
Incidência de depressão em mulheres

GLAÚCIA VALÉRIA PINHEIRO DE BRIDA(UNINGÁ)¹
FRANCIS KEILA FERNANDA NANCI GRILLO(G-UNINGÁ)²

RESUMO

O presente trabalho discorre sobre o estágio desenvolvido por dois anos visando discutir o tema depressão em mulheres. Foram necessárias visitas aos Hospitais Santa Casa de Misericórdia localizada na cidade em Maringá e no Hospital Regional do Vale do Ivaí – Jandaia do Sul-PR, Hospital Regional e no Setor de Psicologia de Mandaguari-PR, realizando entrevistas com diversos profissionais da saúde e discutir através de literaturas científicas, propondo abordar o alto índice de depressão em mulheres. O interesse pelo tema da depressão surgiu pelo fato de ser um tema atual, que tem sido explorado pelo meio de comunicação.

Palavras-chave: Depressão. Mulheres. Sintomas.

INTRODUÇÃO

Esse projeto tem por finalidade abordar o alto índice de depressão em mulheres, buscando abordar os possíveis fatores relacionados à maior incidência de depressão ocorrer em mulheres. Segundo Kaplan; Sadock (1997), uma observação quase universal, independente de país ou cultura, é a prevalência duas vezes maior da depressão unipolar no sexo feminino. Embora as razões para a diferença sejam desconhecidas, isso não decorre de práticas diagnósticas socialmente tendenciosas.

As razões podem incluir variados fatores desencadeando causas possíveis como, estresses, parto, modelos comportamentais de aprendizado a impotência e efeitos hormonais.

¹ Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Acadêmica do Curso de Psicologia, Faculdade Ingá – UNINGÁ

Tendo como objetivo geral, compreender às possíveis causas de depressão em mulheres e os objetivos específicos definir a depressão, expor seus sintomas, diferenciar depressão de tristeza, compreender as especificidades da psicodinâmica feminina.

O estudo da depressão em mulheres é relevante devido ao alto índice de depressão nos pacientes que são atendidos pelo Hospital Regional e no Setor de Psicologia de Mandaguari-PR

De acordo com o levantamento realizado no mês de setembro de 2004 no Hospital Regional do Vale do Ivaí, localizado no município de Jandaia do Sul-PR, verificou-se que dos 100 pacientes que sofrem de depressão e são atendidos pelo hospital 64 são do sexo feminino e 36 são do sexo masculino.

No setor de Psicologia localizado no município de Mandaguari-PR o levantamento realizado, apontou que dos 17 pacientes que sofrem de depressão e são atendidos pelo setor 13 são do sexo feminino e 4 pacientes são do sexo masculino.

Tendo como fim esclarecer a importância desse estudo para os alunos de psicologia e também para sua formação profissional e conscientizar que a depressão é uma doença, ele sistematiza informações acerca da depressão em mulheres que são atendidas pelos hospitais.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização desta pesquisa se pautou em duas partes: sendo primeiro a revisão bibliográfica sobre o tema depressão, com a definição da depressão utilizando os autores Kaplan, Harold I, Sadock, B. J; Jack, e Lawrence. C. Kolb, M. D, para compreender a psicodinâmica e seus sintomas será utilizada Teles, M. L. S, e também artigos científicos com base em autores que discorrem sobre o assunto de depressão em mulheres.

Paralelamente foi feito um levantamento prévio de dados realizados no Hospital Regional do Vale do Ivaí em Jandaia do Sul-PR e no Setor de Psicologia de Mandaguari-PR. Este nos apontou que de 100 pacientes que sofrem de depressão e são atendidos pelo Hospital 64 são mulheres e 36 homens. No setor de Psicologia localizado em Mandaguari-PR o levantamento realizado apontou que dos 17 pacientes que são atendidos pelo Setor e sofrem de depressão 13 são mulheres e 4 homens.

A segunda parte foi realizada entrevistada com quatro profissionais sendo duas psicólogas, um psiquiatra e um clínico geral, no

qual responderam as questões semi-dirigida em relação à depressão em mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de transtornos do humor, podem ser encontradas em muitos textos antigos. Segundo Kaplan; Sadock (1997) A história do Rei Saul, no Antigo Testamento, descreve uma síndrome depressiva, assim como a história do suicídio de Ájax, na *Ilíada*, de Homero. Cerca de 400 a.c. Hipocrates usou os termos “mania” e “melancolia” para perturbações mentais.

Diferença entre Tristeza e Depressão

Tristeza é uma emoção natural, normal no ser humano, diante de uma perda qualquer. Ela é, pois, uma reação afetiva básica frente a situações de perda. A manifestação da tristeza, embora com diferenças individuais, pois cada pessoa é uma expressão única e singular, costuma ser por meio das lágrimas, do desinteresse pelas coisas cotidianas, pela falta de prazer na existência.

Ela pode durar alguns dias, um mês, dois meses ou, talvez, até mais. Entretanto, passa, sem que o indivíduo necessite de qualquer ajuda de profissional. Aos poucos, ele vai se soltando para os amigos, mostra, de novo, interesse pelo trabalho, passa a fazer planos, traça novos objetivos... Enfim, volta à vida, e da qual se afastou, durante algum tempo, para “trabalhar”, “elaborar”, “aceitar” a sua perda.

Esta perda não tem de ser, necessariamente, a perda de um ser amado, mas pode ser de status, emprego, dinheiro, liberdade, um sonho etc. O sofrimento mental e emocional de uma pessoa pode estar muito além do que eu possa imaginar conceber, sonhar, identificar, simplificar ou entender.

Freud (1915), afirmava que as emoções se constituem de uma carga de energia bastante violenta, cuja repressão sempre haverá de causar algum dano físico e/ou psíquico ao indivíduo.

O luto normal supera a perda de um objeto, e também, enquanto persiste, absorve todas as energias do ego. A melancolia contém algo mais que o luto normal, na melancolia, a relação como objeto não é simples, é complicada devido a uma ambivalência (FREUD. 1915).

Sendo essa ambivalência um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego particular, ou provem daquelas experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto. Por isso segundo Freud (1915), as causas excitantes da melancolia tem uma amplitude muito maior do que as do luto, que é ocasionado pela maioria das vezes por uma perda do objeto real, por sua morte.

Na melancolia conseqüentemente, travam-se inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, nas quais o ódio e o amor se digladiam, um procura separar a libido do objeto, e outro defenderem essa posição da libido contra o assedio (FREUD, 1915).

Tristeza não é doença, é emoção natural de quem ainda é capaz de sentir.

A diferença capital entre a tristeza e a depressão, que é uma doença, está, para mim, em dois pontos importantíssimos: na tristeza, por maior que seja a dor, não há baixa na auto-estima; outra coisa: quando se está triste, o mundo parece vazio e sem sentido; já na depressão, é a gente que se sente vazio, e acha que não vale para nada, que não há nenhum sentido em nossa própria existência. A pessoa passa a dizer que não realiza nada de importante, que ninguém precisa dela etc (TELES, 1999).

Depressão: uma doença

Segundo Teles (1999), afirmando-se que toda depressão é um problema físico, de ordem médica. Em primeiro lugar, depressão é doença; em segundo, existem modificações fisiológicas no indivíduo deprimido.

Temos conhecimento de que fatores sociais também levam indivíduos a profundas depressões. Limitações econômicas, a infelicidade, a frustração e a depressão já se incorporaram de tal forma ao perfil do cidadão comum a ponto de ameaçá-lo naquilo que ele sempre teve como último recurso de vida: a esperança.

Os médicos preferem acreditar que os deprimidos são pessoas que já nascem com perturbações nos neurotransmissores do cérebro (hormônios que fazem as sinapses, isto é, as ligações entre os neurônios). Já os psicólogos pensam que, por detrás de toda depressão, está uma série de problemas de ordem emocional, dificuldades inconscientes que provocam ansiedade nos indivíduos.

Teles (1999), afirma que os sintomas mais comuns da depressão são: apatia, fadiga, dificuldade de concentração, isolamento, dores

crônicas e sem motivo clínico, irritabilidade, insônia ou excesso de sono, auto-imagem negativa, falta de apetite e impulsos suicidas, tédio, produção reduzida, absorção em si própria, choro constante, negligência quanto à aparência pessoal, perturbações menstruais, perda da libido (desejo sexual), lamentações constantes, incertezas, preocupações constantes, tremores, palmas de mãos suarentas, ao acordar, uma dor vaga, constante e insistente, início de dor de cabeça monótona e um sentimento de culpa, dores, boca seca, nevralgias, aperto no peito e dificuldades de deglutição (às vezes, uma queixa pode se tornar dominante).

Para Teles (1999), por detrás da depressão, sempre costuma haver um superego bastante severo, a pessoa é muito exigente consigo própria. Períodos de melhoria e piora são comuns, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho quando durante alguns dias o paciente sente-se bem.

Diferentes tipos de Depressão

Há vários tipos de depressões. Há a depressão grave, a crônica, a involutiva, a cíclica, a bifásica ou bipolar, alternada com crise de mania (euforia exagerada e sem causa), o desvio funcional depressivo, a depressão vital e a depressão anaclítica.

Segundo o Manual CID-10 Transtornos Mentais e Comportamentais basicamente existem vários tipos de depressão, sendo dividida em 3 categorias sendo a primeira, Transtorno afetivo bipolar:

- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual hipomaníaco.
- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos.
- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual maníaco com sintomas psicóticos.
- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual depressivo leve ou moderado.
- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.
- Transtorno afetivo bipolar; episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos.
- Transtorno afetivo bipolar, atual misto.
- Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão.
- Transtorno afetivo bipolar não especificado.

A segunda categoria dos Episódios Depressivos:

- Episódios depressivos.
- Episódio depressivo leve.
- Episódio depressivo moderado.
- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos.
- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.
- Episódio depressivo não especificado.

E a terceira categoria as dos transtornos de humor (afetivos) persistentes, Ciclotimia e Distimia.

Causas da Depressão

A causa exata da depressão permanece desconhecida. Para Pereira (2000), a explicação mais provavelmente correta é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado do humor. Esta afirmação baseia-se na comprovada eficácia dos antidepressivos. O fato de ser um desequilíbrio bioquímico não exclui tratamentos não farmacológicos. O uso continuado da palavra pode levar a pessoa a obter uma compensação bioquímica. Apesar disso nunca ter sido provado, o contrário também nunca foi.

Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Contudo tais eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão.

Se os reveses da vida causassem depressão, todas às pessoas a eles submetidas estariam deprimidas, e não é isto o que se observa, segundo Pereira (2000), os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis.

Causas e conseqüências

Uma coisa é certa, diante de fatores comumente considerados como desencadeadores, nem todo mundo reage com a depressão, o que nos leva a pensar que deve haver uma predisposição hereditária, um fator genético predisponente para a doença.

Para Teles (1999), considera-se, hoje, como causa principal da depressão, os defeitos nos neurotransmissores do cérebro. No entanto, as

observações mostram também que por trás da depressão sempre está escondido o medo da morte, que é também o medo da própria vida, já que a morte faz parte da vida. A consequência mais séria da depressão é o suicídio. Não se devem desprezar as ameaças de suicídio vindo de uma pessoa deprimida.

Concluindo, pois, fatores sociológicos, pressões psicológicas, impositivas econômicas, distúrbios orgânicos levam ao medo, à hostilidade e à depressão.

As máscaras e os tipos de Depressão

Ela é uma doença orgânica, não o podemos negar. Entretanto, é certo que as suas consequências são maiores na área psíquica ou emocional. Para Teles (1999) a cultura exerce uma grande pressão sobre as pessoas, que acabam se sentindo ameaçadas, pois se exige muito delas e ao mesmo tempo são consideradas apenas como mercadorias produtivas.

Segundo Teles (1999), com relação às máscaras da depressão, é muito comum o deprimido afogar-se no trabalho, no consumismo exagerado etc., procurando sempre esconder de si e dos outros a sua verdadeira ferida a depressão. E por trás da doença está, como já disse um medo inominável, ilimitado e abissal.

Fatores psicanalíticos e psicodinâmicos

Ao tentar compreender a depressão, Sigmund Freud (1915), postulou uma relação entre a perda objetal e a melancolia. Ele sugeriu que a raiva do paciente deprimido é dirigida para seu íntimo, em razão da identificação com o objeto perdido. Freud (1915) acreditava que a introjeção pode ser o único modo para o ego abandonar um objeto, ressaltou a importância de traçar uma comparação entre melancolia e os estados normais de luto. Ele diferenciou a melancolia ou depressão do luto com base no fato de que o paciente deprimido sente profunda auto-depreciação em associação com culpa e auto-reprovação, o que não ocorre com a pessoa enlutada.

O luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto, por conseguinte

respeitamos de que essas pessoas uma disposição patológica (FREUD, 1915).

Freud (1915), traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição da auto-estima. A perturbação da auto-estima esta ausente no luto, fora isso as características são as mesmas.

Na melancolia para Freud também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. Segundo Freud (1915), o objeto talvez não tenha morrido, mas tenha sido percebido enquanto objeto de amor.

No luto, as perdas de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto, no qual Freud diz que, o ego é, absorvido.

Para Freud (1915), na melancolia, a perda desconhecida resultara num trabalho semelhante, e será responsável pela inibição melancólica. O melancólico exhibe uma outra coisa ausente no luto, uma diminuição da auto-estima. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio na melancolia, é o próprio ego.

É no texto de 1915, *Luto e Melancolia*, onde Freud (1915/1917) se dedica especialmente ao problema de melancolia, utilizando o termo para designar um quadro específico psicótico.

Freud mantém-se fiel à terminologia clássica (melancolia) não para designar um quadro distinto, mas por concebê-lo de outra forma. Entende que a transformação em mania, embora freqüente, não é condição necessária para o estabelecimento do quadro e, posto que a psicanálise tenha um alcance terapêutico também para estes casos, Freud se contrapõe à hereditariedade, propondo a etiológica psicogênica.

A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções da diminuição do amor próprio. Esta última traduz-se por auto-recriminações e auto-acusações e que podem, inclusive, chegar a uma espera delirante de castigo.

Esta última característica é o que distingue o quadro da reação normal de luto e, ao mesmo tempo, é a essência do quadro: A dor do melancólico é como a dor do enlutado, com a peculiaridade de que o melancólico não sabe exatamente o que perdeu, mesmo que saiba a quem possa ter perdido (já que freqüentemente a melancolia é desencadeada

pela perda de um ente querido). A dor psíquica, o desinteresse generalizado, bem como a insônia e a falta de apetite, sintomas também descrito por Freud, esclarece-se, assim, à luz do modelo do luto.

Segundo Freud (1915), o luto normal supera a perda de um objeto e também, enquanto persiste, absorve todas as energias do ego.

Aqui, no entanto abandona a explicação puramente mecanicista do luto como perda de libido, propondo uma causalidade psíquica à luz de seus desenvolvimentos teóricos. A partir da noção da perda desconhecida pelo paciente e pela teoria do narcisismo desvela-se a chave do quadro. As auto-recriminações e auto-acusações dirigem-se a um outro que abandonou o sujeito e passa a voltar-se contra o próprio eu, que se identifica por uma regressão narcísica ao objeto perdido.

No trabalho normal do luto, o exame da realidade impõe à libido doloroso trabalho de abandono de todos os ligamentos com o objeto amado perdido, elaboração que só se faz paulatinamente, findando com a liberação da inibição próprio da absorção da libido nesse árduo trabalho e com a possibilidade de deslocamento ao novo objeto. No melancólico, em contrapartida, a libido do objeto uma vez liberado não se desloca a um novo objeto, mas se retrai narcisicamente sobre o eu que se identifica com o objeto perdido. O melancólico se vê assim reduzido à “sombra do objeto que caiu sobre o eu”, e a impossibilidade de o curso do trabalho do luto seguir seu trajeto normal, cristaliza-se numa ferida aberta que não se cicatriza (FREUD, 1915).

Freud lança a hipótese, a partir da teoria da pulsão, da satisfação sádica encontrada no tormento e no sofrimento, quando o sadismo que inicialmente é dirigido a um outro, passa a ser orientado ao próprio sujeito tomado como objeto, que agora se auto-tormenta e auto-castigo.

Uma vez admitida à existência de uma satisfação paradoxal que não responde ao princípio do prazer, mas à satisfação da pulsão da morte, Freud postulará o masoquismo não mais decorrente do retorno do sadismo sobre o próprio sujeito, mas primário, decorrente da pulsão de morte, relevando a posição masoquista original do sujeito (FREUD, 1924/1981).

Situará o superego como a instância crítica que exerce o sadismo sobre o eu que, na melancolia se apresenta como culpável e merecedor dos castigos que lhe são infligidos e atribui à força tirânica e extremamente enérgica do superego da influência da pulsão de morte.

Na melancolia, assim, haveria uma espécie de separação entre Eros e Tanatos e o reinado da morte diante do qual o eu identificado ao objeto, não pode protesta, restando-lhe contra a dor extrema de seu sofrimento, o refúgio maníaco contra o seu tirano ou a própria morte. Na melancolia as ocasiões que dão origem à doença vão em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente (FREUD, 1915).

Feminilidade

Para falar de depressão em mulheres, é essencial ressaltar as especificidades do desenvolvimento da mulher, que tem início na infância. A psicanálise se empenha em indagar como é que a mulher se forma, e como se desenvolve.

Para Freud (1996), para o menino, sua mãe é o primeiro objeto de amor, e assim permanece até o complexo de Édipo e, sua essência por toda vida dele. E para a menina também seu primeiro objeto de amor é a mãe.

Tanto os meninos como as meninas a mãe é o primeiro objeto de amor. Na situação edipiana, porém, a menina tem seu pai objeto amoroso, e espera-se que no curso normal do desenvolvimento ela haverá de passar desse objeto paterno para escolha objetual definitiva (FREUD, 1996).

Em 1996, Freud diz que a fase fálica das meninas, o clitóris é a principal zona erogéna, mas não vai permanecer assim, pois com a mudança para a feminilidade, o clitóris deve ser total ou parcialmente, transferir sua sensibilidade, e ao mesmo tempo tendo sua importância para vagina, seria esta uma das tarefas que a mulher tem que realizar do decorrer do seu desenvolvimento.

O complexo de castração nas meninas também se inicia ao verem elas os genitais do outro sexo, percebem de imediato a diferença, e sentem-se injustiçadas... Tornam-se vítimas da “inveja do pênis”, esta deixara marcas indeléveis em seu desenvolvimento e na formação de seu caráter. (FREUD, 1996).

Seu amor que era dirigido à mãe fálica, mas com a descoberta que ela é castrada, a menina abandona como objeto, e os sentimentos de hostilidade assumem a situação.

Para Freud (1996), o desejo que leva a menina a voltar-se para o pai, é sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter do pai. Com a transferência, para o pai do desejo de um pênis-bebê, a menina inicia a situação do complexo de Édipo.

Para as meninas, a situação edipiana é o resultado de uma evolução longa e difícil, é uma espécie de solução preliminar, pois o início do período da latência está muito distante (FREUD, 1996).

O complexo de castração prepara para o complexo de Édipo, em vez de destruí-lo, a menina é forçada a abandonar a ligação com sua mãe através da influência de sua inveja do pênis, e entra na situação edipiana como se esta fora um refúgio. As meninas permanecem nele por tempo indeterminado, e destroem-no tardiamente e de modo incompleto (FREUD, 1996).

Segundo Kusnetzoff (1982), a menina decide pelo abandono do objeto materno, passa a ter como objetivo principal a obtenção de um pênis, a partir do pai, daquilo que a mãe recusou dar-lhe. A menina dirige-se ao pai para ganhar a atenção e admiração dele.

A Menopausa e a Andropausa

A menopausa é a cessação das regras, que se dá, geralmente, entre os 50 e os 55 anos. Segundo Teles (1999), mas há um longo período, cerca de dez anos mais ou menos, que precede e sucede a esse fato e que é chamado de climatério. Todo o período do climatério é marcado por uma série de fenômenos, sendo, talvez, o mais sério, a depressão.

Os hormônios produzidos pelos ovários regulam várias funções na mulher, a elasticidade e tonicidade da pele, o brilho dos cabelos, a lubrificação e a elasticidade da vagina, a sensibilidade geral e, principalmente, do clitóris, a libido (desejo sexual); também estimulam uma região do cérebro responsável pela regulação da temperatura etc.

Com a falência dos ovários e, portanto, a diminuição gradativa de seus hormônios, uma série de fenômenos começa a aparecer, ondas de calor e frio, sudorese, insônia, falta de apetite sexual, impotência orgástica etc. Uma coisa é certa, quase ninguém escapa da depressão nessa fase (TELES, 1999).

Temos conhecimento de que os hormônios sexuais têm profunda ligação com a serotonina. Podemos assim concluir diante da dificuldade para definir depressão e suas possíveis causas e sintomas que não há uma

definição certa a respeito da depressão, mas sim várias definições, vários sintomas, cada autor os defende de uma maneira diferente.

Diante dos dados apresentados acima e dos dados obtidos dos levantamentos realizados no Hospital Regional do Vale do Ivaí e no Setor de Psicologia de Mandaguari, fica claro que especificamente as mulheres sofrem mais de depressão do que os homens.

Nós temos conhecimento de que fatores sociais também levam indivíduos a profundas depressões. Limitações econômicas, a infelicidade, a frustração e a depressão já se incorporaram de tal forma ao perfil do cidadão comum a ponto de ameaçá-lo naquilo que ele sempre teve como último recurso de vida, a esperança, por eventos estressantes, perda de um ente querido, até mesmo pela cultura.

Qualquer indivíduo pode sofrer de depressão independente da idade, homens, mulheres, desde adolescente, até mulheres já no período da menopausa, pode ser alvo da depressão.

RESULTADOS

De acordo com o levantamento realizado no mês de setembro de 2004 no Hospital Regional do Vale do Ivaí, localizado no Município de Jandaia do Sul-PR apontou que dos 100 pacientes que sofrem de depressão e são atendidos pelo hospital 64 são do sexo feminino e 36 são do sexo masculino. No setor de Psicologia localizado no Município de Mandaguari o levantamento realizado, apontou que dos 17 pacientes que sofrem de depressão e são atendidos pelo setor 13 são do sexo feminino e 4 pacientes são do sexo masculino.

Foram entrevistados quatro profissionais da saúde sendo estes do Hospital Regional do Vale do Ivaí e do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Maringá, no qual foram realizadas questões exploratórias e semi-dirigidas com duas psicólogas, um psiquiatra e um clínico geral.

Pode-se perceber que em algumas respostas dos mesmos houve unanimidade em suas opiniões como também há questões em que não ocorreu essa unanimidade.

Numa questão todos concordam que o índice de depressão é maior em mulheres, com relação à questão em que o índice de depressão aumenta em relação à faixa etária da mulher; o clínico geral e uma psicóloga disseram que ocorre em função dos hormônios e acúmulos de responsabilidades, já a outra psicóloga não sabe exatamente, e o psiquiatra diz que não.

Com exceção de uma das psicólogas que diz não ter certeza que as mulheres que atingem a menopausa tendem a entrar em depressão todos os outros profissionais concordam que são comuns as mulheres entrarem em depressão.

Em relação aos sintomas apresentados pelas mulheres com depressão todos estão unânimes que os mais freqüentes são o choro, insônia ou sonolência, agitação psicomotora, perturbação no apetite, dores no corpo, tristeza, desânimo, irritabilidade, idéias negativas, insatisfação pessoal, auto-estima rebaixada, tendência ao isolamento.

Todos concordam em que as queixas mais comuns apresentadas por essas pacientes no início da depressão são a tristeza ou irritação, angústia sono, pensamentos negativos sobre si, humor deprimido, indisposição para realizar atividades, falta de paciência com filhos e marido.

Com exceção de uma psicóloga que diz não haver dificuldades nos pacientes na aceitação do diagnóstico de depressão, pois são os pacientes que procuram ajuda, os outros profissionais dizem haver dificuldades de aceitação pelas pacientes.

Todos concordam que há maioria das pacientes com depressão fazem uso de medicamento, ansiolíticos ou antidepressivos.

Na questão e que perguntamos se é comum as pacientes confundirem tristeza com depressão, uma das psicólogas e o clínico geral relatam que não é comum, já a outra psicóloga e o psiquiatra concordam que é comum.

Com relação a como essas pacientes com depressão chegam até esses profissionais para receber atendimento, são encaminhados por outro profissional, uma das psicólogas e o clínico geral relatam que não são encaminhados por ninguém vem por iniciativa própria ou por doenças psicossomáticas.

Foi perguntado a esses profissionais os que levam em consideração para fazer um encaminhamento das pacientes para outros profissionais, e com exceção do psiquiatra que relata dificilmente ele encaminha, todos os outros concordam que levam em consideração a necessidade de aplacar e amenizar os sintomas o que possibilita uma melhora significativa no quadro, auxiliando a paciente, a dificuldade de organizar pensamentos, a estruturação da personalidade da paciente e se a patologia esta afetando sua vida profissional ou com idéias suicidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à depressão e suas possíveis causas não houve uma resposta unânime, os teóricos entre eles não chegaram ainda a uma definição correta e precisa, podendo dizer que cada um deles define e atribuem à depressão a uma causa podendo ser fatores psicossociais, genéticos, biológicos, estudos familiares, fatores psicodinâmicos e o desenvolvimento psicodinâmico feminino. Sendo assim não chegaram a uma conclusão do que exatamente causa a depressão e sua definição.

Podemos afirmar que há uma diferença entre tristeza (normal) e depressão (patológica), e que a depressão ou transtorno de humor é classificado em vários níveis e categorias. Na tristeza não há baixa auto-estima, o mundo é que parece não ter sentido, já na depressão o indivíduo que se sente vazio e acha que não tem sentido em sua própria existência.

Diante das pesquisas bibliográficas, do levantamento de dados e aplicação dos questionários semi-dirigidos aos profissionais da saúde, pode-se concluir que obtivemos êxito ao expor os sintomas da depressão, tanto às respostas obtidas através dos questionários estão de acordo com os autores que descrevem sobre a sintomatologia da depressão, e que há realmente um índice maior de depressão em mulheres do que em homens.

REFERÊNCIAS

TELES, M. L. S. **O que é depressão.** São Paulo: Brasiliense. Coleção Primeiros Passos, 1999.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J; JACK. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7. ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LAWRENCE, C.; KOLB, M. D. **Psiquiatria clínica.** 9. ed. Trad: Sônia Regina Pacheco Alves. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

FREUD, Sigmund 1856-1939. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.XIV Edição Standard Brasileira/ Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud;** traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Manual **CID-10** Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99).

FREUD, S. Conferência XXXIII Feminilidade. 1996.

KUSNETZOFF, J.C. Introdução à psicopatologia psicanalítica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

