

Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão*Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric admissions of women with depression**Características sociodemográficas y clínicas de las internaciones psiquiátricas de mujeres con depresión*Richardson Miranda Machado¹, Sabrina Aparecida Batista Maia de Oliveira², Vanessa Guimarães Delgado³¹ Enfermeiro, Doutor em Psiquiatria. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rey. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: richardson@usp.br.² Enfermeira. Enfermeira da Fundação Educacional de Divinópolis/Universidade do Estado de Minas Gerais (FUNEDI/UEMG). Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: sabrinaoliveira@uemg.br.³ Enfermeira. Enfermeira da FUNEDI/UEMG. Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: vanessaqdelgado@uemg.br.**RESUMO**

Estudo retrospectivo e exploratório, realizado com objetivos de identificar e analisar características sociodemográficas e clínicas de internações psiquiátricas de mulheres acometidas por depressão. O estudo foi realizado a partir do Sistema de Internações Hospitalares de um serviço especializado. A amostra foi constituída por 24.161 pacientes admitidos; 1.160 tiveram diagnóstico de depressão (4,8%), com predominância do sexo feminino (761-65,6%), faixa etária de 41 a 50 anos (194-25,4%), procedentes para internação de diferentes serviços de saúde (273-35,8%), com tempo de internação de 60 dias (311-40,8%), altas médicas (687-90,2%), uma internação hospitalar (661-86,8%) e internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (633-83,2%). Os aspectos biológicos (hormonais), culturais (papel da mulher na sociedade), automedicação, diagnóstico tardio e coocorrência com outras doenças foram os principais fatores relacionados ao acometimento por depressão pelas mulheres e internação. Tais aspectos devem direcionar uma melhor abordagem do cuidado e promoção da saúde mental.

Descritores: Depressão; Hospitalização; Saúde da Mulher; Enfermagem Psiquiátrica.**ABSTRACT**

The objective of this retrospective exploratory study was to identify and analyze sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric admissions of women with depression. The study was performed based on the Hospital Admissions System of a specialist service. The sample consisted of 24,161 inpatients; 1,160 diagnosed with depression (4.8%), most were female (761 or 65.6%), aged between 41 and 50 years (194 or 25.4%), referred from a range of health services (273 or 35.8%), with a length of stay of 60 days (311 or 40.8%), medical discharges (687 or 90.2%), one admission (661 or 86.8%); and admissions covered by the Unified Health System (633 or 83.2%). The biological aspects (hormonal), cultural (women's role in society), self-medication, late diagnosis, and co-occurrence with other diseases were main factors related to depression by women and admission. These aspects that should guide a better approach of care and the promotion of mental health.

Descriptors: Depression; Hospitalization; Women's Health; Psychiatric Nursing.**RESUMEN**

Estudio retrospectivo, exploratorio, objetivando identificar y analizar características sociodemográficas y clínicas de mujeres afectadas por depresión. El estudio se realizó a partir del Sistema de Internaciones Hospitalarias de un servicio especializado. Muestra constituída por 24.161 pacientes admitidos; 1.160 tuvieron diagnóstico de depresión (4,8%), con predominancia de: de sexo femenino (761-65,6%), faja etaria de 41 a 50 años (194-25,4%), pacientes para internación procedentes de otros servicios de salud (273-35,8%), tiempo de internación de 60 días (311-40,8%), altas médicas (687-90,2%), una internación hospitalaria (661-86,8%) e internaciones pagas por el Sistema Único de Salud (633-83,2%). Los aspectos biológicos (hormonales), culturales (rol de la mujer en la sociedad), automedicación, diagnóstico tardío y co-ocurrencia con otras enfermedades fueron los principales factores relacionados al padecimiento de depresión por mujeres e internación; aspectos que deben dirigir hacia un mejor abordaje del cuidado y promoción de la salud mental.

Descriptores: Depresión; Hospitalización; Salud de la Mujer; Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A depressão está inserida entre os transtornos do humor que constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle de seus humores e afetos e uma experiência de grande sofrimento. Os pacientes com transtorno depressivo apresentam perda de interesse e energia, sentimentos de culpa, dificuldades para concentrar-se, anorexia e ideias sobre morte e suicídio⁽¹⁻²⁾.

Estatísticas apontam que o transtorno depressivo afeta todos os anos cerca de 400 milhões de pessoas no mundo, onde o risco de homens apresentarem este processo patológico é de 11%, enquanto nas mulheres este índice pode chegar a 18,6%⁽³⁾. Atualmente no Brasil, por ano cerca de 15 milhões de brasileiros são acometidos por este transtorno, porém tais números se referem apenas às pessoas que procuram ou que foram encaminhadas a algum tipo de atendimento médico, portanto a incidência pode ser ainda maior⁽⁴⁾.

Os pacientes que sofrem de depressão apresentam dificuldades que afetam suas atividades cotidianas, comprometem o exercício interpessoal e ocupacional. A depressão prejudica a capacidade social e o contexto familiar, incluindo a perda da capacidade laborativa, dificuldade do autocuidado, diminuição da qualidade de vida e o risco de morte prematura em detrimento do suicídio⁽⁵⁾. Além disso, a depressão em muitos casos pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos mais severos, causando maiores prejuízos para os indivíduos acometidos.

Segundo o relatório sobre a saúde no mundo, das 20 doenças que mais acometem a faixa etária de 15 a 50 anos e que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, o transtorno depressivo assume o segundo lugar com 7,5%⁽³⁾. No Brasil de acordo com um levantamento feito pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), estima-se que 74.418 trabalhadores são afastados por ano de suas atividades laborativas em decorrência de depressão, número que tende a crescer⁽⁶⁾.

Estudos feitos no Brasil^(2,7-8) e no exterior⁽⁹⁻¹⁰⁾ mostram que a depressão pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, de todas as idades e de qualquer classe social. No entanto, a incidência é duas vezes maior nas mulheres do que nos homens⁽³⁾. Entre os indivíduos que também apresentam um maior risco de desenvolver a doença estão as pessoas com casos de depressão na

família, usuários de drogas, medicamentos e álcool, e mulheres nos 18 meses seguintes a um parto. Ainda não existe uma explicação científica que justifique o fato de a mulher ser mais sensível à depressão. Há algumas teorias, entre elas a que relaciona esse efeito aos hormônios femininos⁽¹¹⁾.

Estudos⁽¹¹⁻¹²⁾ demonstram que a depressão pode se tornar crônica ou de natureza recorrente, porém, 70% dos casos respondem bem ao tratamento. Os outros 30% têm resposta parcial ou não apresentam qualquer sinal de melhora. Porém, pesquisas^(3,13) demonstram, que pouco mais de 25% das pessoas afetadas pela doença no mundo recebem o tratamento adequado. No Brasil, esse índice pode ainda ser menor devido à falta de preparo de uma parcela de profissionais de saúde em reconhecer os sintomas da doença e encaminhar os pacientes para o tratamento adequado⁽¹¹⁾.

Dados de uma pesquisa⁽¹⁴⁾ realizada com pacientes da atenção primária à saúde mostraram que a depressão configura-se como o segundo transtorno psiquiátrico mais prevalente nas mulheres, superado somente pelo transtorno de ansiedade generalizada. O transtorno depressivo ocasiona, assim, direta ou indiretamente, custos altos para o sistema de saúde, pois o sofrimento e a incapacidade desencadeada por ele provocam uma demanda constante por atendimento. Além de gerar custos imensuráveis para a mulher, como a perda da capacidade de trabalhar e de cuidar da sua família.

O transtorno depressivo se configura, assim, como um problema para toda a sociedade e principalmente para as mulheres que a cada dia inundam os serviços de saúde, desde a atenção primária até a rede hospitalar, devido ao anseio urgente por atendimento. Porém, acabam por naufragar na cronicidade da doença devido a demora e/ou dificuldade no estabelecimento do diagnóstico precoce e a promoção do tratamento.

Deste modo, considerando o impacto da depressão na vida das mulheres e visando contribuir com a atualização e direcionamento das ações dos profissionais de saúde, tanto nas instituições hospitalares como em toda a rede comunitária de atenção à saúde é que se propôs o presente estudo. Acreditamos que seus resultados possam contribuir no direcionamento e planejamento das políticas de saúde, no que se refere ao estabelecimento de medidas de intervenção, tratamento e prevenção mais específicas e eficazes.

Assim, foram objetivos desta pesquisa identificar e analisar as características sociodemográficas e clínicas (idade, procedência, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora dos serviços prestados) das internações psiquiátricas de mulheres em uma instituição hospitalar.

Estudos dessa natureza, por certo, subsidiam ações necessárias em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no que se refere a abordagem e tratamento da depressão, principalmente em mulheres, direcionando assim atividades de prevenção da doença e das internações psiquiátricas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Clínica São Bento Menni (CSBM), um hospital psiquiátrico de cuidado terciário, filantrópico, de médio porte, com capacidade total instalada de 120 leitos. A CSBM é considerada centro de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para internações psiquiátricas hospitalares na região Centro-Oeste de Minas Gerais, atendendo portadores de transtornos mentais crônicos e agudos para a propedêutica, tratamento psiquiátrico e ambulatorial.

O serviço possui uma clientela diversificada, sendo 85% dos seus pacientes atendidos pelo SUS, sendo em sua grande maioria provenientes de cidades circunvizinhas a cidade de Divinópolis-MG, cidade onde está instalada a CSBM, situada no Centro-Oeste de Minas Gerais.

A CSBM desenvolve, por meio do seu Sistema de Internações Hospitalares (SIH), o registro, o acompanhamento e o arquivo das informações referentes as internações por meio de prontuários, armazenados em seu Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Neste aspecto, instituiu um sistema eletrônico de coleta de dados e registro das internações a partir do ano de 1995, além de registrar em formato eletrônico todos os dados das internações existentes desde 1980, ano de sua inauguração, apresentados em formato manuscrito em seu SAME.

Este estudo foi realizado por meio da coleta de informações no banco de dados do SIH/CSBM, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis – Campus da Universidade do Estado de Minas Gerais (Parecer nº. ETIC 237/10). A coleta de dados foi realizada por meio da consulta ao sistema

eletrônico de internações hospitalares por meio do qual foram compiladas as informações referentes às mulheres admitidas em decorrência da depressão. Deste modo, com base nos dados coletados, foi construído um novo banco de dados atendendo as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência do paciente, tempo de internação, tipo de alta, tipo de internação e fonte financiadora.

Na construção do novo banco de dados para esta pesquisa, as informações que se apresentaram com erros de digitação, incompletas ou mal compreendidas foram atualizadas por meio de consultas aos prontuários arquivados no SAME. Desta forma para a identificação dos dados registrados nos prontuários, foi utilizado um instrumento (fichário) contendo as questões sociodemográficas e clínicas, elaborado a partir das informações contidas na guia de autorização de internação hospitalar (AIH) e no boletim de alta hospitalar da última internação.

Foram adotados como critérios de inclusão: 1) pacientes internados na CSBM, no período de 20 de outubro de 1980 (data de inauguração da clínica) a 31 de dezembro de 2009; 2) com permanência na CSBM superior a 24 horas; 3) que foram acompanhados desde a admissão até a alta, transferência ou óbito. Os dados foram analisados pelo *Software Statiscal Package for Social Sciences (SPSS)* versão 11.5.

RESULTADOS

No período estudado, dos 24.161 pacientes admitidos na CSBM, 1.160 foram acometidos por “Transtorno Depressivo” (TD), o que representa uma taxa de 4,8%.

Ao analisarmos os dados referentes ao sexo dos pacientes internados por depressão evidenciamos a predominância do sexo feminino com 761 (65,6%) pacientes sobre o sexo masculino com 399 (34,4%) casos. A Tabela 1 apresenta características sociodemográficas e clínicas das mulheres admitidas na CSBM em detrimento do Transtorno Depressivo.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres na CSBM por Transtorno Depressivo. Divinópolis, MG, 2009.

Variável	Frequência (n %)	
1. Idade	10 a 20	11 (1,4)
	21 a 30	61 (8,1)
	31 a 40	144 (18,9)
	41 a 50	194 (25,4)
	51 a 60	169 (22,2)
	61 a 70	98 (12,8)
	> 70	84 (11,2)
2. Procedência	Consultório Médico Particular	55 (7,3)
	Centros de Atenção Psicossocial	162 (21,3)
	Família	271 (35,6)
	Outros	273 (35,8)
3. Tempo de internação	1 a 30 dias	12 (1,5)
	31 a 60 dias	311 (40,8)
	61 a 90 dias	283 (37,4)
	> 90 dias	155 (20,3)
4. Tipo de Alta hospitalar	Alta Médica Hospitalar	687 (90,2)
	Alta a Pedido	55 (7,9)
	Alta Administrativa	9 (1,2)
	Alta por Abandono/Evasão	4 (0,5)
	Transferência Clínica	2 (0,2)
5. Tipo de Internação	Óbito	0 (0)
	Internações	661 (86,8)
	Reinternações	100 (13,2)
	Sistema Único de Saúde	633 (83,2)
6. Fonte Financiadora da Internação	Particular	41 (5,4)
	Convênios	81 (10,6)
	Gratuito	6 (0,8)

Fonte: Banco de dados do SIH/CSBM

Cabe ressaltar que os diagnósticos de TD realizados a partir da Classificação Internacional das Doenças – nona edição (CID-9), que entrou em vigor a partir do ano de 1975, eram classificados no item 300.4 correspondente à “Depressão Neurótica”, sendo este o único diagnóstico presente. Após o fim do uso da CID-9 em 1993, marcando o início do uso da CID-10, onde a depressão foi enquadrada no item F-32 referente a “Episódios Depressivos”, e dentro deste item passou a ter subclassificações apresentadas do código F32.0 ao F32.9. Tivemos assim, uma maior variedade de diagnósticos para o TD. Deste modo, para facilitar a análise e discussão dos resultados, tantos os diagnósticos efetuados por meio da CID-9 quanto os realizados pela CID-10 foram tabulados de forma única sob o título de “Transtorno Depressivo”.

DISCUSSÃO

Podemos perceber de acordo com os resultados apresentados que as mulheres foram mais acometidas por depressão do que os homens. Estudos^(2,4,7) apontam os fatores biológicos como o principal motivo da alta incidência de depressão nas mulheres. Este fato se deve as constantes oscilações hormonais sofridas pelas mulheres durante as diferentes etapas da sua vida reprodutiva (puberdade, idade fértil, gravidez, parto, puerpério e climatério).

As evidências têm apontado para o fato do estrogênio, tido como um dos principais hormônios femininos, que é sintetizado nos ovários, placenta, tecido adiposo e também no cérebro, afetar o humor e a cognição. Deste modo, as constantes oscilações na sua liberação, com grande flutuação de suas quantidades circulantes, condição típica do funcionamento do organismo feminino, entre a menarca e a menopausa. É

apontada como causa de grande predisposição ao estresse e depressão pela mulher^(7,15).

Ao observamos que o maior número de mulheres (194 – 25,4%) encontrava-se com idade entre 41 a 50 anos, torna-se oportuno ressaltar que nesta faixa etária ocorre o climatério, que consiste no final da vida reprodutiva da mulher, onde se destacam alterações hormonais significativas, que em sua grande maioria resultam em sintomas físicos, psicológicos e sociais, configurando uma fase de considerável estresse e de maior vulnerabilidade psíquica da mulher⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A segunda faixa etária mais acometida por depressão foi a de 51 a 60 anos (169 – 22,2%). Pesquisas^(7,15-16) demonstram uma forte relação entre o início da senescência feminina e o acometimento por depressão. Fato esse relacionado diretamente pela perda do vigor físico e mental devido a ausência de determinados hormônios reprodutivos, assim como em detrimento da mudança da própria autoimagem pela mulher (sentir-se sexualmente menos atraente, frágil, envelhecida, entre outros.) e do seu papel social (aposentadoria, síndrome do ninho vazio (saída dos filhos de casa), mudanças nos relacionamentos íntimos etc.).

O número de mulheres com idade entre 31 a 40 anos (144 – 18,9%) diagnosticadas com depressão chamam a atenção. Esse achado pode ser reforçado por dados de outras investigações^(1-2,17) que pontuam que esse quadro pode ser explicado pelas mudanças sociais, em que a mulher cada vez mais participa do sustento da família, que além de se preocupar com os afazeres domésticos que já era de sua responsabilidade, teve que buscar um emprego que gere renda, onde seu nível de estresse tende a ser mais elevado.

Estudos⁽¹⁻²⁾ esclarecem a diferença de gêneros, de acordo com os fatores sociais, como pressões externas, estresse crônico, nível reduzido de satisfação no desempenho de papéis comumente femininos, ou pela maneira diferente que os dois gêneros lidam com problemas e procuram soluções. Outro fator que explica esta diferença, é que as mulheres possuem maior facilidade em admitir que estejam deprimidas e a procurar ajuda ao contrário dos homens. Algumas investigações⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, por outro lado, discordam dessa posição, demonstrando que não existe diferença entre os gêneros, e que os homens apresentam riscos iguais aos

das mulheres, mas diferente delas, o sintoma predominante consiste na irritabilidade.

O transtorno depressivo consiste na doença que mais causa incapacitação feminina no mundo⁽³⁾. Em consequência disso, o suicídio é a segunda maior causa de morte entre mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos, perdendo somente para o câncer⁽⁵⁾. Os transtornos mentais de maneira geral resultam em pouco mais de 1% da mortalidade feminina, mas são responsáveis por 12% das incapacitações por morbidade. Dentre os cinco transtornos psiquiátricos de maior incapacitação o TD se apresenta em primeiro lugar^(1-2,4).

Apenas 11 (1,4%) das pacientes tinham idade entre 10 a 20 anos. Estudos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ revelam que o número de adolescentes acometidos por depressão é muito maior do que o diagnosticado. O próprio comportamento adolescente, caracterizado pela profusão de sentimentos e labilidade emocional pode mascarar o diagnóstico. Muitos casos não são diagnosticados corretamente, o que leva a muitos adolescentes serem tratados erroneamente ou até mesmo ter a sua patologia ignorada e/ou discriminada por amigos, familiares e até por profissionais de saúde.

Alguns estudos^(8,18) chamam a atenção para a diferença entre a manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, destacando que as garotas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. Tendo como principais causas para a depressão pelas garotas a preocupação com a popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima. Já os garotos apresentam como principais sintomas depressivos os problemas de conduta, como falta às aulas, fugas de casa, agressividade, impaciência, roubos e abuso de substâncias. Tendo como principais motivos para a depressão pelos garotos os sentimentos de desprezo, rejeição, impotência física e dependência social e financeira. Cabe assim, ressaltar que o uso/abuso de álcool e drogas na adolescência pode ser um forte indicador de depressão⁽¹⁷⁾.

Não podemos deixar de considerar que a adolescência é marcada por alterações quantitativas e de ação hormonais significativas, como as da testosterona em meninos, que levam a mudanças de comportamento como o aumento da agressividade, assertividade e introspecção. Assim como, nas meninas a produção de

estrogênio e progesterona, que as predis põem a irritabilidade, labilidade emocional e indisposição. Essas mudanças biológicas, somadas a estímulos ambientais, são assim tidas como responsáveis pelo surgimento da diátese “depressogênica” na adolescência^(4,19).

Em relação a procedência das mulheres deprimidas para a internação, foi possível constatar que 273 (35,8%) pacientes foram encaminhadas de diferentes locais, como Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Pronto Socorro, via Ordem Judicial (quando não há disponibilidade de vagas para a internação). Sendo assim, agrupados na variável intitulada “outros”. Ao verificarmos essa diversidade de locais de procedência das mulheres para a internação hospitalar, é oportuno ressaltar a amplitude do problema do TD para todo o sistema de saúde, pois está presente nos mais diferentes serviços, se confirmando como um problema de saúde pública, onerando os cofres públicos e requerendo a assistência de diferentes profissionais de saúde.

A segunda maior procedência das mulheres com TD para a internação foi da própria família (271 – 35,6%). Isso condiz com o exposto por alguns autores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ que demonstram a importância da família no sentido de identificar mudanças no comportamento das suas familiares, assim procurando o mais precocemente o serviço de saúde para uma avaliação mais precisa do estado de saúde psíquica e física da mulher. A tomada de medidas interventivas precoces possibilitam uma estabilização mais rápida do quadro afetivo da paciente e previne a cronificação da doença. Porém, ainda observamos que, mesmo com a reforma psiquiátrica e o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o hospital ainda se apresenta como referência para os familiares no que condiz ao tratamento desse distúrbio psíquico^(14,20).

No que tange a procedência das pacientes, torna-se preocupante o elevado número de encaminhamentos para a internação hospitalar advindos dos CAPS (162 – 21,3%). Fato este contrário a filosofia destes serviços criados para acabar com o estigma da hospitalização.

Pesquisadores^(14,20-21) alertam para a criação de serviços substitutivos de saúde mental, ditos “triadores”, os quais não efetivariam a reforma psiquiátrica “assistencial”, assim somente servindo de “casa de passagem” até a internação hospitalar. Deste modo, tornando-se serviços até mais excludentes e

estigmatizadores do que o próprio hospital, pois utilizariam o nome de serviços substitutivos. Ao verificarmos ainda que (55-7,3%) das pacientes internadas foram encaminhadas por consultório médico particular, fica claro também a continuidade da manutenção da rede hospitalar pela rede privada.

Quanto ao tempo de internação na CSBM observa-se que o maior número de pacientes permaneceu no hospital de 31 a 60 dias (311-40,8%). Estudos^(11,13,22) alertam para o fato de homens e mulheres responderem de modos diferentes aos antidepressivos, o que reforça a importância de se considerar os aspectos biológicos no tratamento.

Pesquisas^(11,22) mostram que aproximadamente 35% dos pacientes deprimidos não respondem ao tratamento com antidepressivos, mesmo depois de atingir as doses e duração de tratamentos adequados. Segundo pesquisadores⁽¹¹⁾, 65% mantêm sintomas residuais e 10% mantêm o quadro depressivo apesar de múltiplas intervenções medicamentosas. Tal fato é explicado pela associação de diferentes fatores que podem resultar no TD e que devem ser considerados para o bom êxito do tratamento. Tais como: biológicos, as pessoas com depressão podem ter excesso ou falta de algumas substâncias (serotonina, dopamina, entre outros) no cérebro, os chamados neurotransmissores⁽¹⁾. Mudanças na quantidade destas substâncias podem causar ou contribuir para a depressão e a dificuldade de recuperação do paciente⁽¹³⁾.

Fatores cognitivos, pessoas que tem um padrão negativo de pensamento, que são pessimistas, que se preocupam excessivamente, que tem uma autoestima baixa ou sentem que tem pouco controle sobre os acontecimentos da vida são mais passíveis de desenvolver uma depressão⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Fatores ligados ao sexo, as mulheres têm maior possibilidade de desenvolver uma depressão do que os homens, tanto em detrimento de causas hormonais quanto culturais (o papel da mulher na nossa sociedade)^(1,7).

O uso de medicamentos pode causar depressão e este é um fator muito importante no nosso país onde a automedicação é uma prática rotineira^(4,8). Os componentes genéticos da depressão, por sua vez, são visíveis em famílias onde a depressão ocorre com uma frequência elevada, assim, indivíduos que possuem

familiares com depressão, possuem grande probabilidade de ter como agente causal do TD fatores genéticos⁽¹⁸⁾.

As situações e dificuldades na vida, incluindo problemas financeiros, divórcio, morte de pessoas amadas, mudanças ou qualquer perda significativa, também podem contribuir para a depressão^(2,4). Assim como, a doença depressiva pode ocorrer junto com outras doenças como derrame, doença cardíaca, câncer, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, diabetes e transtornos hormonais. Esta depressão é chamada de coocorrente e é importante que ela seja tratada ao mesmo tempo em que a doença física^(4,7).

O TD pode acometer também pessoas com outros transtornos mentais, como transtornos alimentares, transtornos de ansiedade (incluindo a síndrome do pânico), transtorno obsessivo-compulsivo e síndrome de estresse-pós-traumático⁽⁷⁾.

A dependência química pode se constituir em um fator para se tentar lidar com a dor emocional ocasionada pelo TD. Algumas pessoas fazem o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilegais, sendo comum, portanto, a ocorrência da depressão concomitante com o uso/abuso de drogas^(4-5,17).

Deste modo, torna-se evidente a importância da avaliação do paciente com TD por uma equipe multidisciplinar, bem como, a promoção do tratamento. Esse cuidado pode resultar em uma recuperação mais rápida do paciente e a prevenção de reincidência do quadro depressivo.

Ao observarmos que 283 pacientes (37,4%) tiveram tempo de internação entre 61 a 90 dias é oportuno ressaltar que na prática assistencial percebemos que mesmo existindo casos de TD menos graves, a instituição hospitalar promove o tempo máximo de internação. Acreditamos que isso seja para se fazer o uso do valor integral da "Autorização de Internação Hospitalar" (AIH), principalmente, das internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere as 155 (20,3%) pacientes que permaneceram internadas por mais de 90 dias, os achados sugerem que devemos dar maior atenção aos primeiros sintomas do TD, pois o diagnóstico e tratamento precoces possibilitam a cura na maioria dos casos. Isso pode prevenir a evolução de casos simples de TD para formas mais severas e crônicas da doença, resultando em maior sofrimento para as pacientes, maior tempo de internação

para tratamento e, conseqüentemente, em maior gasto com o financiamento da assistência à saúde.

Neste sentido, ressaltamos a relevância da promoção da atenção primária à saúde, principalmente, por meio da atuação das equipes de saúde da família, por sua posição estratégica de acesso a população, o que facilita a realização do diagnóstico, intervenção e tratamento precoce do TD.

Ao registrarmos 12 (1,5%) mulheres com tempo de internação de até 30 dias, podemos considerar como uma hipótese para este tempo reduzido, a melhoria da qualidade e da produção dos psicofármacos. É perceptível nos últimos anos o avanço da eficácia das medicações, com o surgimento de novas formulações com princípios ativos mais rápidos e com menores efeitos colaterais. Assim, verificamos na prática assistencial a rápida estabilização dos casos de TD menos graves, o que conseqüentemente possibilita a diminuição do tempo de internação para tratamento⁽¹¹⁾.

De acordo com os dados coletados, 687 (90,2%) das altas hospitalares foram a critério médico, o que representa uma boa adesão ao tratamento proposto e reflete uma grande oportunidade de se alcançar uma adequada estabilidade psicoterapêutica e farmacoterápica dos indivíduos com TD. As altas a pedido representaram 55 (7,9%), as altas administrativas nove (1,2%), quatro (0,5%) altas por abandono/evasão e duas (0,2) por transferência clínica.

Alguns autores^(8,12,23) ressaltam a importância da promoção de determinados fenômenos multifatoriais tidos como responsáveis pela adesão ao tratamento pelo paciente com TD. Dentre estes fenômenos está a motivação do paciente para o tratamento/melhora, a interpretação positiva em relação aos resultados do tratamento, o reconhecimento da depressão como uma doença, assim como, o estabelecimento de um relacionamento interpessoal positivo com a equipe de saúde e a presença de suporte familiar.

Quanto à classificação das internações, aconteceram em maior proporção as registradas como primeira internação com 661 (86,8%) pacientes, sendo as demais 100 (13,2%) tidas como reinternação. O número reduzido de reinternações pode ser explicado como resultado do movimento da "Reforma Psiquiátrica", o qual a partir da Lei 10.216 (06 de abril de 2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Promove e cobra que os pacientes portadores de sofrimento psíquico sejam tratados em serviços extra-hospitalares, ou seja, em Ambulatórios, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas Terapêuticas, dentre outros. Deste modo, promovendo novas formas de cuidar em Saúde Mental e buscando uma nova prática inserida na sociedade, ou seja, no contexto social dos pacientes, no qual se eclode e desencadeia todo o processo de adoecimento^(14,21).

Nesta perspectiva, a atenção em Saúde Mental passa a ser organizada seguindo os preceitos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Pautada na política da integralidade, do vínculo e da inserção dos pacientes na comunidade⁽²¹⁾.

O alto custo dos distúrbios mentais para o SUS pode ser também confirmado ao analisarmos a principal fonte financiadora das internações por TD. Constatamos que o principal financiador dos serviços prestados aos portadores dessa patologia, foi o SUS, com 633 (83,2%) internações pagas. Como se trata de uma instituição filantrópica, a qual 80% dos seus leitos (96 de 120 ativos) são destinados ao SUS, era de se esperar tal prevalência. Porém, esse dado evidencia a continuidade da manutenção do sistema hospitalar para o tratamento dos transtornos psiquiátricos, pelo próprio SUS, contrariando a Lei 10.216 da reforma psiquiátrica. Ou seja, o próprio sistema público de saúde que deveria ser o primeiro a fazer valer a lei a ignora promovendo internações com o dinheiro público^(14,21).

Assim, urge a necessidade da inserção e racionalização dos serviços de saúde mental na atenção básica, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois criam a possibilidade de estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários. Além de desenvolverem estratégias de diagnóstico e tratamento precoces, bem como, o acompanhamento dos pacientes com TD em seu próprio cenário de vida, sem desvinculá-los de seu contexto social e prevenindo a sua segregação.

Reconhecemos que a assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais pela ESF, na maioria dos casos ainda é superficial, desarticulada e baseada em princípios terapêuticos pontuais. Fato decorrente tanto da diversidade e complexidade dos problemas de saúde

que os profissionais atendem diariamente, quanto das dificuldades que apresentam na efetivação das linhas de cuidado em saúde mental, o que exige a articulação entre múltiplas formas assistenciais⁽²⁰⁻²¹⁾.

A promoção da Saúde Mental e a luta pela desospitalização passam, hoje, pela efetiva implantação de uma rede comunitária que previna as situações de crise e ofereça alternativas à internação hospitalar. Neste sentido, apesar das dificuldades a ESF configura como um ponto de partida para a consolidação da reforma psiquiátrica, por meio da reinserção dos portadores de transtornos mentais no cenário assistencial das equipes de saúde e da articulação com o CAPS⁽¹⁴⁾.

Ao verificarmos 41 (5,4%) internações particulares e 81 (10,6%) por convênios de saúde, torna-se oportuno considerar que com o desenvolvimento socioeconômico do país, cada vez mais, leva uma grande parcela da população a ter condições financeiras que a permite fazer uso de outros recursos para a assistência à saúde, assim dispensando o SUS. No que condiz aos gastos públicos com saúde, podemos considerar este fenômeno como um evento positivo. Porém, ao considerarmos os novos modelos de atenção à saúde mental, este fenômeno torna-se extremamente negativo, pois promove a manutenção do modelo estigmatizante e segregador de tratamento hospitalar e dificulta a consolidação dos novos modelos de atenção à saúde mental^(14,21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres são mais susceptíveis à depressão por serem mais afetadas do que os homens no que se refere aos fatores sociais e biológicos, compreendendo as relações interpessoais, a autoimagem, o papel social feminino e as oscilações hormonais ocorridas no período reprodutivo.

Observamos que o TD é uma patologia cada vez mais frequente em nossa sociedade e que carece de maior divulgação de informações sobre a doença para a população e para os profissionais de saúde, principalmente no que se referem aos seus sinais, sintomas e a necessidade do diagnóstico e tratamento precoces.

É importante ressaltar que as informações acerca do diagnóstico, etiologia e características principais da doença devem ser continuamente revistas e atualizadas pelos profissionais da saúde, pois tornam os diagnósticos

e a propedêutica mais eficazes, reduzindo assim o grande estigma social gerado pela doença e o grande impacto econômico para todo o sistema de saúde.

Torna-se também evidente a importância da avaliação do paciente com TD por uma equipe multidisciplinar, bem como, a promoção do tratamento. Esse cuidado contribui para uma recuperação mais rápida do paciente e a prevenção de reincidência do quadro depressivo.

Verificamos a necessidade de se promover mais estudos sobre o TD em mulheres, principalmente, no que se refere à prevalência e fisiopatologia desta doença neste gênero. Assim como, dos fatores relacionados ao uso dos serviços de saúde e do estabelecimento de vínculo com as equipes de saúde.

É imprescindível se fazer avançar o conhecimento dos familiares das mulheres acometidas por TD sobre outras formas de tratamento e acompanhamento, às quais privilegiem a manutenção do contato social das pacientes e minimize o número de internações, como rege a filosofia dos Centros de Atenção Psicossocial.

No estudo foi perceptível a manutenção do sistema hospitalocêntrico para o tratamento psiquiátrico, seja pelo Sistema Único de Saúde por meio do financiamento de 80% dos leitos (96 de 120) da instituição hospitalar. Seja pelo Ministério Público, por meio da emissão de Ordens Judiciais, que obrigam a internação mesmo quando não há a disponibilidade de vagas. Assim como, pelos consultórios particulares e pelos CAPS que emitem encaminhamentos para a internação.

Neste sentido, verificamos a necessidade de se fazer valer a Lei 10.216 da reforma psiquiátrica, por meio de investimentos na consolidação do Centro de Atenção Psicossocial como referência para a assistência em saúde mental. De forma a constituir junto a outros dispositivos assistenciais (Equipes de Saúde da Família; Residências Terapêuticas; leitos em hospitais gerais; ambulatórios etc.) uma rede de cuidados em saúde mental. Esta rede assim funcionando de forma articulada tendo o CAPS como referência na organização, regulação e na promoção da atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

1. Grigoriadis S, Robinson GE. Gender issues in depression. *Ann Clin Psychiatry*. 2007;19(4):247-55.
2. Morihisa RS, Scivoletto S. Transtorno depressivo na mulher. *Rev Bras Med*. 2010;58(3):151-160.
3. Iastrebov VS, Mitikhina IA, Mitikhin VG, Shevchenko LS, Solokhina TA. Mental health of world's population: social and economic aspects - a literature review 2000-2010. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2012;112(2):4-13.
4. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(3):576-583.
5. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):726-732.
6. Souza NSS, Santana VS. Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(2):979-985.
7. Souza VMS, Valadares AL, Costa-Paiva LS, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause*. 2012;19(5):569-75.
8. Castro AS, Furegato ARF, Santos JLF. Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric re-hospitalizations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):800-808.
9. Wilhelm K, Parker G, Geerlings L, Wedgwood L. Women and depression: a 30 year learning curve. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(1):3-12.
10. Stensland M, Watson PR, Grazier KL. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatr Serv*. 2012;63(5):490-493.
11. Yukizaki LMG, Veras AB, Franco FS, Novo LD, Rassi A, Nardi AE. Depressão maior e supressão hormonal: resposta com a nortriptilina. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2007;34(5):243-245.
12. Cunha MF, Gandini RC. Adesão e não adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Rev. Psic. Teor. e Pesq.* 2009;25(3):409-418.
13. Behr GA, Moreira JC, Frey BN. Preclinical and clinical evidence of antioxidant effects of antidepressant agents: implications for the pathophysiology of major depressive disorder. *Oxid Med Cell Longev*. 2012;60(9):408-421.
14. Delgado PGG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12):4701-4706.
15. Fernandes RCL, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2008;30(3):192-200.
16. Veras AB, Rassi A, Yukizaki LMG, Novo LD, Franco FS, Nardi AE. Impacto dos transtornos depressivos e ansiosos sobre as manifestações da menopausa. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2007;29(3):315-320.
17. Sánchez-Peña JF, Alvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):129-35.
18. Encarnação R, Moura M, Gomes F, Silva PC. Characterization of the cases referred and consulted in a child and adolescent psychiatry clinic: a retrospective study. *Acta Med Port*. 2011;24(6):925-34.
19. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J. Pediatr*. 2008;78(5):359-366.
20. Kilsztajn S, Lopez ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(10):2354-2362.

21. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12):4590-4592.
22. Ribeiro DS, Cerqueira Filho EA, Losápio MF, Sena EP. Terapia medicamentosa na depressão pós-acidente vascular encefálico. *J. bras. psiquiatr.* 2009;58(2):135-142.
23. Beretta MIR, Zaneti DJ, Fabbro MRC, Freitas MA, Ruggiero EMS, Dupas G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008;10(4):966-78.

Artigo recebido em 03/06/2011.

Aprovado para publicação em 07/05/2012.

Artigo publicado em 31/03/2013.