria elencou as demandas de capacitação apresentadas pelos participantes, considerando-se o tema da depressão e outros temas em saúde mental, finalizando dessa forma, os aspectos investigados sobre a depressão no contexto institucional.

Entre as demandas apresentadas, um curso *de capacitação sobre depressão* (2.3.1) foi apontado por cinco profissionais, como mostram os fragmentos a seguir:

*A **depressão na adolescência**, no meu caso é uma dificuldade... Poderiam haver, sim,  **cursos de depressão específicos à cada fase da vida...** (P1)*

*Necessidade que tenha  **cursos de aprimoramento em relação à depressão**, supervisão clínica também... Acho que falta um esclarecimento a partir de toda a equipe de saúde, qual é o papel do matriciamento, qual é o papel do psicólogo, que, às vezes, a gente é jogado. E eu acho que é importante haver uma troca, não só nossa, da gente tá explicando, mas da própria rede poder dar este suporte pra gente, que a gente não trabalha sozinho, a gente trabalha em rede, então que ela tenha este papel ativo também. (P8)*

Com exceção da fala de P1, que apresentou uma motivação em realizar um curso sobre depressão, a demanda por capacitação nesse tema foi apenas citada entre outras demandas consideradas mais relevantes ou mais urgentes, como apresentado por P8. Nesse sentido, ficou evidente que uma compreensão mais aprofundada sobre os quadros depressivos não se constituiu na fala dos participantes como demanda urgente em relação aos outros temas apresentados. Pode-se hipotetizar que isso está relacionado à forma como a depressão é compreendida pelos profissionais, como aponta P11:

*Especificamente para essa temática? Não sei. **Acho que eu dou pouca importância a ela assim, nesse sentido. Eu prefiro entendê-la dentro do quadro mais geral, o que eu acho que é importante é a gente entender isso que se propõe como reforma psiquiátrica. E aí não só, não só dentro do quadro específico da depressão. Mas como que a gente pode organizar a rede de maneira que a gente possa atender adequadamente também a isso. E, e obviamente que isso implica também uma certa crítica ao modo como se vem construindo essa doença social que, nesse momento, tá recebendo o nome de depressão, né? É, eu acho que isso que precisa tá em discussão pela rede. (P11)***

A fala de P11 evidenciou a compreensão da depressão como uma doença social e propõe, nesse caso, uma reflexão a partir desse lugar, sem, portanto, abordar características específicas. Por sua vez, a

narrativa dos participantes apresentou demanda por *capacitação sobre temas específicos* (2.3.2), como mostram as falas de P19, P14 e P12.

*Eu gostaria que a Prefeitura desse pra gente uma **capacitação de Psicopatologia e de Diagnóstico**. Principalmente pra gente aprender a fazer diagnóstico diferencial, que é uma coisa muito difícil, e a gente sai da faculdade com poucos subsídios sobre isso. Você vai aprender mais nas leituras, nas práticas, né? (P19)*

*Atualmente a minha necessidade ainda está mais voltada ao **álcool e outras drogas**, que ainda eu percebo isso um campo... Não vou dizer inacessível, porque existem equipamentos, instrumentos pra esclarecimento e tudo mais. Mas eu vejo, eu percebo assim: que o entendimento das atuais políticas de abordagem dessa realidade social ainda é pela repressão e é muito claro que se você vai pela repressão e não pelo acolhimento, você não vai conseguir sucesso. Você pode conseguir um certo avanço, mas não vai conseguir sucesso. (P14)*

*Frente a temática da depressão eu não sei responder, tá? Mas eu acho que em termos de capacitação acho que em todos os sentidos, sabe? Em **trabalhos em equipe, em matriciamento, em oficinas, a questão de estudos de caso, a questão da própria saúde mental...** (P12)*

Esse tipo de demanda, apresentada por oito psicólogos, reflete necessidades de crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal relacionada com necessidades do trabalho e, portanto, da própria rede. A necessidade de estar mais bem habilitado, de acordo com Mangia (2010), tem influência central na qualidade da assistência, o que reflete a importância de haver apoio e investimento permanente em capacitação, uma vez que a falta de preparo para um papel profissional de envolvimento psico-afetivo desencadeia uma sobrecarga no trabalho de saúde mental. Segundo Paschoal (2007), este preparo deve potencializar o desenvolvimento pessoal, além da capacitação específica, promovendo assim o aprendizado de novos conceitos e atitudes.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001) ilustra a importância da supervisão clínica e institucional, como princípios e diretrizes, suportando a demanda por *supervisão* (2.3.3) de caso como a mais consistente entre os psicólogos, sendo apontada por oito participantes, como está representado na fala de P21:

*Eu queria ter uma, aprofundar essa questão, na parte infantil, de*

*como lidar,... Eu queria ter alguém pra falar, alguém que trabalhe com crianças, pra gente ter **supervisão**, pra discutir caso juntos, eu queria isso, não queria uma capacitação pontual, mas algo mais permanente... Quando a gente precisasse, poder chamar alguém pra poder nos **supervisionar**.... Alguém que pudesse discutir sofrimentos da infância e a depressão junto. Então, ter alguém pra poder discutir com a gente seria muito legal, isso que eu acho que ia enriquecer bastante a nossa prática. A gente precisa olhar outras possibilidades. (P21)*

A demanda por supervisão clínica, como foi apontado pelos participantes, constitui-se uma demanda reconhecida em outras pesquisas (Campos et. Al, 2009; Schmidt & Figueiredo, 2009, Silva & Costa, 2008; Tanaka & Ribeiro, 2009), que salientam a necessidade de supervisão clínica como um dispositivo para propiciar uma qualidade de atendimento em saúde mental integrada e orientada. Segundo Silva (2008), o processo de supervisão clínica favorece um suporte nos atendimentos e nas relações interpessoais, que são garantias da continuidade do trabalho perante às dificuldades encontradas, proporcionando a diminuição do sofrimento psíquico do profissional de saúde mental, referentes a angústias, dificuldades nas relações, responsabilização excessiva e falta de reconhecimento. Para Schmidt (2009), a supervisão é um dispositivo que impulsiona a discussão de estratégias, propostas e soluções que direcionam o trabalho na saúde mental, mesmo que provisoriamente.

Outra forma de supervisão, presente na narrativa dos participantes, referiu-se à *supervisão em saúde mental para toda a equipe* (2.3.4), sugerindo um diferencial na medida em que visa integrar as equipes de saúde mental e as ESFs, como mostra a fala de P4:

*Eu acho que faria uma grande diferença no trabalho, seria uma questão de supervisão. Acho que isso sim, muito mais que qualquer curso de capacitação... E aí eu falo numa supervisão não da psicologia, porque eu acho que senão de novo a gente volta a separar [os campos de saber]... Uma **supervisão em saúde mental** mesmo. Uma **supervisão da equipe**... Mas eu acho que a supervisão é um espaço que possibilita os profissionais levarem o que tá difícil, o que é complicado, aonde que o trabalho não anda. (P4)*

A concepção apresentada por P4 representa a fala de mais dois participantes, que refletem, segundo Machado (2007), que o processo de

formação profissional e educação permanente devem estimular o trabalho em equipe, promovendo o diálogo entre os profissionais, o que possibilita melhor compreensão dos fenômenos envolvidos nas enfermidades psíquicas, por parte dos membros das equipes de saúde, permitindo um foco nas ações em saúde através de uma definição coletiva da assistência à comunidade.

#### *9.2.4 Síntese da Categoria Conhecimento, Processos de Trabalho e Demandas*

Esta categoria reuniu elementos distintos quanto ao seu conteúdo, mas semelhantes no que tange a compreensão do seu objetivo, que foi apresentar aspectos do contexto instucional a fim de evidenciar as demandas e o momento histórico no momento da realização da pesquisa. Para tanto, foram exploradas as diferentes fontes de dados : entrevistas, notas de diários de campo e dados objetivos que compuseram um quadro da instituição. Cabe enfatizar que não se pretendeu abordar a totalidade dos aspectos que compõe o contexto institucional, mas essa categoria teve como objetivo evidenciar aspectos que dialogam com o tema da depressão, ampliando assim a compreensão deste fenômeno.

O primeiro elemento apresentado está relacionado com dados relativos ao conhecimento e percepção sobre a *incidência da depressão na rede municipal de saúde (2.1)*. A narrativa de dezenove participantes evidenciou que a depressão possui uma demanda em torno de 60% do atendimento psicólogo, configurando-se, portanto, como o tipo de sofrimento psíquico mais frequente na AB, de acordo com a percepção dos entrevistados. Cabe ressaltar que não houve uma preocupação em diferenciar sintomas depressivos de um diagnóstico de diferentes quadros depressivos como os transtornos uni ou bipolares, as falas que compuseram este elemento partiram de uma questão simples sobre a percepção da demanda da depressão no contexto da rede municipal da rede de saúde mental, com o intuito de constituir mais um significado relacionado ao fenômeno da depressão. A percepção sobre a demanda é confirmada pelo dado objetivo, fruto da investigação sobre a prevalência da depressão, que afirma em uma das alternativas que a depressão é o transtorno mais frequente no contexto da Atenção Básica, resposta escolhida por dezessete psicólogos. Ao considerar essas duas fontes de dados, pode-se afirmar que os psicólogos significam a depressão como a forma de sofrimento psíquico mais frequente em seus contextos de

trabalho, salvo o atendimento infantil cuja incidência e ou prevalência é menor na percepção dos psicólogos entrevistados.

Embora a depressão seja reconhecida como o tipo de sofrimento psíquico de maior demanda de atendimento psicológico, o mesmo não se constituiu a *demandas de capacitação profissional* (2.3) mais frequente entre os profissionais entrevistados, sendo esta uma demanda apresentada por cinco psicólogos, sendo que três participantes desse grupo citaram a capacitação em depressão como mais tema entre outros temas apresentados. Dessa forma, pode-se afirmar que a depressão não se constitui um tema de demanda de capacitação entre os profissionais. A demanda mais frequente na narrativa dos participantes esteve relacionada à supervisão clínica de casos, apresentada pelos psicólogos como um dispositivo que melhor capacitaria o profissional a lidar com as demandas do contexto de atendimento.

O título *observações sobre o contexto institucional e o processo local de inserção da saúde mental na AB* (2.2) nomeia a subcategoria formada pelos apontamentos do diário de campo da observação. A observação possibilitou um acompanhamento da transição para um novo arranjo organizacional de atendimento em saúde mental caracterizado pelo trabalho das equipes apoio matricial que demandou uma nova forma de conceber as práticas em saúde mental na atenção básica, favorecendo uma atenção interdisciplinar no atendimento ao sofrimento psíquico.

Essa etapa caracterizou-se por um processo diagnóstico da rede de saúde mental, apresentação e discussões sobre processos de trabalho, discussões temáticas sobre a clínica na saúde pública, caracterizando-se, portanto, num espaço do exercício de educação permanente. O curso de aperfeiçoamento em saúde mental deu oportunidade para aprofundar o processo de capacitação não apenas da equipe de saúde mental, mas dos profissionais das ESFs configurando assim mais um passo nessa etapa de transição.

Observar esse processo de transição e adequação ao novo arranjo organizacional das equipes de matriciamento, que mais tarde evoluíram para as equipes NASF, (esta última transição apenas observada no seu início), possibilitou à pesquisadora a compreender como as forças internas das demandas institucionais constituem os processos de trabalho e as propostas de atendimento em saúde mental. Nesse sentido, dado o momento histórico durante realização da pesquisa, a rede de atenção à saúde mental estava num processo de configuração e

acomodação, o que futuramente acarretará no desenvolvimento de políticas públicas específicas, incluindo a atenção à depressão.

### 9.3 Considerações sobre a Dimensão Contexto Institucional

A dimensão **contexto institucional** congregou distintos aspectos, que foram analisados com o intuito de possibilitar a apresentação das especificidades da forma de atenção à saúde mental no CAPS II dois e no CAPSi, bem como apresentar o momento histórico institucional e as demandas que surgem em relação à esse contexto, considerando, dentro do possível, o fenômeno da depressão.

As categorias que formaram esta dimensão evidenciaram que os significados emergentes dos dados circunscrevem-se a dois aspectos básicos: o primeiro deles está relacionado à percepção de que a depressão possui maior demanda de atendimento em saúde mental, tanto na Atenção Básica quanto no CAPS II. Esses dados coadunaram com o tema explorado no questionário, que tem como resposta chave a afirmativa que transtorno depressivo é o mais prevalente na AB. Nesse sentido, a conjunção dessas duas fontes de informação significam a depressão como o tipo de transtorno com maior demanda de atendimento nessa rede de atenção à saúde mental, com excessão dos profissionais do CAPSi.

Por sua vez, o tema da depressão foi apenas citado como uma possibilidade de curso de capacitação, não se configurando, portanto, uma demanda específica, mesmo diante do reconhecimento de sua alta demanda. Isso pode estar relacionado à hipótese apresentada na dimensão do conceito que conclui que a depressão, embora reconhecida como categoria nosológica, tende a ser compreendida como um sintoma de sofrimento psíquico, não se configurando portanto, uma necessidade de maior aprofundamento teórico-prático no seu manejo clínico.

A atividade de observação participante de campo permitiu acompanhar um processo de implantação das equipes de apoio matricial, que mais tarde evoluiu para as equipes NASF. Esse momento de transição, observado durante o período da pesquisa, demonstrou que as atenções do gerenciamento da rede e dos profissionais estavam voltadas para a absorção desse novo processo de trabalho que demanda(va) o desenvolvimento do olhar interdisciplinar, intrínseco ao próprio conceito de apoio matricial. Dessa forma, os conceitos de clínica ampliada, compreensão interdisciplinar a partir do princípio da integralidade que favorece um atendimento compartilhado e co-



responsável, pilares da proposta clínica do SUS, constituíram-se temáticas constantes no desenvolvimento dessa rede de saúde mental, evidenciando um processo de crescimento e amadurecimento, que possibilitará o desenvolvimento de políticas específicas de atenção à saúde mental, e mais especificamente política de atenção à depressão.

Por sua vez, cabe enfatizar que a evolução de equipes de apoio matricial para equipe NASF aponta para o processo constante de mudança em que uma instituição de saúde pública está submetida, considerando-se sua própria natureza, que é eminentemente política. Nesse sentido, o desenvolvimento de políticas públicas específicas está sujeito ao processo próprio de amadurecimento e à evolução dessa recente de inclusão da rede de atenção à saúde mental na atenção básica. Desta forma, o desenvolvimento de ações em saúde caracteriza-se como um processo constante de avaliação e transformações.

Abordar aspectos constituintes do contexto institucional teve como objetivo apresentar os significados gerados nesse contexto que constroem a narrativa do atendimento à depressão por parte dos psicólogos. Nesse sentido, foi possível observar esse momento de mudança e como isso pode afetar a percepção e construção dos significados a cerca das práticas profissionais, cujo o norte está estabelecido pelas políticas públicas de atenção à saúde mental.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão se constitui em um desafio na rede pública de saúde mental, visto seu alto índice de prevalência, bem como a multiplicidade dos fatores orgânicos, sociais e psíquicos envolvidos no desenvolvimento dos quadros depressivos. Nesse sentido, a abordagem da depressão pode ser sustentada tanto por campos de saberes que privilegiam sua própria perspectiva sobre o fenômeno, quanto por um olhar que se propõe integrar os diferentes aspectos que compõem a compreensão da depressão no que concerne as propostas de atendimento e tratamento.

Nesse contexto, esse estudo pesquisou sobre os profissionais de saúde na busca de compreender os significados que atribuídos à conceituação, ao processo diagnóstico e ao manejo clínico da depressão. Os principais atores dessa pesquisa foram os psicólogos atuantes no contexto de uma rede municipal de saúde mental, esta eleição foi norteada pela experiência profissional da pesquisadora, bem como pela crescente inserção do psicólogo nas equipes de saúde mental.

Nesse contexto, esse estudo se ancora nos pressupostos epistemológicos da complexidade pela possibilidade de contemplar de forma integradora as diferentes descrições acerca da depressão num processo dialógico com o contexto, a partir do qual esse fenômeno é observado. Assim foi possível conhecer os diferentes significados que emergiram desse processo, evidenciando a complexidade em torno da depressão, dificultando tentativas de uma explicação unicausal. Desse modo, as experiências subjetivas e particulares foram consideradas, na medida em que possibilitam a observação de significados que vão além daqueles presentes no discurso. Para tanto, diferentes instrumentos foram congregados com o objetivo de contemplar os múltiplos âmbitos de produção de significados acerca da depressão.

Dessa forma, a observação participante de campo permitiu conhecer os diferentes níveis da instituição e compreender as forças organizacionais regidas por políticas públicas nas esferas federais e municipais. Essa aproximação ao contexto foi possível graças à receptividade da instituição e dos membros das equipes de saúde, para a realização desta pesquisa, possibilitando o acompanhamento de distintos tipos de atividades na rede que permitiu conhecer os processos de trabalho e observar as diferentes discussões sobre saúde mental. Essa aproximação gerou também um primeiro contato da pesquisadora com os entrevistados, servindo como um facilitador ao contato com os mesmos.

Quanto à temática da pesquisa, a observação participante de campo se configurou como um instrumento de apreensão dos significados sobre a depressão, observados nas interações entre profissionais de saúde mental, contribuindo de sobremaneira para uma compreensão ampliada da narrativa construída acerca do tema.

O desenho metodológico dessa pesquisa contemplou também a utilização de questionário de conhecimento sobre depressão – QCD – com o objetivo de avaliar o conhecimento dos psicólogos sobre o transtorno depressivo a partir das descrições e indicações da CID 10 (OMS, 1993), do DSM IV – TR (APA, 2002) e do Protocolo de Atenção em Saúde Mental desenvolvido pelo município onde a pesquisa foi desenvolvida. A aplicação desse instrumento, realizada logo antes da entrevista, teve também a função de levar à uma reflexão sobre a temática da depressão que reverberou na própria entrevista, quando os psicólogos, frequentemente, referiam-se como os itens do questionário os fizeram pensar sobre diferentes aspectos da depressão.

Essa etapa contemplou ainda a aplicação de uma escala de atitudes, uma versão adaptada do instrumento aplicado na pesquisa Silva et al. (2003), conforme apresentado no método. Uma avaliação psicométrica posterior demonstrou que o instrumento não apresentava um nível de coerência interna (alfa de combrach) suficiente para uma avaliação adequada. Desta forma, este instrumento foi descartado do processo de análise.

O processo de análise dos dados representou um desafio para a pesquisadora, uma vez que o método proposto teve como objetivo a integração dos dados que, tradicionalmente, pertencem a abordagens metodológicas distintas. Para tanto, os dados provenientes de cada fonte de coleta foram, inicialmente, analisados separadamente. Isto é, as transcrições das entrevistas e os diários de campo foram analisados e categorizados à luz da *grounded theory* (Strauss & Corbin, 2008) teoria que norteou toda construção da proposta metodológica dessa pesquisa. O QCD recebeu um tratamento psicométrico à luz da teoria clássica dos testes, com vistas à validação do mesmo. Após o instrumento ter sido avaliado como apto para mensuração, os resultados gerados por este receberam tratamento estatístico.

Com o conjunto de dados analisados, o processo de integração se deu na construção de três dimensões que congregaram os dados dos diferentes instrumentos em interação a literatura relacionada à temática da depressão, respondendo dessa forma ao objetivo de compreender o

processo de construção dos significados acerca da depressão. Essa organização possibilitou uma leitura transversal dos dados, por meio das dimensões e vertical através das categorias, subcategorias e elementos de análise, por meio da leitura e análise dos dados em profundidade.

Quanto à conceituação da depressão um dos significados que representou a narrativa dos psicólogos compreendeu a depressão a partir da perspectiva do transtorno mental, definida pelos critérios e aspectos sintomáticos. Esse significado representa o conceito hegemônico e vigente do Ministério da Saúde, definido pela portaria GM/MS/nº 1832/94 (Brasil, 1994) e foi apresentado pela maioria dos psicólogos entrevistados. O outro significado, evidenciado por um grupo menor de psicólogos, inscreve a compreensão conceitual do fenômeno dentro do campo exclusivamente *psi*, na medida em que o compreende como um sintoma de um conflito psíquico.

Mesmo diante de uma predominância do conceito da depressão como um transtorno mental, portanto, uma categoria nosológica, o processo de observação participante de campo possibilitou observar que a depressão é, na maioria dos casos, tratada pelos profissionais de saúde como um sintoma de sofrimento psíquico. Essa constatação evidencia um paradoxo entre a compreensão conceitual da depressão e a compreensão clínica do fenômeno, na medida em que se percebeu esse descompasso entre o discurso e a prática clínica.

Os significados acerca da etiologia da depressão evidenciaram uma percepção da complexidade da interação dos múltiplos fatores das dimensões psíquicas, sociais e orgânicas, que atuam ora de forma separada, ora de forma conjugada no desenvolvimento de quadros depressivos. Essa compreensão da pluralidade dos fatores envolvidos na etiologia da depressão refletiu também nos aspectos considerados durante o processo diagnóstico, uma vez que a narrativa dos psicólogos evidenciou que os aspectos sociais e orgânicos são também observados junto à escuta da demanda. Sendo esta apontada como processo central na narrativa dos psicólogos, os quais enfatizaram o acolhimento, a escuta e o entendimento da demanda e de seus significados, para a compreensão diagnóstica sobre uma visão sintomática dissociada de uma compreensão mais ampla dos fatores a ela relacionados.

Nesse sentido, os psicólogos enfatizaram que a comunicação do diagnóstico de depressão, realizada de forma descontextualizada quanto ao seu significado na vida do paciente, pode servir como um instrumento de permanência no quadro depressivo, bem como a um processo de banalização do diagnóstico, já que este é sustentado pelo reconhecimento dos sintomas. Acredita-se que essa posição marca uma

postura profissional e uma diferença na condução do trabalho terapêutico entre os psicólogos e outros profissionais de saúde, que abre o campo para divergências entre as equipes dificultando o trabalho interdisciplinar.

Outro importante significado acerca do diagnóstico esteve relacionado ao processo compartilhado de realização do diagnóstico, como é preconizado pelo conceito de clínica ampliada e compartilhada (Brasil, 2009). Os psicólogos enfatizaram a importância da co-construção do diagnóstico com outros profissionais de saúde, para melhor compreensão da demanda do paciente, enfatizando dessa forma o trabalho em equipe promovido pelos encontros de matriciamento.

Ao se abordar o diagnóstico da depressão nas diferentes etapas do ciclo vital, a narrativa dos psicólogos apontaram para uma percepção de baixa demanda da depressão na infância, na adolescência e na senescência, uma vez que o contato com esse público é escasso, especialmente com adolescentes e idosos. Nesse sentido, a baixa demanda dos usuários geraria uma baixa demanda no aprofundamento teórico e prático do conhecimento da depressão nessas etapas da vida. Essa compreensão poderia explicar uma dificuldade em estabelecer regularidades na narrativa dos psicólogos, quanto à elaboração da depressão nessas fases da vida. Isto é, os profissionais entrevistados apontaram os principais aspectos da depressão em diferentes fase da vida, em especial em relação à depressão na infância, mas o fizeram de forma restrita e fragmentada, não estabelecendo, dessa forma, regularidades que pudessem caracterizar a narrativa dos psicólogos.

Quanto ao processo de manejo clínico da depressão, os significados apresentados pelos psicólogos abordaram o atendimento psicoterapêutico de forma generalizada, sem apontar formas de intervenções específicas à depressão. Nesse sentido, os significados que emergiram na narrativa dos psicólogos sobre o atendimento terapêutico da depressão estavam relacionados ao processo da clínica da Psicologia ancorados na formação profissional terapêutica de cada um dos entrevistados.

A intervenção terapêutica dispõe também do atendimento em grupo, como uma forma de tratamento da depressão. Quanto à essa temática os psicólogos reforçaram uma postura de não realizar um trabalho específico com pacientes deprimidos, sendo a proposta de trabalho em grupo sempre mista quanto ao tipo de sofrimento psíquico. Além disso, os psicólogos apontaram que a técnica grupal não seria

indicada em casos de depressão grave, o que coaduna com a literatura acessada sobre essa forma de intervenção.

Ainda em relação ao trabalho em grupo os psicólogos atribuíram ao mecanismo de identificação dois significados: por um lado, o mecanismo de identificação facilitaria o trabalho em grupo por promover uma aproximação entre os pacientes, por outro lado, os profissionais entrevistados apontaram que este mecanismo pode dificultar o paciente a romper o lugar de sofrimento reconhecido no grupo. Esse resultado apontou as potencialidades e dificuldades do trabalho em grupo no caso de pacientes deprimidos, evidenciando a necessidade do aprofundamento ou desenvolvimento de técnicas grupais que possibilitem lidar tanto com os benefícios quanto com as dificuldades apresentadas no campo grupal.

Cabe ressaltar ainda que a narrativa dos psicólogos quanto ao atendimento terapêutico abarcou os significados relativos ao processo de indicação para avaliação da medicação, bem como a utilização de recursos complementares, como atividades físicas e a utilização dos recursos da comunidade. Esses significados respondem ao conceito da integralidade, na medida em que buscam outras formas de atendimento à depressão ou, de forma mais ampla, de atenção à saúde mental.

Nesse sentido, a inclusão da família no manejo clínico contribui para a compreensão da integralidade da saúde, uma vez que os psicólogos a consideraram um fator diferencial positivo no prognóstico de pacientes com depressão. Por sua vez, a inclusão da família gerou também posições polarizadas entre os psicólogos, sendo que um grupo de psicólogos a consideraram como aliados no processo terapêutico e outro grupo consideraram que a família pode significar um fator dificultador na medida em que possui um limite emocional ou social quanto à possibilidade de contribuição para a melhora do paciente.

Cabe ressaltar que os significados relativos ao manejo clínico da depressão evidenciaram que a prática clínica da Psicologia condiz com os pressupostos do conceito norteador da clínica ampliada e compartilhada, preconizada pelo Ministério da Saúde (2009), mesmo quando os psicólogos sustentam posições distintas quanto ao papel da família e as potencialidades do trabalho em grupo. Nesse sentido, foi possível observar uma prática compromissada com um olhar singular sobre o indivíduo, que considera o contexto social e suas necessidades para, num processo multidisciplinar, discutir, avaliar e construir um projeto terapêutico.

Quanto ao diagnóstico e manejo clínico do suicídio, vale enfatizar que os significados apresentados pelos psicólogos coadunaram com os

pressupostos de atendimento clínico, preconizados pelo Manual de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b). A narrativa dos psicólogos quanto a essa temática apresentou o maior nível de regularidade entre os profissionais, indicando que há um conhecimento e uma prática comum entre os psicólogos acerca da abordagem do comportamento suicida. Isso pode estar ligado ao fato da publicação e utilização deste manual.

Quanto ao contexto da rede municipal de saúde mental no momento da realização dessa pesquisa, destacam-se alguns dos significados diretamente relacionados à abordagem do transtorno depressivo. O primeiro deles esteve relacionado à percepção sobre a demanda da depressão no contexto de trabalho que, para os psicólogos, constituiu-se a forma de sofrimento psíquico com maior demanda na Atenção Básica, bem como no CAPS II. Para o CAPSi, essa realidade não se repete entre os pacientes infantis e apresenta uma demanda maior entre os adolescentes, sem se configurar, necessariamente, na maior demanda por atendimento.

Por sua vez, cabe ressaltar que esses resultados refletem uma resposta espontânea quanto à percepção da demanda, sem diferenciar sintomatologia depressiva de episódio ou transtorno depressivo, sem diferenciar também as ocorrências de transtornos depressivos uni ou bipolares.

Quanto às demandas em educação permanente, os significados relacionados à capacitação sobre a depressão foram citados entre outras demandas de capacitação, não se constituindo dessa forma, uma necessidade em educação permanente, de acordo com a narrativa dos psicólogos. O fato da temática da depressão não se constituir em uma demanda de capacitação pode estar relacionado à compreensão conceitual da depressão. Embora a depressão tenha sido reconhecida como categoria nosológica, ela tende a ser compreendida como um sintoma de um sofrimento psíquico, não se configurando, portanto, uma necessidade de maior aprofundamento teórico-prático no seu manejo clínico.

Em relação ao contexto institucional, essa pesquisa foi realizada durante um momento de transição da rede de saúde mental, ou seja as ações em saúde mental passam a fazer parte das atribuições da atenção básica (Brasil, 2006a). Esse momento foi caracterizado pelo desenvolvimento de processos de trabalho conduzidos pelas equipes de apoio matricial, os quais demandaram uma nova forma de conceber as práticas em saúde mental na atenção básica, favorecendo uma atenção

interdisciplinar no atendimento ao sofrimento psíquico. Essa mudança e ampliação do modelo de atenção à saúde mental demandaram um processo de capacitação dos profissionais, bem como um período de acomodação e compreensão das equipes de saúde mental sobre os processos de trabalho para o desenvolvimento de ações em saúde mental.

Nesse sentido, considerando o momento histórico, um marco na atenção à saúde mental, os esforços da rede de saúde mental desse município estavam voltados para o processo de assimilação da proposta em saúde mental que possibilitará no futuro o desenvolvimento de políticas públicas específicas, como uma proposta de atenção à depressão.

Considerando-se o contexto de interações de uma rede de saúde pública, as ações em saúde mental configuram-se um campo de possibilidades de investigação e o desenvolvimento de possíveis formas de intervenção. Nesse sentido, esse estudo traz contribuições sobre a abordagem da depressão na saúde pública, bem como traz à luz o trabalho do psicólogo no enfrentamento dos quadros depressivos. Nesse sentido, o conjunto dos resultados evidenciou, portanto, a complexidade da temática da depressão na rede pública, apontando posturas profissionais que coadunam com a perspectiva da clínica ampliada no processo diagnóstico e manejo clínico da depressão.

Por sua vez, a narrativa dos psicólogos trouxe significados que merecem uma investigação mais aprofundada. Entre estes o próprio conceito de depressão apresentado pela maioria como categoria nosológica, conceito que se diferenciou das observações que apontaram para uma compreensão sintomática da depressão. Uma investigação mais aprofundada sobre esse tema, evidenciaria a forma como a depressão é compreendida face aos diferentes significados presentes na narrativa das ações em saúde mental.

As questões sobre o diagnóstico, apresentadas pelos psicólogos, apontam para divergências de postura entre os profissionais de saúde na condução diagnóstica e no tratamento da depressão. Nesse sentido, os diálogos profissionais de diferentes áreas acerca da depressão são um aspecto que merece ser aprofundado, com vistas a possibilidade de diminuir ou superar as diferenças de posturas teórico-práticas frente aos quadros depressivos.

Outro aspecto que merece um olhar mais apurado seria a intervenção terapêutica em grupo para o tratamento da depressão, uma vez que o trabalho em grupo é considerado um dispositivo relevante no cenário atual das ações em saúde mental. Cabe ressaltar que a literatura



acessada sobre esse tema é escassa em nível nacional e internacional. Além disso, essa temática apresentou posições divergentes entre os psicólogos, sobre a potencialidade do trabalho em grupo.

Em face às possibilidades de investigação acerca dessa temática, essa pesquisa possibilitou também apontar algumas contribuições que podem levar a um aprimoramento da abordagem aos quadros depressivos, como ações em educação em permanente que possibilitem um aprofundamento da temática da depressão. Para tanto, é necessário partir do protagonismo dos profissionais de saúde no processo de sensibilização na discussão dessa temática, considerando-se as diferenças de abordagens na busca da construção do conhecimento acerca do conceito, do processo diagnóstico e do manejo clínico no contexto de uma rede municipal de saúde mental. Somente, a partir desse exercício realizado de forma conjunta que será possível desenvolver uma compreensão ampliada acerca desse fenômeno, bem como o desenvolvimento de técnicas que possam estabelecer ações de prevenção e tratamento da depressão.

## 11. REFERÊNCIAS

Abela, J. R. Z., Hankin, B. L., Haigh, E. A. P., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk Children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1):182–92.

Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(6):322-8. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n6/pdf/322.pdf>>. Acessado em 15 jan 2008.

Agich, G. (1999). The importance of management for understanding managed care. *J Med Philos*, 24(5):518-34.

Agich, G. J., & Forster, H. (2000). Conflicts of Interest and Management in Managed Care. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9:189–204.

Agüera, L., Failde, I., Cervilla, J. A., Díaz-Fernández, P., & Mico, J. A. (2010). Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Family Practice*, (11):17. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/17>>. Acessado em 31 ago 2010.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365:1961–70.

Almiro, P. A. (2007). Considerações Diferenciais em torno da Etiopatogenia da Depressão e da Melancolia. *Psychiatry on line Brasil*, 12(6). Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano07/art0607.php>>. Acessado em 12 jun 2010.

Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., & Muñoz, M. G. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev. Panam Salud Publica*, 18(4-5):278–86.

Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2º ed. São Paulo: Editora Pioneira.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. (C. Dornelles, trad.) (4ª. Ed. Revisada). Porto Alegre: Artmed.

Ancona-Lopez, M., & Cols. (1995). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.

Andersson, S., Lövdahl, H., & Malt, U. F. (2010). Neuropsychological function in unmedicated recurrent brief depression. *Journal of Affective Disorders*, 125:155–64. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com>>. Acessado em 13 jun. 2010.

Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurentil, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37:316-25. Disponível em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=13933186>. Acessado em 10 dez 2007.

Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(2):43-54.

Andreoli, S. B., Ronchetti, S. de S. B., Miranda, A. L. P. de, Bezzera, C. R. M., Magalhães, C. C. P. de B., Martin, D., & Pinto, R. M. F. (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPES) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):836-44.

Ani, C., Bazargan, M., Hindman, D., Bell, D., Rodriguez, M., & Baker, R. (2009). Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. *J. AM. Board. Fam. Med.*, 22(2):123-35.

Araújo, M. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2):126-41.

Arnold, S. D., Forman, L. M., Brigidi, B. D., Carter, K. E., Schweitzer, H. A., Quinn, H. E., Guill, A. B., Herndon, J. E., & Raynor, R. H. (2008). Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro Oncol*, 10:171-81.

Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):383-94.

Ávila, R., & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(4):316-20.

Avrichir, B. S., & Elkis, H. (2002). Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 69:193-9. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12103466>>. Acessado em 17 set 2010.

Azeredo Coutinho, A. H. S. (2007). Escutar é preciso, diagnosticar não é preciso. Belo Horizonte: *Reverso*, 29(54):99-108 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952007000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952007000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 09 set 2010.

Badger, F., & Nolan, P. (2007). Attributing recovery from depression. Perceptions of people cared for in primary care. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 16(3a):25–34.

Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Rio de Janeiro, *J Pediatr*, 78(5):359-66. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000500004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acessado em 27 set 2010.

Baptista, M. N., Berberian, A. A., Rueda, F. J. M., & Mattos, R. M. C. B. (2007). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8(1):77-88.

Barbosa, S. R. C. S. (2006). Subjetividade e Complexidade social: contribuições ao estudo da depressão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16:317-50.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005/2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (R. Galman, trad., F. B. Assumpção Jr., rev. técnica) . São Paulo: Cengage Learning.

Barreto, M. L., & Carmo, E. H. (1994). Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*.

Barrett, M.S. (2008) Early Withdrawal From Mental Health Treatment: Implications For Psychotherapy Practice. National Institute of Health. *Psychotherapy*, 45(2):247-67.

Bastos, O. (1995). O conceito de doença mental. Rio de Janeiro: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(3):111-5.

Berlinck, M. T., & Fedida, P. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(2):9-25.

Boïng, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C.L.O. O. (2007) *Pesquisa com famílias: questões teórico-metodológicas e a importância de contextualizar os processos de investigação*. Artigo submetido à avaliação.

Boïng, E. (2009). *O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Bouma, E. M., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders*. 105:185–93.

Brasil. Ministério da Saúde (1996). *Uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica. Coordenação geral de saúde mental coordenação de gestão da atenção básica. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acessado em 20 jan 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05\\_0050\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf)>. Acessado em 20 jan 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *Manual de Prevenção do Suicídio*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acessado em 14 nov 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006c). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>>. Acessado em 18 out 2010.

Brasil. Ministério da Saúde (2007). *Política Nacional de Atenção Básica*. Série E. Legislação de Saúde, 4 ed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Portaria GM/MS n. 154*. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Brasil. Ministério da saúde. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS.

Brouwer, J. P., Appelhof, B. C., Hoogendijk, W. J., Huyser, J., Endert, E., Zuketto, C., Schene, A. H., Tijssen, J. G., Van Dyck, R., Wiersinga, W. M., & Fliers, E. (2005). Thyroid and adrenal axis in major depression: a controlled study in outpatients. *Eur J Endocrinol*, 152(2):185-91.

Brunoni, A. R. (2008). Transtornos mentais comuns na prática clínica. São Paulo: *Rev. Med.*, 87(4):251-63.

Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine*. 69(2):229–37.



Calderaro, R. S. S., & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. Maringá: *Psicologia em Estudo*, 10(2):181-89. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000200004&script=sci\\_abstract&tl&t lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000200004&script=sci_abstract&tl&t lng=pt)>. Acessado em 21 set 21 set. 2010.

Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 5:240-4.

Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr. R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. psiquiatr. clín.*, 33(2):92-102. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200009&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acessado em 13 set 2010.

Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2):393-400.

Cambaúva, L. G., & Silva Junior, M. C. (2005). Depressão e Neoliberalismo: Constituição da Saúde Mental na Atualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(4):525-35.

Campezzatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). *Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre*. Campinas: Estudos de Psicologia, 24(3):363-74.

Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*, 23(2):399-407.

Campos, R. T. O., Furtado J. P., Passos, E., Miranda, A. L. F. L., & Gama C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*, 43(1):16-22.

Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health an overview. *Journal of Psychosomatic Research*. 53(4):849-57. Disponível em <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/psr/article/PIIS0022-399902003045>. Acessado em 20 jan 2008.

Castel, R. (1997). A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cadernos CRH*, (26,27):19-40.

Cenci, C. M. B. (2004). Depressão e Contexto de Trabalho. Canoas: *Aletheia*, (19):31-44. Disponível em <<http://pepsic.bvpspsi.org.br/pdf/aletheia/n19/n19a04.pdf> >. Acessado em 9 out 2009.

Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 31(1):18-25. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 05 set 2010.

Chentsova-Dutton, Y.E., & Tsai, J.L. (2009). Understanding Depression across Cultures. In I.H. Gotlib & C. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* - New York: Guilford Press, 363-85.

Chile. (2006). *Protocolo de Tratamiento de personas con depresión*. – 1ª ed. - Santiago: Ministerio de Salud. **Serie Guías**

**Clínicas Minsal, 20.** Disponível em <[www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf)>. Acessado em 18 out 2010.

Coimbra, V.C.C., Guimarães, J., Silva, M.C.F., Kantorski, L., & Scatena, M.C.M. (2005). Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 1(7):99-104.

Cordioli, A. V., Knapp, P. (2008). A teoria cognitiva comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2):51-3.

Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev. Psiq. Clín.*, 35(3):104-10.

Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2004). Atendimento psicológico a famílias na clínica e na comunidade: Questões ético-metodológicas. *Temas de Psicologia*, 10:201-9.

Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Rev Port Clin Geral*, 25:576-82.

Cruz, E. B. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(4): 181-8.

Cuijpers, P., Straten, A. V., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *Eur. J. Psychiat*, 22(1):38-51.

Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29:449–58.

Cunha, B. F. V., Buzaid, A., Watanabe, C. E., & Romano, B. W. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 15(3):1-28. Disponível em <[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isd=S0021-75572002000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isd=S0021-75572002000500004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acessado em 27 set 2010.

Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed.

Dalton, S. O., Laursen, T. M., Ross, L., Mortensen, P. B., & Johansen, C. (2009). Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: A nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *J Clin Oncol*, 27(9):1440-5.

Davies, S., Naik, P. C., & Lee, A. S. (2001). Depression, suicide, and the national service framework. *Br Med*, 322:1500–1.

Delouya, D. (2003). A textura depressiva: histeria e fantasia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 4(1):26-40.

Delouya, D. (2008). *Depressão* (5ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1999).

Demo, P. (2005-1991). *Avaliação Qualitativa*. São Paulo: Cortez (Coleção Polêmicas de Nosso Tempo, v.25).

Dias, M. G. L. V. (2006). El síntoma: de Freud a Lacan. Maringá: *Psicol. estud.*, 11(2):399-405. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 06 jul 2010.

Dombi-Barbosa, C., Neto, M. M. B., Fonseca, F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2008) Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSI) do Estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.*,19(2): 262-8.

Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7:79.

Druss, B. G., Wang, P. S., Sampson, N. A., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2007). Understanding Mental Health Treatment in Persons Without Mental Diagnoses: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(10):1196-203. Disponível em <<http://www.archgenpsychiatry.com>>. Acessado em 02 set 2010.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9:381-7.

Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6):521-8.

Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, K. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cogn Ther Res*, 32:227-45.

Esteves, F. C., & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, (24):127-35. Disponível em <[http://pepsic.homolog.bvsa.lud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.homolog.bvsa.lud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300012&script=sci_arttext)>. Acessado em 15 jan 2008.

Falk D. E., Yi H. Y., & Hilton M. E. (2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3):234-45.

Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. *Ann Fam Med*, 5(5):412-8.

Ferigolo, M., Stein, A. T., Fuchs, F. D., & Barros, H. M. T. (2009). Influência de depressão e experiências adversas na dependência de drogas ilícitas: um estudo de caso-controle. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 31(2):106-13.

Fernandes, A. M., & Milani, R. G. (2008). A etiologia e o tratamento da depressão infantil: uma revisão da literatura. In: I Encontro Regional de Psicologia do Cesumar, Maringá.

Fernandes, A. M., & Milani, R. G. (2010) A depressão infantil, o Rendimento escolar e a Autoeficácia: uma Revisão da literatura. *Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 2(15):381-403.

Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., Camey, S., & GRUPO LIDO. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 36(4):431-8.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., Juruena, M. F., & Heten, L.A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão, *Rev Bras Psiquiatr.*, 31(1):7-17.

Fletcher, J. M. (2008). Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Econ.*, 17:1215–35.

Fonseca, R. P., Salles, J. F., & Parente, M. A. M. P. (2007). *Ferramenta Útil na Pesquisa e Clínica de Neuropsicologia: “Um Compêndio de Testes Neuropsicológicos”*. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/neuropsicologia/admin/cogprod/arquivos/ferramentautilnapesquisaclinicaemneuropsicologiaumcompendiodetestesneuropsicologicos.pdf>>. Acessado em 13 dez 10.

Foucault, M. (1989) *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. (Original publicado em 1961)

Fountoulakis, K. N., Gonda, X., Siamouli, M., & Rihmer, Z. (2009). Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: A review of the evidence. *Journal of Affective Disorders*, 113:21–9.

Freud, S. (2000). “Luto e Melancolia” in *Edição eletrônica brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud*, Imago, Rio de Janeiro. Original publicado em 1915. Acessado em 14 de out de 2007.

Frey, B. N., Lord, C., & Soares, C. N. (2008). Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause International*, 14(3):123–8.

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(14).

Fu I, L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(2):24-7. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462000000600007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462000000600007&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acessado em 20 set 2010.

Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., Dossi, A. P., & Dossi, M. O. (2006). Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saude Publica*, 22(12):2567-73.

Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., & Coutinho, G. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências e Cognição*, 7:111-21.

García-Campayo, J., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, L., Romera, I., Aragonés, E., Rodríguez-Artalejo, F., Quail, D., & Gilaberte, I. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 10(5):355-62.

Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 38(3):365-371. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000300005&script=sci\\_pdf&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000300005&script=sci_pdf&tlng=pt)>. Acessado em 30 set 2010.

Gergen, K. J. (1997). Realities and relationships: soundings in social construction. First Harvard University Press paperback edition.



Godin O., Dufouil C., Ritchie K., Dartigues J.-F., Tzourio C., Pérès K., Artero S., & Alépérovitch, A. (2007). Depressive Symptoms, Major Depressive Episode and Cognition in the Elderly: The Three-City Study. *Neuroepidemiology*, 28:101-8. Disponível em <<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00175911/fr/>>. Acessado em 29 set 2010.

Goldfarb, D. C., Barbieri, N. A., Gotter, M. E. M., & Peixeiro, M. H. (2009). Depressão e Envelhecimento na contemporaneidade. *Kairós: Revista da faculdade de ciências humanas e saúde*, 5:54-79. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2689>>. Acessado em 28 set 2010.

Gomes, I. C. (2000). A Formação em Psicodiagnóstico e os Testes Psicológicos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(2):60-9.

Grandesso, M. A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?. *J. Clin. Psychiatry*, 64(12), 1465-75. Disponível em <<http://www.psychiatrist.com/issues/greenberg.pdf>>. Acessado em 18 jan 2008.

Greenberg, W. M. (2005). Models of Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 162(7):1398.

Grinberg, L. P. (2005). O “delírio de vidro” – Transparência e sabedoria na história da melancolia. *Junguiana*, 23:39-49.

Gross, A. L., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2010). Depression and cancer risk: 24 years of the Baltimore Epidemiologic Catchment. *Cancer Causes Control*, 21:191–9.

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 1(33):151-61.

Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior*, 8(1):102-14.

HEN – Health Evidence Network (2005). What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care? *World Health Organization – Europe*. Disponível em <<http://www.euro.who.int/document/e86602.pdf>>. Acessado em 19 jan 2008.

Hirschfeld, R. M. A., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Moeller, H. J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., & Bourgeois, M. (2000). *Social functioning in depression: A review*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61:268–75.

Horimoto, F. C., Ayache, D. C. G., & Souza, J. A. (2007). Dificuldades no diagnóstico da depressão. *Revista Brasileira de Medicina*, 64(6):279-84.

Jacobson, L., Richardson, G., Parry-Langdon, N., & Donovan, C. (2001). How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. *British Journal of General Practice*, 51:811-6. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314126/>>. Acessado em 21 set 2010.

Joffe, R. T. (2006). Is the thyroid still important in major depression? *J Psychiatry Neurosci*, 31(6):367-8.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1990). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kehl, M. R., (2009). *O tempo e o cão – a atualidade das depressões*. São Paulo: Editorial Boitempo.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *Am J Psychiatry*. 159:1133–45.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *Am J Psychiatry*. 163:115–24.

Klein, J. D., Wilson, K. M., McNulty, M., Kapphahn, C., & Collins, K. S. (1999). Access to Medical Care for Adolescents: Results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*, 25(2):120-30.

Koenig, H., (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54:(5).

Kripke, D. F., (2007). Greater incidence of depression with hypnotic use than with placebo. *BMC Psychiatry*, 7:42. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/42>>. Acessado em 05 set 2010.

Kronbauer, J. F. D., & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista Saúde Pública*, 39(5):695-701.

Kuritz, A., (2003). Boletim da Saúde. Secretária da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 17(1).

Lafer, B., & Soares, M. B. M. (2005). Tratamento da depressão bipolar. *Rev. Psiq. Clín.*, 32(1):49-55.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lemos, M. F., & Pires, E. L. (2005). Condições cognitivas, afetivas e funcionais de idosos atendidos pelo programa de saúde da família em Itumbiara – GO. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 9.2(1):134-42.

Lichtenstein, D. P., Spirito, A., & Zimmermann, R. P. (2010). Assessing and Treating Co-occurring Disorders in Adolescents: Examining Typical Practice of Community-Based Mental Health and Substance Use Treatment Providers. *Community Ment Health J*, 46:252–7.

Lopes, A. J. (2009). Luto e melancolia versus Distímia. Aracajú: *Estudos de Psicanálise*, (32):13-22.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2):98-112.

Lovisi, G. M., Santos, S. A, Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(2):86-93.

Machado, R. (2005/2000). *Foucault, a filosofia e a literatura*. 3. ed. Rio de janeiro: Jorge Zaher Editor.

Machado, C.V. (2007). O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9):2113-26.

Mainio, A., Tuunanen, S., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2006). Decreased quality of life and depression as predictors for shorter survival among patients with low-grade gliomas: a follow-up from 1990 to 2003. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256:516-21.

Mângia, E. F. (2010). Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. Fórum Nacional das Profissões na Área da Saúde - FNEPAS. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formacaobetemangia.pdf>. Acessado em 21 jan 2009.

Manning, J. S. (2010). Tools to Improve Differential Diagnosis of Bipolar Disorder in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 12(1):17-22.

Maragno, L., Goldbaum, M, Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 22(8):1639-48.

Marazziti, D.; Consoli, G.; Picchetti, M.; Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *Eur J Pharmacol*, 626(1):83–6.

Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(2):32-6.

Martin, D., Mari, J. J., & Quirino, J. (2007). Depressão entre mulheres na periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(4):591-7.

Mathews, M. (1998). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 153:(3)298-304.

Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, 27(3):312-8.

McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the Empirical Research. *Clinical psychology: Science and Practice*, 8(1):98-116.

McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29:243–59.

Medow, M. A., Borowsky, S. J., Dysken, S., Hillson, S. D., Woods, S., & Wilt, T. J. (1999). Internal Medical Residents' ability to diagnose and characterize major depression. *West J Med*, 170(1):35-40.

Menchetti, M., Cevenini, N., Ronchi, D., Quartesan, R., & Berardi, D. (2006). Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 28:119–24.

Miller, L. (2002). *Protegendo as mulheres da violência doméstica*. Seminário de treinamento para juízes, procuradores, promotores e advogados no Brasil. Trad. Osmar Mendes. 2.ed. Brasília: Tahirid Justice Center.

Minayo, M. C. S., (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO.

Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 4(3):513-31.

Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 4(1):7-23.

**Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009).** Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690):609-19. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19640579>>. Acessado em 02 set 2010.

Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007). *Depressão - uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria*. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 01 out 2010.

Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007). A Depressão na Adolescência. Maringá: *Psicologia em Estudo*, 12(2):257-65.

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200006&script=sci\\_artext&t&lng=d\\_0100-6916](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200006&script=sci_artext&t&lng=d_0100-6916)>. Acessado em 18 ago 2010.

Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Hortac, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, 40(1):65-70.

Moré, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*, 15(31):287-97.

Moré, C. L. O. O.; & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados. *Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família*. Taubaté, São Paulo, 588-93.

Moré, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., LUZ, F. D., & Niewglowski, V. H. (2007). A busca da inclusão social e protagonismo na interação entre a comunidade e a equipe de saúde: os desafios do psicólogo na saúde pública no contexto brasileiro. In: Anais do III Congresso Internacional e IX Semana da Psicologia: coletividade e subjetividade na Sociedade Contemporânea. Maringá - Paraná : UEM - Universidade Federal de Maringá, 1:1-13.

Moré, C. L. O. O., & Macedo, R. M. S. (2006). *A Psicologia na comunidade: Uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moreira, J. O. (2008). Da melancolia dos dias cinzentos à depressão das noites sem fim. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3):32-9.



Morin, E. (1996). Epistemologia da complexidade. In D. F. Schnitman (Org.). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Morin, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370:851-8.

Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*. 26:53-62.

Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopia y Praxis Latinoamericana*, 6(14):106-11.

Nardi, B. (2004). *La Depresión Adolescente*. *PsicoPerspectivas*, 3:95-127. Disponível em <<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/14>>. Acessado em 27 set 2010.

Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. São Paulo: *O Mundo da Saúde*, 34(1):92-6.

Nava Quiroz, C., & Vega Valero, C. Z. (2008). Social network dynamics and psychological alteration in adolescents without family of origin. *Diversitas*. [online]. 4(2):417-25. Disponível em:

<[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982008000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 29 set 2010.

Nice, G., (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline *Depression: the treatment and management of depression in adults (update)*. Disponível em <[www.nice.org.uk/CG090](http://www.nice.org.uk/CG090)>. Acessado em 12 ago 2010.

Noronha, A. P. P., Beraldo, F. N. M., & Oliveira, K. L. (2003). Instrumentos Psicológicos mais Conhecidos e Utilizados por Estudantes e Profissionais de Psicologia. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(1):47-56.

Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107:5–21.

Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (G. Caetano, trad.) Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf)>. Acessado em 21 nov 2010.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Conquering Depression: You can get out of the blues*. Regional Office for South-East Asia. New Delhi: World Health Organization.

Osório, L.C. (2003). *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.

Pan American Health Organization. (2000). Advancing the people's health: annual report of the Director 2000. Official Document, 298. Washington, DC, Pan American Health Organization (PAHO).

Panicker, V., Evans, J., Bjørø, T., Asvold, B. O., Dayan, C. M., & Bjerkeset, O. (2009). A paradoxical difference in relationship between anxiety, depression and thyroid function in subjects on and not on T4: findings from the HUNT study. *Clinical Endocrinology*, 71:574–80.

Pasquali, L. (1999). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/ IBAPP.

Pasquali, L. (2001). Técnicas de exame psicológico – *TEP: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes

Passos, I. C. F. (2010) *Formação, educação permanente e pesquisa em Saúde Mental*. In: IV Conferência Nacional de Saúde Mental - intersetorial, 2010, Brasília. Saúde, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.

Paula, A. V., Pereira, A. S., & Nascimento, E. (2007). Opinião de alunos de psicologia sobre o ensino em avaliação psicológica. *Psico-USF*, 12(1):33-43.

Paulo, M. S. L. L. (2005). *Depressão e Psicodiagnóstico Interventivo: Proposta de Atendimento*. São Paulo, Editora Vetor.

Pawlowski, J., Fonseca, R. P., Salles, J. F., Parente, M. A. M. P., & Bandeira, D. R. (2008). *Evidências de validade do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60:101-16. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/neuropsicologia/admin/cogprod/arquivos/199.pdf>>. Acessado em 13 dez 10.

Pelisoli, C. da L., & Moreira, A. K. (2007). Avaliação de um centro de atenção psicossocial por meio do perfil de seus usuários. *Mental*, 5(8):61-75.

Pereira, D. A. P., & Amaral, V. L. A. R. (2004). Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação. *Rev. Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 21(1):5-23.

Pereira, L. F. F., Caldas, M. T., Francisco, A. L. (2007). Da experiência da fala de sujeitos usuários na clínica psicológica às suas possíveis repercussões. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27:476-95.

Pombo-de-Barros, C. F., Marsden, M. (2008). Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1).

Preto, N. G. (1995). Transformação do sistema familiar na adolescência Em B. Carter & M. McGoldrick. (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reis, R. L. R., & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno Depressivo na Clínica Pediátrica. *Pediatria Moderna*, 37:212-24.

Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29(4):294–316.

Rey, G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson Pioneira.

Reyes, W. G. (2002). La promoción de salud ante el suicídio. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18(1):33-45.

Reys, B. N., Bezerra, A. B., Vilela, A. L. S., Keusen, A. L., Marinho, V., Paula, E., & Laks, J. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 52(6):401-4. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php> p?pid=S0104-42302006000600018&script=sci\_arttext&lng=pt>. Acessado em 15 set 2010.

Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(2):49-57.

Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. São Paulo: *Psicol. USP*, 11(1).

Rojas, E. (1996). *O Homem Moderno. A luta contra o vazio*. São Paulo, Mandarin.

Rosa, L. C. dos S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental, *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 11(18):205-18.

Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R. Psiquiatr. RS*, 26(2):204-12.

Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS.*, 29(3):274-80.

Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *J Abnorm Psychol*, 117(2):300–13.

Sakamoto, S., Kambara, M., Tanno, Y. (2001). Response styles and cognitive and affective symptoms of depression. *Personality and individual differences*, 31:1053-65.

Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. (no prelo). Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Revista Paidéia de Ribeirão Preto*.

Santos, J. F. Q., Nakamura, E., & Martin, D. (2007). A compreensão da depressão na população pobre, uma ocorrência mais (fortemente) social, do que uma doença (fracamente) clínica. *Londrina: Mediações*, 12(1):313-22.

Santos, M. J., Kassouf, A. L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. São Paulo, 11:5-26.

Santos-Melo, C., Bertolone, J. M., Wang, Y. P. (2005). Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): Caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. São Paulo, *Rev. Bras. Psiquiatria*, 27.

Segrin, C., Flora, J. (2005). Family communication. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *PsicoUSF*, 10(1):61-8. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 13 set 2010.

Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 1(12):130-40.

Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1179: 70–85.

Schmitt, R., Lang, M. G., Quevedo, J., & Colombo, T. (2008). Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS*, 30(2):115-23.

Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1):127-34.

Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo – Revista do NESME*, 2(5):101-219.

Serapione, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Rev C S Col*, 5(1):187-92.

Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M., & Knight, J. R. (2003). Substance Use Problems and Associated Psychiatric Symptoms Among Adolescents in Primary Care. *Pediatrics*, 111(6):699-705. Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/111/6/e699>>. Acessado em 21 set 2010.

Sihvola, E., Rose, R. J., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Marttunen, M., & Kaprio, J. (2008). Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction*, 103(12): 2045–53. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2008.02363.x/full>>. Acessado em 16 ago 2010.

Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 1(14):83-106.

Silva, L. L. Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(21):93-103.

Silva Melo, A. K., & Moreira, V. (2008). Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes: um estudo crítico-cultural. *Aletheia*, (27):51-64. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115012525005>>. Acessado em 24 set 2010.



Silva, M. C. F., Furegato, A. R. F., Costa, M. L. Júnior. (2003) Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11(1):7-13. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em 08 nov 2007.

Siqueira, E. S. E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ*, 7(1):71-80.

Sjöholm, L., Lavebratt, C., & Forsell, Y. (2009). A multifactorial developmental model for the etiology of Major Depression in a population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2):66-76.

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sluzki, C. E. (2000). Social Network And The Elderly: Conceptual and Clinical Issues, and a Family Consultation. *Family Process*, 39(3):271-84.

Soares, K., Almeida-Filho, N., Coutinho, E. da S. F., & Mari, J. de J. (1999). Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica". *Revista de Psiquiatria de Clínica*, São Paulo. Disponível em <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo\(218\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(218).htm)>. Acessado em 5 dez 2007.

Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden. *European Psychiatry*, 22(3):146-52. Disponível em

<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/09249338>>. Acessado em 15 dez 2007.

Sonenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S., & Silva, L. M. A. (1995). A evolução histórica do conceito de depressão. *Revista ABP-APAL*, 17(1):29-40.

Souza, L. D. M., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. L. S., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., & Silva, R. A. (2008). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*, 57(4):261-6.

Spadini, L.S., & Souza, MCBM. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares, *Rev Esc Enferm USP*, 40(1):123-7.

Stensland, M. D., Schultz, J. F., & Frytak, J. R. (2010). Depression diagnoses following the identification of bipolar disorder: costly incongruent diagnoses. *BMC Psychiatry*, 10:39. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/39>>. Acessado em 31 ago 2010.

Stephens, T., & Joubert, N.(2001) The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1). Disponível em <[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/22-1/d\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/22-1/d_e.html)>. Acessado em 22 jan 2008.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artemed.

Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*, 116:777–84.

Swan, J., Sorrell, E., MacVicar, B., Durham, R., & Matthews, K. (2004). Coping with depression: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders*, 82:125–9.

Szazs, T. (1979). *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro, Zahar.

Szazs, T. (1980). *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro, Zahar.

Tanaka, O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-86.

Tavares, L. A. T. (2009). *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis.

Tavares, L. A. T., & Hashimoto, F. (2010). A relativa legitimidade da depressão na atualidade: contribuições para uma ética psicanalítica do sujeito. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online*, 7(1):88-100.

Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). *Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias*. In: Maluschke, M., Bucher-Maluschke, J.S.N.F., & Hermanns, K. (orgs.). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer. Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática, 231-58.

Teixeira, M. A. R. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1):41-56.

Teixeira, P. F. S., Reuters, V. S., Almeida, C. P., Ferreira, M. M., Wagman, M. B., Reis, F. A. A., Costa, A. J. L., & Vaisman, M. (2006). Avaliação clínica e de sintomas psiquiátricos no hipotireoidismo subclínico. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 52(4):222-8.

Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.*, 32(3):149-59.

**Thompson, C.** 1989 – Affective disorders. In: Thompson C. (Ed). *The Instruments of Psychiatric Research*. London, John Wiley & Sons Ltd., 87-126.

Tomazi, E., Facchini, L.A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silva, R. A. da, Gonçalves, H., Silva, S. M. (2010). Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 26(4):807-815.

Tropicchio, A. (2007). Distímia. Categoria: A Clínica no Campo Psi. *RedePsi* [online]. Disponível em <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?id=743>>. Acessado em 25 set 2010.

Vaisberg, T. M. J. A., & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. São Paulo: *Psicol. USP*, 11(1). Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642000000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 5 dez 2010.

Valentini, W., Levav, I., Kohn, R., Miranda, C. T., Mello, A. de A. F. de, Mello, M. F. de, & Ramos, C. P. (2004). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista Saúde Pública*, 38(4):522-528.

Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus Editora.

Vasquez, M.J.T., Bingham, R.P., & Barnett, J.E. (2008). Psychotherapy Termination: Clinical and Ethical Responsibilities. *Journal Of Clinical Psychology: In Session*, 64(5):653-65.

Vega Valero, C. Z., Tapia, L. Y. M., Nava Quiroz, C., & Trujano, R. S. (2010). Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio. *LIBERABIT: Lima (Perú)*. 16(1):105-12.

Venturin, S. (2007). O sintoma e os impasses nas análises. *Psychê*, 11:165-82.

Viana, G. N., Zenkner, F. M., Sakae, T. M., & Escobar, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*, 57(1):38-43.

Viana, N. (1999). *Violência, Conflito e Controle*. In: Santos, S. et al. *50 anos depois. Violência e relações étnicas raciais*. Brasília, UnB.

Viana, N. (2009) *O Capitalismo na Era da Acumulação Integral*. São Paulo, Ideias e Letras.

Vieira, M. A. (2001). Dando nome aos bois: Sobre o diagnóstico na psicanálise. Em A. C. Figueiredo (Org.), *Psicanálise: pesquisa e clínica*, Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 171-9.

Vieira, M. A. (2005). Objeto e desejo em tempos de superexposição. *Ágora — Estudos em teoria psicanalítica*: Rio de Janeiro, 8(1):27-40.

Villa, F. (2008). Primeira transferência: afastar a sugestão do somático. *Ágora — Estudos em teoria psicanalítica*: Rio de Janeiro, 11(2):333-47.

Volkers, A. C., Nuyen, J., Verhaak, P. F. M., & Schellevis, F. G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 82:259-63.

Waidman, M. A. P., Elsen, I.(2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enferm*, 14(3):341-9.

Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99:232-47.

Wakefield, J. C., Baer, J.C., & Schmitz, M. F. (2010). Differential diagnosis of depressive illness versus intense normal sadness: how significant is the 'clinical significance criterion' for major depression? *Expert Rev. Neurother.*, 10(7):1015-9.

Wanderley, A. A. R. (2000). *A distímia e a construção do indivíduo insuficiente: Um estudo sobre a depressão na contemporaneidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*, 132(1):132–49.

Wen, P. Y., Schiff, D., Kesari, S., Drappatz, J., Gigas, D. C., & Doherty, L. (2006). Medical management of patients with brain tumors, *J Neurooncol*, 80:313–32.

Williams, D. R., & Sternthal, M. J. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, 186(10).

Williams, M., Harris, R., Dayan, C., Evans, J., Gallacher, J., & Ben-Shlomo, Y. (2009). Thyroid function and the natural history of depression: findings from the Caerphilly Prospective Study (CaPS) and a meta-analysis. *Clinical Endocrinology*, 70:484–92.

Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123:716-73. Disponível em <[www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2415doi:10.1542/peds.2008-2415](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-2415doi:10.1542/peds.2008-2415)>. Acessado em 06 jun 2010.

Wisdom, J. P., & Agnor, C. (2007). Family heritage and depression guides: Family and peer views influence adolescent attitudes about depression. *Journal of Adolescence*, 30(2):333-46.

Wrobel, S., Padoin, S. L., Motta, C. C. L. (2006). Tristeza não tem fim .... ? Uma proposta de valorização da vida de um grupo de usuárias de antidepressivos e ansiolíticos. In: *Seminário Nacional de Promoção da Saúde*, Itajaí, 312.

Yalom, I. (2006). *Os desafios da terapia* (V. de P. Assis, Trad.). São Paulo: Ediouro. (Original publicado 2002).

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P., Soares, M. B. M., Abelardino, V., Kessler, F., Brasiliano, S., Nicastrí, S., Hochgraf, P. B., Gigliotti, A. P., & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr.*, 28(2):142-8.

Zastrow, A., Faude, V., Seyboth, F., Niehoff, D., Herzog, W., & Löwe, B. (2008). Risk factors of symptom underestimation by physicians. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5):543-51. Disponível em <[http://www.rigpp.org/article/S0022-3999\(07\)00453-9/abstract](http://www.rigpp.org/article/S0022-3999(07)00453-9/abstract)>. Acessado em 02 set 2010.

Zimerman, D.E. (2000). *Fundamentos Básicos das Gruposoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

Zornig, S. A. J. (2001). Da criança-sintoma (dos pais) ao sintoma da criança. *Psicologia Clínica*, 13(2):119-27.

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D., & the GLAD-PC Steering Group. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120(5):1299-312. Disponível em <[www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1144](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1144)>. Acessado em 31 ago 2010.

## 12. APÊNDICES



## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Roteiro de entrevista - Atenção Básica**

- 1. Você fez formação em alguma abordagem teórica?**
- 2. Já fez outra formação ou especialização?**
- 3. Nessa formação/especialização havia um módulo específico sobre os transtornos depressivos?**
- 4. Você fez algum curso específico sobre transtornos de humor/depressão?**
- 5. Durante sua atuação como psicólogo da prefeitura, você participou de algum curso específico sobre a assistência à depressão ou transtornos de humor em geral?**
- 6. Na sua compreensão, o que é depressão?**
- 7. No teu entender, qual a etiologia da mesma ?**
- 8. Quais são os fatores de risco que você associa à depressão?**
- 9. Como você aborda a questão do risco do suicídio?**
- 10. Como você realiza o manejo (lida) do risco de suicídio?**

11. **Como você identifica os pacientes com depressão?** Quais os sintomas que você observa para realizar um diagnóstico? Quais os parâmetros que você utiliza para identificação?
12. **Você utiliza algum instrumento de avaliação para o diagnóstico da depressão?** Quais instrumentos de avaliação?
13. **Você considera que o diagnóstico diferencial é uma etapa importante no desenvolvimento do seu trabalho?**
14. **Quais são suas maiores dificuldades em relação ao diagnóstico da depressão?**
15. **Uma vez estabelecido o diagnóstico de depressão, qual a proposta de tratamento que você utiliza? Em termos gerais, qual é o projeto terapêutico que você utiliza?**
16. **Subsidiando as suas ações de tratamento que outras ações (recursos) você realiza (utiliza) para melhor sustentar as ações terapêuticas no âmbito da psicologia?**
17. **Qual é o papel da família ou rede familiar e ou comunitária junto ao paciente depressivo?**
18. **Que critérios você utiliza para dar alta um paciente com diagnóstico de depressão?**
19. **Em que situações você encaminha para uma consulta médica para fins de medicação ou para equipe matriciamento? Qual a frequência desses encaminhamentos?** Por exemplo, a cada dez pacientes quantos você encaminha?
20. **Como é para você atender um paciente deprimido?**
21. **Na tua prática, considerando os diferentes quadros da psicopatologia, qual a incidência de pacientes com depressão na atenção básica?**
22. **Como este paciente chega até você? Qual é o fluxo de pacientes para chegar até você? Além dos profissionais que**

**você mencionou, o paciente chega encaminhado por outros profissionais? De que nível de atenção?**

- 23. Você tem experiência com grupos e pacientes depressivos? Como você trabalha o paciente deprimido dentro do grupo?**
- 24. Qual a sua percepção da eficácia do trabalho em grupo frente ao trabalho individual no tratamento dos transtornos depressivos?**
- 25. Na tua prática, você percebe como a depressão se manifesta em diferentes fases de vida: infância, adolescência, vida adulta, idosos? Como você aborda essas diferenças?**
- 26. Considerando alta prevalência da depressão, considerando que é o transtorno mental mais freqüente na atenção básica, como você percebe o trabalho do psicólogo em relação à depressão no contexto da atenção básica?**
- 27. Como você percebe a lógica do matriciamento / NASF na atenção à depressão?**
- 28. Terminando a entrevista, e depois de falarmos destes aspectos relacionados à depressão, em termos de capacitação institucional qual seria seu pedido ou necessidade para você se sinta melhor qualificado diante da complexidade da temática da depressão.**

## **APÊNDICE B**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

### **Roteiro de entrevista CAPS**

- 1. Você fez formação em alguma abordagem teórica?**
- 2. Já fez outra formação ou especialização?**
- 3. Nessa formação/especialização havia um módulo específico sobre os transtornos depressivos?**
- 4. Você fez algum curso específico sobre transtornos de humor/depressão?**
- 5. Durante sua atuação como psicólogo da prefeitura, você participou de algum curso específico sobre a assistência à depressão ou transtornos de humor em geral?**
- 6. Na sua compreensão, o que é depressão?**
- 7. No teu entender, qual a etiologia da mesma ?**
- 8. Quais são os fatores de risco que você associa à depressão?**
- 9. Como você aborda a questão do risco do suicídio?**
- 10. Como você realiza o manejo (lida) do risco de suicídio?**
- 11. Como você identifica os pacientes com depressão? Quais os sintomas que você observa para realizar um diagnóstico? Quais os parâmetros que você utiliza para identificação?**

12. **Você utiliza algum instrumento de avaliação para o diagnóstico da depressão? Quais instrumentos de avaliação?**
13. **Você considera que o diagnóstico diferencial é uma etapa importante no desenvolvimento do seu trabalho? De que maneira?**
14. **Quais são suas maiores dificuldades em relação ao diagnóstico da depressão?**
15. **Uma vez estabelecido o diagnóstico de depressão, qual a proposta de tratamento que você utiliza? Em termos gerais, qual é o projeto terapêutico que você utiliza?**
16. **Subsidiando as suas ações de tratamento que outras ações (recursos) você realiza (utiliza) para melhor sustentar as ações terapêuticas no âmbito da psicologia?**
17. **Qual é o papel da família ou rede familiar e ou comunitária junto ao paciente depressivo?**
18. **Que critérios você utiliza para dar alta um paciente com diagnóstico de depressão?**
19. **Em que situações você encaminha para uma consulta médica para fins de medicação ou para equipe matriciamento? Qual a frequência desses encaminhamentos?** Por exemplo, a cada dez pacientes quantos você encaminha?
20. **Como é para você atender um paciente deprimido?**
21. **Na tua prática, considerando os diferentes quadros da psicopatologia, qual a incidência de pacientes com depressão no CAPS?**
22. **Como este paciente chega até você? Qual é o fluxo de pacientes para chegar até você? Além dos profissionais que**

**você mencionou, o paciente chega encaminhado por outros profissionais? De que nível de atenção?**

- 23. Você tem experiência com grupos e pacientes depressivos? Como você trabalha o paciente deprimido dentro do grupo?**
- 24. Qual a sua percepção da eficácia do trabalho em grupo frente ao trabalho individual no tratamento dos transtornos depressivos?**
- 25. Na tua prática, você percebe como a depressão se manifesta em diferentes fases de vida: infância, adolescência, vida adulta, idosos?**
- 26. Considerando alta prevalência da depressão, e que é o transtorno mental mais freqüente na rede de saúde mental, como você percebe o trabalho do psicólogo em relação à depressão nesse contexto?**
- 27. Como você percebe a lógica do matriciamento / NASF na atenção à depressão?**
- 28. Terminando a entrevista, e depois de falarmos destes aspectos relacionados à depressão, em termos de capacitação institucional, qual seria seu pedido ou necessidade para você se sinta melhor qualificado diante da complexidade da temática da depressão.**

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

### **Roteiro de entrevista CAPSi**

- 1. Você fez formação em alguma abordagem teórica?**
- 2. Já fez outra formação ou especialização?**
- 3. Nessa formação/especialização havia um módulo específico sobre os transtornos depressivos?**
- 4. Você fez algum curso específico sobre transtornos de humor/depressão?**
- 5. Durante sua atuação como psicólogo da prefeitura, você participou de algum curso específico sobre a assistência à depressão ou transtornos de humor em geral?**
- 6. Na sua compreensão, o que é depressão?**
- 7. No teu entender, qual a etiologia da mesma ?**
- 8. Quais são os fatores de risco que você associa à depressão?**
- 9. Como você aborda a questão do risco do suicídio?**
- 10. Como você realiza o manejo (lida) do risco de suicídio?**
- 11. Como você identifica os pacientes do CAPSi com depressão?  
Quais os sintomas que você observa para realizar um**

diagnóstico? Quais os parâmetros que você utiliza para identificação?

12. **Você utiliza algum instrumento de avaliação para o diagnóstico da depressão? Quais instrumentos de avaliação?**
13. **Você considera que o diagnóstico diferencial é uma etapa importante no desenvolvimento do seu trabalho? De que maneira?**
14. **Quais são suas maiores dificuldades em relação ao diagnóstico da depressão?**
15. **Uma vez estabelecido o diagnóstico de depressão, qual a proposta de tratamento que você utiliza? Em termos gerais, qual é o projeto terapêutico que você utiliza?**
16. **Subsidiando as suas ações de tratamento que outras ações (recursos) você realiza (utiliza) para melhor sustentar as ações terapêuticas no âmbito da psicologia?**
17. **Qual é o papel da família ou rede familiar e ou comunitária junto ao paciente depressivo?**
18. **Como se trabalha a família enquanto rede de apoio? Quais são as possibilidades e limites da família no tratamento da depressão?**
19. **Que critérios você utiliza para dar alta um paciente com diagnóstico de depressão?**
20. **Em que situações você encaminha para uma consulta médica para fins de medicação ou para equipe matriciamento? Qual a frequência desses encaminhamentos? Por exemplo, a cada dez pacientes quantos você encaminha?**
21. **Como é para você atender um paciente deprimido?**



22. Na tua prática, considerando os diferentes quadros da psicopatologia, qual a incidência de pacientes com depressão no CAPSi?
23. Como este paciente chega até você? Qual é o fluxo de pacientes para chegar até você? Além dos profissionais que você mencionou, o paciente chega encaminhado por outros profissionais? De que nível de atenção?
24. Você tem experiência com grupos e pacientes depressivos? Como você trabalha o paciente deprimido dentro do grupo?
25. Qual a sua percepção da eficácia do trabalho em grupo frente ao trabalho individual no tratamento dos transtornos depressivos?
26. Na tua prática, você percebe como a depressão se manifesta em diferentes fases de vida: infância, adolescência, vida adulta, idosos?
27. Considerando alta prevalência da depressão, e que é o transtorno mental mais freqüente na rede de saúde mental, como você percebe o trabalho do psicólogo em relação à depressão nesse contexto?
28. Como você percebe a lógica do matriciamento / NASF na atenção à depressão?
29. Terminando a entrevista, e depois de falarmos destes aspectos relacionados à depressão, em termos de capacitação institucional, qual seria seu pedido ou necessidade para você se sinta melhor qualificado diante da complexidade da temática da depressão.

## APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

*CERTIFICADO*      *Nº 114*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO:** 147/08 FR- 201479

**TÍTULO:** Análise das dimensões dos parâmetros terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos no contexto da ação primária.

**AUTORES:** Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré e Cibele Cunha Lima da Motta.

**DEPARTAMENTO:** Psicologia/CFH/UFSC.

FLORIANÓPOLIS, 30 de junho de 2008.

  
Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos ao anonimato e a desistir da mesma a qualquer momento.

....., ..... de 200....

.....  
RG:.....

Assinatura do(a) participante da pesquisa

## APÊNDICE F



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Eu, Cibele Cunha Lima da Motta, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o(a) a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.

Esta pesquisa que se intitula “Análise das dimensões dos parâmetros terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos no contexto da atenção primária” tem por objetivo caracterizar e descrever as dimensões do conhecimento, parâmetros diagnósticos e terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos. Estes aspectos serão investigados à luz do contexto da atenção primária com o objetivo de construir conhecimento sobre a intervenção do psicólogo. Nesse sentido, a relevância dessa pesquisa está em sua proposta de fornecer elementos de conhecimento que possibilitem uma busca pela qualidade do atendimento do psicólogo ao paciente que sofre de depressão.

A sua participação acontecerá através do consentimento para responder três instrumentos de pesquisa: uma escala de atitudes sobre depressão, um questionário sobre conhecimentos sobre a depressão e uma entrevista sobre os parâmetros diagnósticos e manejo clínico. O seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo (a), não serão utilizados. A sua participação é absolutamente voluntária e não remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer penalidade ou prejuízo. Você também poderá desistir da participação da mesma a qualquer momento. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a Defesa da Tese, em data a ser agendada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (48) 3204 - 8164 ou (48) 3721-8579.

Cibele Cunha Lima da Motta  
Pesquisadora Principal – Doutoranda

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carmen Leontina O.O. Moré  
Pesquisadora Responsável – Orientadora

Eu .....,

abaixo assinado declaro através deste documento, o meu consentimento o em participar da pesquisa intitulada “**Análise das dimensões do conhecimento e parâmetros**

**terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos no contexto da atenção primária”, a ser realizada nesta instituição.**

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos ao anonimato e a desistir da mesma a qualquer momento.

..... de 200....

.....

RG:.....

Assinatura do(a) participante da pesquisa



**2. Quais dos seguintes critérios são necessários para o diagnóstico de depressão:**

- a. Falta de interesse em realizar atividades antes prazerosas
- b. Ânimo depressivo, francamente anormal, durante a maior parte do dia
- c. Falta de vitalidade ou aumento da fadiga
- d. Dois dos três sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais
- e. Um dos dois sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais

**3. Assinale a alternativa que lhe pareça correta quanto à depressão:**

- a. Entre os fatores sociais de risco ligados à depressão temos a perda do trabalho e uma pobre rede de apoio social
- b. Episódios depressivos tendem a se repetir ao longo da vida
- c. A ideação suicida deve ser investigada apenas em caso de depressão severa.
- d. As alternativas *a* e *c* estão corretas
- e. As alternativas *a* e *b* estão corretas

**4. Que efeitos secundários podem ser encontrados em pacientes que tomam antidepressivos tricíclicos?**

- a. Secura na boca
- b. Visão turva
- c. Prisão de ventre ou obstipação
- d. Todas as anteriores
- e. Nenhuma das anteriores

**5. Que efeitos secundários podem ocorrer com pacientes que tomam medicamentos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)?**

- a. Náuseas, tremor, insônia, disfunção sexual
- b. Boca seca, ansiedade, tontura
- c. Aumento da pressão arterial, arritmias cardíacas, visão turva
- d. As alternativas *a* e *b* estão corretas
- e. As alternativas *a* e *c* estão corretas



**6. Quais são os grupos da população com maiores riscos de sofrer de depressão?**

- a. Doentes crônicos
- b. Maternidade recente
- c. Pessoas que perderam o trabalho
- d. Pessoas sem família e sem apoio social
- e. Todas as anteriores

**7. Qual a característica que melhor diferenciaria a depressão de um adulto da depressão na infância?**

- a. Humor deprimido, apetite diminuído e distúrbios do sono são considerados sintomas fundamentais da depressão infantil
- b. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento.
- c. Rosto triste, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono constituem-se os principais sintomas da depressão infantil
- d. Em escolares, pode haver também lentificação e distorções cognitivas de cunho autodepreciativo
- e. A ideação suicida constitui-se um sintoma fundamental, pois é freqüente em menores de 12 anos

**8. Assinale a alternativa que caracteriza os transtornos depressivos em idosos.**

- a. A apresentação do transtorno depressivo pode caracterizar-se por uma maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispnéia e palpitação
- b. Energia e concentração reduzidas, transtornos do sono (insônia terminal, sono entrecortado) e perda de apetite e peso são sintomas comuns em idosos com depressão
- c. Idosos deprimidos que sofreram perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes têm alto risco de suicídio
- d. Todas as anteriores
- e. Nenhuma das anteriores

**9. Quanto á depressão pós-parto, assinale a alternativa que lhe pareça correta.**

- a. A história pregressa de depressão não constitui um fator de risco para a depressão pós-parto.
- b. Mulheres com depressão pós-parto podem variar quanto ao cuidado com o neonato: desde desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê até cuidados intrusivos que não permitem o descanso da criança.
- c. O nível diminuído de consciência ou de atenção no pós-parto imediato pode ser considerado um sintoma de depressão pós-parto.
- d. A tristeza pós-parto, presente em até 70% das puérperas, é considerado um preditor de depressão pós-parto.
- e. O uso de antidepressivos durante a gestação não causa sintomas de abstinência ou toxicidade no neonato.

• A próxima pergunta será respondida segundo a seguinte história:

Paciente de 49 anos, sexo masculino, divorciado, vive na casa da mãe com um filho de 10 anos. Ele relata que sentiu preocupado e pessimista a maior parte de sua vida adulta. Sente-se um pouco deprimido e não sente muita alegria, tem dificuldade de tomar decisões e é pessimista em relação ao futuro. Durante os últimos 20 anos relata que os períodos que se sentiu normal ou menos deprimido duraram 4 ou 5 dias. Ele é funcionário público num cargo administrativo de nível médio, embora tenha feito um curso de graduação e especialização.

**10. Qual é o diagnóstico mais provável para este paciente?**

- a. Transtorno depressivo sem outra especificação
- b. Transtorno depressivo maior recorrente por se sentir um pouco deprimido

- c. Distímia em função do longo período de humor deprimido
- d. Distímia em função da sensação de pessimismo
- e. Síndrome do pânico

**11. Quanto à prevalência da depressão assinala a alternativa que lhe pareça correta:**

- a. A prevalência da depressão gira em torno de 5% a 10% da população geral.
- b. Estudos epidemiológicos apontam que o transtorno depressivo na infância está decrescendo.
- c. A prevalência do transtorno depressivo é até duas vezes maior em mulheres do que em homens.
- d. As alternativas **a** e **b** estão corretas
- e. As alternativas a e c estão corretas

**12. O humor depressivo pode vir acompanhado de:**

- a. Sintomas somáticos como perda de apetite, do peso, da libido.
- b. Lentidão psicomotora
- c. Agravamento matinal de depressão
- d. Perda do interesse e do prazer
- e. Todas as anteriores

**13. Quanto ao suicídio, assinala a alternativa que lhe pareça correta.**

- a. As mulheres se suicidam mais do que os homens
- b. O risco individual de suicídio aumenta para homens acima de 45 anos
- c. A maioria dos suicídios acontece na faixa etária de 15-44 anos
- d. As alternativas **a** e **c** estão corretas
- e. As alternativas b e c estão corretas

**14. Qual das ações abaixo relacionadas constitui manejo psicossocial da depressão?**

- a. Gestantes que apresentarem sintomas ou um diagnóstico de depressão devem ser encaminhadas para grupos de apoio
- b. Investigação sobre o risco de suicídio com o paciente e seus familiares
- c. A família de pacientes com risco de suicídio deve ser orientada a não permitir o acesso do paciente a medicamentos ou objetos cortantes, a fim de diminuir as chances de autolesão ou de suicídio
- d. Em casos de depressão na infância, é necessário investigar sobre possíveis situações estressoras, principalmente situações de abuso.
- e. Todas as anteriores

**15. Quanto ao manejo psicossocial da depressão, escolha a alternativa que lhe pareça correta**

- a. Educação sobre a depressão e seu tratamento para possibilitar uma melhor adesão do paciente e dos familiares ao plano de cuidados.
- b. Com o objetivo de diminuir o estigma, explicar à família que depressão não é fraqueza ou preguiça.
- c. Orientação para que o paciente não realize atividades físicas.
- d. As alternativas a e b estão corretas.
- e. As alternativas *b* e *c* estão corretas.

**16. Qual das ações caracteriza o diagnóstico diferencial?**

- a. Identificação de possíveis causas orgânica da depressão devido a tumores cerebrais, doenças endócrinas, cérebro vasculares ou doenças neurológicas
- b. Identificação de sintomas de alucinações auditivas ou visuais para identificar uma depressão psicótica

- c. Identificação de sintomas de mania ou hipomania na situação presente ou na história de vida do paciente
- d. Todas as anteriores
- e. Nenhuma das anteriores

## APÊNDICE H



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Departamento de Psicologia**

### **Análise de Conteúdo do Questionário**

**Título da pesquisa:** Análise das dimensões dos parâmetros terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos no contexto da atenção primária

**Doutoranda:** Cibele Cunha Lima da Motta

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo More

#### **Objetivo da pesquisa**

Analisar as dimensões dos parâmetros terapêuticos dos psicólogos frente aos transtornos depressivos

#### **1. Análise de conteúdo do questionário:**

O objetivo da análise de conteúdo do questionário é avaliar o questionário sobre depressão com vistas ao processo de validação deste instrumento para a coleta de dados desta pesquisa. O processo de validação do questionário por meio da análise de conteúdos é realizado com a participação de juízes que analisam o instrumento a partir de quesitos pré-estabelecidos e apresentados no item 4.

#### **2. Objetivo do questionário:**

*Avaliar o nível de conhecimento dos psicólogos sobre os transtornos depressivos no que tange as descrições nosológicas dos manuais CID 10 e DSMIV, bem como os conhecimentos e indicações do Protocolo de Atenção em Saúde Mental desenvolvido pela rede municipal de saúde mental do município participante da pesquisa. A avaliação deste nível de conhecimento tem como fundamento o princípio da interdisciplinaridade, uma vez que a capacidade de interlocução com outros profissionais se faz fundamental para o desenvolvimento de ações efetivas no âmbito da saúde pública.*

### **3. Construção do questionário**

Este questionário faz parte de um conjunto de instrumentos que compõe a coleta de dados, sendo eles: observação participante de campo, escala de atitudes, questionário de conhecimentos sobre a depressão e **entrevista semi-estruturada**, principal instrumento da pesquisa. Este instrumento foi baseado no questionário de conhecimentos desenvolvido pela OPAS (2000) para enfermeiras (ver anexo).

Para a composição do instrumento atual, utilizamos 4 perguntas do questionário desenvolvido pela OPAS; e desenvolvemos 11 perguntas que tiveram como fonte o Protocolo de Saúde Mental do Município participante da pesquisa, o DSM IV e o CID 10. Exceto a pergunta número 4 que, baseada no questionário original, foi reformulada. Ver quadro a seguir.

Quadro 1: Comparação entre questionários de conhecimento sobre depressão

	<b>Questionário original – OPAS – enfermagem</b>	<b>Questionário Pesquisa com psicólogos</b>
Número de perguntas	12	16
Perguntas originais mantidas	<b>4</b> ( perguntas nº 7 / 8 / 9 / 11)	<b>4</b> (perguntas nº 2 / 4 / 6/ 12)
Perguntas reformulada tendo como base o questionário	<b>1</b> (pergunta nº 8)	<b>1</b> (pergunta nº 5)

original		
Perguntas formuladas para o questionário atual		<b>11</b>

O questionário avalia diferentes aspectos do conhecimento sobre a depressão, que estão distribuídos em diferentes itens de avaliação. Ver quadro abaixo:

**Quadro 2: Aspectos do conhecimento avaliados no questionário**

<b>Aspectos avaliados</b>	<b>Perguntas</b>
Sintomas fundamentais	1 / 2
Conhecimentos gerais sobre a depressão	3
Medicamentos – efeitos colaterais	4 / 5
Fator de risco	6
Características da depressão relacionadas ao ciclo de vida (infância / idoso)	7 / 8
Especificador da depressão pós-parto	9
Especificador Distímia	10
Prevalência da depressão	11
Sintomas acessórios da depressão	12
Sobre suicídio	13
Manejo psicossocial	14 / 15
Ações do diagnóstico diferencial	16

O questionário apresenta diferentes tipos de respostas corretas que estão distribuídas ao longo dos 16 itens. Ver quadro abaixo:

**Quadro 3: Tipos de respostas desenvolvidas para as alternativas**

<b>Tipos de respostas</b>	<b>Perguntas</b>
1 alternativa correta 4 alternativas erradas	1 / 2 / 7 / 9 / 10
Alternativa “todas as anteriores”	4 / 6 / 8 / 12 / 14 / 16



<p>2 Alternativas corretas Ex: alternativa <b>a</b> e <b>c</b> estão corretas</p>	<p>3 / 5 // 11 / 13/ 15</p>
---	-----------------------------

#### 4. Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo será realizada em 3 etapas que contemplam diferentes aspectos do instrumento, explicitados a seguir:

##### 4.1. Avaliação do enunciado e opções:

Esta etapa pretende avaliar a construção formal dos itens, por meio da análise da clareza, objetividade e coerência do enunciado e opções do questionário. Para esta etapa, há uma folha de avaliação que contempla aspectos diferentes a serem avaliados.

##### 4.2. Avaliação da pertinência e relevância

A pertinência e a relevância de cada item são aspectos fundamentais na análise de conteúdo. A **pertinência** refere-se à adequação e propriedade do conhecimento investigado no item, isto é, se o tema abordado na pergunta vale a pena ser pesquisado no conjunto do questionário. A **relevância** refere-se à configuração do item, considerando o enunciado e as opções de resposta, isto é, se ele está construído de forma relevante e atinge o objetivo de medir o conhecimento naquele aspecto específico. Há uma folha de avaliação que aborda esses dois quesitos para cada item do questionário.

##### 4.3. Sobre o conjunto dos itens

Há uma pergunta que se refere ao conjunto total dos itens e está apresentada após as folhas de avaliação. O objetivo desta etapa é avaliar se o conjunto total dos itens avaliam o nível de conhecimentos do psicólogo sobre depressão.

## FOLHA DE AVALIAÇÃO 1

## **Análise do Enunciado e opções**

• Favor avaliar o enunciado e opções tendo em conta os itens de avaliação dispostos na folha de avaliação. Se alguma pergunta do questionário apresentar problemas, favor indicar o número da pergunta no espaço correspondente.

### **Considere:**

\*Distratores: resposta incorreta

\*\*Chave: resposta correta

<b>ENUNCIADO</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>pergunta</b>
Redação clara e objetiva.			
Formulação de maneira positiva.			
<b>OPÇÕES</b>			
Opções apresentam a mesma estrutura e são igualmente bem construídas.			
Distratores* plausíveis, semelhantes à chave**. Os distratores apresentam conhecimentos teóricos que os aproximem da resposta correta.			
Simetria gramatical: afirmações coerentes com o enunciado, quanto ao conteúdo e à gramática.			
Simetria espacial: afirmações com extensão equivalente. Para identificação da chave ou distratores pela observação do seu tamanho.			
Ordenação de maneira lógica.			
Presença de erros grosseiros ou absurdos			

flagrantes nos distratores.			
Presença de opções mutuamente excludentes.			
Presença de afirmações demasiadamente longas.			

## FOLHA DE AVALIAÇÃO 2

### Análise da pertinência e relevância

- Favor responder sim ou não para os aspectos de pertinência e relevância para cada item.

<b>Pergunta</b>	<b>Pertinência</b>	<b>Relevância</b>
	<b>Sim ou não</b>	<b>sim ou não</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

### 3. Sobre o conjunto dos itens

• Após responder as folhas de avaliações, favor responder a pergunta seguinte considerando a totalidade do questionário.

O conjunto de itens representa o conhecimento sobre depressão que um psicólogo da atenção básica deve ter?

---

---

---

---

---

---

---

• **Comentários:** caso você tenha algum comentário sobre algum item utilize o espaço abaixo

Item	_____
_____	
_____	
_____	
_____	



**2. Quais dos seguintes critérios são necessários para o diagnóstico de depressão?**

- a. Falta de interesse em realizar atividades antes prazerosas.
- b. Ânimo depressivo, francamente anormal, durante a maior parte do dia.
- c. Falta de vitalidade ou aumento da fadiga.
- d. Dois dos três sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais.
- e. Um dos dois sintomas anteriores, quase todo o tempo, durante 15 dias ou mais.

**3. Dos critérios abaixo relacionados, qual caracteriza diagnóstico da depressão?**

- a. O sofrimento clínico significativo e o prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- b. Os sintomas não devem ser explicados por um luto de menos de 2 meses, salvo em caso de prejuízo funcional ou apresentação de quadros psicopatológicos.
- c. A depressão pode ser ainda caracterizada como leve, moderada ou grave de acordo com o número de sintomas ou intensidade desses.
- d. Nenhum dos critérios anteriores.
- e. Todos os critérios anteriores.

**4. Sobre a prevalência, incidência e duração da depressão, assinale a opção que lhe pareça correta:**

- a. O primeiro ciclo gravídico puerperal marca o início do risco diferencial para que mulheres tenham maior incidência de casos de depressão do que homens.
- b. Em sua maioria a depressão tende a aparecer em episódios únicos e isolados.
- c. A depressão é o transtorno mental mais frequente na atenção básica.
- d. Dados científicos evidenciam que não há relação de hereditariedade para o desenvolvimento da depressão entre familiares de primeiro grau.

- e. Uma depressão não tratada dura entre 2 e 6 meses.

**5. Qual das seguintes situações pode estar associada à depressão?**

- a. Alcoolismo e doenças crônicas.
- b. Perda do trabalho.
- c. Falta de apoio familiar ou social.
- d. Crises familiares e violência doméstica.
- e. Todas as anteriores.

**6. Que efeitos secundários podem ser encontrados em pacientes que tomam antidepressivos tricíclicos?**

- a. Secura na boca.
- b. Visão turva.
- c. Prisão de ventre ou obstipação.
- d. Todas as anteriores.
- e. Nenhuma das anteriores.

**7. Que efeitos secundários são mais prováveis de ocorrer com pacientes que tomam medicamentos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)?**

- a. Náuseas, tremor, insônia, disfunção sexual.
- b. Boca seca, agravamento da ansiedade, tontura.
- c. Aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas.
- d. As alternativas *a* e *b* estão corretas.
- e. As alternativas *a* e *c* estão corretas.

**8. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na infância. Dentre elas, qual é a característica que melhor diferencia a depressão na infância em relação à depressão na vida adulta?**

- a. Rosto triste, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono são sintomas somáticos da depressão infantil.
- b. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento.
- c. Uma piora no desempenho escolar é sintoma frequente.

- d. Em escolares, pode haver também lentificação e distorções cognitivas de cunho autodepreciativo.
- e. Pensamento de morte constitui-se sintoma frequente em menores de 12 anos com depressão.

**9. Quanto à depressão na adolescência, assinale a alternativa que lhe pareça correta:**

- a. Os sintomas de irritabilidade, queixas somáticas e retraimento social são mais comuns em adolescentes do que em crianças.
- b. Na adolescência é frequente a comorbidade de depressão com uso de substâncias psicotrópicas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.
- c. Dados de pesquisa demonstram que a detecção de depressão nessa faixa etária por profissionais de saúde da atenção básica é quase nula.
- d. As alternativas **a** e **b** estão corretas.
- e. As alternativas **b** e **c** estão corretas.

**10. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na senescência. Dentre elas, qual é característica que melhor diferencia a depressão de um idoso em relação à depressão de um adulto?**

- a. Idosos com depressão tem alto risco de recorrência, incapacidade crônica e mortalidade aumentada.
- b. Idosos deprimidos que sofreram perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes tem alto risco de suicídio.
- c. A apresentação do transtorno depressivo pode caracterizar-se por maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispneia e palpitação.
- d. Energia e concentração reduzidas, transtornos do sono e perda de apetite e peso são sintomas comuns em idosos com depressão.
- e. Em idosos com depressão a perda de memória é um dos sintomas que pode ser confundido com os sinais iniciais de demência.



**11. Quanto à depressão pós-parto, assinale a alternativa que lhe pareça mais correta.**

- a. A história pregressa de depressão não constitui fator de risco para a depressão pós-parto.
  - b. Mulheres com depressão pós-parto podem diferenciar-se quanto ao cuidado com o neonato: desde desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê até cuidados intrusivos que não permitem o descanso da criança.
  - c. O nível diminuído de consciência ou de atenção no pós-parto imediato pode ser considerado sintoma de depressão pós-parto.
  - d. A tristeza pós-parto, presente em até 70% das puérperas, é considerada preditor de depressão pós-parto.
  - e. O uso da maioria dos antidepressivos durante a gestação não causa sintomas de abstinência ou toxicidade no neonato.
- A próxima pergunta será respondida segundo a seguinte história:

Paciente de 49 anos, sexo masculino, divorciado, vive na casa da mãe com um filho de 10 anos. Ele relata que se viu preocupado e pessimista a maior parte de sua vida adulta. Está um pouco deprimido e não tem muita alegria; tem dificuldade de tomar decisões e é pessimista em relação ao futuro. Durante os últimos 20 anos relata que os períodos que se sentiu normal ou menos deprimido duraram 4 ou 5 dias. É funcionário público num cargo administrativo de nível médio, embora tenha concluído cursos de graduação e especialização.

**12. Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?**

- a. Transtorno depressivo sem outra especificação.
- b. Transtorno depressivo maior recorrente por se sentir um pouco deprimido.
- c. Distímia em função do longo período de humor deprimido.
- d. Distímia em função da sensação de pessimismo.
- e. Síndrome do pânico.

**13. Quanto ao suicídio, assinale a opção que lhe pareça correta**

- a. Em casos de depressão, a investigação ativa sobre ideias suicidas pode induzir ao suicídio.
- b. A ideiação suicida deve ser investigada apenas em caso de depressão severa.
- c. As mulheres se suicidam mais do que os homens.
- d. O risco individual de suicídio aumenta para homens acima de 45 anos.
- e. Os homens tentam mais suicídio do que as mulheres.

**14. Qual das alternativas abaixo caracteriza o diagnóstico diferencial para transtornos depressivos?**

- a. Identificação de possíveis causas orgânica da depressão devido a tumores cerebrais, doenças endócrinas, cérebro vascular ou doenças neurológicas.
- b. Identificação de sintomas de alucinações auditivas ou visuais para identificar uma depressão psicótica.
- c. Identificação de sintomas de mania ou hipomania na situação presente ou na história de vida do paciente.
- d. Identificação de uso de medicamentos ou outras substâncias químicas que possam induzir um episódio depressivo.
- e. Todas as anteriores.

**15. Qual das recomendações abaixo apresentadas caracteriza o manejo psicossocial?**

- a. Educação sobre a depressão e seu tratamento possibilita melhor adesão do paciente ao plano de cuidados.
- b. Com o objetivo de diminuir o estigma, recomenda-se explicar à família que depressão não é fraqueza ou preguiça.
- c. Orientação para que o paciente realize atividades físicas.
- d. Dentre as medidas gerais, inclui-se o aconselhamento sobre a higiene do sono, isto é evitar estímulos sonoros e luminosos e substâncias estimulantes durante a noite.

e. Todas as anteriores.



**2 . Sobre a prevalência, incidência e duração da depressão, assinale a opção que lhe pareça correta:**

- a. O primeiro ciclo gravídico puerperal marca o início do risco diferencial para que mulheres tenham maior incidência de casos de depressão do que homens.
- b. Em sua maioria a depressão tende a aparecer em episódios únicos e isolados.
- c. A depressão é o transtorno mental mais frequente na atenção básica.
- d. Dados científicos evidenciam que não há relação de hereditariedade para o desenvolvimento da depressão entre familiares de primeiro grau.
- e. Uma depressão não tratada dura entre 2 e 6 meses.

**3. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na infância. Dentre elas, qual é a característica que melhor diferencia a depressão na infância em relação à depressão na vida adulta?**

- a. Rosto triste, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono são sintomas somáticos da depressão infantil.
- b. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento.
- c. Uma piora no desempenho escolar é sintoma frequente.
- d. Em escolares, pode haver também lentificação e distorções cognitivas de cunho autodepreciativo.
- e. Pensamento de morte constitui-se sintoma frequente em menores de 12 anos com depressão.

**4 . Quanto à depressão na adolescência, assinale a alternativa que lhe pareça correta:**

- a. Os sintomas de irritabilidade, queixas somáticas e retraimento social são mais comuns em adolescentes do que em crianças.
- b. Na adolescência é frequente a comorbidade de depressão com uso de substâncias psicotrópicas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.

- c. Dados de pesquisa demonstram que a detecção de depressão nessa faixa etária por profissionais de saúde da atenção básica é quase nula.
- d. As alternativas **a** e **b** estão corretas.
- e. As alternativas **b** e **c** estão corretas.

**5. As opções abaixo relacionadas descrevem características da depressão na senescência. Dentre elas, qual é característica que melhor diferencia a depressão de um idoso em relação à depressão de um adulto?**

- a. Idosos com depressão tem alto risco de recorrência, incapacidade crônica e mortalidade aumentada.
- b. Idosos deprimidos que sofreram perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes tem alto risco de suicídio.
- c. A apresentação do transtorno depressivo pode caracterizar-se por maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispneia e palpitação.
- d. Energia e concentração reduzidas, transtornos do sono e perda de apetite e peso são sintomas comuns em idosos com depressão.
- e. Em idosos com depressão a perda de memória é um dos sintomas que pode ser confundido com os sinais iniciais de demência.

**6 . Quanto à depressão pós-parto, assinale a alternativa que lhe pareça mais correta.**

- a. A história pregressa de depressão não constitui fator de risco para a depressão pós-parto.
- b. Mulheres com depressão pós-parto podem diferenciar-se quanto ao cuidado com o neonato: desde desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê até cuidados intrusivos que não permitem o descanso da criança.
- c. O nível diminuído de consciência ou de atenção no pós-parto imediato pode ser considerado sintoma de depressão pós-parto.
- d. A tristeza pós-parto, presente em até 70% das puérperas, é considerada preditor de depressão pós-parto.

- e. O uso da maioria dos antidepressivos durante a gestação não causa sintomas de abstinência ou toxicidade no neonato.

- A próxima pergunta será respondida segundo a seguinte história:

Paciente de 49 anos, sexo masculino, divorciado, vive na casa da mãe com um filho de 10 anos. Ele relata que se viu preocupado e pessimista a maior parte de sua vida adulta. Está um pouco deprimido e não tem muita alegria; tem dificuldade de tomar decisões e é pessimista em relação ao futuro. Durante os últimos 20 anos relata que os períodos que se sentiu normal ou menos deprimido duraram 4 ou 5 dias. É funcionário público num cargo administrativo de nível médio, embora tenha concluído cursos de graduação e especialização.

### **7. Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?**

- a. Transtorno depressivo sem outra especificação.
- b. Transtorno depressivo maior recorrente por se sentir um pouco deprimido.
- c. Distímia em função do longo período de humor deprimido.
- d. Distímia em função da sensação de pessimismo.
- e. Síndrome do pânico.

### **8. Quanto ao suicídio, assinale a opção que lhe pareça correta**

- a. Em casos de depressão, a investigação ativa sobre ideias suicidas pode induzir ao suicídio.
- b. A ideiação suicida deve ser investigada apenas em caso de depressão severa.
- c. As mulheres se suicidam mais do que os homens.
- d. O risco individual de suicídio aumenta para homens acima de 45 anos.
- e. Os homens tentam mais suicídio do que as mulheres.