

Perfil sociodemográfico e clínico de usuários em tratamento de depressão em um Centro de Atenção Psicossocial, em um município no interior do Pará

Sociodemographic and clinical profile of depression treatment user in a Psychosocial Care Center in a municipality in the interior of Pará

Perfil sociodemográfico y clínico de usuarios de tratamiento de depresión em um Centro de Atención Psicossocial em um município del interior de Pará

Widson Davi Vaz de Matos^{1*}, Maria Auxiliadora Pereira¹, Paulo Elias Gotardelo Audebert Delage¹, Ana Sheyla Falcão Modesto¹, Daniele Ferreira Bezerra¹, Evelyn Cristina da Silva Coelho¹, Richer Praxedes Maia¹, Jade Durans Pessoa Loureiro Lima¹, Tassio Ricardo Martins da Costa¹, Helloyza Halana Fernanda Aquino Pompeu¹, Bruna Karine Oliveira do Carmo¹, Maíza Silva de Sousa¹, Marcelina Ribeiro da Silva², Nelyana Alessandra Alves de Lima², Ana Gracinda Ignácio da Silva².

RESUMO

Objetivo: Levantar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários em tratamento de depressão em um CAPS em um município no interior do Pará. **Método:** Estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa, de cunho retrospectivo e documental conduzido com 223 prontuários de usuários com diagnóstico de depressão, do período de 2016-2017. A coleta de dados ocorreu com auxílio de um instrumento validado em estudos anteriores, contendo informações a respeito do perfil sociodemográfico e clínico. **Resultados:** A amostra, com predomínio feminino (63.2%); faixa etária predominante (41- 59 anos); com 75.8% pertencentes ao município; 58.7% pardos; 42.2% casados; 35% ensino médio completo; 44.8% católicos; 46.6% moravam com companheiros e filhos. 100% utilizavam medicamento para controle dos sintomas, tendo como principais: a tristeza, choro e alteração do apetite; 32.6% dos casos desencadeados por óbito de um ente querido; 52% possuíam histórico familiar de transtorno mental 57.4% com episódio depressivo leve; após o diagnóstico, 48% tratavam com ansiolítico e antidepressivo como auxiliar a terapêutica; sendo que 43.5% não haviam passado por nem uma internação e 21.7% sentiam os sintomas a 48 meses antes de buscar ajuda ao serviço. **Conclusão** Possibilitou conhecer e compreender as peculiaridades de cada usuário, auxiliando na integralidade e adequação da assistência prestada.

Palavras-chave: Depressão, Transtorno, Patologia.

ABSTRACT

Objective: To raise the sociodemographic and clinical profile of users of depression treatment in a CAPS in a municipality in the interior of Pará. **Method:** A descriptive study with a quantitative, retrospective and documental approach conducted with 223 patient records with diagnosis of depression, from the period 2016-2017. Data collection took place with the aid of an instrument validated in previous studies, containing information on sociodemographic and clinical profile. **Results:** The sample, with feminine predominance (63.2%); predominant age group (41-59 years); with 75.8% belonging to the municipality; 58.7% brown; 42.2% married; 35% completed high school; 44.8% Catholic; 46.6% lived with companions and children. 100% used

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA) Belém-PA. *E-mail: widsonenf@yahoo.com.br

²Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (INIFAMAZ) Belém- PA.

medication to control the symptoms, having as main: sadness, crying and altered appetite; 32.6% of cases triggered by death of a loved one; 52% had a family history of mental transtony 57.4% with ICD 10 F32.0 (mild depressive episode); after diagnosis, 48% were pacing with anxiolytic and antidepressant as an adjunct to therapy; 43.5% had not had one hospitalization and 21.7% had symptoms 48 months before seeking help.

Conclusion: Made it possible to know and understand the peculiarities of each user, helping in the integrality and adequacy of the assistance provided.

Key words: Depression, Disorder, Pathology.

RESUMEN

Objetivo: Elevar el perfil sociodemográfico y clínico de los usuarios de tratamiento de la depresión em um CAPS em um município del interior de Pará. **Método:** Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, retrospectivo y documental, realizado con 223 registros médicos con diagnóstico de depresión, en el periodo 2016-2017. La recolección de datos se llevó a cabo con la ayuda de un instrumento validado en estudios previos, que contenía información sobre el perfil sociodemográfico y clínico. **Resultados:** La muestra, predominantemente femenina (63.2%); grupo de edad predominante (41-59 años); con el 75,8% del municipio; 58.7% marrón; 42,2% casado; 35% completó la escuela secundaria; 44.8% católicos; El 46,6% vivía con compañeros y niños. 100% de medicación utilizada para controlar los síntomas, teniendo como principales: tristeza, llanto y apetito alterado; 32.6% de los casos desencadenados por la muerte de un ser querido; El 52% tenía antecedentes familiares de trastorno mental 57,4% con ICD 10 F32.0 (episodio depresivo leve); después del diagnóstico, el 48% estaba usando ansiolíticos y antidepresivos como complemento de la terapia; El 43.5% no tuvo una hospitalización y el 21.7% tuvo síntomas 48 meses antes de buscar ayuda. **Conclusión:** Hace posible conocer y comprender las peculiaridades de cada usuario, ayudando en la integralidad y la adecuación de la asistencia proporcionada.

Palabras clave: Depresión, Trastorno, Patología.

INTRODUÇÃO

Estimativas atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o estudo de Razzouk D (2016), indicam que cerca 700 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental, neurológico e/ou comportamental que causam um grande sofrimento individual e social, representando 13% do total de todas as doenças do mundo e um terço das patologias não transmissíveis.

Dentre os transtornos mentais, a depressão vem destacando-se com elevada incidência mundial e um grande problema de saúde pública devido à alta prevalência na população e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida, ocupando em 2014 o primeiro lugar no ranking das doenças mais incapacitante do mundo (NICO Y, et al., 2016).

Segundo a Classificação internacional das Doenças (CID) 10 a depressão pode ser classificada em três episódios: leve, moderado, grave com ou sem sintomas psicóticos, que possuem intensidades sintomatológicas distintas que de maneira geral apresentam os principais sintomas: predomínio do humor depressivo ou irritável e anedônia, perdurando por mais de duas semanas associados a sensação de fadiga, desinteresse, choro sem motivo, isolamento, modificações na qualidade do sono, alteração no apetite, prejuízos cognitivos, pensamento pessimista podendo culminar com o suicídio (CANTÃO L, et al., 2015).

No Episódio depressivo leve (F32.0) o paciente sofre com os sintomas anteriormente citados, mas provavelmente será capaz de desempenhas as atividades da vida diária (AVD). O episódio depressivo moderado (F32.1) a limitação para execução das AVD se encontra mais acentuadas devido à elevação da sintomatologia. O episódio depressivo grave (F32.2) classificado de acordo com a ausência de sintomas psicóticos, onde as ideias suicidas são comuns, porém sem alucinações. E, com a presença de sintomas

psicóticos, que além de presenciar os sintomas depressivos de maneira intensa e angustiante, as alucinações são constantes, além de lentidão psicomotora, ideias delirantes, desnutrição e desidratação (CANTÃO L, et al., 2015).

Estimativas da OMS apontam que atualmente cerca de 350 milhões de pessoas preenchem os critérios para o transtorno depressivo maior/ grave (TDM) e em 2025, 90 milhões de indivíduos terão uma desordem mental associada a depressão, pelo abuso ou dependência de substâncias químicas (OLIVEIRA WF, 2016).

Destaca-se nos últimos tempos, em nosso País, que algumas mudanças e transformações têm-se verificado no tratamento dado às pessoas com transtorno mental, se comparado ao período anterior à aprovação da Lei 10.216/2001. A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, representa um grande avanço na área da Saúde Mental, considerando-se que a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da Portaria nº 224 de 1992, contribuiu consideravelmente para efetivação desse processo de mudança.

O quantitativo de CAPS no Brasil, em 2016, totalizou 2.457, sendo 506 CAPS tipo II, existindo no Estado do Pará apenas 81, e apenas 16 CAPS tipo II. Esses dispositivos contam com equipes interdisciplinares que desenvolvem práticas diferenciadas, incluindo não só o tratamento clínico do usuário, mas uma compreensão da situação de crise que o envolve, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. Assim, propõem um cuidado integral da atenção e a humanização da assistência, levando em consideração fundamentalmente as características individuais de cada sujeito (BRASIL, 2016).

Na perspectiva desse estudo, tem-se como objetivo, levantar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários diagnosticados com depressão em um CAPS II em um município no interior do Pará.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, descritiva, de cunho retrospectivo e documental, realizado a partir de um coorte transversal, realizado no Centro de atenção Psicossocial II em um município no interior do Pará.

A população do estudo foi baseada nos registros de prontuários matriculados no CAPS II. Fizeram parte da amostra, os prontuários de usuários que possuíam o diagnóstico definido de Transtorno Depressivo, matriculados no período de 2016-2017. Após período de estágio voluntário no local da pesquisa bem como o acesso a prontuários pode-se verificar que 500 usuários possuíam diagnóstico de depressão, onde foi aplicada técnica amostral de Cochran W (1976) para o cálculo do tamanho da amostra, resultando como pressuposto, erro amostral de 5%, o tamanho amostral calculado de $n = 223$ prontuários.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2018 durante o período da manhã e tarde de segunda a sexta-feira. Coletou-se os dados referentes aos usuários com diagnósticos de depressão através da análise dos prontuários no Setor de Arquivo e Documentação do CAPS II; e para auxiliar a busca se utilizou um instrumento de coleta de dados validado em estudo realizado por Alves (2003) estruturalmente composto de duas partes: Parte A, que continham fatores do perfil sociodemográfico, como: gênero, idade, raça, procedência, estado civil, escolaridade, situação familiar. Assim como, era composto por Parte B, contendo variáveis relacionadas ao perfil clínico: Recursos utilizados anteriores ao diagnóstico de depressão, tipo de transtorno depressivo atual (CID), tempo de início dos sintomas, sinais e sintomas, episódios anteriores ao diagnóstico, motivos desencadeantes, histórico familiar de depressão e/ou outro transtorno mental, medicação utilizada, número de internações.

Para analisar os dados dos 223 prontuários matriculados no CAPS II com o diagnóstico de depressão, foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e porcentagem e sua tendência foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de porcentagem. Sendo que sua tendência foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado. A comparação dos sinais e sintomas conforme o sexo do paciente foi realizado pelo teste do Qui-Quadrado. Foi previamente fixado o nível de significância alfa = 0.05 (margem de erro alfa de 5%) para rejeição da hipótese de nulidade. O processamento estatístico foi realizado pelo software: Statistical Analysis Model (SAM) e BioEstat versão 5.3.

Como se tratou de um estudo que envolveu dados de seres humanos, este estudo foi respaldado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e após aprovação de número 80971317.7.0000.5170 emitida pelo Comitê de Ética e Pesquisa(CEP) do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) no dia 18 de dezembro de 2017 foi submetido à Coordenação do CAPS II do município do interior do Pará.

RESULTADOS

Em relação a situação familiar, 104 (46.6%) apontaram a convivência com companheiro sem filho, e 3 (1.3%) vivam com outras pessoas sem laços familiares. Em relação aos antecedentes familiares, 116 (52%) possuíam histórico familiar de depressão e 115 (51%) apresentavam história familiar de outros transtornos mentais. É importante ressaltar que 169 (75.8%) dos registros colhidos residem no município de Abaetetuba e apenas 54 (24.2%) residem no interior do município, como registado pela (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos usuários com depressão matriculados no CAPS II segundo variáveis sociodemográficas, em um município no interior do Pará.

VARIÁVEIS	N	%
GÊNERO		
Feminino	141	63.2
Masculino	82	36.8
FAIXA ETÁRIA		
41 a 59	69	30.9
31 a 40	59	26.5
21 a 30	56	25.1
60 ou mais	27	12.1
10 a 20	12	5.4
PROCEDÊNCIA		
Abaetetuba	169	75.8
Interior do Município	54	24.2
COR		
Pardo	131	58.7
Branco	59	26.5
Negro	32	14.3
Amarelo	1	0.4
ESTADO CIVIL		
Casado	94	42.2
Solteiro	72	32.3
União Estável	31	13.9
Viúvo	15	6.7
Divorciado	11	4.9
ESCOLARIDADE		
Médio Completo	78	35.0
Fundamental Incompleto	50	22.4
Fundamental Completo	34	15.2
Superior Completo	22	9.9
Analfabeto	20	9.0
Médio Incompleto	12	5.4
Superior Incompleto	7	3.1
RELIGIÃO		
Católico	100	44.8
Evangélico	85	38.1
Outras	38	17.1

Fonte: Matos WD, et al., 2017.

Do total de 223 prontuários, 141 (63.2%) eram do gênero feminino com 82 (36,8%) do gênero masculino. Ainda, 69 (30.9%) enquadravam-se na faixa etária entre 41 a 59 anos e 12 (5.4%) pertenciam na faixa de 12

a 20 anos; relacionado ao estado civil 94 (42.2%) apresentaram registro de casados, enquanto 11 (4.9%) estavam registrados como divorciados; 78 (35%) com ensino médio completo e 7 (3.1%) apresentaram ensino superior completo; 131 (58.7%) apresentaram a raça parda, enquanto 1 (0,4%) havia se autodeclarado como amarelo; a religião católica ganhou destaque entre os matriculados no serviço com 100 (44.8%) e em número menor 38 (17.1%) pertencentes a outras religiões.

Em relação ao perfil clínico se observa que a tristeza 96% (214), alteração do apetite 77.1% (172), choro 97.8% (218), ideia suicida 39.5% (88), pessimismo 38.6%(86) foram os sintomas mais incidentes, enquanto que o cansaço 21.1% (47), dificuldade de concentração 5.4% (12) se apresentaram em menor proporção. (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Sinais e sintomas apresentados em usuários com depressão matriculados no Caps II, em um município no interior do Pará.

Sinais/sintomas	N	%	Intervalo de Confiança IC95%
Choro			97.6% a 97.9%
Presente		218	97.8
Ausente		5	2.2
Tristeza			93.4% a 98.5%
Presente		214	96.0
Ausente		9	4.0
Alteração de Apetite			71.6% a 82.6%
Presente		172	77.1
Ausente		51	22.9
Ideação Suicida			33.0% a 45.9%
Presente		88	39.5
Ausente		135	60.5
Pessimismo			32.2 a 45.0%
Presente		86	38.6
Ausente		137	61.4
Insatisfação com a vida			25.3% a 37.5%
Presente		70	31.4
Ausente		153	68.6
Cansaço			15.7% a 26.4%
Presente		47	21.1
Ausente		176	78.9
Dificuldade de Concentração			2.4% a 8.3%
Presente		12	5.4
Ausente		211	94.6

Fonte: Matos WD, et al., 2017.

Quanto ao motivo desencadeante e verificou-se que 75 (32.6%) apresentaram o Óbito de familiares como fator principal para o início do processo depressivo, e o aborto e a solidão mostraram-se os de menor incidência entre os registros, com 1 (0.49%) (**Tabela 3**).

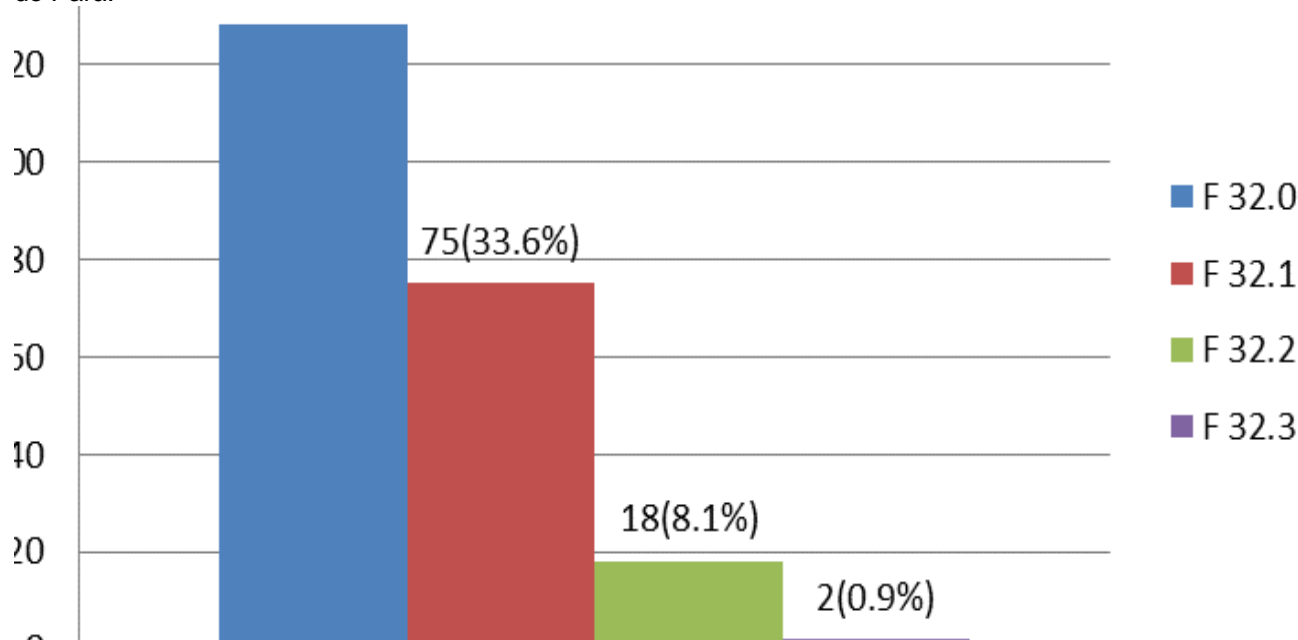
Tabela 3 - Fatores desencadeantes da depressão em usuários matriculados no CAPS II, em um município no interior do Pará.

FATORES DESENCADEANTE	Nº	%
Óbito	73	32,6
NSR	31	14,0
Violência	28	12,5
Decepção	16	7,17
Desemprego	15	6,72
Doença	15	6,72
Separação	14	6,27
Estresse	8	3,59
Espiritual	7	3,14
Acidente	7	3,14
Conflitos	5	2,24
Reprovação	2	0,90
Solidão	1	0,49
Aborto	1	0,49
TOTAL	223	100

Fonte: Matos WD, et al., 2017.

Em relação aos antecedentes familiares, 52% (116) possuíam histórico familiar de depressão e 51% (115) apresentavam história familiar de outros transtornos mentais. Assim como verificou-se que a classificação internacional mais incidente como diagnóstico depressivo foi de 128 (57,4%) enquadrados dentro da Classificação Internacional das doenças (CID) 10 F-32.0 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Diagnóstico dos usuários com depressão matriculados no CAPS II, em um município no interior do Pará.



Fonte: Matos WD, et al., 2017.

Entre os recursos terapêuticos mais utilizados antes do diagnóstico de depressão demonstrados pela tabela 4, destaca-se o uso de recursos alternativos 43,9% (98). Após o diagnóstico instaurado houve uma grande diferença quanto aos esquemas terapêuticos individuais, dos que foi indicado a monoterapia para 17(8,6%), com destaque para os ansiolíticos (Fluoxetina), enquanto que a politerapia (>1 e ≤ 5 medicamentos)

esteve direcionada a 204(91,4%) sendo a mais utilizada como auxiliar no tratamento da depressão: ansiolítico + antidepressivo 48%(107). Com relação ao número de internações, foi observado que 97(43.5%) não tinham passado por internação e 1(0.4%) havia sido internado 7 vezes, decorrente de constantes surtos observados durante o tratamento. O tempo (em meses) do aparecimento dos sintomas, mostrou-se bastante variante com 48(21.7%) dos usuários identificando o início dos sintomas a 12 meses antes de recorrer ao serviço de atenção psicossocial e 1(0.45%) apresentava o quadro sintomático a 192 meses antes do acolhimento no serviço (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Recursos utilizados antes e depois do diagnóstico nos usuários com depressão matriculados no CAPS II, em um município no interior do Pará.

Recursos usados	n	%	p-valor
Uso Antes do diagnóstico de Depressão			<0.0001*
Outro recurso	98	43.9	
Ansiolíticos	74	33.2	
NR	30	13.5	
Ansiolíticos+Outro recurso	16	7.2	
Antidepressivos	3	1.3	
Estabilizador de Humor	1	0.4	
Ansiolíticos+Antidepressivos	1	0.4	
Usado após o diagnóstico de Depressão			<0.0001*
Ansiolíticos+Antidepressivos	107	48.0	
Ansiolíticos+Antidepressivos+Antipsicóticos	54	24.2	
Ansiolíticos+Antidepressivos+Antipsicóticos+Estabilizador de Humor	17	7.6	
Antidepressivos+Antipsicóticos	12	5.4	
Ansiolíticos	9	4.0	
Antidepressivos	8	3.6	
Ansiolíticos+Antidepressivos+Estabilizador de Humor	7	3.1	
Ansiolíticos+Antipsicóticos	2	0.9	
Ansiolíticos+Estabilizador de Humor	2	0.9	
Antidepressivos+Antipsicóticos+Estabilizador de Humor	2	0.9	
Ansiolíticos+Antipsicóticos+Estabilizador de Humor	1	0.4	
Outro recurso	1	0.4	

Fonte: Matos WD, et al., 2017.

DISCUSSÃO

Através de estudos mundiais realizados, bem como relatado inicialmente, sabe-se que os transtornos mentais atingem cerca de 350 milhões de pessoas, sendo o mais incidente o transtorno depressivo com 40,5% da porcentagem geral (BARROS MB, 2017). Através dos dados obtidos neste estudo, verificou-se que o gênero feminino ganhou destaque na prevalência do diagnóstico, dados esses semelhantes ao estudo realizado por Signor AMT (2017) no CAPS II da cidade de Ijuí, onde verificou que dos 266 usuários cadastrados com diagnóstico de Depressão, 170 eram do gênero feminino. Diferença essa motivada por alguns fatores contribuintes, como a dupla jornada de trabalho devendo conciliar a vida do lar com a do trabalho gerando grau de estresse, maior vulnerabilidade a violência sexual, importantes episódios de alterações hormonais ao longo da vida, estresse crônico, pouca satisfação relacionada ao desempenho de papéis, a forma diferenciada dos gêneros em resolver problemas, fatores socioculturais e biológicos que contribuem para esse índice (MOLINA MCL, et al., 2017)

Já um estudo realizado entre 2014 a 2015 em um CAPS II, demonstrou que idade predominante dos usuários matriculados com diagnóstico de depressão, foi a de 42 e 43 anos, idade essa que se enquadra na faixa etária levantada neste estudo. Assim como os levantamentos da Pesquisa Nacional de saúde (PNS) em que aponta o aumento da prevalência da depressão com o aumento da idade, e que tal prevalência persiste

no mesmo nível após os 60 anos. Partindo para o ponto de análise que nessa fase do ciclo vital muitas pessoas estão acometidas por outras comorbidades que dificultam ou impedem de manter suas atividades domésticas, sociais e até mesmo de manter-se no mercado de trabalho, causando preocupações, insônia e outros transtornos, fazendo com que sejam encaminhadas ao CAPS (SIGNOR AMT, 2017)

Estudos relacionados a procedência dos usuários com diagnóstico de depressão, usualmente mostram que a área urbana vem ser a principal fonte de incidência, como mostra o estudo de Stopa SR, et al. (2013) ao investigar a prevalência do diagnóstico de depressão na população brasileira. Dados esses que se assemelham ao nosso estudo, confirmando a procedência urbana com o maior número de casos, sugerindo assim, uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde, com isso, uma diferença no número de casos por área (STOPA, et al., 2013).

Quanto a raça como determinante no processo de transtorno depressivo, Smolem JR (2016) mostra em que a mesma pode levar ao estresse através de dois caminhos: um ligado ao estresse, papel, status e estrutura social e o estresse causado pelo fato de que a raça é um determinante de posição socioeconômica. Através de uma revisão sistemática da literatura, o autor supracitado mostra que a prevalência por raça/cor na população em geral com depressão a prevalência foi maior nos grupos de não brancos em comparação com as pessoas brancas, assemelhando-se aos resultados encontrados neste estudo.

Por outro lado Goto JB, et al. (2013) encontrou em seu estudo uma maior prevalência entre as pessoas brancas comparada as pessoas pardas. Com isso, observamos que há necessidade de mais estudos aprofundados para obtenção de evidências mais firmes a respeito desta variante, além disso, existem poucas pesquisas no Brasil que examinou desigualdades em saúde mental e cor da pele, principalmente porque os pesquisadores não incluem questões sobre raça/cor nos instrumentos de pesquisa (SMOLEN JR e ARAUJO EM, 2016)

Um estudo realizado em 2013 com usuários depressivos do Núcleo de saúde mental, onde avaliou o impacto dos sintomas depressivos na qualidade de vida, constatou que 73% dos usuários tinha ensino fundamental o que discorda com dados obtidos em nosso estudo, o que mostra que grandes percentuais dos pacientes apresentam ensino médio completo (REIS LN, et al., 2013).

Com relação a religião, estudos semelhantes demonstraram o catolicismo como predominante dentre as religiões entre os indivíduos com diagnóstico depressivo, como no estudo de Lopes AP (2018), onde 55% dos usuários diziam ser atuante no catolicismo. Gomes AMA (2013) afirma que: apesar desta variável ser pouco incluída em estudos epidemiológicos de sintomas e transtorno depressivo, evidencia-se que o nível de envolvimento religioso tende a estar inversamente relacionado a depressão, pensamentos e comportamentos suicidas.

Observando as variáveis do perfil clínico CAPS identificamos que os dados referentes a sintomatologia são semelhantes aos encontrados no estudo de Castro ALMF e Colet CF (2013), que predominou o humor deprimido, choro e angústia em 22% de seu público.

Nico Y, et al. (2016) afirma que dentre a gama de sintomas associados a depressão, a tristeza, choro, alteração do apetite mostram-se mais incidente na população, como consequência de das condições biológicas e psicossociais que levam ao diagnóstico. Além disso, é de fundamental importância a obtenção de um bom histórico de vida do usuário, visto que outras doenças ou transtornos (alteração na tireoide, disfunção adrenal, mononucleoses) podem produzir sintomas depressivos que tendem a levar ao erro no diagnóstico (CASTRO ALMF e COLET CF, 2013).

Um estudo realizado por Castro ALMF e Colet CF (2013) identificou que dentre os motivos desencadeantes para o início dos sintomas depressivos nos usuários do serviço psicossocial o qual se destacou foi “a dificuldade de aceitar a morte de ente querido”, o que se assemelhou com levantado em nossa abordagem.

Cavalcante AK, et al. (2013) afirma que o processo do luto patológico evidenciado pela não superação do ente ou objeto perdido, desencadeia alterações neurais que interferem diretamente na autoestima. Levando assim ao quadro depressivo, com evidente comprometimento das atividades da vida diária.

Um estudo realizado por Peixoto FMS, et al. (2017) mostrou que 36,6% dos usuários, com diagnóstico de depressão que se enquadraram em seu estudo, já haviam apresentado episódios depressivos anteriores ao diagnóstico, e que 44,1% dos registros não havia indicativo sobre a informação. O que reforça a ideia de Ferreira RC, et al. (2014) ao afirmar que antes da patologia ser diagnóstica, gera episódios em algum momento da vida, variando também de forma e intensidade.

Zanatta PF (2015) traz em seu estudo que, 47% (16) dos usuários regulares do CAPS passaram por no máximo quatro internações no período de agosto a outubro de 2014, o que vai de encontro aos nossos achados, onde verificamos que no período de 2015 a 2017 houve um total de 75 (33.6%) usuários que passaram por no máximo 7 internações, totalizando 22 internações motivadas por surtos psicóticos e crises depressivas, sendo 14 em 2016 e 8 em 2017.

O que reforça a ideia de Alves AMO (2017) sobre a importância da atuação dos profissionais dentro do CAPS na diminuição do número de internações psiquiátricas, sendo essa luta antimanicomial que precisa estar em constante debate na comunidade e com profissionais de diversas áreas, pois é um processo complexo de reabilitação e tratamento psicossocial (PINHEIRO SRP, et al., 2017)

Um estudo realizado por Badke MR (2017) com a população do município de Santa Maria-RS, tendo apoio da Estratégia Saúde da Família (ESF) da localidade, identificaram 13 das 16 pessoas entrevistadas recorrem a técnicas naturais por intermédio de benzedeiros e curandeiros para solucionar seus padecimentos. Dados esses que se assemelham ao encontrados em nosso estudo, quando levantou que 98- 43.9% recorreram a meios alternativos antes de descobrir o diagnóstico de depressão, como: Chá de camomila, banhos “sagrados”, sessões de umbanda. Revelando assim o conteúdo místico ainda presente relacionado ao transtorno mental (ZANATA PF, 2015).

Ao analisar estudo de Braga DC, et al.(2016) verificou-se a semelhança com nossos achados, relacionado a monoterapia 47,16% das prescrições consistiam de antidepressivos com destaque para fluoxetina (35%), possivelmente por seus menores índices de abandono e por apresentar efeitos colaterais menos nocivos (BARBOSA PS e SILVA DA, 2013).

Já para as associações medicamentosas, ganhou destaque a de antidepressivo (fluoxetina) e benzodiazepínico (diazepam) com 36, 19% da amostra (261). É válido destacar que neste estudo verificou-se que o predomínio da associação de antidepressivos com benzodiazepínicos se dava de caráter contínuo ao longo do período de seleção para a coleta dos dados, desta forma é possível inferir que se trata de uma população com alta probabilidade de dependência provocada por esses fármacos.

Ao abordar sobre a incidência diagnóstica, Soares AC, et al. (2015) levantou em seu estudo que 40% dos usuários do CAPS possuíam diagnóstico CID 10 F 32.3- Transtorno depressivo grave, o que se mostrou contrário aos dados achados neste estudo onde o transtorno depressivo leve predominou podendo assim inferir a falha na nos programas de atenção psicossocial na atenção primária que estão responsáveis pelo acompanhamento dos quadros leves, sendo destinado ao CAPS II o acompanhamento de casos severos e persistentes.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou compreender e conhecer as peculiaridades de cada usuário, com diagnóstico de depressão que fazem acompanhamento no CAPS II no município de Abaetetuba, através do levantamento nos registros desses usuários matriculados do período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, os quais permitiram o pesquisador ter acesso ao o perfil sociodemográfico e clínico. Dessa forma é fundamental uma atenção dos gestores a este transtorno, considerado um problema de saúde pública. Estudos que tracem o perfil sociodemográfico e clínico de usuários com transtornos depressivos são de grande relevância, para o fortalecimento das ações e serviços voltados para estes usuários, para que os profissionais de saúde tenham mais conhecimento sobre quais os fatores que de fato levam os indivíduos a um quadro depressivo e quais são as características mais relevantes dos mesmos. Uma vez que conhecer os pacientes é uma das prerrogativas básicas necessárias para uma assistência integral e adequada.

REFERÊNCIAS

1. ALVES AMO. Perfil sociodemográfico e clínico do portador de doença mental crônica egresso do hospital- dia de psiquiatria da Santa Casa de Campo grande. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco. Mato Grosso do Sul, 2003.
2. BADKE MR. Significado do uso de plantas em práticas de auto atenção em situações de padecimento. 2017. 158f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017
3. BARBOSA PS, SILVA DA. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de Porciúncula-RJ. *Acta Biomédica Brasiliense*, Itaperuna, 2013; 3(1).
4. BARROS MB. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros- PNS 2013. Brasília: Rev. de saúde pública, 2017; 51(1): 1-10
5. BRAGA DC, et al. Uso de psicotrópicos em um município do meio oeste de Santa Catarina. *J health sci inst*, Joaçaba, Santa Catarina, 2016; 34(2): 108-114.
6. BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
7. CANTÃO L et al. Perfil sócio demográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. *Minas Gerais: Rev. Rene*, 2015; 16(3): 355-362.
8. CASTRO ALFM, COLET CF. Perfil socioeconômico e característica da depressão de usuários do centro de atenção psicossocial (CAPS) de Panambi/RJ. *Unijuí, Rio Grande do Sul*. 2013; 10(20): 401-408.
9. CAVALCANTE AK, et al. O conceito psicanalítico do luto: perspectiva a partir de Freud e Klen. Copyright, São Paulo, 2013; 17(7).
10. FERREIRA RC, et al. Depressão: Do transtorno ao sintoma, 2014. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos>. Acesso em: 15 abri. 2018.
11. GOMES AMA. Um olhar sobre a depressão e a religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos da religião*, São Paulo, 2013; 25(40): 81-109.
12. GOTO JB, et al. Revisão sistemática do estudo epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública*. 2013
13. LOPES AP, JUNIOR AJA. Perfil sociodemográfico e sintomas de ansiedade e depressão de esposas de alcoolista. *Interfaces Científicas- Saúde e ambiente*, Aracaju, 2018. 6(2): 65-72.
14. MOLINA MCL et al. Depressive Symptoms and Relationship Between Genders: Differences in Young Adults in a Randomized Clinical Trial. *Ribeirão Preto: Paidéia*, 2017; 27 (67):3-9.
15. NICO Y, et al. A depressão como fenômeno cultural na sociedade pós-moderna: um ensaio analítico comportamental dos nossos tempos. São Paulo: Copyright, 2016.
16. OLIVEIRA, WF. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis: Brazilian Journal, 2016; 8(18).
17. PEIXOTO FMS, et al. Perfil epidemiológico de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. *Exu-Pe: J health Sci*, 2017; 19(2): 114-119.
18. PINHEIRO SRP, et al. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Joaçaba. *Pesquisa em Psicologia*, Santa Catarina. 2017.
19. RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento de depressão no brasil?. Brasília: Serv. Saúde, 2016; 25(4) :845-848.
20. REIS LN, et al. Probabilidade de Internação Psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf*, São Paulo, 2013; 15(4):862-869.
21. SIGNOR AMT, PIOVESAN SMS. Perfil dos usuários do CAPS II do município de Ijuí/RJ, Rio de janeiro. *Reben*, 2017.
22. SOARES AC, et al. Análise clínica epidemiológica de pacientes portadores de transtorno mental na Amazônia Brasileira. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, Santarém, 2015; 19(2): 97-107.
23. SMOLEN JR, ARAUJO EM. Raça/ cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde*, Bahia, 2016; 22(12): 4021- 4030.
24. STOPA SR. Prevalência de autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Brasília, 2013; 170-180.
25. ZANATTA PF, SILVA NC. Análise de um serviço de atendimento psicossocial através das reinternações hospitalares. *Rev. Psicologia em Foco*, Rio Grande do Sul, 2015; 7(10):19-34.