5 ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR MULHERES DEPRESSIVAS ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

| Cleide Alfing¹; Eniva Stumm²; Liamara Ubessi³; Carine Callegaro⁴; Mara Houssaini⁵; |

RESUMO

Introdução: A depressão compreende alterações cognitivas, de humor, psicomotoras e vegetativas.

Objetivo: Analisar atividades desenvolvidas por mulheres com diagnóstico de depressão, assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com base nos planos terapêuticos instituídos pela equipe multiprofissional.

Metodologia: quantitativa, documental. Projeto aprovado por Comitê de Ética, Parecer 033/2012. Coletado dados de 196 mulheres: idade, estado civil, tempo de tratamento, internação hospitalar, primeiros sintomas, atividades, plano terapêutico. Análise dos dados com estatística descritiva.

Resultados: 51,6%, 40-60 anos, casadas, 48,3% em tratamento de 1- 5 anos, 67,3% nunca internaram, primeiros sintomas 30-50 anos de idade. Mulheres participam de atividades com psicólogo, assistente social, enfermeiro, artesanato e música; 81,7% duas a três atividades, nas modalidades semi e não intensivo.

Conclusão: estudos do perfil sociodemográfico de pacientes com depressão são importantes para qualificar a assistência e como subsídios na construção de políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: **Depressão; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Equipe de Cuidados de Saúde**

RESUMEN

Introducción: La depresión entiende los cambios cognitivos, del humor, psicomotores y vegetativos.

Objetivo: Analizar las actividades realizadas por las mujeres con un diagnóstico de depresión, asistidas en un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) en la Región Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, sobre la base en los planos terapéuticos instituidos por el equipo multidisciplinario.

Metodología: Cuantitativa, documental. Proyecto aprobado por el Comité de Ética, parecer 033/2012. Recolecieron datos de 196 mujeres: edad, estado civil, el tiempo de tratamiento, hospitalización, los primeros síntomas, actividades, plan terapéutico.

Análisis de los datos con estadística descriptiva.

Resultados: 51,6%, 40-60 años, casados, 48,3% en tratamiento de 1 a 5 años, 67,3% nunca internaron, primeros síntomas 30-50 años de edad. Las mujeres participan en actividades con un psicólogo, asistente social, enfermera, artesanías y música; 81,7% dos a tres actividades en los modos semi y no intensivo.

Conclusión: Los estudios del perfil sociodemográfico de los pacientes con depresión son importantes para calificar la asistencia y como subsidios en la construcción de políticas públicas.

DESCRIPTORES: **Depresión; Salud mental; Salud de la Mujer; Equipo de Atención Médica**

ABSTRACT

Introduction: depression includes changes to cognitive, mood, psychomotor and vegetative.

Objective: to analyze activities performed by women diagnosed with depression, attended in a Psychosocial Care Center-CAPS in the Northwest region of Rio Grande do Sul, on the basis of treatment plans established by the multidisciplinary team.

Methods: quantitative and documentary. Project approved by the Ethics Committee, Opinion 033/2012. Collected data from 196 women: age, marital status, duration of treatment, hospitalization, early symptoms, activities, and therapeutic plan. Data analysis was done recurring to descriptive statistics.

Results: 51.6%, 40-60 years, married, 48.3% in treatment 1-5 years, 67.3% never admitted, first symptoms 30-50 years of age. Women participate in activities with a psychologist, social worker, nurse, crafts and music; 81.7% two to three activities, modalities in semi-intensive and not intensive.

Conclusion: studies of the demographic profile of patients with depression are important to qualify the care and, like subsidies to the construction of public policies.

KEYWORDS: **Depression; Mental Health; Women; Patient Care Team**

1 Educadora Física; Enfermeira; Especialista em Saúde Mental pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Trabalhadora de Saúde no Hospital de Caridade de Ijuí, 98700-000, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil, cleidestela@ibest.com.br

2 Enfermeira; Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo; Docente na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Departamento de Ciências da Vida, Rua do Comércio, Brasil, eniva@unijui.edu.br

3 Psicóloga; Enfermeira; Mestre em Educação nas Ciências pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas; Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 96015-730, Pelotas, Rio Grande do Sul, liamaradenise@hotmail.com

4 Fisioterapeuta; Doutora em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Docente na Universidade de Cruz Alta - Departamento de Ciências da Saúde, 98700-000, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil, ccallegaro84@gmail.com

5 Licenciada em Ciências Biológicas; Doutora em Ciências Naturais pela Ruhr Universität Bochum; Docente na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Departamento de Ciências da Vida, 98700-000, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil, tissot@unijui.edu.br

Submetido em 01-08-2012 - Aceite em 10-10-2013

Citação: Alfing, C., Stumm, E., Ubessi, L., Callegaro, C., & Houssaini, M. (2013). Análise das atividades desenvolvidas por mulheres depressivas assistidas em um serviço de saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (10), 29-36.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença de elevada incidência e prevalência no mundo, responsável por mais de oito mil suicídios por ano. É o distúrbio psiquiátrico mais comum na prática clínica, que pode afetar 25% dos adultos. Para diagnóstico da depressão devem-se considerar no mínimo cinco ou mais sintomas, tais como: fadiga, alteração de humor, desânimo, insônia e alteração do apetite, por duas ou mais semanas (Mariutti e Furegato, 2010).

Esta doença compromete o cotidiano das pessoas, o relacionamento social, familiar, no trabalho ou na comunidade. Em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo. Dados epidemiológicos destacam que a depressão, em 2020, só ficará atrás das doenças cardíacas e isquêmicas, além de ter custos elevados tanto para as famílias quanto para a sociedade (Furegato, Santos e Silva, 2010).

A depressão pode estar associada a um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome e uma ou mais doenças (Beretta, Zaneti, Fabbro, Ruggiero e Dupas, 2008). Ela pode estar relacionada a reações normais diante de determinado sofrimento e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, são incluídas alterações cognitivas, de humor, psicomotoras e vegetativas.

Atualmente esta doença mental é assistida por profissionais da saúde, tanto em serviços de saúde mental, como hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e outros (Cáceres, 2010). O CAPS busca resgatar a história do indivíduo com depressão, visando reconstruir a cidadania e o direito à vida. Dentre as atividades desenvolvidas, destacam-se as de socialização, convivência, passeios, interação, autocuidado, dentre outras. Conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a Portaria Ministerial 336/02 define os CAPS como serviços comunitários ambulatoriais, com a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2002). O atendimento nesses serviços ocorre de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. O atendimento intensivo é diário, oferecido à pessoa em sofrimento psíquico ou em situação de crise. No atendimento semi-intensivo o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. A referida modalidade é oferecida quando há sofrimento e desestruturação psíquica. Já, a modalidade não intensiva é oferecida quando a pessoa não requer acompanhamento contínuo da equipe e pode ser atendido até três dias no mês (Ministério da Saúde, 2002).

O Ministério da Saúde estabelece a dinâmica de funcionamento dos CAPS, modalidades de serviço e profissionais necessários em consonância ao processo de reforma psiquiátrica no país (Ministério da Saúde, 2002). Quanto aos integrantes da equipe técnica, o CAPS I deve ter no mínimo um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicóloga, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional, e/ou outros). Além destes, alguns profissionais de nível médio: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, artesão.

O enfermeiro na equipe de saúde mental atua na condução do processo de atendimento aos usuários. Tem-se exigido a ampliação de conhecimentos para atuação na atenção em saúde mental. Diferentes pesquisas apresentam novas possibilidades de atuação do enfermeiro nos serviços substitutivos de saúde mental (Vargas, Oliveira e Duarte, 2011). A prática do enfermeiro em CAPS assume um novo olhar a partir de comunicações intersubjetivas. O diálogo, as mudanças devem fazer parte do modo de trabalhar. Vai se construindo o espaço de atuação do enfermeiro nas novas modalidades de atenção em saúde mental, através dos projetos terapêuticos e de sua participação nas discussões de equipe (Filho, Moraes e Peres, 2009). As diferentes modalidades de atendimento aos usuários em um CAPS são destinadas a dar suporte à pessoa em crise, desde tratamento clínico, compreensão da situação e cuidado integral. Estes visam assegurar a reinserção do indivíduo no contexto pessoal, social e familiar. O novo modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários e famílias na construção do projeto terapêutico. Considera-se que a terapêutica não se restringe somente a fármacos. Existem outros recursos terapêuticos, tais como valorização da escuta, da palavra, poder da educação em saúde e apoio psicossocial (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores et al., 2011). O projeto terapêutico é interdisciplinar, construído por diversos profissionais responsáveis pela avaliação das condições do usuário. Sua construção é de responsabilidade singular, com geração de vínculo entre equipe de saúde, usuário e família. Cada profissional de referência acompanha a mulher no tratamento, por meio de intervenções e de reavaliações. A essência do projeto é a dimensão singular que determina a ação de saúde para alcançar os objetivos: cuidar, melhorar a qualidade de vida das usuárias, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores et al., 2011).

O projeto terapêutico é interdisciplinar, construído por diversos profissionais responsáveis pela avaliação das condições do usuário. Sua construção é de responsabilidade singular, com geração de vínculo entre equipe de saúde, usuário e família. Cada profissional de referência acompanha a mulher no tratamento, por meio de intervenções e de reavaliações. A essência do projeto é a dimensão singular que determina a ação de saúde para alcançar os objetivos: cuidar, melhorar a qualidade de vida das usuárias, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores et al., 2011). O projeto singular envolve um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, tanto para um sujeito individual ou coletivo. A construção surge coletivamente pela equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (Ministério da Saúde, 2009).

O Plano Terapêutico Singular - PTS contempla quatro momentos significativos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e avaliação. O diagnóstico compreende avaliação orgânica, psicológica e social, de maneira que possibilite a conclusão a respeito dos riscos e vulnerabilidades da usuária, além de conhecê-la, seus desejos, trabalho, cultura, família e rede social. É realizado pelo profissional que faz a acolhida no CAPS I, discutido na equipe e após, debatido e pactuado com a usuária e família. No que tange a definição de metas, após os diagnósticos a equipe de saúde faz propostas a curto, médio e longo prazo. Quanto à divisão de responsabilidades, cada um deve ter definidas suas tarefas e a reavaliação é o momento significativo no qual se discute a evolução da usuária com a família e com ela, no decorrer do tratamento proposto (Ministério da Saúde, 2008). Com base nessas considerações, busca-se com a presente pesquisa analisar as atividades desenvolvidas por mulheres com diagnóstico de depressão, assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-RS, com base nos planos terapêuticos instituídos pela equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo transversal e integra resultados de um Trabalho de Conclusão do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), intitulado 'Análise do Perfil e Planos Terapêuticos de Mulheres Depressivas Assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial'.

O mesmo foi desenvolvido no CAPS I do município de Ijuí, região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, considerado um serviço de referência em Saúde Mental no município. As usuárias chegam ao serviço mediante encaminhamento de profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, situada no território em que elas vivem. Imediatamente, elas são avaliadas pela equipe multiprofissional e posteriormente constituído em conjunto com cada uma delas, o plano de cuidados terapêuticos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, sob parecer Consubstanciado nº 033/2012.

Para a construção dessa pesquisa foram observados todos os preceitos éticos que regem uma pesquisa com seres humanos, mesmo que de forma indireta (Ministério da Saúde, 1996). Integrou a mesma todas as mulheres (196) com diagnóstico médico de depressão, assistidas no referido CAPS I. Os dados foram obtidos mediante acesso direto aos prontuários das respectivas usuárias em tratamento, no período de fevereiro a março de 2012.

As variáveis utilizadas na pesquisa foram: idade, estado civil, tempo de tratamento, número de internações, idade dos primeiros sintomas, atividades realizadas pelas mulheres e número de atividades que integram o plano terapêutico, construído pela equipe, usuário(a) e família. As mesmas foram analisadas mediante estatística descritiva, com o auxílio do Software Estatístico SPSS 13.0 e os resultados são apresentados em tabelas cruzadas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 196 mulheres com diagnóstico médico de depressão e assistidas no CAPS I. Na Tabela 1 é explicitada a caracterização das mesmas conforme o plano terapêutico adotado pela equipe multiprofissional e usuárias. Nesta observa-se que mais da metade está na faixa etária entre 40 a 60 anos incompletos e destas, 27% encontram-se na modalidade de atendimento semi-intensivo.

TABELA 1 - Caracterização das mulheres depressivas, conforme as modalidades de atendimento no plano terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial. Ijuí/RS. Fevereiro a Março/2012

		Modalidade de atendimento			Total n(%)
		Intensivo n(%)	Semi-intensivo n(%)	Não intensivo n(%)	
Idade	Menos de 30	4(2,0)	12(6,1)	14(7,1)	30(15,3)
	30 --- 40 anos	4(2,0)	19(9,7)	13(6,6)	36(18,4)
	40 --- 50 anos	4(2,0)	29(14,8)	23(11,7)	56(28,6)
	50 --- 60 anos	7(3,6)	24(12,2)	14(7,1)	45(23,0)
	60 anos ou mais	5(2,6)	10(5,1)	14(7,1)	29(14,8)
Estado civil*	Casado	6(3,3)	57(31,7)	35(19,4)	98(54,4)
	Divorciado/Separado	8(4,4)	13(7,2)	7(3,9)	28(15,6)
	Solteiro	2(1,1)	9(5,0)	14(7,8)	25(13,9)
	União Estável	2(1,1)	8(4,4)	12(6,7)	22(12,2)
	Viúvo	-	3(1,7)	4(2,2)	7(3,9)
Tempo de tratamento**	Menos de 1 ano	2(1,7)	8(6,7)	3(2,5)	13(10,8)
	1 a 5 anos	9(7,5)	26(21,7)	23(19,2)	58(48,3)
	5 a 10 anos	1(0,8)	12(10,0)	10(8,3)	23(19,2)
	10 a 15 anos	1(0,8)	8(6,7)	9(7,5)	18(15,0)
	Mais de 15 anos	-	4(3,3)	2(1,7)	6(5,0)
	Vários anos	-	2(1,7)	-	2(1,7)
Número de internações	Não internou	17(8,7)	63(32,1)	52(26,5)	132(67,3)
	Uma vez	4(2,0)	23(11,7)	11(5,6)	38(19,4)
	Duas vezes	-	3(1,5)	9(4,6)	12(6,1)
	Três vezes	-	3(1,5)	3(1,5)	6(3,1)
	Mais de seis vezes	3(1,5)	2(1,0)	3(1,5)	8(4,1)
Idade dos primeiros sintomas***	Menos de 30	1(0,8)	11(9,3)	11(9,3)	23(19,5)
	30 --- 40 anos	3(2,5)	21(17,8)	11(9,3)	35(29,7)
	40 --- 50 anos	6(5,1)	15(12,7)	13(11,0)	34(28,8)
	50 --- 60 anos	1(0,8)	11(9,3)	6(5,1)	18(15,3)
	60 anos ou mais	1(0,8)	3(2,5)	4(4,4)	8(6,8)

*16 não informados **76 não informados; ***78 não informados

Em relação ao estado civil das mulheres participantes da pesquisa, o maior percentual é de casadas e na modalidade de atendimento semi-intensivo.

Quanto a variável “tempo de tratamento”, constata-se que praticamente a metade delas está em tratamento de depressão de 1 a 5 anos e inseridas nas modalidades semi-intensivo e não intensivo, em percentuais aproximados. Evidencia-se, também, que 34,2% das mulheres estão em tratamento entre 5 a 15 anos, nas modalidades semi-intensivo e não intensivo. Importante ressaltar o número elevado (76) de registros incompletos, ou seja, nos prontuários das mulheres não continha essa informação.

Em relação a variável “número de internações hospitalares”, constata-se que um percentual de 67,3% nunca internou, e destas, o maior percentual é das que se encontram na modalidade de atendimento semi-intensivo seguido pelo não intensivo.

Observa-se que os primeiros sintomas de depressão nas mulheres pesquisadas foram relatados entre 30 a 50 anos de idade e, ao associar com as modalidades de atendimento constata-se que nas mulheres de 30 a 40 anos incompletos, o atendimento de maior percentual foi o semi-intensivo. Já, nas da faixa etária entre 40 a 50 anos incompletos, os percentuais foram aproximados no atendimento semi-intensivo e não intensivo. Destaca-se que essa variável, igualmente em relação à descrita anteriormente, apresenta um número elevado de não informados, ou seja, em 78 prontuários das mulheres pesquisadas, não continha essa informação. Sequencialmente, na Tabela 2, são descritas as atividades desenvolvidas pelas mulheres pesquisadas, conforme a modalidade de atendimento instituído no plano terapêutico.

TABELA 2 - Atividades do plano terapêutico realizadas pelas mulheres depressivas, conforme a modalidade de atendimento. Centro de Atenção Psicossocial. Ijuí/RS. Fevereiro a Março/2012

Atividades	Modalidade de atendimento (n=196)			Total n(%)
	Intensivo n(%)	Semi-intensivo n(%)	Não intensivo n(%)	
Artesanato	12(6,1)	44(22,4)	14(7,1)	70(35,7)
Música	12(6,1)	40(20,4)	6(3,1)	58(29,6)
Coral	4(2,0)	9(4,6)	2(1,0)	15(7,7)
Artesanato	3(1,5)	8(4,1)	2(1,0)	13(6,6)
Tricô	2(1,0)	3(1,5)	4(2,0)	9(4,6)
Dança sênior	-	3(1,5)	-	3(1,5)
Grupo terapêutico	-	2(1,0)	-	2(1,0)
Relaxamento	1(0,5)	-	-	1(0,5)
Marcenaria	1(0,5)	-	-	1(0,5)

TABELA 3 - Atividades do plano terapêutico realizadas pelas mulheres depressivas, conforme a modalidade de atendimento profissional. Centro de Atenção Psicossocial. Ijuí/RS. Fevereiro a Março/2012

Atividades	Modalidade de atendimento (n=196)			Total n(%)
	Intensivo n(%)	Semi-intensivo n(%)	Não intensivo n(%)	
Psicólogo	13(6,6)	51(26,0)	48(24,5)	112(57,1)
Assistente social	16(8,2)	32(16,3)	33(16,8)	81(41,3)
Enfermeira	7(3,6)	33(16,8)	2(1,0)	42(21,4)
Fisioterapia	2(1,0)	11(5,6)	4(2,0)	17(8,7)
Nutricionista	4(2,0)	10(5,1)	2(1,0)	16(8,2)
Atividade física	1(0,5)	2(1,0)	-	3(1,5)

Na Tabela 1, evidencia-se que as mulheres preferem artesanato, seguido de música. Na 2, constata-se que mais da metade das mulheres participam de atividades com o psicólogo e estão inseridas nas modalidades semi-intensivo e não intensivo, em percentuais aproximados. Isso ocorre igualmente, com as que participam de atividades com a assistente social, em um percentual de 41,3%. Evidencia-se também que nas atividades que o enfermeiro participa, a modalidade de atendimento em destaque é semi-intensivo, semelhante ao que ocorre com atividades que envolvem artesanato e música.

Finalizando a apresentação dos resultados obtidos com essa pesquisa, na Tabela 4 é explicitada a quantidade de atividades desenvolvidas pelas mulheres participantes dessa pesquisa conforme modalidades de atendimento instituídas pelo plano terapêutico.

TABELA 4 - Número de atividades realizadas pelas mulheres depressivas, conforme e modalidade de atendimento no plano terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial. Ijuí/RS. Fevereiro a Março/2012

Número de Atividades	Modalidade de atendimento (n=196)			Total n(%)
	Intensivo n(%)	Semi-intensivo n(%)	Não intensivo n(%)	
Uma	-	3(1,5)	1(0,5)	4(2,0)
Duas	5(2,6)	37(18,9)	21(10,7)	63(32,1)
Três	10(5,1)	46(23,5)	56(28,6)	112(57,1)
Quatro	7(3,6)	8(4,1)	-	15(7,7)
Cinco	2(1,0)	-	-	2(1,0)
Total	24(12,2)	94(48,0)	78(39,8)	196(100)

Evidencia-se que praticamente a metade delas participa do plano terapêutico com modalidade de atendimento semi-intensivo, e desenvolvem de duas a três atividades. Constata-se também que somente 12% integram o atendimento intensivo e o número de atividades varia de duas a cinco. Na não intensiva, o número de atividades com maior frequência são as de duas e três.

DISCUSSÃO

Quanto à idade das mulheres pesquisadas, o percentual maior é das com 40 a 60 anos incompletos. Nesse sentido, Lorenzini, Catan, Moreira e Ártico (2009), destaca que no Brasil, com o envelhecimento populacional, há predomínio de mulheres e as com mais de 40 anos correspondem a 32% da população.

No que tange a depressão, os autores pontuam que as mulheres depressivas estão na faixa etária de 40-60 anos. Esse resultado vem ao encontro ao desta pesquisa ora analisada.

Estudo realizado em San Diego nos Estados Unidos em Clínica de Saúde Mental da Mulher, mostrou que o diagnóstico mais prevalente foi de transtorno depressivo maior, seguido do distímico e bipolar (Correa e Parry, 2012).

Tuono, Jorge, Gotlieb e Laurenti (2007), se reportam a estudos que mostram um percentual de 38% referente a mulheres com algum tipo de perturbação depressiva, e os níveis de depressão mais elevados estão nas com idade entre 45 a 54 anos. Segundo os autores, o transtorno psiquiátrico na comunidade, estudada como comorbidade, é frequente na população feminina e aumenta com a idade. Outro elemento relacionado à idade e a depressão é o climatério, o qual representa a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo (Polisseni, Araújo, Polisseni, Junior, Polisseni et al., 2009).

A análise da variável estado civil mostra um percentual maior de 60% de mulheres com depressão, casadas. Com o passar dos tempos e através de lutas por direitos iguais, a mulher conquista seu espaço na sociedade e assume diferentes papéis: mãe, esposa, filha, trabalhadora, dentre outros. Ela, além de assumir o lar, cuida dos filhos, marido e demais familiares. Nesse sentido, o aumento do número de tarefas pode se constituir em potenciais fatores estressores (Borloti, Bezerra e Neto, 2010).

Em relação ao tempo de tratamento das mulheres pesquisadas, 48, 3% delas estão de 1 a 5 anos e 34,2 % entre 5 a 15 anos.

Estudo realizado nos Estados Unidos, em relação aos transtornos psiquiátricos mais prevalentes a critério do DSM-IV, relacionados ao tempo de tratamento e recaídas, destaca que 16,2% realizam tratamento para toda a vida e 6,6% ao longo de 12 meses. O mesmo mostra que 50% dos pacientes que se recuperam de um episódio depressivo, apresentam recaídas, 30% continuam deprimidos após um ano, 18% após dois anos e 12% após cinco anos (Powell, Abreu, Oliveira e Sudak, 2008). A depressão é um transtorno recorrente e cada manifestação pode durar alguns meses a anos. Dos casos 20% segue um curso crônico sem remissão, quando não realizado tratamento adequado (Gonçalves e Machado, 2008).

A análise do número de internações das mulheres pesquisadas mostra que mais de 60% delas nunca internou. Esse resultado demonstra a efetividade do sistema de saúde, mais especificamente, do CAPS que elas frequentam, que previne a agudização do sofrimento. Constatou-se, também, que mais de 30% delas já internou, de 1 a 6 vezes. Nesse contexto, Delfini et al. (Delfini, Roque e Peres, 2009), pontuam que 30% a 60% das internações em hospitais gerais ocorrem por algum distúrbio psiquiátrico, e que os transtornos depressivos são frequentes.

Em relação aos primeiros sintomas apresentados pelas mulheres participantes da pesquisa, conforme a idade, identifica-se que a depressão ocorre na faixa de 30 a 50 anos. Borloti, Bezerra e Neto (2010) afirmam que os primeiros sintomas da depressão atingem mulheres em idade fértil, ativas e se reportam a estudos desenvolvidos na última década, os quais revelam que diferentes fases do ciclo reprodutivo tem se apresentado como fatores estressores ou de maior vulnerabilidade para determinados transtornos psíquicos. Por esta razão, os autores destacam que são evidenciados fatores como: alterações neuroquímicas, hormonais, associados a agravos menstruais, de personalidade, predisposição biológica, fatores esses multifatoriais de causalidade, que atingem mulheres com idade de 30 a 50 anos, resultado que vem ao encontro dos dessa pesquisa.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas 196 mulheres que integraram essa pesquisa, evidencia-se que mais da metade ocorre com psicólogo, as demais com assistente social, oficinas de artesanato, música e com o enfermeiro. Estudo etnográfico sobre o significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em um Núcleo de Atenção Psicossocial em São Paulo, mostrou exacerbado consumo de medicamentos, como forma de conforto e cuidado

(Martin, Macedo, Andreoli, 2013, indo de encontro aos resultados deste estudo e ao preconizado pelo Ministério da Saúde, mais especificamente, da Portaria 336/02 (Ministério da Saúde, 2002)

No que tange as atividades que integram o plano terapêutico, segundo o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2008), são consideradas na sua organização, as necessidades integrais do sujeito, riscos, vulnerabilidade, desejos, trabalho, cultura, família e rede social. O profissional de referência acompanha o respectivo projeto terapêutico, a usuária é envolvida, gradativamente, e pode optar por diferentes atividades, de acordo com suas necessidades (Mângia, Castilho e Duarte, 2006).

Isto explica a inserção das mulheres pesquisadas nas diferentes oficinas e demonstra que elas participam da construção do seu plano terapêutico.

Quanto ao número de atividades realizadas pelas mulheres no CAPS, o mesmo é instituído no próprio plano terapêutico, com base na modalidade de atendimento: intensivo, atendimento diário; semi-intensivo, 12 dias de atendimento no mês e não intensivo, até três dias no mês (Ministério da Saúde, 2008). As mesmas são em número de 1 a 5 e ocorre semanalmente, resultado que, igualmente, vem ao encontro ao desta pesquisa.

A análise das modalidades de tratamento instituídas para as mulheres participantes da pesquisa mostra que os percentuais mais altos são da semi-intensiva e da não intensiva. Neste caso, as mulheres realizam de 1 a 5 atividades semanais, a partir das suas necessidades, ou seja, presença ou ausência de sofrimento psíquico.

Chama atenção o fato de se ter um número expressivo de registros incompletos, ou seja, nos prontuários das mulheres não consta a informação referente ao estado civil, tempo de tratamento e primeiros sintomas de depressão.

O prontuário é da usuária, de construção coletiva, no qual devem ser registradas múltiplas ações, num universo de linguagens e de relações entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram a equipe de saúde (Mesquita e Deslandes, 2010).

A análise dos dados dessa pesquisa mostra um expressivo percentual de mulheres depressivas, assistidas pelo referido serviço de atenção em saúde mental, no CAPS I.

Evidencia-se igualmente que é possível mantê-las em tratamento sem afastá-las do espaço familiar e social, o que se avalia como positivo e importante no tratamento das mesmas.

CONCLUSÃO

A realização dessa pesquisa reafirma o que a literatura apresenta, ou seja, de que a depressão é uma doença de incidência mundial elevada, com ênfase nas mulheres. Considera-se que estudos do perfil sociodemográfico de usuárias com transtornos depressivos assistidos em CAPS se constituem em importantes subsídios para a construção de políticas públicas. Além disso, pode oportunizar um repensar da atuação dos profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado desse percentual significativo de pessoas em sofrimento psíquico, em busca de qualificar a assistência.

Os resultados obtidos com essa pesquisa são corroborados também pela literatura e reafirmam a importância do CAPS na reabilitação e reinserção dos indivíduos em sofrimento psíquico, em especial, os com diagnóstico de depressão, em substituição ao modelo manicomial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beretta, M. I. R., Zaneti, D. J., Fabbro, M. A. F., Ruggiero, E. M. S., e Dupas, G. (2008). Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 966-978.

Borloti, E., Bezerra, A. C. M., e Neto, R. R. Q. B. (2010). Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento. *Interpersona*, 4(1), 127-156.

Cáceres, C. C. (2010). Hospital Geral: um novo paradigma em saúde mental. *Revista Eficaz – Revista Científica Online*, 1-15. Acedido em: http://www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaeficaz/artigo/saude/2010/ed_01/Camila-C%C3%A1ceres-Revista.-okdoc.pdf

Correa, R. & Parry, B (2012). Women's mental health clinic: a naturalistic description of the population attended in the San Diego VA Health Care System during a one year period. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 31-5.

Delfini, A. B. L., Roque, A. P., e Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12-22.

Filho, A. J. A., Moraes, A. E. C., e Peres, M. A. A. (2009). Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene*. Fortaleza, 10(2), 158-165. Acedido em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/503/pdf_1

Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F., e Silva, E. C. (2010). Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: auto-avaliação da saúde e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 509-516.

Gonçalves, C. A. V. e Machado, A. I. (2008). Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(3), 461-466.

Lorenzini, D. R. S., Catan, L. B., Moreira, K. M., e Ártico, G. R. (2009). Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 287-293.

Mângia, E. F., Castilho, J. P. L., e Duarte, V. R. E. (2006). A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(2), 87-98.

Mariutti, M. G. e Furegato, A. R. F. (2010). Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 183-189.

Martin, D., Cacozi, A., Macedo, T., e Andreoli, S. B (2012). Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. *Interface*, 16(43), 885-899. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/a03v16n43.pdf>

Mesquita, A. M. O. e Deslandes, S. F. (2010). A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 19(3), 664-673.

Ministério da Saúde. (1996). Resolução 196/96 que dispõe sobre pesquisa com humanos. Brasília-DF/Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2001). Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Brasília-DF/Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2002). Portaria 336 de fevereiro de 2002 dispõe sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial I, II, III e IV. Brasília-DF/Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2a Edição. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF/Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF/Brasil: Ministério da Saúde.

Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T., e Andrade, A. S. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 493-502. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>

Polisseni, A. F., Araújo, D. A. C., Polisseni, F., Junior, C. A. M., Polisseni, J., Fernandes, E. S., e Guerra, M. O.

(2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(1), 28-34. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a06.pdf>

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., e Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(suppl.2), s73-s80.

Tuono, V. L., Jorge, M. H. P. M., Gotlieb, S. I. D., e Laurenti, R. (2007). Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(2), 85-92.

Vargas, D., Oliveira, M. A. F., e Duarte, F. A. B. (2011). A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-9.