

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ÁLVARO FERNANDO POLISSENI

**SÍNDROMES DEPRESSIVA E ANSIOSA EM MULHERES
CLIMATÉRICAS**

**JUIZ DE FORA
2008**

ÁLVARO FERNANDO POLISSENI

SÍNDROMES DEPRESSIVA E ANSIOSA EM MULHERES CLIMATÉRICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde: área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Martha de Oliveira Guerra

Co-orientador: Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo

JUIZ DE FORA
2008

Polisseni, Álvaro Fernando

Síndromes depressiva e ansiosa em mulheres climatéricas /
Álvaro Fernando Polisseni - 2008.
89 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde)-Universidade Federal de
Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

1. Climatério. 2. Depressão. 3. Ansiedade. II. Título.

CDU 612.67

ÁLVARO FERNANDO POLISSENI

SÍNDROMES DEPRESSIVA E ANSIOSA EM MULHERES CLIMATÉRICAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde: área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde.

Aprovado em 24/10/08

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Martha de Oliveira Guerra (Orientador)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo (Co-orientador)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Tânus Jorge Nagem
Universidade Federal de Ouro Preto

Aos meus pais, Álvaro e Orita (in memoriam), que me ensinaram a lutar e ter perseverança para atingir objetivos.

À Márcia, companheira de todas as horas, que sempre esteve ao meu lado e nunca mediu esforços no apoio a esta caminhada.

Às minhas filhas, Fernanda, Renata e Juliana, que me incentivaram e muito me ajudaram nos momentos de dificuldade.

Aos meus genros Antônio, Flávio e Guilherme, que me motivaram.

Aos meus netos Lucas, Letícia e Bernardo, que com seus sorrisos me mostraram que não existe idade para ser feliz.

Aos meus irmãos, que torceram pelo meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho e, em especial, a:

Centro de Biologia da Reprodução e Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, por propiciar a estrutura para o desenvolvimento do trabalho.

Professora Dra. Vera Maria Peters, diretora do Centro de Biologia da Reprodução, pelo carinho e confiança que depositou em mim.

Professor Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli, diretor da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo apoio e incentivo.

Professora Dra. Martha de Oliveira Guerra, pesquisadora do Centro de Biologia da Reprodução, minha orientadora e amiga, pela paciência, disponibilidade e competência com que orientou cada etapa da execução deste trabalho.

Professor Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo, diretor do Centro de Assistência a Saúde/Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAS/HU-UFJF), meu co-orientador, pelo incentivo, apoio e carinho.

Professor Dr. Carlos Alberto Mourão Junior, pelo esmero na realização do estudo estatístico e na análise dos resultados obtidos no trabalho.

Professor Dr. Marcus Gomes Bastos, coordenador do curso de Pós-Graduação, pelo entusiasmo e dedicação.

Professora Dra. Darcília Maria Nagem da Costa, coordenadora adjunta e de ensino do Programa de Pós-Graduação em Saúde, pela dedicação e disponibilidade.

Professor Dr. Ricardo Bastos, pela correção e versão do Abstract.

Professor Mario Roberto Zaghari, pela correção ortográfica.

Professora Dra. Ângela Gollner, pela orientação na elaboração do projeto inicial, submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos pesquisadores e todos os funcionários do Centro de Biologia da Reprodução, pelo apoio e enriquecedor convívio do dia-a-dia.

A minha filha Juliana, Sônia, Roberto, Rafael, Eduardo, Elaine e Didier, colegas do curso de Pós-Graduação, pelo companheirismo e apoio indispensável.

À Vânia Pinheiro de Sousa, pelo reconhecimento de sua disponibilidade e alegria em ajudar na formatação e correção das referências.

À Tatiana e Silmara, que muito me ajudaram no ambulatório de climatério, durante a coleta de dados.

RESUMO

Os sintomas psicológicos apresentados pela mulher, na fase de climatério, vêm sendo estudados desde o século XIX, dando-se destaque para a presença de sintomas depressivos e ansiosos. A expectativa de vida vem aumentando e é possível dizer que elas viverão um terço de sua vida após a menopausa. A saúde mental e a qualidade de vida merecem especial atenção para que elas possam viver de maneira tão saudável quanto possível a fase do climatério. Para entender um pouco mais a dinâmica entre sintomas depressivos, ansiosos e contexto biopsicossocial dessas mulheres, propusemo-nos a realizar este estudo. Ele teve como objetivos determinar a prevalência das síndromes depressiva e ansiosa nas fases do climatério e os prováveis fatores responsáveis por sua ocorrência. Foram selecionadas 93 mulheres com idade entre 40 e 65 anos que freqüentaram o ambulatório de climatério do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período de maio de 2006 a agosto de 2007. Os critérios de exclusão utilizados foram as pacientes em uso de terapia hormonal oral, transdérmica ou vaginal nos últimos três meses, hormonioterapia por implantes, DIUs e injetáveis de depósito nos últimos seis meses, endocrinopatias que levassem a irregularidades menstruais, hepatopatias, coagulopatias, drogas que interferissem no ciclo menstrual, uso de ansiolíticos e antidepressivos, histerectomizadas, ooforectomizadas, portadoras de câncer e de enfermidades psiquiátricas, pacientes submetidas à radio e/ou quimioterapia. Foram aplicados quatro questionários durante a entrevista: Anamnese contendo dados sócio-demográficos, informações clínicas e hábitos de vida; Índice Menopausal de Blatt-Kupperman; Sub-escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS-A) e Inventário de Depressão de Beck. Foram realizadas as análises descritivas e de correlação entre as variáveis; o teste do Qui-quadrado e de Hosmer-Lemeshow, usando o programa Software Statistica versão 6. Não houve correlação significativa entre a ocorrência das síndromes depressiva ($p=0,12$), ansiosa ($p=0,88$) e as fases do climatério. A média de prevalência da síndrome depressiva entre as pacientes avaliadas foi de 36,8% enquanto que da síndrome ansiosa foi de 53,7%. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento destas síndromes ($p<0,001$). A síndrome depressiva foi mais freqüente em mulheres portadoras de síndrome ansiosa (OR=4,22) e insônia (OR=4,99), sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção (OR=0,27). Os fatores de risco relacionados à síndrome ansiosa foram a presença de síndrome depressiva (OR=6,10) e antecedentes de tensão pré-menstrual (OR=7,08). Concluiu-se que a prevalência das síndromes depressiva e ansiosa é elevada no climatério, sendo possível detectar fatores de risco relacionados a sua ocorrência. Seu diagnóstico, através de instrumentos específicos, seguido de uma abordagem terapêutica adequada, pode melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Palavras-chave: Climatério. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

Psychological symptoms during the climacteric, mainly depression and anxiety, have been studied since the XIX century. Because life expectancy has increased, it is a fact that women can expect to live a third of their lives after menopause. Mental health and quality of life deserve special attention, so that women may lead a healthy life during the climacteric. This study aimed to investigate the interplay of depression and anxiety symptoms and the biopsychosocial context of women during the climacteric. The prevalence of depression and anxiety symptoms was determined, and putative risk factors sought. 93 women aged between 40 and 65 years, attending the climacteric outpatient unit of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, MG, Brazil (HU/UFJF), were studied during the period from May 2006 through August 2007. Exclusion criteria were: use of hormonal replacement therapy, hormone implants, intra-uterine devices and depot injectable hormones in the previous six months; endocrine disease leading to irregular menses; liver disease; coagulation disorders; drugs interfering with the menstrual cycle; use of drugs to treat anxiety or antidepressants; hysterectomy; oophorectomy; cancer; psychiatric disorders; radiotherapy or chemotherapy. Four questionnaires were applied: Interview, highlighting sociodemographic features, clinical information and life habits; the Blatt-Kupperman menopausal Index (BKMI); the anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A); and the Beck inventory for depression. A descriptive analysis was performed, and the Statistica Software program (version 6) was used to investigate correlations between the variables, with the chi-square and Hosmer-Lemeshow tests. There was no correlation of depression ($p=0.12$) and anxiety ($p=0.88$) with the phases of the climacteric. The mean frequency of depression was 36.8% and of anxiety was 53.7%. There was significant relationship between moderate-intensity climacteric symptoms and anxiety/depression ($p<0.001$). Depression was more frequent in those with anxiety (OR=4.22) and insomnia (OR=4.99), having a paid job being found protective (OR=0.27). Risk factors for anxiety were present depression (OR=6.10) and previous premenstrual tension (OR=7.08). The frequency of depression and anxiety is high in the climacteric, risk factors for their development being recognizable. Diagnosis of depression and anxiety (through specific instruments) and their adequate management may improve the quality of life of women in the climacteric.

Key-words: Climacteric. Depression. Anxiety.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1	Climatério	12
2.1.1	O Ovário no Climatério	13
2.1.2	Conseqüências do Hipoestrogenismo	14
2.1.3	Conduta Geral no Climatério	15
2.2	Depressão	16
2.2.1	Histórico	16
2.2.2	Epidemiologia	17
2.2.3	Etiologia	17
2.2.4	Classificação	18
2.2.5	Diagnóstico	19
2.3	Ansiedade	20
2.3.1	Histórico	20
2.3.2	Epidemiologia	21
2.3.3	Classificação	22
2.3.4	Diagnóstico	23
2.4	Correlação entre ansiedade e depressão	23
2.5	Síndromes depressiva e ansiosa no climatério	25
2.5.1	Fatores de risco	26
2.5.2	Fatores endócrinos	27
2.5.3	Fatores ambientais	28
3	HIPÓTESE	31
4	OBJETIVOS	32
5	PACIENTES E MÉTODOS	33

5.1 Pacientes	33
5.1.1 Critérios de exclusão	33
5.2 Métodos	33
5.2.1 Identificação e contexto da mulher climatérica	34
5.2.2 Avaliação dos sintomas climatéricos	34
5.2.3 Avaliação do estado psicológico.....	35
5.3 Procedimentos na coleta de dados	37
5.4 Aspectos éticos	38
5.5 Análise estatística	38
6 RESULTADOS	39
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	47
Anexo A	48
Anexo B	49
Anexo C	50

1 INTRODUÇÃO

O climatério representa um problema de saúde pública, relativamente recente, pela sua magnitude e pelas repercussões sociais que produz e que surgiu conseqüente ao aumento da expectativa de vida ocorrida mundialmente. Nos países desenvolvidos, 30% da população está representada por mulheres climatéricas. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, cerca de 24 milhões de mulheres estão com mais de 40 anos. No Brasil, sendo esta perspectiva de vida em torno dos 72,4 anos, um terço da vida destas mulheres serão vividas no climatério, predominantemente na fase de deficiência estrogênica (MACHADO, 2000; CAMARGOS et al., 2008). As melhores condições de saúde, assim como o avanço tecnológico da medicina, permitiram este envelhecimento populacional. O climatério representa a transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo. Inicia-se aos 40 anos e termina aos 65 anos. Dentro deste espaço de tempo, ocorre a menopausa, que corresponde a última menstruação fisiológica da mulher, aproximadamente em torno dos 50 anos (FERNANDES, 2003; CAMARGOS et al., 2008).

Como conseqüência do hipoestrogenismo que se instala, surgem sintomas vasomotores, atrofia vaginal, disfunções sexuais, sintomas urinários, além de aumento de risco para doença cardiovascular e osteoporose. Fatores biopsicossociais podem determinar a ocorrência de manifestações psíquicas, exteriorizadas por irritabilidade, nervosismo, depressão e ansiedade (MARINHO, 2000; FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

Estima-se que 33% das mulheres sofrerão, pelo menos, um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9% no climatério. Nessa época, alguns fatores são responsáveis pelo surgimento desta patologia como o medo de envelhecer, antecedentes de quadro depressivo, sentimento de inutilidade, e carência afetiva (SUAL; NORMANDIA; RODRIGUES, 2005). As complicações de um episódio depressivo maior, além do risco de suicídio são as dificuldades sociais, matrimoniais, profissionais, tendo como conseqüência a redução da qualidade de vida (STOPPE JUNIOR, 2006). O custo econômico das Síndromes Depressiva e

Ansiosa (SDA) para a sociedade é considerável, sendo comparável àquele de outras doenças importantes tais como as coronariopatias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2001).

Sabendo da alta prevalência de mulheres brasileiras que se encontram no climatério e a repercussão dos quadros depressivos e ansiosos na qualidade de vida das mesmas, é papel do médico utilizar seus conhecimentos a respeito da doença, para fazer sua prevenção e diagnóstico, podendo desta maneira, auxiliar no tratamento ou encaminhamento para profissionais especializados.

As repercussões sociais que as síndromes determinam, acrescidas do aumento da morbi-mortalidade, fazem com que seu estudo seja extremamente importante e prioritário, entre as outras patologias que ocorrem neste período de vida.

Na literatura pesquisada, foram encontrados poucos trabalhos que abordem a prevalência e os fatores de risco para a ocorrência dos quadros de ansiedade e depressão no climatério.

Partindo do pressuposto de que as alterações hormonais que ocorrem nesta fase, acrescidas de fatores biopsicossociais presentes, sejam os responsáveis pela eclosão desta patologia, objetivou-se, nesta pesquisa, determinar, em mulheres climatéricas, a fase de maior prevalência da síndrome, assim como os fatores relacionados pela sua ocorrência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Climatério

As mulheres viviam em média 25 anos à época do Império Romano, não chegavam à menopausa na idade Média, morrendo como vítima de epidemias ou complicações obstétricas. No século XVI, a vida média feminina era de 30 anos, sendo que a mortalidade estava relacionada principalmente com doenças infecciosas (MEDEIROS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2003). No início do século XX, a vida média da mulher, nos Estados Unidos, era de 50 anos. Como a expectativa de vida vem aumentando, sendo que, no Brasil, para as mulheres, atualmente está em torno de 73 anos, é possível admitir que elas viverão um terço de suas vidas em estado de deficiência estrogênica (LAMBERTS; VAN DEN BELD; VAN DER LELY, 1997; MACHADO, 2000; CAMARGOS et al., 2008). Esse envelhecimento é conseqüente da melhoria nas condições de saúde e da aplicação da moderna tecnologia na área da medicina. Conforme dados do censo de 2000 do IBGE, as mulheres com mais de 40 anos representam um grupo de 23,7 milhões de pessoas, 28% do universo feminino ou 15% da população brasileira.

A palavra climatério origina-se do latim, adaptado do grego “klimaterikos” e significa crise, degrau, escada e era utilizada para designar qualquer época da vida considerada crítica (MELO et al., 2004; CAMARGOS et al., 2008). O climatério corresponde à fase da vida da mulher em que ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), inicia aos 40 anos e termina aos 65 anos.

Menopausa é palavra derivada do latim (men=mês e pausis=pausa) e tem como significado a última menstruação. Ela é apenas um momento marcante do climatério. Seu diagnóstico clínico é feito de maneira retrospectiva, isto é, quando a amenorréia atinge um período de 12 ou mais meses (MELO et al, 2004; SCLOWITZ; SANTOS; SILVEIRA, 2005; CAMARGOS et al., 2008). Ocorre em média, entre os 48 e 51 anos, sendo, em nosso meio, em torno dos 51 anos. É denominada falência ovariana prematura, quando ocorre antes dos 40 anos e menopausa tardia

após os 55 anos (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004; MELO et al., 2004; CAMARGOS et al., 2008).

Em 1999, a Sociedade Internacional de Menopausa dividiu o climatério em três fases: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa inicia aos 40 anos e se caracteriza por ciclos menstruais regulares. A perimenopausa inicia com o aparecimento das irregularidades menstruais (ciclos de menos de 21 dias e mais de 35 dias) e se prolonga até um ano após a menopausa. A pós-menopausa inicia com a menopausa e faz limite com a senilidade, em torno dos 65 anos (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004). Muitas mulheres passam pelo climatério, assintomáticas. Outras exibem sintomatologia variada, com predominância dos sintomas vasomotores (fogachos), que caracterizam a denominada síndrome climatérica. O significado psicológico da menopausa é representado pela perda da fertilidade e da feminilidade (MORIHISA; SCIVOLETTO, 2001; CAMARGOS et al., 2008).

2.1.1 O Ovário no Climatério

Em torno da 20ª semana de vida embrionária, os folículos ovarianos com oócitos no seu interior (folículos primordiais) estão em número de oito milhões.

A partir desta época e independente de qualquer ação hormonal, por um processo denominado atresia, ocorre uma drástica redução de seu número de tal maneira que, no momento do nascimento, estas estruturas estarão reduzidas a 1,5 milhão e, no início da puberdade, em torno de 400.000. Destes, 99,9% sofrerão atresia e desaparecerão, enquanto 0,1% desenvolverá até a ovulação (CAMARGOS et al., 2008). Aos 45 anos, a mulher tem em torno de 10 mil folículos. Segundo Marinho (2000), em decorrência desta redução de folículos, ocorre diminuição dos níveis de estradiol e inibina, produzidas nas células da camada granulosa. Como a inibina é um inibidor do hormônio folículo estimulante (FSH), sua redução tem como consequência o aumento deste hormônio. Há o encurtamento da fase folicular com o aparecimento de ciclos menstruais mais curtos. A diminuição mais acentuada da síntese de estrogênio leva, então, a falhas na indução do pico do hormônio luteinizante (LH), com aparecimento de ciclos longos, oligo ou amenorréicos,

conseqüente à anovulação que se instala (SPEROFF; GLASS; KASE, 1989; MACHADO, 2000; PEREIRA FILHO et al., 2003).

A exaustão folicular vai determinar o aparecimento da menopausa. Na pós-menopausa, em conseqüência da ação do hormônio luteinizante (LH) sobre o estroma ovariano, ocorre aumento da produção de androstenediona e testosterona. Estes hormônios, acrescidos daqueles produzidos pela supra-renal, vão sofrer em nível periférico (tecido adiposo), por ação de uma aromatase, transformação em estrona que é o hormônio dominante da mulher na pós-menopausa (SPEROFF; GLASS; KASE, 1989; FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004; CAMARGOS et al., 2008).

2.1.2 Conseqüências do Hipoestrogenismo

A sintomatologia climatérica será a resultante do entrelaçamento das repercussões do hipoestrogenismo com o contexto sociocultural. Em países orientais, onde as mulheres pós-menopausadas passam a ter regalias e aumentam o seu "status", elas não apresentam sintomas climatéricos (Japão, casta Rajput da Índia, Micronésia, Bali, Etiópia, e outros). O mesmo foi verificado entre as índias da cultura maia. Ao contrário, nas sociedades ocidentais, onde a beleza, a juventude e a força física são extremamente valorizadas, torna-se alta a prevalência de sintomas climatéricos (ALMEIDA, 2003). A diminuição estrogênica pode trazer conseqüências a curto, médio e longo prazo. A curto prazo aparecem os sintomas neurovegetativos ou vasomotores, como ondas de calor, sudorese, palpitações, parestesias, cefaléia, insônia e vertigens; os neuropsíquicos, caracterizados por labilidade emocional, irritabilidade, nervosismo, depressão, diminuição da libido, falta de concentração, perda de confiança e dificuldade de tomar decisões (MEDEIROS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2003; GALLICCHIO et al., 2007). A médio prazo, os sintomas mais freqüentes referem-se à atrofia urogenital: dispareunia, ressecamento vaginal, sangramento vaginal durante as relações sexuais, corrimento, infecções urinárias, incontinência urinária e síndrome uretral. As complicações a longo prazo seriam a osteoporose e as doenças cardiovasculares (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004; GALLICCHIO et al., 2007).

Para Pereira Filho et al, (2003), os sintomas vasomotores constituem as manifestações mais freqüentes da síndrome climatérica, representados principalmente pelos fogachos ou ondas de calor, que causam vermelhidão súbita sobre a face e tronco, acompanhados por sensação intensa de calor no corpo e por transpiração.

Podem aparecer a qualquer hora e, conforme Scowitz, Santos e Silveira (2005), muitas vezes são tão desagradáveis que chegam a interferir nas atividades do dia a dia.

O diagnóstico da síndrome climatérica é predominantemente clínico, baseado na faixa etária e sintomas específicos (FERNANDES; PEREIRA FILHO et al., 1995; CAMARGOS et al., 2008).

2.1.3 Conduta Geral no Climatério

O atendimento global a mulheres no climatério objetiva o alívio dos sintomas com melhoria da qualidade de vida e os aspectos de prevenção. Os últimos englobam a identificação das doenças clínicas e o rastreamento do câncer. Entre as doenças clínicas, dá-se enfoque particularizado, pela alta morbidade e mortalidade, às doenças cardiovasculares e osteoporose (ALMEIDA, 2003; MELO et al., 2004; CAMARGOS et al., 2008).

As mulheres climatéricas deverão ser orientadas em relação à necessidade de uma dieta, para controle de peso, proteção cardiovascular e óssea, atividade física e uso da terapia hormonal (TH), quando indicada.

Os exercícios físicos praticados de maneira regular ajudam a combater a obesidade, a hipertensão arterial, a coronariopatia isquêmica, a ansiedade, e a depressão.

A caminhada constitui excelente exercício, principalmente para os ossos dos membros inferiores e da coluna vertebral.

A TH é indicada para correção da disfunção menstrual na perimenopausa, alívio dos sintomas climatéricos, prevenção e terapêutica da atrofia urogenital,

prevenção das alterações atróficas da pele, melhora da sexualidade, prevenção e tratamento da osteoporose (MELO et al., 2004).

2.2 Depressão

2.2.1 Histórico

Desde a antiguidade, o que hoje é denominado “transtornos de humor”, intriga os estudiosos. Na Bíblia, no Antigo Testamento, encontram-se descrições do que é chamado de depressão, quando é descrita a história do rei Saul, e na Ilíada de Homero, onde descreve o suicídio de Ájax. Hipócrates (460-375 a.C) descreve a melancolia como uma tristeza mórbida e profunda que era involuntária ao paciente e que, às vezes, podia se alternar com quadros de exaltação de humor. Cerca de 400 anos a.C. Hipócrates usou os termos “mania” e “melancolia” para distúrbios mentais. As obras de Hipócrates foram conhecidas no mundo ocidental pelas versões latinas; surgiu, então, a tradução de-*premele* (pressionar para baixo) para o termo melancolia. Aulus Cornelius Celsus, no ano 30 d.C. descreveu a melancolia em seu trabalho “De re medicina” como uma depressão causada pela bile negra. Outros autores médicos como Arateus (120-180 d.C.), Galeno (129-199 d.C.) e Alexandre de Tralles, no século XVI, continuaram usando o termo. O médico judeu, Moses Maimonides, que viveu no século XII, considerava a melancolia como uma doença distinta. Bobet descreveu um quadro psiquiátrico, em 1882, que denominou de maníaco-melancholicus e Jules Falret, em 1854, relatou uma condição que denominou de folie circulaire, na qual a paciente intercalava períodos de depressão e mania. Na mesma época, o psiquiatra francês Jules Baillarger descreveu o quadro que chamou de folie à doublé forme, no qual as pacientes apresentavam um quadro de depressão profunda e dificilmente recuperavam sua saúde mental. Em 1882, a mania e a depressão foram consideradas estágios da mesma doença pelo psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, que as denominou de “ciclotimia”. Nas últimas décadas, a depressão vem recebendo atenção crescente, por ser uma doença grave, incapacitante, de custo elevado, e de grande sofrimento para a paciente e seus familiares (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). A OMS relata que a depressão é a

quarta causa mundial de incapacitação social e o principal problema de saúde pública (OMS, 2001; STOPPE JUNIOR, 2006).

A palavra depressão pode significar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença (MORIHISA; SCIVOLETO, 2001; BALLONE, 2005; STOPPE JUNIOR, 2006). No Código Internacional de Doenças - CID 10 (1997), a depressão é descrita como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade.

2.2.2 Epidemiologia

De acordo com levantamentos epidemiológicos multicêntricos, a prevalência dos transtornos de humor ao longo da vida é de 17,1% nos Estados Unidos e de 15,5% no Brasil. Para a OMS (2001), a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde foi de 10,4%, isoladamente ou associada a um ou mais transtornos físicos. Tendo como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM - IV) como sistema diagnóstico, estudo realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre evidenciou prevalência de depressão, nestas cidades, de 1,5%, 1,3% e 6,7%, respectivamente. Mulheres possuem um risco duas vezes maior do que os homens de apresentar um transtorno depressivo (MORIHISA; SCIVOLETO, 2001; MORENO; SOARES, 2003; BALLONE, 2005; SUAL; NORMANDIA; RODRIGUES, 2005).

2.2.3 Etiologia

A etiologia da depressão é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, neurológicos e psicossociais. Os fatores biológicos estariam representados pela genética do indivíduo, os neurológicos relacionados com neurotransmissores cerebrais e os biopsicossociais ao ambiente onde o indivíduo vive, que pode servir como gatilho no desencadeamento do quadro depressivo (BALLONE, 2005).

Lima, Sougey e Vallada Filho (2004) encontraram evidências da base genética das doenças afetivas, entre elas a depressão, apesar de não terem

identificado com clareza, nenhum gene responsável. O fator genético tem sido valorizado pelo fato de haver predisposição em certas pessoas, mais do que em outras, na sua ocorrência. Por outro lado, mais de 60% de indivíduos, que fizeram tratamento de depressão têm história de depressão em outros membros da família. Estudos genéticos com gêmeos evidenciam esta predisposição, principalmente a depressão bipolar (MORENO; SOARES, 2003).

A depressão está associada com alterações na química cerebral. O desequilíbrio e as mudanças no funcionamento de neurotransmissores, principalmente a serotonina, norepinefrina, dopamina, GABA e neuropeptídeos como somatostatina, vasopressina e opióides endógenos, são responsabilizados pela sua ocorrência. As alterações do sistema de neurotransmissores podem ocorrer como consequência de mudanças no número e/ou sensibilidade dos mesmos.

Fatores biopsicossociais como separação, morte de ente querido, saída de filhos (síndrome do ninho vazio), desemprego entre outros, podem funcionar como gatilho no desencadeamento de um quadro depressivo (BALLONE, 2005; SUAL; NORMANDIA; RODRIGUES, 2005).

Doenças neurológicas como Parkinson, Alzheimer, epilepsia e tumores cerebrais, agentes farmacológicos como anti-hipertensivos e analgésicos, endocrinopatias, como diabetes e hipotireoidismo, podem produzir sintomas de depressão (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; BALLONE, 2005).

2.2.4 Classificação

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – IV, os transtornos depressivos participam da categoria dos transtornos do humor e podem ser divididos em depressão unipolar e bipolar.

Os principais transtornos depressivos são a depressão maior, a distímia e quadros depressivos causados por doenças e medicamentos (CID 10, 1997; BALLONE, 2005; STOPPE JUNIOR, 2006). A depressão que ocorre no transtorno bipolar (depressão bipolar) é clinicamente indistinguível da depressão unipolar. O diagnóstico diferencial é feito por dados da anamnese ou ao longo da evolução de

um transtorno depressivo, pela ocorrência de um episódio de elevação do humor, o que modifica o diagnóstico para transtorno bipolar.

A distímia se diferencia da depressão maior, pela duração e gravidade. Caracteriza-se por ser uma síndrome depressiva leve ou moderada, crônica, com duração média de dois anos, sem que os sintomas desapareçam por um período maior do que dois meses, causando muito incômodo e prejudicando a qualidade de vida. Dos sintomas característicos, pelo menos dois estão presentes: pouco apetite ou fome excessiva, insônia ou excesso de sono, pouca energia, baixa auto-estima, dificuldade em se concentrar ou tomar decisões e sentimentos de desesperança (MORENO; SOARES, 2003; BALLONE, 2005).

A depressão maior consiste em um ou mais episódios depressivos maiores, bem definidos, que podem ser diferenciados do humor habitual de uma pessoa (STOPPE JUNIOR, 2006).

2.2.5 Diagnóstico

O diagnóstico de depressão maior para o DSM – IV, se dá com a presença de cinco ou mais dos sintomas abaixo citados, durante o período de duas ou mais semanas. A alteração tem por base o humor anterior, sendo que pelo menos um dos sintomas (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer deve estar presente:

- Humor deprimido, na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (sentir-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (chora muito).
- Interesse ou prazer, acentuadamente diminuído, por todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias, evidenciado por relato subjetivo ou observação feita por outros.
- Perda ou ganho excessivo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal ao mês), diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

- Agito ou retardo psicomotor quase todos os dias (observados por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não apenas auto-recriminação ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída de pensar, concentrar ou tomar decisões, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- Pensamentos sobre morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Os sintomas básicos, presentes nos quadros depressivos, estão representados pela tríade auto-estima baixa, apatia com desinteresse generalizado e anedonia, ou seja, perda de prazer por todas as coisas (BALLONE, 2005). Outros sintomas da depressão são, de acordo com Moreno e Soares (2003): diminuição da capacidade de concentração, fadiga após pequeno esforço, perda da autoconfiança, sentimentos de culpa, além de sintomas somáticos como despertar precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, perda do apetite, peso e libido.

O diagnóstico de depressão é essencialmente clínico, não havendo, no momento, marcadores biológicos específicos (STOPPE JUNIOR, 2006).

2.3 Ansiedade

2.3.1 Histórico

A ansiedade é provavelmente a mais comum das emoções, fazendo parte da vida humana. É uma emoção desagradável, desencadeada pela expectativa de perigo ou frustração que ameaça a segurança ou a própria vida do indivíduo ou do grupo biossocial a que ele pertence (CAVALCANTE, 2006). Segundo Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade é um estado emocional com componentes

psicológicos e fisiológicos que faz parte da vivência normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho, estando presente nas mudanças e nas novas experiências dos indivíduos. A ansiedade normal faz parte da experiência de vida e, quando de pequena intensidade, útil, pois aumenta a capacidade de realização do indivíduo, motivando-o para trabalhar e atingir seus objetivos.

A ansiedade patológica, também denominada Transtorno de Ansiedade (TA), se caracteriza pela ocorrência da emoção ansiosa com maior frequência, intensidade e duração a ponto de interferir no bem-estar e no rendimento do indivíduo (DALGALARRONDO, 2000). A ansiedade patológica pode se manifestar como crise, de forma brusca e em forma de episódios (ataque de pânico), de forma persistente e contínua sem que ocorra crise (ansiedade generalizada) e como consequência de uma situação traumática (estresse pós-traumático). Assim, a ansiedade pode ser considerada normal ou patológica, leve ou grave, benéfica ou prejudicial, episódica ou persistente, de causa física e psicológica e pode ocorrer sozinha ou associada a outro transtorno psiquiátrico (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Os TA são responsáveis por considerável morbidade e mudança na qualidade de vida dos pacientes afetados, além de tenderem a ser crônicos e às vezes serem tão incapacitantes quanto as doenças somáticas (WITTCHEN; JACOBI, 2005). Os custos econômicos destes transtornos incluem cuidados psiquiátricos, não psiquiátricos e de emergência, hospitalizações, redução da produtividade e suicídio (LEPINE, 2002).

2.3.2 Epidemiologia

Os TA têm uma prevalência de 2 a 5% da população e em 7-16% dos pacientes psiquiátricos. Dos pacientes atendidos em consultórios médicos, 25% apresentam sintomas de ansiedade, segundo dados da OMS (2001). São os mais frequentes dos distúrbios psiquiátricos na população geral, ainda que menos de 30% dos indivíduos que sofram desta patologia procurem tratamento específico (LEPINE, 2002). Eles são duas vezes mais frequentes em mulheres do que nos homens e predominam na faixa etária entre 25 a 45 anos, nos grupos sócio-econômicos

inferiores, pessoas separadas ou divorciadas, e em certas condições médicas e psiquiátricas, sendo um dos componentes das doenças depressivas (ALONSO, 2004; LIEB; BECKER, 2005).

A etiologia da ansiedade pode ser explicada pelas teorias psicológicas e biológicas. Entre as teorias biológicas estão as que enfocam o papel do sistema nervoso autônomo, dos neurotransmissores, as modificações anatomofuncionais de certas áreas do cérebro e da causalidade genética. As teorias relacionadas com a ação dos neurotransmissores enfatizam a redução da noradrenalina, e o aumento da liberação de serotonina e do ácido gama-aminobutírico (GABA) como responsáveis pela ocorrência da ansiedade (CAVALCANTE, 2006). Os estudos genéticos confirmam o componente hereditário no desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, havendo uma predisposição familiar (BALLONE, 2005).

2.3.3 Classificação

De acordo com o DSM - IV os transtornos de ansiedade são classificados em:

1. Ataque de pânico
2. Agorafobia
3. Transtorno de pânico sem agorafobia
4. Transtorno de pânico com agorafobia
5. Agorafobia sem história de transtorno de pânico
6. Fobia específica
7. Fobia social
8. Transtorno obsessivo-compulsivo
9. Transtorno de estresse pós-traumático
10. Transtorno de estresse agudo
11. Transtorno de ansiedade generalizada
12. Transtorno de ansiedade devido a uma condição médica
13. Transtorno de ansiedade induzido por uma substância
14. Transtorno de ansiedade sem outra especificação

2.3.4 Diagnóstico

O diagnóstico da Síndrome Ansiosa (SA) é eminentemente clínico. Existem várias escalas de avaliação de sintomas ansiosos que são utilizadas em pesquisas clínicas, entretanto, não há acordo em relação ao grupo de escalas mais indicado para a avaliação sintomatológica em cada transtorno específico (NARDI, 1998).

Entre os sintomas gerais, deve-se observar, no mínimo, seis dos seguintes:

- Tremores ou sensação de fraqueza
- Tensão ou dor muscular
- Inquietação
- Cansaço fácil
- Falta de ar ou sensação de fôlego curto
- Palpitações
- Mãos frias e úmidas, sudorese
- Boca seca
- Vertigens e tonteadas
- Náuseas e diarreia
- Vermelhidão na face ou calafrios
- Polaciúria (aumento do número de micções)
- Bolo na garganta
- Impaciência
- Resposta exagerada à surpresa
- Falta de concentração ou memória prejudicada
- Distúrbio do sono
- Irritabilidade

2.4 Correlação entre ansiedade e depressão

Um dos problemas mais comumente encontrados na avaliação da síndrome de ansiedade (SA) refere-se à superposição desta com sintomas depressivos, levando alguns pesquisadores a considerarem ansiedade e depressão como

componentes de um processo de estresse psicológico geral (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; BALLONE, 2005).

Muitas vezes é impossível caracterizar em um determinado paciente se alguns sintomas são “puramente” depressivos ou ansiosos. Além disto, a ansiedade, especialmente sob a forma dos transtornos do pânico, está freqüentemente associada com depressão (NARDI, 1998; BALLONE, 2005).

Na Europa, estudo recente demonstrou que, cerca de 27% da população adulta, entre 18 e 65 anos de idade, encontra-se ou tenha sido afetada por, pelo menos, um transtorno mental nos últimos doze meses, dos quais cerca de 1/3 tenha mais que um transtorno concomitante, particularmente Transtorno de Ansiedade (TA), Transtorno Depressivo (TD) ou dependência química (WITTCHEN; JACOBI, 2005).

De acordo com a teoria de Gray e Mc Noughton, a comorbidade entre estes transtornos é causada por interconexões repetidas, ligadas a regiões cerebrais envolvidas no medo, na ansiedade e no pânico e por traços herdados de personalidade. Em outras palavras, a relação poderia ser explicada pelo fato de um transtorno ser um fenômeno adicional, superpondo ao outro (epifenômeno) e por uma etiologia genética parcialmente compartilhada (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; BALLONE, 2005).

Atualmente tem-se enfatizado bastante a teoria unitária, pela qual a ansiedade e a depressão seriam duas modalidades sintomáticas da mesma entidade (PRUSOFF; KLERMAN; GOTLIB, 1984; BALLONE, 2005).

As atuais escalas internacionais de Hamilton para avaliação de depressão e de ansiedade, não separam nitidamente os dois tipos de manifestações. A tendência unitária ansiedade-depressão ganha argumento pela eficácia no tratamento com antidepressivos tanto nos casos da Síndrome Depressiva (SD) quanto da Síndrome Ansiosa (AS). Existem, entretanto aqueles que consideram a SD e SA como entidades independentes (PRUSOFF; KLERMAN, 1974; GOTLIB, 1984; BALLONE, 2005).

2.5 Síndromes depressiva e ansiosa no climatério

O estudo dos sintomas depressivos e ansiosos no climatério é muito antigo. Maudsley, na Inglaterra, em 1876, descreveu uma forma de melancolia que ocorreria nesta fase da vida. O conceito de melancolia involutiva foi introduzido por Kraepelin, em 1921, como uma entidade nosológica distinta, diferenciando-a da psicose maníaco-depressiva por critérios evolutivos. Esse conceito foi muito questionado e ele o reformulou, concluindo que o surgimento deste quadro clínico, após os 45 anos, se devia ao aumento de número de casos de doença afetiva e não de uma nova condição clínica. Esta afirmativa é questionada por vários pesquisadores. Através dos diversos estudos realizados sobre os sintomas depressivos e ansiosos, não se encontrou base científica para apoiar um conceito único (APOLINÁRIO, 1999; BALLONE, 2005).

O climatério, enquanto fase da vida da mulher, situado entre o menacme e a senilidade e caracterizado por alterações hormonais, somáticas, psíquicas e sociais, é um momento de considerável estresse e, portanto, de risco para a SD e SA (FREEMAN et al., 2004; CAMARGOS et al., 2008). Estas são, entre as inúmeras queixas da mulher climatérica, uma das mais importantes, seja devido aos gastos com medicamentos e assistência médica, ao aumento da morbi-mortalidade e a piora da qualidade de vida das pessoas afetadas (THOMPSON et al., 2002). A maior prevalência de SD e SA no climatério estaria associada ao medo de envelhecer, sentimentos de inutilidade e até carência afetiva (DENNERSTEIN; LEHERT; GUTHRIE, 2002).

O climatério coincide com o crescimento e independência dos filhos, viuvez e aposentadoria, eventos difíceis para a mulher. Todavia, as mulheres com relações maritais estáveis, profissionalmente realizadas e com atitudes positivas em relação ao envelhecimento, tendem a referir menos sintomas depressivos e ansiosos (DE LORENZI et al., 2005).

De acordo com Sual, Normandia e Rodrigues (2005), 33% das mulheres sofrerão, pelo menos, um episódio de depressão e ansiedade durante a vida, com prevalência de 9% no climatério.

A perimenopausa é um período de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos, por causa das flutuações hormonais.

Há maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres na perimenopausa do que em mulheres pré-menopáusicas. Mulheres com antecedentes depressivos apresentam, na perimenopausa, maior intensidade dos sintomas climatéricos (FERNANDES, 2003).

A perimenopausa está fortemente associada ao aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão, em mulheres sem história prévia de doença mental, quando presentes outros fatores de risco como elevado índice de massa corpórea, antecedentes de Síndrome de Tensão Pré-menstrual (TPM), ondas de calor, distúrbios do sono, desemprego e estado marital (FREEMAN; SAMMEL; LIN, 2006).

Não se pode dizer, com certeza, se a SD e a SA relacionada ao climatério é causada como consequência das alterações biológicas e endócrinas desse período, se ela aparece concomitantemente com o climatério ou se é um reagramento de estados depressivos e ansiosos anteriores. A sensibilidade individual, possivelmente, é uma das questões mais importantes no desenvolvimento destas síndromes, nesta fase da vida, capazes de vulnerabilizar a mulher às alterações hormonais (BALLONE, 2005).

2.5.1 Fatores de risco

São fatores associados à maior incidência de SD e SA em mulheres na perimenopausa a presença de sintomas vasomotores (APPOLINÁRIO et al., 1995; MORIHISA; SCIVOLETTO, 2001; BLÜMEL; CASTELO-BRANCO; CANCELO, 2004; DENNERSTEIN; GUTHRIE; CLARK, 2004; RICARDS; RUBINOW; DALY, 2006; GALLICCHIO et al., 2007), relatos de variação do humor e TPM (DENNERSTEIN; GUTHRIE; CLARK, 2004; RICARDS; 2006); atitude negativa em relação à menopausa, aborrecimento importante (DENNERSTEIN; GUTHRIE; CLARK, 2004); baixa condição social (BLÜMEL; CASTELO-BRANCO; CANCELO, 2004); nível de escolaridade (JUANG; WANG; LU, 2005); história psiquiátrica anterior, particularmente história de depressão pós-parto e grande desconforto físico, gerado pelos sintomas vasomotores do climatério (FERNANDES, 2003).

Mulheres na perimenopausa e pós-menopausa relatando ondas de calor apresentaram, segundo Juang, Wang e Lu, (2005), sintomas depressivos e ansiosos, quando presentes na história clínica, queixas de insônia e baixo nível educacional.

A SD e SA seriam secundárias em relação à ocorrência de sintomatologia climatérica, principalmente os fogachos, que alterariam o sono e conseqüentemente o humor destas pacientes; é a chamada “Teoria do Efeito Dominó” (APPOLINÁRIO et al., 2001). Soares, Prouty e Poitra (2002) confirmam esta teoria, pois estudando mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, com sintomas depressivos e ansiosos, obtiveram melhora do quadro com a administração de estradiol, independente da intensidade dos sintomas vasomotores.

2.5.2 Fatores endócrinos

Mulheres na perimenopausa mostrando oscilações nas concentrações plasmáticas de Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e Estradiol (E2) e tendo história prévia de depressão, antecedentes de Síndrome de Tensão Pré-menstrual, distúrbios do sono e desemprego apresentaram, de acordo com Freeman e outros (2004), maior prevalência da SD e SA. Mulheres nesta fase do climatério, com sintomas depressivos e ansiosos apresentavam melhora do quadro depressivo-ansioso quando ocorria queda nos níveis plasmáticos de FSH, parecendo haver relação entre níveis deste hormônio e alterações do humor (DALY; DANACEAU; RUBINOW, 2003).

Biologicamente, os estrogênios podem desempenhar ação no humor, em virtude de interações de receptores de núcleos e de membranas celulares, exercendo papel importante na síntese, liberação e metabolismo de neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e monoaminoxidase (MAO). A deficiência de estrogênio, ao reduzir o número de neurotransmissores, poderia levar ao aparecimento da SD e SA (FERNANDES, 2003). Também aumentam a atividade noradrenérgica, o que diminui a recaptação de noradrenalina e diminui a sensibilidade dos receptores D2 da dopamina (GENAZZANI; MONTELEONE; GAMBACCIANI, 2002).

Sternard, Rolfe e Robertson (2004) comprovaram que mulheres na perimenopausa apresentando sintomatologia depressiva e ansiosa obtiveram melhora clínica com uso de terapia hormonal (TH), sendo que sua interrupção por três semanas ocasionou a recidiva do quadro.

O aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade está fortemente associado à presença de sintomas vasomotores, principalmente os fogachos, tendo como variáveis a fase do climatério, níveis de estradiol e hábito de fumar (FREEMAN; SAMMEL; LIU, 2004). Soares e Almeida (2000) e Cohen, Soares e Poitra (2003) relataram melhora acentuada de quadros depressivos-ansiosos em mulheres na perimenopausa com o uso da TH.

Mulheres com sintomas climatéricos e apresentando SD e SA tiveram melhora dos sintomas, segundo Souza e Filizola, (2001), ao desaparecerem as manifestações vasomotoras com o uso de TH, confirmando a ação do estrogênio sobre o humor.

Bromberger, Assmann e Avis (2003) evidenciaram predominância nas mudanças de humor, entre elas a irritabilidade, nervosismo e quadros depressivos leves, em mulheres perimenopáusicas brancas, em relação a outras etnias, principalmente naquelas com baixo nível educacional, fogachos e distúrbios do sono.

2.5.3 Fatores ambientais

Fatores ambientais tais como ocupação, estado civil, ocorrência de eventos importantes na vida e episódio anterior de depressão devem ser considerados na correlação entre SD, SA e climatério (MAARTENS; KNOTTNERUSB; POP, 2002). Outros, como estilo de vida, atividade profissional remunerada, exercícios físicos e dieta podem interferir nos sintomas neuropsíquicos, assim como os aspectos sócio-culturais (FERNANDES, 2003).

Estudos com mulheres japonesas demonstraram que estas, quando comparadas com americanas, apresentam menos sintomas depressivos e ansiosos no climatério. Esta menor prevalência de sintomas, conforme Soares e Cohen (2001) pode estar relacionada à valorização das mulheres nesta faixa etária, dentro da

cultura japonesa e a alimentação à base de soja. Culturalmente, nas sociedades ocidentais, onde se valoriza a imagem corporal e a juventude, os sintomas depressivos e ansiosos são mais freqüentes. Já nas sociedades orientais, onde a experiência e a maturidade são mais valorizadas, a prevalência de queixas psíquicas é menor (MORIHISA; SCIVOLLETO, 2001).

Fatores sociais, familiares, genéticos, bioquímicos, hormonais, preocupação com os filhos e companheiro, atitude negativa com relação à menopausa, perda de auto-estima pelo envelhecimento foram considerados fatores predisponentes para o aparecimento da SD e SA (MORIHISA; SCIVOLETTO, 2001).

Foi encontrada uma relação entre traços hipocondríacos e sintomatologia depressiva e ansiosa no climatério por Appolinário e outros (2001), estudando a relação entre personalidade e sintomas climatéricos.

Estudo realizado por Mirzaiinjmadadi, Anderson e Barnes (2006) em mulheres australianas, comprovou que o exercício físico melhora os sintomas somáticos e psicológicos do climatério, incluindo a ansiedade e depressão.

Pesquisa realizada por Schimidt, Haq e Rubinow (2004), mostrou que os dois últimos anos que antecedem a menopausa apresentam maior prevalência para SD e SA, tendo como fatores predisponentes a paridade, história familiar de depressão e o hábito de fumar.

Quanto à escolaridade, Sual, Normandia e Rodrigues, (2005) demonstraram prevalência de 39,1% de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres que apresentavam baixo nível de escolaridade, antecedentes de consultas à psiquiatra, história prévia de depressão. O maior grau de escolaridade foi relacionado a menor prevalência de SD e SA em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa. Entretanto, verificou-se também que mulheres na pós-menopausa com elevado índice de massa corpórea, mesmo com menor grau de instrução, apresentaram menor incidência de sintomas depressivos e ansiosos; é a teoria "Jolly Fat" (JASIENSKA; ZIOMKIEWICZ; GÓRKIEWIKS, 2005).

Do exposto, fica claro que o climatério representa um problema de saúde pública recente que vem sendo estudado por diversas abordagens e que acomete 30% da população dos países desenvolvidos.

Considerando a expectativa de 72,4 anos para a mulher brasileira, um terço de sua vida será vivida no climatério (FERNANDES, 2003; CAMARGOS et al., 2008), é prioritário o diagnóstico e tratamento não só dos sintomas climatéricos em geral, mas dos quadros de ansiedade e depressão, de forma a melhorar a qualidade de vida destas mulheres (BALLONE, 2005; STTOPPE JUNIOR, 2006).

Na literatura pesquisada poucos foram os trabalhos que abordaram a prevalência e os fatores de risco para a ocorrência dos quadros de ansiedade e depressão, no climatério e, por eles, pode-se hipotetizar que as síndromes depressiva e ansiosa ocorrem predominantemente na perimenopausa e em pacientes com sintomatologia climatérica, na presença de fatores biopsicossociais.

Com essa premissa, objetivou-se nesta pesquisa determinar a fase de maior prevalência da síndrome, assim como os fatores relacionados pela sua ocorrência (MORENO; SOARES, 2003; BALLONE, 2005; SUAL; NORMANDIA; RODRIGUES, 2005).

3HIPÓTESE

As síndromes depressiva e ansiosa ocorrem predominantemente na perimenopausa e em pacientes com sintomatologia climatérica, na presença de fatores biopsicossociais.

4 OBJETIVOS

Determinar a prevalência das síndromes depressiva e ansiosa nas diferentes fases do climatério.

Determinar os possíveis fatores de risco relacionados com a ocorrência das síndromes depressiva e ansiosa.

5 PACIENTES E MÉTODOS

5.1 Pacientes

Realizou-se estudo clínico, prospectivo, transversal, sendo a população estudada constituída por 93 mulheres na faixa etária entre 40 e 65 anos e selecionadas, aleatoriamente, entre 300 pacientes, atendidas no ambulatório de climatério do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período compreendido entre maio de 2006 e agosto de 2007.

5.1.1 Critérios de exclusão

Foram utilizados como critérios de exclusão: pacientes em uso de terapia hormonal oral, transdérmica ou vaginal nos últimos três meses, hormonioterapia por implantes, DIUs e injetáveis de depósito nos últimos seis meses, endocrinopatias que levassem à irregularidades menstruais, hepatopatias, coagulopatias, drogas que interferissem no ciclo menstrual, ansiolíticos e antidepressivos, histerectomizadas, ooforectomizadas, portadoras de câncer e de enfermidades psiquiátricas, pacientes que tivessem sido submetidas à radio e/ou quimioterapia.

O diagnóstico de climatério foi eminentemente clínico, baseado na faixa etária da paciente; já a menopausa foi caracterizada pela ausência de menstruação por período mínimo de 12 meses.

5.2 Métodos

Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

5.2.1 Identificação e contexto da mulher climatérica

Este instrumento constou de uma anamnese estruturada, idealizada pelo pesquisador e baseada em dados obtidos da literatura revisada. Teve como objetivos identificar a paciente, determinar os fatores de risco responsáveis pelo aparecimento das síndromes depressiva (SD) e síndrome ansiosa (SA), assim como identificar a fase do climatério em que as mulheres se encontravam. Baseado na história menstrual, elas foram distribuídas em três grupos: no grupo 1 estavam as mulheres situadas na fase de pré-menopausa; no grupo 2 as mulheres na fase de perimenopausa e no grupo 3 aquelas situadas na pós-menopausa, utilizando a classificação da Sociedade Internacional de Menopausa. Os fatores de risco relacionados com o aparecimento das síndromes depressiva e ansiosa, avaliados foram: idade, raça, estado marital, escolaridade, ocupação remunerada, antecedentes de TPM e depressão pós-parto, história familiar de depressão, fase do climatério, alterações do sono, medo de envelhecer, separação, morte de familiar ou algum aborrecimento marcante nos últimos 12 meses.

Os hábitos de vida foram avaliados através de questões sobre a prática de alguma atividade física, artística, religiosa, ingestão de álcool e hábito de fumar (Apêndice A).

5.2.2 Avaliação dos sintomas climatéricos

ÍNDICE MENOPAUSAL DE BLATT- KUPPERMANN (IMBK)

Este instrumento foi utilizado para avaliação dos sintomas climatéricos, em intensidade e frequência e serviu para diagnóstico das mulheres portadoras de síndrome climatérica. Tem como princípio a soma ponderal dos sintomas menopausais (FERNANDES; PEREIRA FILHO, 1995). Os principais sintomas climatéricos estão presentes neste instrumento como ondas de calor (fogachos), insônia, parestesia, nervosismo, depressão, vertigens, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbido. Eles recebem valores numéricos 0, 1, 2 e 3 de

acordo com seu nível de intensidade (ausente, leve, moderado e intenso). O resultado final é obtido pela soma das graduações destes sintomas, após multiplicação pelos seguintes fatores de conversão: fogachos (x4), parestesia (x2), insônia (x2), irritabilidade (x2), depressão (x1), vertigem (x1), fadiga (x1), artralgia/mialgia (x1), cefaléia (x1), palpitação (x1) e zumbido (x1). Assim, de acordo com o nível de intensidade, os fogachos recebem os valores 0, 4, 8 e 12; parestesia, insônia e nervosismo 0, 2, 4 e 6; e assim por diante. Os resultados obtidos classificaram as pacientes em dois grupos; no grupo 1 ficaram as mulheres portadoras de síndrome climatérica e no grupo 2 as que não a apresentaram. Além disto, pudemos avaliar seu nível de intensidade classificando-a em: síndrome climatérica de intensidade leve (somatório dos valores até 19), moderada (entre 20 e 35) e intensa (maior que 35) (FERNANDES; PEREIRA FILHO, 1995; CAMARGOS et al., 2008) (Anexo A).

5.2.3 Avaliação do estado psicológico

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), visa a identificar casos tanto possíveis quanto prováveis de transtornos de ansiedade e depressão em pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral. A HADS contém 14 questões de múltipla escolha, sendo composta de duas sub-escalas, uma para ansiedade (HADS-A) e outra para depressão, com sete itens cada. As principais características destas escalas são: exclusão de sintomas vegetativos (por exemplo tonteira, cefaléia, insônia, fadiga), que podem ocorrer em doenças físicas, os conceitos de ansiedade e depressão foram separados, o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia. Sintomas relacionados a graves transtornos mentais foram excluídos, já que tais sintomas são menos comuns em pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Esta escala destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. Não determina, entretanto, a intensidade dos sintomas; geralmente, é rapidamente preenchida por ser curta e de fácil compreensão pelas pacientes.

Os valores que se podem obter em cada sub-escala variam de zero a 21; à paciente solicita-se que responda, baseando-se em como sentiu na última semana (BOTEGA; BIO, 1995; BJELLAND; DAHL, 2002). A sub-escala utilizada neste projeto foi a relacionada com ansiedade, sub-escala Hospitalar de Ansiedade, derivada da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS-A). Ela é utilizada para diagnosticar os casos de ansiedade, tendo como ponto de corte 8, dando uma sensibilidade e especificidade respectivamente de 93,7% e 72,6%. Consta de sete questões relacionadas à tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico. Cada questão recebe valores de 0 a 3, de acordo com a intensidade dos sintomas.

Pacientes que apresentaram ponto de corte igual ou superior a oito foram rotuladas como portadoras de síndrome ansiosa (BOTEGA; BIO, 1995).

Através deste instrumento, as pacientes foram divididas em 2 grupos: no grupo 1 ficaram as mulheres portadoras de síndrome ansiosa e no grupo 2 aquelas que não apresentaram a síndrome (Anexo B).

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

O Inventário de Depressão de Beck (BDI), elaborado por Beck e Ward em 1961 é um dos dispositivos psicométricos de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizado em várias populações (KENDALL; HOLLON, 1987; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

A escala original é composta de 21 itens, cada um com quatro alternativas, que incluem sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. Tais itens referem-se à sintomatologia depressiva: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (BECK; STEER, 1988).

É uma escala psicométrica, válida e aceita internacionalmente. O Inventário de Depressão de Beck foi traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1996), numa população de estudantes universitários e vem sendo amplamente aplicado em pesquisas.

De acordo com os autores, para uma população diagnosticada ou que procura serviços especializados, os pontos de corte recomendados para se identificar a depressão são diferentes da população em geral, não diagnosticada. Este é o caso das mulheres em atendimento no ambulatório, cujo ponto de corte recomendado é: de até 15 pontos para pacientes sem depressão, de 16 a 20 para disforia ou depressão leve, de 21 a 29 para depressão moderada e acima de 30 para depressão grave. Através deste instrumento, as pacientes foram divididas em 2 grupos: no grupo 1 ficaram as mulheres portadoras de síndrome depressiva e no grupo 2 aquelas que não a apresentaram. Além disto, foi possível avaliar a intensidade dos sintomas depressivos, classificando a paciente como portadora de síndrome depressiva leve, moderada e grave (Anexo 3).

5.3 Procedimentos na coleta de dados

A coleta de dados iniciou em maio de 2006 e terminou em agosto de 2007, seja na primeira consulta ou consulta subsequente de mulher agendada no ambulatório de climatério do HU/UFJF e que se enquadrava nos critérios de seleção. A cada entrevistada foram explicados os objetivos da pesquisa, o objeto de estudo, a forma como ela ia participar e o uso das informações.

A aplicação dos questionários foi realizada pelo pesquisador. Uma cópia do questionário foi entregue à entrevistada, para que ela acompanhasse as questões, lidas em voz alta, pelo entrevistador, e as respostas assinaladas nos formulários, pelo mesmo.

5.4 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa passou por análise e aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), com o parecer nº 050/2006. Todas as mulheres foram devidamente esclarecidas e sua autorização e concordância na participação do projeto foram confirmadas através da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Naquelas pacientes em que se detectaram transtornos emocionais significantes, foi feito o encaminhamento para tratamento psiquiátrico e/ou psicológico complementar.

5.5 Análise estatística

Os dados obtidos foram objetos de análise descritiva para determinação da prevalência das síndromes depressiva e ansiosa nas três fases do climatério. Para estabelecer as correlações entre fatores de risco e a sua ocorrência, as variáveis categóricas foram expressas em porcentagem (%) e suas medidas de associação foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado.

Variáveis numéricas foram expressas como média \pm desvio padrão. Nesse estudo as variáveis-resposta são ansiedade e depressão.

Foi realizada uma análise de regressão logística binária para cada uma das variáveis-resposta, incluindo no modelo as variáveis preditoras que apresentaram associação significativa pelo teste do Qui-quadrado.

O modelo de regressão não-linear foi utilizado para avaliar o risco (*odds ratio*) - com os respectivos intervalos de confiança de 95% - de cada variável preditora incluída no modelo, que pudesse interferir no desfecho (ansiedade ou depressão).

O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Hosmer-Lemeshow ($P > 0,1$).

Todos os testes foram bicaudais, respeitados todos os pressupostos estatísticos, e foi adotado como significativo um nível de 5% para o erro alfa. Todas as análises foram realizadas através do software Statistica® versão 6.

6 RESULTADOS

Trabalho submetido à REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (RBGO).

SÍNDROMES DEPRESSIVA E ANSIOSA NO CLIMATÉRIO: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

DEPRESSION AND ANXIETY IN MENOPAUSAL WOMEN: PREVALENCE AND RISK FACTORS

Álvaro Fernando Polisseni¹, Dimas Augusto Carvalho de Araújo¹, Fernanda Polisseni¹, Carlos Alberto Mourão Junior², Juliana Polisseni³, Eduardo Siqueira Fernandes³, Martha de Oliveira Guerra⁴

Hospital Universitário – Universidade Federal de Juiz de Fora – MG.

¹ Docentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG.

² Docente do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG.

³ Pós-Graduandos do curso em Saúde Brasileira da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG.

⁴ Pesquisadora do Centro de Biologia da Reprodução da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG.

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of and risk factors for depression and anxiety in menopausal women. **Methods:** A cross-sectional, prospective, clinical study involving 93 women attending the climacteric outpatient unit of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, Brazil, during the period from May 2006 to August 2007. Each participant was assessed through: 1) history-taking, with emphasis on sociodemographic data, clinical information and lifestyle; 2) The Blatt-Kupperman menopausal Index (BKMI); 3) The anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A); and 4) The Beck inventory for depression. A descriptive analysis was performed, and the Statistica Software program (version 6) was used to investigate correlations between the variables, with the chi-square and Hosmer-Lemeshow tests. **Results:** The prevalence means for depression and anxiety were 36.8% and 53.7%, respectively. There was no significant difference in the prevalence of both syndromes in the three phases of the climacteric. There was a significant association between the presence of moderate-intensity menopausal symptoms and the diagnosis of both syndromes ($p < 0.001$). Depression was more frequent in women diagnosed with anxiety (OR=4.22) and insomnia (OR=4.99), a paid job being considered protective (OR=0.27). The risk factors associated with anxiety were depression (OR=6.10) and a previous history of premenstrual tension (OR=7.08). **Conclusion:** The prevalence of depression and anxiety is high in the climacteric, and risk factors may be identified.

KEYWORDS: Menopause. Climacteric. Depression. Anxiety. Risk factors.

7 CONCLUSÃO

- Não existiu associação significativa entre as síndromes depressiva e ansiosa e as fases do climatério. A prevalência da síndrome depressiva encontrada em nossa pesquisa foi de 22,6% na fase de pré-menopausa, 46,9% na perimenopausa e 40% na pós-menopausa, com a média de 36,8%. A prevalência da síndrome ansiosa foi de 54,8% na pré-menopausa, 56,3% na perimenopausa e de 50% na pós-menopausa, com a média de 53,7%.

- Existiu uma relação entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada, e a ocorrência da síndrome depressiva e ansiosa.

- Os fatores de risco para a síndrome depressiva encontrados em nosso estudo foram a presença de síndrome ansiosa e insônia, sendo esta última independente da presença de fogachos. A atividade remunerada (salário), foi considerada fator de proteção para a ocorrência da síndrome depressiva.

- Os fatores de risco para ocorrência da síndrome ansiosa foram a presença de síndrome depressiva e antecedentes de tensão pré-menstrual (TPM).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

ALONSO, J. M. C. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, Copenhagen, n. 420, p. 21-7, 2004.

APPOLINÁRIO, J. C. A depressão na menopausa: uma entidade específica? **Inf. Psiquiatr**, Sao Paulo, v. 18, n. 4, p. 107-14, 1999.

APPOLINÁRIO, J. C.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L. C. et al. Terapia hormonal em sintomas psíquicos na menopausa. Revisão da literatura. **J Bras Psiq**, Sao Paulo, v. 44, n. 4, p. 169-76, 1995.

APPOLINÁRIO, J. C.; COUTINHO, W.; MEIRELLES, R. et al. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 4514, p. 383-89, 2001.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação **Rev Psiq Clin** (São Paulo), São Paulo, v. 25, n. 2, p. 85-96, 1998.

BALLONE, G. J. **Ansiedade**. PsiquWeb. Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/ansitext.html>> . Acesso em: 12 dez .2006

BALONE, G. J. **Depressão**: Introdução. PsiquWeb. Internet. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br>> . Acesso em: 31 dez. 2006

BECK, A. T.; WARD, C. H. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561-71, 1961.

BECK, A. T.; STEER, R. A. Psychometric properties of the Beck Depretion inventory: Twenty five years of evaluation. **Clin psychol rev**, Tarrytown NY, v. 8, p. 77-100, 1988.

BJELLAND, I.; DAHL, A. A. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. In updated lite rature review. **J. psychosom. res**, Oxford, v. 52, p. 69-77, 2002.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BROMBERGER, J. T.; ASSMANN, S. F.; AVIS, N.A. Persistent mood syntoms in a multiethinic community cohort of pre and perimenopausal women. **Am. j. epidemiol**, Baltimore, v. 158, n. 4, p. 347-56, 2003.

BRÜMEL, J. E. M.; CASTELO- BRANCO, C.; CANCELO, M. J. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. **Maturitas**, Limerick, v. 49, p. 205-10, 2004.

CAMARGOS, A. F.; MELO, V. H.; CARNEIRO, M. M. et al. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

CAVALCANTE, R. **Ansiedade**. Disponível em:
<http://www.cesex.org.br/tema_geral01.htm>. Acesso em: 17 dez. 2006

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. **CID –10**. Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 1997.

COHEN, L. S.; SOARES, C. N.; POITRA, J. R. Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women; a preliminary report. **Am j Psychiatry**, Arlington, v. 160, p. 1519-22, 2003.

DALGALARRONDO, P. 2000. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DALY, R. C.; DANACEAU, M. A.; RUBINOW, M. D. Concordant restoration of ovarian function and mood in perimenopausal depression. **Am j Psychiatry**, Arlington, v. 160, p. 1842-46, 2003.

DE LORENZI, D. R. S.; DANELON C.; SACILOTO, B. et al. Fatores Indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.12-19, 2005.

DENNERSTEIN, L.; GUTHRIE, J. R.; CLARK, M. A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. **Menopause**, New York, v. 11, n. 5, p. 563-68, 2004.

DENNERSTEIN, I.; LEHERT P.; GUTHRIE, J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. **Arc Women Ment Health**, New York, v. 5, p. 15-22, 2002.

FERNANDES, C. E. **Menopausa: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Segmento, 2003.

FERNANDES, C. E.; PEREIRA FILHO, A. S. P. **Climatério: manual de orientação**. São Paulo: FEBRASGO, 1995.

FERNANDES, C. E.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. **Climatério: manual de orientação**. São Paulo: FEBRASGO, 2004.

FREEMAN, E. W.; SAMMEL, M. D.; LIU, L. et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. **Arc Gen Psychiatry**, v. 61, p. 62-70, 2004.

FREEMAN, E.W.; SAMMEL, M.D.; LIN, H. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. **Arc Gen psychiatry**, v. 63, p. 375-82, 2006.

GALLICCHIO, L.; SCHILLING, C.; MILLER, S. R. et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 63, p. 263-68, 2007.

GENAZZANI, A. R.; MONTELEONE, P.; GAMBACCIANI, M. Hormonal influence on the central nervous system. **Maturitas**, Limerick, v. 43, p. 11-17, 2002.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of The Beck Depression Inventory and the State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. **Braz. J. Med. Biol. Res**, Ribeirao Preto, v. 29, p. 453-457, 1996.

GOTLIB, I. H. Depression and general psychopathology in university students. **J Abnorm Psychol**, Washington, v. 63, n. 1, p. 16-30, 1984.

JASIENSKA, G.; ZIOMKIEWICZ, A.; GÓRKIEWIKS, M. Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "Jolly Fat" hypothesis. **Women's Health issues**, v. 15, p. 145-51, 2005.

JUANG, K. D.; WANG, S.J; LU, S.R. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri and post but not premenopausal women. **Maturitas**, Limerick, v. 52, p. 119-26, 2005.

KAPLAN, H. L.; SADOCK, J. B.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KENDALL, P. C.; HOLLON, D. S. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 11, n. 3, p. 289-99, 1987.

LAMBERTS, S. W J.; VAN DEN BELD, A. W.; VAN DER LELY, A. The endocrinology of aging. **Science**, v. 278, oct. 1997.

LEPINE J. P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. **J Clin Psychiatry**, Memphis, v. 63, Suppl 14, p. 4-8, 2002

LIEB, R.; BECKER, E. The Epidemiology of generalized anxiety disorders in Europe. **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 15, n. 4, p. 445-52, 2005.

LIMA, I. V. M.; SOUGEY, E. B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética dos transtornos afetivos. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 31, n.1, p. 34-39, 2004.

MAARTENS, L. W. F.; KNOTTNERUSB, J. A.; POP, V. J. Menopausal transition and increase depressive symptomatology – a community based prospective study. **Maturitas**, Limerick, v. 42, p. 195-200, 2002.

MACHADO, L.V. **Endocrinologia ginecológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM – IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MARINHO, R. **Climatério**. Belo horizonte: Medsi, 2000.

MEDEIROS, S. F.; OLIVEIRA, N. O; YAMAMOTO, M. M. W. Epidemiologia clínica do climatério. **Reprod Clim**, São Paulo, v. 18, p. 76-86, 2003.

MELO, N. R.; POMPEI, L. M. ; FERNANDES, C. E. et al. **Terapêutica hormonal no climatério feminino: onde estamos e para onde vamos?** São Paulo: Segmento, 2004.

MIRZAIINJMABADI, K.; ANDERSON, D.; BARNES, M. The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. **Int. j. nurs. pract**, Carlton, v. 12, p. 28-34, 2006.

MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. **Diagnóstico e tratamento: elementos de apoio – depressão**. São Paulo: Lemos, 2003.

MORIHISA, R. S.; SCIVOLETTO, S. Transtorno depressivo da mulher. **Rev Bras Med**, v. 58, p. 151-60, 2001.

NARDI, A E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Rev Psiq Clin** (São Paulo), São Paulo, v. 25, p. 331-33, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Novos conhecimentos sobre a saúde Mental**. Relatório sobre a saúde mundial. 2001.

PEREIRA FILHO, A. S.; SOARES, A.; PETEL, L. A. et al. **Menopausa: diagnóstico e tratamento**: São Paulo: Segmento, 2003.

PRUSOFF, B.; KLERMAN, G. Differentiating depressed from anxious neurotic out-patients. **Arch. Gen. psychiatr**, Chicago, v. 30, p. 302-9, 1974.

RICARDS, M.; RUBINOW, D. R.; DALY, R. C. et al. Premenstrual symptoms and perimenopausal depression. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 163, p. 133-37, 2006.

SCHIMIDT, P.J.; HAQ, N.; RUBINOW, D.R. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in premenopausal women. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 162, p. 2238-44, 2004.

SCLOWITZ, I. K. T.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 469-81, 2005.

SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility**. 4. ed. Baltimore: Manole, 1989.

SOARES, C. N.; ALMEIDA, O. P. Associação entre depressão na perimenopausa e níveis séricos de estradiol e hormônio folículo estimulante. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2000.

SOARES, C. N.; COHEN, L. S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **Rev. paul. med**, São Paulo, v. 119, n. 2, p. 78-83, 2001.

SOARES, C. N.; PROUTY, J.; POITRAS, J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Rev Psiquiatria**, v. 24, p. 48-54, 2002.

SOUZA, R. L.; FILIZOLA, R. G.; SOUZA, E. S. S. Efeito de hormônios sexuais femininos sobre a sintomatologia depressiva no climatério. **Reprod Clim**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 118-122, 2001.

STERNARD, D. E.; ROLFE, D. E.; ROBERTSON, E. Depretion, estrogen and the Women's Health Initiative. **Psychosomatics**, Irvington, v. 45, n. 5, p. 445-45, 2004.

STOPPE JUNIOR, A. Depressão. **Revista Medical Sigma Pharma**, v. 2, n. 5, p. 25 - 38, 2006.

SUAL, G. M.; NORMANDIA, R.; RODRIGUES, R. Depressive syntoms and risk factors among perimenopausal women. **PRHSJ**, v. 24, n. 3, p. 207-10, 2005.

THOMPSON, C.; OSTLER. K.; PEVELER, R. C. et al. Perspectiva dimensional no reconhecimento de sintomas depressivos em atenção primária: o Projeto Depressão Hampshire 3. Resumo comentado. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 160-61, 2002.

WITTCHEN, H. U.; JACOBI, F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. **Eur Neuropsychopharmacol**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 357-76, 2005.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, Copenhagen, v. 67, p. 361-70, 1983.

ANEXOS

Anexo A

ÍNDICE MENOPAUSAL DE BLATT - KUPPERMAN

Datas

Sintomas		Peso										
Ondas de calor		4										
Parestesia		2										
Insônia		2										
Nervosismo		2										
Depressão		1										
Vertigens		1										
Fadiga		1										
Artralgia/Mialgia		1										
Cefaléia		1										
Palpitação		1										
Zumbido		1										
Escores sintomas		Ausentes	Leves	Moderados	Intensos							
		0	1	2	3							
Total												

Escores:

- Ausente = 0
- Leve = 1 a 19
- Moderada = 20 a 35
- Intensa = Acima de 35

Anexo B

SUB-ESCALA HOSPITALAR PARA ANSIEDADE (HADS-A)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. **Marque apenas uma resposta para cada pergunta.**

Tempo para responder o questionário: (MINUTOS)

Eu me sinto tensa ou contraída:

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de jeito muito forte
 2 () Sim, mas não tão forte
 1 () Um pouco, mas isto não me preocupa
 0 () Não sinto nada disto

Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Raramente

Consgo ficar sentada à vontade e me sentir relaxada;

- 0 () Sim, quase sempre
 1 () Muitas vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Nunca

Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
 1 () De vez em quando
 2 () Muitas vezes
 3 () Quase sempre

Eu me sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim

De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () Poucas vezes
 0 () Quase nunca

Síndrome Ansiosa

Escores: Valores = ou > 8

Anexo C

INVENTÁRIO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um "círculo" em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, inclusive hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a escolha.

Tempo para responder o questionário: (MINUTOS)

- 1- 0 Não me sinto triste
- 1 Eu me sinto triste
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
- 2- 0 Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro
- 3 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro
- 2 Acho que nada tenho a esperar
- 1 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
- 3- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
- 4- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada
- 3 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo
- 5- 0 Não me sinto especialmente culpada
- 1 Eu me sinto culpada grande parte do tempo
- 2 Eu me sinto culpada na maior parte do tempo
- 3 Eu me sinto sempre culpada
- 6- 0 Não acho que esteja sendo punida
- 1 Acho que posso ser punida
- 2 Creio que vou ser punida
- 3 Acho que estou sendo punida
- 7- 0 Não me sinto decepcionada comigo mesmo
- 1 Estou decepcionada comigo mesmo
- 2 Estou enojada de mim
- 3 Eu me odeio
- 8- 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
- 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

- 9- 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2 Gostaria de me matar
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
- 10- 0 Não choro mais que o habitual
1 Choro mais agora do que costumava
2 Agora, choro o tempo todo
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
- 11- 0 Não sou mais irritada agora do que já fui
1 Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava
2 Agora, eu me sinto irritada o tempo todo
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
- 12- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1 Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- 13- 0 Tomo decisões tão bem como antes
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 14- 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1 Estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativo
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3 Acredito que pareço feia
- 15- 0 Posso trabalhar tão bem como antes
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- 16- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
- 17- 0 Não fico mais cansada do que o habitual
1 Fico cansada mais facilmente do que costumava
2 Fico cansada em fazer qualquer coisa
3 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa
- 18- 0 O meu apetite não está pior do que o habitual
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 Meu apetite é muito pior agora
3 Absolutamente não tenho mais apetite

- 19- 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
 - 2 Perdi mais do que 5 quilos
 - 3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()

- 20- 0 Não estou mais preocupada com a minha saúde do que o habitual
- 1 Estou preocupada com problemas físicos, tais como dores, indisposição de estômago ou intestino preso
 - 2 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
 - 3 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

- 21- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessada por sexo do que costumava
 - 2 Estou menos interessada por sexo agora
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo

Escores: Sem depressão até 15

Disforia/Depressão leve – 16 a 20

Depressão Moderada – 21 a 29

Depressão grave – Acima de 30