

LORENA PRISCILA OLIVEIRA ROCHA

FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Brasília, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LORENA PRISCILA OLIVEIRA ROCHA

FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Jorge Luís Lopes Zeredo

BRASÍLIA

2017

LORENA PRISCILA OLIVEIRA ROCHA

FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 24 de Fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Jorge Luís Lopes Zeredo (Presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Alexis Fonseca Welker

Universidade de Brasília – UnB

Miguel Ângelo Montagner

Universidade de Brasília – UnB

Rafael Plakoudi Souto Maior (Suplente)

Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, mesmo na ausência física, agradeço meus pais e minha irmã, que nunca mediram esforços para me apoiarem. Sem o amor e a dedicação de vocês, não teria chegado onde estou hoje. A vocês, meu eterno amor!

Ao Prof. Dr^o. Jorge Zeredo, pessoa de grande conhecimento, competência e humildade para o ensinamento. Obrigada do fundo do meu coração por ter me aceitado como orientanda e por toda ajuda nesse período. Há você, toda minha admiração, meu sincero respeito, reconhecimento e obrigado!

Agradeço aos meus tios e primos que me acolheram em uma cidade estranha a princípio, e fizeram eu me sentir em minha própria casa. Muito obrigada por todos os momentos compartilhados. A vocês, um pedaço do meu coração!

À equipe do Hospital Universitário de Brasília – HUB pelo espaço cedido para que minha pesquisa pudesse ser desenvolvida, um agradecimento especial à Dr^a Ceres, chefe do ambulatório de ginecologia, que me ajudou a desenvolver todo o trabalho, e principalmente às participantes entrevistadas, que tiraram vinte minutinhos de seu tempo para que pudessem colaborar, tempo que pra mim foi precioso. Ao Walter, grande epidemiologista, obrigada pelo ensinamento da terrível matemática e pelos dias de explicações infinitas sobre programas, dados e planilhas. A vocês, minha infindável gratidão!

Aos professores em geral da Universidade de Brasília – UnB, que no decorrer do curso nos transmitiram conhecimento, o que é essencial! A CAPES, pela bolsa concedida durante todo meu curso de mestrado, com certeza ela foi fundamental para o término do mesmo. Aos meus colegas das disciplinas cursadas, em especial à Bruna Macedo e Marina Costa, onde desenvolvemos uma afinidade maior, tornando amizade. Aos amigos fora da Universidade, sem dúvida, vocês foram de imensa importância. A vocês, meu carinho!

Por fim e não menos importante, ao André Luiz, companheiro dos momentos mais felizes da minha vida e, sobretudo, dos piores! Obrigada por estar comigo, acreditar e confiar em mim. Obrigada pela saudade sentida, e por ter tornado importante cada dia que passamos longe e, principalmente, que passamos juntos! A você, toda minha gratidão, minha amizade, meu carinho e meu amor!

*"Nunca considere o estudo como um dever,
mas como uma oportunidade invejável para aprender."*

Albert Einstein

RESUMO

Na fase de climatério as mulheres apresentam alguns sintomas psicológicos que vêm sendo estudados desde o século XIX, e pesquisadores vêm dando uma maior atenção para a presença dos sintomas depressivos e no que isso implica na qualidade de vida dessas mulheres durante esse período e após a menopausa e os fatores que acarretam até as mesmas, e também os protetivos. Para melhor entendimento desse processo e contexto foi proposto esse estudo. Objetivos: Identificar fatores etiológicos que acarretariam aumento do risco de sintomas depressivos e/ou depressão no climatério e apresentar as principais implicações sociodemográficas, apontando a prevalência da patologia nas mesmas. Metodologia: A pesquisa foi realizada com 247 mulheres na fase do climatério entre 40-55 anos de idade no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário de Brasília – HUB no primeiro semestre de 2016. Foram aplicados a Anamnese como instrumento de coleta de dados pessoais e o Inventário de Depressão de Beck, o último aplicado e depois relacionado a uma escala numérica que sugere um grau de diagnóstico para depressão de acordo com a sintomatologia. Foi feita uma análise descritiva dos dados e considerado um nível de significância no Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Resultados: Foi observado no estudo uma presença significativa de sintomas depressivos e transtorno de depressão maior na população estudada, é possível ver a influência na predisposição da patologia no estado civil, classe econômica, atividade profissional e física, histórico familiar abordando a genética e luto, sono e história pregressa. As variáveis como a renda mensal, dores, insônia, obesidade e uso abusivo de álcool tiveram um maior valor de significância quando relacionado ao instrumento de pesquisa BDI enfatizando um maior índice de depressão ligado a essas variáveis com p-valor <0,20. Os fatores protetivos das entrevistadas foram o não uso de drogas, menor número de gestações e não residir sozinha. A idade, não obteve resultados significativos.

Palavras-Chave: Climatério, Depressão, Fatores, Risco.

ABSTRACT

In the climacteric phase, women present some psychological symptoms that have been studied since the 19th century, and researchers have been giving more attention to the presence of depressive symptoms and what this implies in the quality of life of these women during this period and after menopause. And the factors that lead to them, and also the protective ones. To better understand this process and context, this study was proposed. Objectives: To identify etiological factors that would increase the risk of depressive symptoms and / or depression in the climacteric period and present the main sociodemographic implications, pointing out the prevalence of the pathology in them. Methodology: The study was conducted with 247 women in the climacteric phase between 40-55 years of age at the Climatério Outpatient Clinic of the University Hospital of Brasília - HUB in the first half of 2016. Anamnesis was applied as an instrument for collecting personal data and the Beck Depression Inventory, the latter applied and then related to a numerical scale that suggests a degree of diagnosis for depression according to symptomatology. A descriptive analysis of the data was made and a level of significance in the Confidence Interval (CI) of 95% was considered. Results: A significant presence of depressive symptoms and major depression disorder was observed in the study population. It is possible to see the influence on the predisposition of the pathology in the marital status, economic class, professional and physical activity, family history addressing genetics and mourning, Sleep and previous history. Variables such as monthly income, pain, insomnia, obesity and alcohol abuse had a higher value of significance when compared to the BDI research instrument emphasizing a higher depression index linked to these variables with p-value <0.20. The protective factors of the interviewees were the non-use of drugs, fewer pregnancies and not residing alone. Age, did not get significant results.

Keywords: Climacteric, Depression, Factors, Risk

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. OBJETIVO GERAL	12
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MÉTODO	12
4. REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1. CLIMATÉRIO	15
4.2. MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO FEMININO.....	17
4.2.1. Modelo Biomédico	17
4.2.2. Modelo Sociocultural	18
4.2.3. Modelo Psicossocial.....	18
4.2.4. Modelo Biopsicossocial	19
4.3. DEPRESSÃO	19
4.3.1. Surgimento.....	19
4.3.2. Sinais e Sintomas.....	20
4.3.3. Diagnóstico	21
4.4. CLIMATÉRIO E DEPRESSÃO.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1. IDENTIFICAÇÃO	23
5.2. DADOS CLÍNICOS.....	26
5.3. INFORMAÇÕES SÓCIO-CULTURAIS	30
5.4. PRESENÇA DE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE AS ENTREVISTADAS	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	39
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
APÊNDICE B – ANAMNESE.....	47
ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	49
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Apresentação das características individuais das mulheres entrevistadas.

Quadro 02 – Apresentação das características de residência e moradores das entrevistadas.

Quadro 03 – Distribuição de eventos na história médica das mulheres entrevistadas.

Quadro 04 – Distribuição da história pregressa das pacientes do ambulatório de climatério.

Quadro 05 – Distribuição dos antecedentes patológicos familiares das entrevistadas.

Quadro 06 – Distribuição do uso de drogas e frequência.

Quadro 07 – História obstétrica das mulheres entrevistadas.

Quadro 08 – Sugestão de diagnóstico para depressão de acordo com o BDI entre as mulheres entrevistadas no Ambulatório de Climatério – HUB/UnB

Quadro 09 – Resultados da análise de regressão linear entre o BDI e variáveis independentes.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HUB – Hospital Universitário de Brasília

UnB – Universidade de Brasília

BDI – Inventário de Depressão de Beck

IC – Intervalo de Confiança

DUM – Data da Última Menstruação

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

SNV – Síndrome do Ninho Vazio

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

IMC – Índice de Massa Corpórea

TPM – Tensão pré-menstrual

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2016) visa à depressão como a principal causa de incapacidade em todo o mundo, colaborando densamente para a taxa geral de doença (1). A depressão é um distúrbio afetivo comum que afeta em grande maioria as mulheres e, dentre alguns sintomas estão às alterações no apetite e sono, retardo psicomotor, sentimento de culpa, retardo na concentração, se não tratada pode levar ao suicídio, que vitimiza cerca de 800.000 de pessoas por ano (1). Esta perturbação é resultante de uma interação multifacetada, com fatores sociais, psicológicos e biológicos (1,2).

No século XX, grande parte das mulheres não alcançava a menopausa (3). O aumento da expectativa de vida feminina no decorrer dos anos, bem como o número crescente envelhecimento populacional, instigou novas pesquisas desenvolver-se em torno da meia-idade, especificamente no que diz respeito ao processo característico dessa fase, a menopausa.

A trajetória para a menopausa é caracterizada por uma série de transformações ligadas ao declínio da função ovariana, a primeira dessas fases é o climatério, onde em resumo, ocorre um esgotamento hormonal (4). Estas mudanças podem ser de ordem biológica, sociais e psicológicas ou até mesmo ambas (5). Embora maioria das mulheres não exiba sintomas depressivos na passagem para a menopausa, certo número parece estar susceptível ao desenvolvimento de sintomas ou até de depressão (4).

O presente estudo pretende explorar a relação entre o período do climatério com os sintomas depressivos em mulheres de meia-idade pacientes frequentes no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário de Brasília e, também, ponderar a influência de alguns fatores que aumentem a susceptibilidade da patologia sobre estas relações. Este trabalho preme-se levantar hipóteses explicativas aos possíveis fatores preditores ligados aos sintomas depressivos no período do climatério.

O trabalho buscou um enquadramento teórico geral dos dois temas tratados nesta dissertação, a depressão e o climatério. A partir da revisão da literatura foram organizados objetivos específicos e feita uma investigação nos dados recolhidos e, também, levantadas hipóteses e comparações com outras pesquisas de acordo com

os resultados esperados. Sobre as questões metodológicas, tais como as características da amostra, dos instrumentos de pesquisa utilizados, da análise estatística e dos procedimentos adotados para a coleta de dados e à análise dos resultados conseguidos. Por fim a discussão dos resultados analisados e a relação dos mesmos com as hipóteses estabelecidas anteriormente e pelas considerações finais desta investigação.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Definir fatores responsáveis pelos sintomas depressivos em mulheres no período de climatério, com pacientes do Ambulatório de Climatério da Ginecologia no Hospital Universitário de Brasília – HUB, localizado em Brasília, Distrito Federal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar fatores etiológicos que acarretariam aumento do risco de sintomas depressivos no climatério;

Apresentar as principais implicações sociodemográficas, apontando a prevalência dos sintomas patológicos de depressão em mulheres climatéricas;

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, onde foi feito um levantamento bibliográfico para fins técnico-científicos. Em campo foram entrevistadas mulheres climatéricas no Ambulatório de Ginecologia - HUB, Brasília, Distrito Federal, que possuem sintomas depressivos ou diagnósticos em depressão. Dos fatores associados foram analisadas informações socioeconômicas, hábitos de vida, história ginecológica e obstétrica, morbidades, dados antropométricos e laboratoriais e uso de medicamentos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado (CAAE:

49099715.4.0000.0030) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP e também pela Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP do Hospital Universitário de Brasília HUB/UnB.

De início foi feita apresentação do projeto de proposta de pesquisa à paciente. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com pacientes do Ambulatório de Ginecologia do HUB. As pacientes foram questionadas quanto à possibilidade de participação na pesquisa, e em caso afirmativo, foram conduzidas individualmente a uma sala de entrevista, entre o momento de chegada à recepção do ambulatório e o momento da sua consulta médica. Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora. Antes de cada entrevista foi feita uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), assinado por todas as pacientes que participaram. Em seguida a aplicação dos questionários, dos quais as respostas foram anotadas por escrito. O tempo de realização da entrevista variou de 15 a 18 minutos. Ao final da entrevista a paciente foi conduzida de volta à sala de espera do ambulatório.

A pesquisa foi realizada com 259 pacientes do HUB, por meio de entrevistas e questionários, desse total, 12 pacientes não completaram os questionários. O método proposto ofereceu risco mínimo à saúde dos sujeitos estudados. Todas as informações foram coletadas verbalmente via entrevista. As entrevistas foram feitas durante o tempo de espera à consulta ambulatorial de rotina, portanto não se implicou no aumento da exposição das pacientes a potenciais agentes patogênicos do ambiente hospitalar, aos quais as pacientes já estariam expostas independentemente da participação na pesquisa.

Quanto às dimensões psíquicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, foi assegurado verbalmente e por escrito aos participantes o sigilo de informações pessoais, bem como a liberdade de interrupção da entrevista a qualquer momento em caso de desconforto ou qualquer outro motivo de ordem pessoal, sem necessidade de desculpa ou justificativa, e sem prejuízo a qualquer consulta ou tratamento a ser realizado futuramente neste hospital. Sobre os questionários, ao responder caso houvesse constrangimento e/ou se sentisse numa situação adversa, a participante teve todo direito de interromper a atividade e até mesmo não continuar participando da pesquisa. Foram aplicados dois questionários

durante a entrevista: Anamnese, contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

A anamnese foi composta de 18 questões, entre elas itens de múltipla escolha e descritivos, abordando os seguintes: idade, estado civil, religião, etnia, data da última menstruação – DUM, tipo de habitação, renda mensal, convívio familiar, situação ocupacional da entrevistada e dos membros da casa (quando houver), motivo da busca por atendimento, queixa principal, antecedentes patológicos pessoais, obstétricos, história médica e hereditariedade, sono, uso de drogas lícitas e ilícitas, luto, atividade profissional, atividade física e lúdica.

O BDI é um dispositivo psicométrico de auto avaliação criado por Aaron Beck em 1961 disposto de 21 itens de múltipla escolha, sobre como o indivíduo se sentiu na última semana. Cada questão apresenta exatas quatro alternativas enumeradas de 0 a 3, o somatório de ambas é comparado com uma chave que determina a severidade da depressão (6). O BDI foi traduzido para o português e validado por Gorenstain e Andrade (1996) e desde então diversos estudantes e profissionais vêm aplicando o questionário com a finalidade de diagnosticar e classificar o quadro depressivo de pacientes (7). Dentre as perguntas são encontrados os seguintes sintomas: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, alteração de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Os valores considerados no somatório para o quadro de diagnóstico foram: 0-9 sem indícios de depressão, 10-18 indicam depressão leve, 19-29 indicam depressão moderada e 30-63 indicam depressão severa (6).

Dos critérios de inclusão foram considerados, pacientes do ambulatório de ginecologia com sintomas climatéricos, sintomas depressivos e depressão por meio da CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, diagnóstico recorrente ou crônico de depressão; pacientes do sexo feminino, adulta, com faixa etária entre 40-55 anos; pacientes de qualquer nível escolar. Para análise e dados coletados foram atribuídas como fator de exclusão, pacientes que não entraram no período climatérico e que não responderam todos os questionários.

Os dados coletados por escrito foram organizados em planilhas digitais para análise utilizando *software* voltado a epidemiologia *Epi Info* (criado pela *Centers for Disease Control and Prevention*). Análise estatística: Foi feita uma análise descritiva dos dados e considerado um nível de significância no Intervalo de Confiança (IC) de 95%. O método escolhido para estatística condiz em estimar um valor para um parâmetro populacional, fornecendo 95% de confiança na cobertura do real valor do parâmetro. Sendo assim, para cada parâmetro dentre 100 amostras aleatórias da população, somente cinco não estarão contidos dentro desse intervalo. Na análise também foi empregado o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) em modelo de regressão linear, as variáveis foram renda mensal, ciclo de vigília, dor, obesidade e uso de álcool. Consideram-se estatisticamente significantes as associações com p-valor menor que 0,20.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. CLIMATÉRIO

De acordo com Bastos (2003) a palavra climatério veio do grego *climak* (mudança) e *terius* (tempo), mudança no tempo, e afirma que não deve ser visto como um fim, mas como uma alteração na direção (8). Essa mesma autora alega que o climatério não é um processo isolado, mas também um “(...) período de transição entre os ciclos ovulatórios finais da vida de uma mulher e a menopausa propriamente dita” (p. 18), ideia também defendida por Freitas e colaboradores (9). Para Mori e Coelho (2004) o termo tem a sua origem na palavra grega *klimakter* que denota “crise”, e ainda, “escada”, simulando o declínio hormonal na função ovariana (10).

O climatério é definido pela OMS (2010) como a passagem entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da vida da mulher, a menopausa então, sendo um importante marco dessa fase. A diminuição gradativa da produção de hormônios sexuais femininos caracteriza esse período, que vai até a sua cessação definitiva dos ciclos menstruais. Segundo Serrão (2008, p. 16) o termo mais apropriado para climatério de acordo com a maioria dos autores compreende quatro fases do ciclo menstrual, deliberadas pela OMS em 1996 (11):

[...](a) a pré-menopausa, definida pela irregularidade menstrual durante os últimos doze meses; (b) a perimenopausa, período de tempo que vai de dois a oito anos e que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja doze meses consecutivos, mas os ciclos são irregulares e mais pequenos (...); (c) menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (...); (d) e a pós-menopausa, que se inicia um ano após amenorreia.

Este é visto um período de intensas mudanças na vida da mulher constituindo um fenômeno endócrino natural, com falência dos folículos ovarianos, com diminuição da secreção de estradiol, um hormônio que por sua vez regula o ciclo menstrual, sendo assim o principal hormônio sexual feminino, e a cessação terminante dos ciclos menstruais e aparecimento de sintomas característicos desta fase da vida (12).

O fenômeno incide normalmente em mulheres com mais de 40 anos podendo ser estendido até os 65, quando não há mais a capacidade de uma reprodução naturalmente, devido ao esgotamento dos folículos ovarianos e diminuição da produção de estradiol. O climatério nem sempre está associado às alterações físicas e emocionais, porém as alterações que ocorrem neste período são caracterizadas como síndrome do climatério. O mesmo se associa a fatores psicossociais, biológicos e culturais, sendo necessário o acompanhamento de uma equipe qualificada e humanizada para lidar com as queixas relacionadas a essa fase da vida da mulher (13).

Os sintomas do climatério são influenciados por inúmeros fatores de ordem biológica (acoplados à queda dos níveis de estrógenos ou em consequência do envelhecimento), aspectos psicológicos (submergindo a auto percepção da mulher) e aspectos sociais (pautados no relacionamento da mulher com os familiares, amigos e comunidade), por fim os aspectos socioculturais, onde se inclui mitos, crenças, religião e preconceito que a sociedade constitui, colonizam e vivenciam em cada período (14).

As mudanças biológicas e psicossociais que abordam o período e têm impacto negativo e expressivo sobre a sua saúde e bem-estar. Em meio às alterações biológicas pode-se observar a sintomatologia típica, como: fraqueza, nervosismo, distúrbios menstruais, sudorese, fogachos, cefaleia, palpitação, vertigens, irritabilidade, insônia, depressão, ansiedade, dificuldade de concentração e lapsos de memória (15).

Com uma observação em longo prazo, haverá uma predisposição ao acometimento de doenças crônico-degenerativas, consequência da queda na secreção dos hormônios sexuais femininos (Exemplo: Osteoporose, doenças coronarianas, hipertensão e dislipidemias), patologia estas que mais a frente irão interferir na condição geral de saúde, podendo influenciar, também, certos aspectos da sua sexualidade (16). Estas não necessariamente provocarão uma redução uma diminuição no prazer, mas pode influenciar diretamente em uma resposta sexual, consequentemente a perda da libido, tornando o ato mais lento, menos prazeroso e causando insatisfação sexual. A dispareunia (dor durante o ato sexual) por decorrência do ressecamento vaginal, um dos causadores do desconforto sexual que pode causar alterações sexuais na vida da mulher, efeito do hipoestrogenismo (17).

4.2. MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO FEMININO

A correlação entre o climatério, saúde e a doença da mulher é uma tarefa difícil, perante diversos modelos que buscam compreender tal fenômeno.

4.2.1. Modelo Biomédico

O modelo biomédico se sustenta na determinação de uma criação biológica para qualquer doença, à qual condiz naturalmente com uma sintomatologia biológica ou física (18). Segundo Good (1996), a ciência médica é vista como uma reprodução experimental e material de fatos biológicos, que são as doenças, completamente independentes dos contextos socioculturais de passagem (19). Nesse ponto de vista, o climatério é entendido como doença de déficit hormonal (20) e, por decorrência, uma fase comprometedora do nível físico e emocional.

Reynolds (1997) argumenta que a definição médica para o climatério faz com que o tratamento oferecido ao público seja individualmente médico por meio de terapia hormonal de substituição (21). Estas intervenções são, segundo autores, experimentadas entre 15 a 20% das mulheres que exibem sintomatologia vasomotora e mal-estar, essa mesma ideia foi apoiada por Hunter e Mann (22). Stotland (2002 *apud* SERRÃO, 2008) critica o termo “substituição”, ele afirma que o próprio nome do medicamento faça com que as mulheres sintam receio da terapia, como se reduzisse o envelhecimento natural humano (11).

4.2.2. Modelo Sociocultural

Comparado ao modelo biomédico, o sociocultural define o climatério como uma fase natural da mulher, com poucos efeitos sobre a mesma. Ele defende a problema na edificação cultural, associando estereótipos e costumes relacionados ao envelhecimento e à perda e convívio social (11).

O símbolo do envelhecimento feminino ocorre na terceira idade, entretanto o climatério, que por sua vez acontece na meia-idade, esta associada à perda de identidade vital feminina, ou seja, muitas vezes esses períodos são confundidos e a imagem do envelhecimento da mulher ocorrendo antes do previsto (11). No entanto para Melby (2005), esta relação se associa mais como uma classificação social, do que com o dano das disposições físicas e cognitivas, e estende para que a preocupação da mulher durante essa fase não é tanto a sintomatologia, mas sim a perda da fertilidade em si, o que as faz pensar em uma perda de identidade feminina, com isso o aumento da ansiedade psicológica durante o climatério (23).

Contudo, pode-se dizer que, nesse ponto de vista, o climatério é visto como uma fase vital para a mulher, onde ocorre uma mudança que é vista por um mundo social subjetivo como um fator para o envelhecimento, levando em conta os estereótipos e mitos.

4.2.3. Modelo Psicossocial

Este modelo está centrado em uma abordagem de vulnerabilidade que a mulher se encontra quando está no período do climatério, justificada pelos distúrbios hormonais e por fatores causadores de stress e depressão, especificamente: a síndrome do ninho vazio, o divórcio, os lutos, conflitos ou problemas de saúde, entre outros (24).

Em relação ao fator “Síndrome do Ninho Vazio – SNV”, deliberado como a fase em que os filhos ganham a independência e deixa a casa, Hunter (1990), não constatou dados que defendem que este fator é causador de *stress* para as mulheres na meia-idade (25). Schmidt *et al.*, em 2004, fizeram uma pesquisa com 100 mulheres americanas (44 e 55 anos), destas, 50 estavam diagnósticas com depressão e a outra metade saudáveis de acordo com laudo psiquiátrico. Os dois grupos exibiam ciclo menstrual irregular. Empregaram o Inventário de Depressão de

Beck e a *Modified Daily Rating Form*, além de entrevista, na qual eram apresentados 110 episódios de vida, repartidos em 11 categorias. O grupo com depressão não descreveu problemas com a SNV de forma significativa. Então, sugeriram que a SNV e outros fatores desencadeadores contribuiriam para susceptibilidade da depressão, ou seja, a SNV significaria um fator para depressão nessas mulheres, mas não essencialmente a sua causa (26).

Opostamente, os fatores como o divórcio, a separação e a viuvez determinam um conflito no climatério, uma vez que estão agregados à sintomatologia psicológica e somática (27).

4.2.4. Modelo Biopsicossocial

Apresentado por Hanisch et al (2008) como modelo alternativo no ponto biomédico, ao sociocultural e ao psicossocial, possuindo uma visão mais compreensiva e holística relacionado aos fatores que estão subjacentes ao climatério, tais como: fatores biológicos, psicológicos, familiares, culturais e sociais. O autor complementa que o conflito do climatério com a mulher é determinado à luz de diversas determinantes: biológica, cultural e psicossocial (28).

Greenblun et al (2012) em um estudo, ele nota que grande parte da literatura colocou o climatério como avaliação sintomática individual e afirma que os sintomas do não estão relacionados somente de uma maneira como por exemplo, os fatores biológicos isolados, ele concorda com o modelo biopsicossocial que Hanisch et al (2008) propõe (29). Além disso, também evidencia que existem diversas terapias para diferentes tipos de sintomas, como as terapias mente-corpo (exercícios como ioga e relaxamento) e outras terapias que incluem múltiplos componentes, como a parte cognitiva e comportamental como a terapia cognitiva-comportamental delineada por Aaron Beck (2005) onde relaciona a eficácia da mesma em relação a diversos transtornos psiquiátricos (30).

4.3. DEPRESSÃO

4.3.1. Surgimento

A primeira aparição da palavra "depressão" surgiu em 1851 por Louis Jean Francois Delasiauve, psiquiatra francês. Antes disso o nome "melancolia" era utilizado de maneira similar para uso médico, se atribuindo a um subtipo de mania e designava, em geral, os quadros de expressão comportamental diminuída, incluindo distúrbios que apresentavam tristeza, agitação, alucinações, estados paranoides e até mesmo demenciais (31).

Freud (1914-1916) em "*Luto e Melancolia*" (título traduzido para o português) traz o conceito de melancolia como um processo lento e doloroso, que tem como características, tristeza profunda, distanciamento de toda e qualquer atividade que não esteja vinculada aos pensamentos sobre o elemento perdido, a falta de interesse no mundo externo e perturbação na autoestima. O indivíduo melancólico se autodeprecia de modo acentuado, tendo um caráter mais inconsciente e ideal. Ainda em sua obra, ele esclarece, que o indivíduo melancólico "sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu", pois o elemento perdido concebe como objeto de amor e que assegura seu ego. Freud (1914-1916) finaliza afirmando a necessidade de três condições para o surgimento da melancolia: a perda do objeto, o sentimento de ambivalência e um movimento regressivo da libido ao ego (32).

Em 1860 o significado de depressão já era encontrado nos dicionários médicos "se aplicando ao rebaixamento dos espíritos de pessoas que sofrem com a doença" (33). O questionamento sobre o porquê da necessidade do surgimento desse termo é importante, incidiu-se uma sugestão tanto para uma "diminuição" fisiológica quanto uma "metáfora" da função emocional, sendo assim, teria uma semântica para nomear fosse um "estado" ou um "sintoma" (33,34).

Ainda desconhecida e muito pesquisada a etiologia da depressão esta dividida para efeitos de estudos em: fatores biológicos, causais, genéticos e psicossociais. De acordo com alguns estudos a soma ou alguns fatores isolados acrescentados de uma vulnerabilidade biológica e psicológica engloba o desenvolvimento à depressão. Além disso, hereditariedade e experiências de vida, eventos negativos e estressantes e também a presença de outros transtornos psíquicos contribuem para a patologia (35).

4.3.2. Sinais e Sintomas

Uma das características essenciais do ser humano é a sua necessidade do conviver socialmente (em grupo), e é nessa sociedade que ele concretiza suas necessidades, que contribui para o empenho coletivo, que amplia seus relacionamentos. De acordo com seu comportamento nesse meio, dentro de perspectivas, limitações e protótipos aceitos por aquele grupo, o indivíduo ganha reconhecimento, aprovação, e sustenta sua autoestima (35).

Quando há uma desarmonia na relação entre o ser humano e o meio em que vive, cria-se uma circunstância de desequilíbrio, o que por consequência têm sofrimento e perda de funções da parte do primeiro, deixando de cumprir satisfatoriamente a sua funcionalidade social. Dentre inúmeras possibilidades em que esse equilíbrio possa ser comprometido, as doenças psiquiátricas exibem uma significativa parcela dos episódios em que essa harmonia é rompida. Em meio há tantas doenças mentais, a de maior prevalência na população é o transtorno depressivo (36,37).

Segundo a OMS (2011) mais de 340 milhões de pessoas no mundo é acometida por depressão, constituindo hoje uma das fundamentais causas de sofrimento psíquico da população, podendo incapacitar os indivíduos de suas atividades profissionais e sociais diárias. Estudos epidemiológicos expostos pela OMS cogitam que o número de casos da patologia com diagnósticos está aumentando em escala acelerada. Todavia um dos grandes desafios dos pesquisadores e profissionais de saúde é a natureza subjetiva do diagnóstico, e ainda diferenciar o quanto desse crescimento é real e o quanto compõe distorções (38).

4.3.3. Diagnóstico

A depressão, quando avaliada sob os diversos prismas da ciência, pode envolver as linhas psiquiátrica, psicanalítica, biológica, sociológica, filosófica e outros. Na abordagem psiquiátrica, alguns autores destacam aspectos biológicos e genéticos, outros focam no biopsicossocial, já outros procuram unificar essas variáveis. Os aspectos sociológico, comportamental e cognitivo também são bastante estudados dentro da patologia. E se tratando de uma questão multifacetada e um tema bastante abrangente, composto de diversas abordagens o fenômeno nos

convida a escolher uma linha basal de análise a seguir. Para fins desse estudo, foi optada a abordagem psiquiátrica, considerando aspectos biológicos, ambientais e psicossociais que se correlacionam com a depressão.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5 (2014) é um manual nosológico que cataloga e categorizam as diferentes formas de transtornos mentais, descrevem entidades, quadros e combinações psicopatológicos, com base na sintomatologia dos quadros clínicos dos indivíduos (39). O DSM-5 constitui critérios para se caracterizar o transtorno depressivo maior, o que, em resumo, inclui sintomas com evolução de pelo menos 14 dias e que constituem variações no funcionamento prévio do indivíduo, por exemplo, humor deprimido e diminuição de interesse ou prazer, além de aumento ou diminuição no apetite, sono e atividade psicomotora, fadiga, anseio de culpa, concentração reduzida, pensamentos suicida, dentre outros (39, 2). Entretanto, o diagnóstico pode se tornar ambíguo quando se analisa ser humano de forma complexa, o que abre uma plausível margem de subjetividade no método clínica.

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico e não há sintomas patognomônicos tão pouco exames laboratoriais que apontam claramente a patologia. Em 1915 depois que Sigmund Freud caracterizou conceitos como luto e melancolia, comparando-os como desânimo profundo, perda de interesse, inibição de atividades e aumento da baixa autoestima, a intensidade e a estabilidade dessas características têm movido profissionais de saúde a analisar e diagnosticar de forma diversificada os estados emocionais dos indivíduos (32). Essa subjetividade intensifica as chances de que diferentes diagnósticos sejam dados a um mesmo paciente, de acordo com o método de avaliação do profissional. O DSM-5 ampliou significativamente a validade dos diagnósticos, mas não aboliu inteiramente o problema (40).

Ressalta-se que algumas dessas características podem ser apresentadas isoladamente. Isso diz respeito aos chamados sintomas depressivos (2). A patologia em si somente recebe um diagnóstico quando há uma análise sintomatológica e no mínimo 14 dias de manifestação, quando os sintomas se encontram isolados e perduram abaixo dos 14 dias são considerados apenas sintomas depressivos (39, 2).

4.4. CLIMATÉRIO E DEPRESSÃO

As pesquisas sobre a fase do climatério e a depressão são de certo modo antigas, a primeira a ser descrita foi na Inglaterra, em meados do século XIX, vista como uma forma de melancolia. Já o conceito de melancolia involutiva, veio à tona 90 anos atrás por Kraepelin como uma entidade nosológica caracterizada, separando-a da psicose maníaco-depressiva por critérios evolutivos (41). Kraepelin reformulou esse conceito por ter sido bastante questionado sobre sua visão, completando que o aparecimento desse quadro clínico posteriormente os 45 anos de idade era devido à um acúmulo do número de casos de patologias afetivas, e não à uma nova condição clínica (42). Diversos autores continuam opondo ao conceito, já outros apoiam, entretanto, mesmo com vários estudos realizados sobre os sintomas depressivos e o transtorno depressivo maior, ainda não se encontrou base científica para apoiar um conceito único (43).

Os autores Alexander et al. (2007) e Cohen et al. (2006) afirmam em suas pesquisas que a ansiedade é um fator de risco para a depressão durante esse período (44, 45). Já outros acreditam que o climatério encontra-se densamente associado à aparição de sintomas de ansiedade e depressão mesmo com a ausência de uma história prévia de doença mental, quando relacionados a outros fatores de risco, como o aumento índice de massa corpórea - IMC, síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), fogachos, distúrbios do sono, desemprego e circunstância conjugal (46).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. IDENTIFICAÇÃO

A população do ambulatório foi de 247 mulheres, a idade das entrevistadas variou de 40 a 55 anos, a maior porcentagem delas (52,2%) encontra-se na faixa de 40 a 49 anos, porém foi encontrado um maior número (61) de mulheres sujeitas a um diagnóstico de depressão severa sugerido pelo BDI em mulheres com a faixa etária entre 50 e 55 anos de idade. Nesse grupo geral predomina-se a etnia branca (58,1%), seguido por (23,4%) de negras e (18,5) de pardas e 74,5% são cristãs. No grupo mostra que a perda do parceiro tanto na viuvez quanto no divórcio/separação aumenta a predisposição para sintomas depressivos.

Quadro 01 – Apresentação das características individuais das mulheres entrevistadas.

Características Individuais	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Idade										
40 a 49 anos	17	13,2 (7,3 a 19)	24	18,6 (11,9 a 25,3)	53	41,1 (32,6 a 49,6)	35	27,1 (19,5 a 34,8)	129	52,2
50 a 55 anos	4	3,4 (0,1 a 6,7)	16	13,6 (7,4 a 19,7)	37	31,4 (23 a 39,7)	61	51,7 (42,7 a 60,7)	118	47,8
Estado Civil										
Solteira	8	20 (7,6 a 32,4)	5	12,5 (2,3 a 22,7)	11	27,5 (13,7 a 41,3)	16	40 (24,8 a 55,2)	42	17,0
Casada	11	11 (4,9 a 17,1)	24	24 (15,6 a 32,4)	37	37 (27,5 a 46,5)	28	28 (19,2 a 36,8)	100	40,5
Viúva	1	1,9 (-1,8 a 5,7)	5	9,6 (1,6 a 17,6)	17	32,7 (19,9 a 45,4)	29	55,8 (42,3 a 69,3)	51	20,6
Divorciada/Separada	1	1,8 (-1,7 a 5,3)	6	10,9 (2,7 a 19,1)	25	45,5 (32,3 a 58,6)	23	41,8 (28,8 a 54,9)	54	21,9
Grupo Étnico										
Branco	14	10 (5 a 15)	24	17,1 (10,9 a 23,4)	54	38,6 (30,5 a 46,6)	48	34,3 (26,4 a 42,1)	144	58,1
Pardo	1	2,1 (-2 a 6,3)	5	10,6 (1,8 a 19,5)	18	38,3 (24,4 a 52,2)	23	48,9 (34,6 a 63,2)	58	23,4
Negro	6	10 (2,4 a 17,6)	11	18,3 (8,5 a 28,1)	18	30 (18,4 a 41,6)	25	41,7 (29,2 a 54,1)	46	18,5
Religião										
Cristã	16	8,7 (4,6 a 12,8)	25	13,6 (8,6 a 18,5)	63	34,2 (27,4 a 41,1)	80	43,5 (36,3 a 50,6)	184	74,5
Espírita	1	2,8 (-2,6 a 8,1)	11	30,6 (15,5 a 45,6)	14	38,9 (23 a 54,8)	10	27,8 (13,1 a 42,4)	36	14,6
Ateu	4	14,8 (1,4 a 28,2)	4	14,8 (1,4 a 28,2)	13	48,1 (29,3 a 67)	6	22,2 (6,5 a 37,9)	27	10,9
Renda Mensal										
até 1 salário	3	6,3 (-0,6 a 13,1)	5	10,4 (1,8 a 19,1)	13	27,1 (14,5 a 39,7)	27	56,3 (42,2 a 70,3)	48	19,4
2 - 4 salários	12	7,4 (3,4 a 11,4)	27	16,7 (10,9 a 22,4)	61	37,7 (30,2 a 45,1)	62	38,3 (30,8 a 45,8)	162	65,6
> 4 salários	6	16,2 (4,3 a 28,1)	8	21,6 (8,4 a 34,9)	16	43,2 (27,3 a 59,2)	7	18,9 (6,3 a 31,5)	37	15,0
Data da Última Menstruação										
2006-2010	3	4,6 (-0,5 a 9,7)	7	10,8 (3,2 a 18,3)	21	32,3 (20,9 a 43,7)	34	52,3 (40,2 a 64,5)	65	26,3
2011-2016	18	9,9 (5,6 a 14,2)	33	18,1 (12,5 a 23,7)	69	37,9 (30,9 a 45)	62	34,1 (27,2 a 41)	182	73,7
Ocupação no momento										
Comércio/Autônoma	12	15 (7,2 a 22,8)	15	18,8 (10,2 a 27,3)	30	37,5 (26,9 a 48,1)	23	28,8 (18,8 a 38,7)	80	32,4
Diarista/Doméstica	5	6,8 (1 a 12,5)	7	9,5 (2,8 a 16,1)	32	43,2 (32 a 54,5)	30	40,5 (29,4 a 51,7)	74	30,0
Aposentada/Pensionista	1	1,9 (-1,8 a 5,7)	7	13,5 (4,2 a 22,7)	17	32,7 (19,9 a 45,4)	27	51,9 (38,3 a 65,5)	52	21,1
Desempregada	2	5,6 (-1,9 a 13)	9	25 (10,9 a 39,1)	10	27,8 (13,1 a 42,4)	15	41,7 (25,6 a 57,8)	36	14,6
Outros	1	20 (-15,1 a 55,1)	2	40 (-2,9 a 82,9)	1	20 (-15,1 a 55,1)	1	20 (-15,1 a 55,1)	5	2,0
Atividade Profissional										
<4h diárias	1	3,2 (-3 a 9,4)	4	12,9 (1,1 a 24,7)	8	25,8 (10,4 a 41,2)	18	58,1 (40,7 a 75,4)	32	13,0
4 - 6h diárias	5	12,8 (2,3 a 23,3)	6	15,4 (4,1 a 26,7)	15	38,5 (23,2 a 53,7)	13	33,3 (18,5 a 48,1)	39	15,8
6 - 8h diárias	7	15,2 (4,8 a 25,6)	4	8,7 (0,6 a 16,8)	18	39,1 (25 a 53,2)	17	37 (23 a 50,9)	46	18,6
>8h diárias	6	10,5 (2,6 a 18,5)	11	19,3 (9,1 a 29,5)	23	40,4 (27,6 a 53,1)	17	29,8 (17,9 a 41,7)	57	23,1
Nenhuma	2	2,7 (-1 a 6,4)	15	20,3 (11,1 a 29,4)	26	35,1 (24,3 a 46)	31	41,9 (30,7 a 53,1)	73	29,6
Atividade Física										
15 min diários	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	4	66,7 (28,9 a 104,4)	2	33,3 (-4,4 a 71,1)	7	2,8
30 min diários	4	10 (0,7 a 19,3)	5	12,5 (2,3 a 22,7)	11	27,5 (13,7 a 41,3)	20	50 (34,5 a 65,5)	40	16,2
1h diária	4	10,3 (0,7 a 19,8)	7	17,9 (5,9 a 30)	17	43,6 (28 a 59,2)	11	28,2 (14,1 a 42,3)	39	15,8
>1h diárias	4	6,7 (0,4 a 13)	15	25 (14 a 36)	22	36,7 (24,5 a 48,9)	19	31,7 (19,9 a 43,4)	60	24,3
Nenhuma	9	8,8 (3,3 a 14,3)	13	12,7 (6,3 a 19,2)	36	35,3 (26 a 44,6)	44	43,1 (33,5 a 52,7)	101	40,9
Atividade Lúdica										
15 min diários	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	0,4
30 min diários	3	50 (10 a 90)	1	16,7 (-13,2 a 46,5)	0	0 (0 a 0)	2	33,3 (-4,4 a 71,1)	6	2,4
1h diária	1	6,7 (-6 a 19,3)	3	20 (-0,2 a 40,2)	7	46,7 (21,4 a 71,9)	4	26,7 (4,3 a 49)	15	6,1
>1h diárias	2	4,2 (-1,5 a 9,8)	5	10,4 (1,8 a 19,1)	20	41,7 (27,7 a 55,6)	21	43,8 (29,7 a 57,8)	48	19,4
Nenhuma	15	8,5 (4,4 a 12,6)	31	17,5 (11,9 a 23,1)	63	35,6 (28,5 a 42,6)	68	38,4 (31,3 a 45,6)	177	71,7

Em outro momento da entrevista, quando questionadas sobre sua ocupação no momento, 159 se declararam remuneradas através de alguma atividade profissional, 52 delas alegaram receber aposentadoria/pensão e por último, 36 mulheres encontravam-se desempregadas. Ao observar a carga horária trabalhada se vê um maior número de mulheres (29,6%) com o diagnóstico de depressão severa sugerida pelo BDI que não realizam atividade profissional.

Já relacionado à atividade física, 40,9% disseram não realizarem nenhum tipo de exercício, e 71,7% também não realizam qualquer tipo de atividade lúdica diária. Segundo Dennerstein et al (1999) o exercício físico feito em pouca ou nenhuma quantidade aumenta o escore de depressão (47).

Quadro 02 – Apresentação das características de residência e moradores das entrevistadas.

Características Residencial	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Cidade										
Cidades Satélites - DF	18	9,7 (5,5 a 14)	27	14,6 (9,5 a 19,7)	69	37,3 (30,3 a 44,3)	71	38,4 (31,4 a 45,4)	176	71,3
Goiás	2	4,4 (-1,6 a 10,5)	10	22,2 (10,1 a 34,4)	13	28,9 (15,6 a 42,1)	20	44,4 (29,9 a 59)	54	21,9
Plano Piloto - DF	1	5,9 (-5,3 a 17,1)	3	17,6 (-0,5 a 35,8)	8	47,1 (23,3 a 70,8)	5	29,4 (7,8 a 51,1)	17	6,9
Residência										
Própria	14	9,1 (4,6 a 13,6)	25	16,2 (10,4 a 22,1)	54	35,1 (27,5 a 42,6)	61	39,6 (31,9 a 47,3)	155	62,8
Alugada	6	7,9 (1,8 a 14)	13	17,1 (8,6 a 25,6)	32	42,1 (31 a 53,2)	25	32,9 (22,3 a 43,5)	75	30,4
Emprestada	1	5,9 (-5,3 a 17,1)	2	11,8 (-3,6 a 27,1)	4	23,5 (3,4 a 43,7)	10	58,8 (35,4 a 82,2)	17	6,9
Tipo de Residência										
Casa	11	8 (3,5 a 12,6)	22	16,1 (9,9 a 22,2)	53	38,7 (30,5 a 46,8)	51	37,2 (29,1 a 45,3)	137	55,5
Apartamento	8	9,8 (3,3 a 16,2)	14	17,1 (8,9 a 25,2)	31	37,8 (27,3 a 48,3)	29	35,4 (25 a 45,7)	82	33,2
Zona rural/Habitação Social	2	7,1 (-2,4 a 16,7)	4	14,3 (1,3 a 27,2)	6	21,4 (6,2 a 36,6)	16	57,1 (38,8 a 75,5)	28	11,3
Renda Mensal										
até 1 salário	5	10,4 (1,8 a 19,1)	13	27,1 (14,5 a 39,7)	27	56,3 (42,2 a 70,3)	3	6,3 (-0,6 a 13,1)	48	19,4
2 - 4 salários	27	16,7 (10,9 a 22,4)	61	37,7 (30,2 a 45,1)	62	38,3 (30,8 a 45,8)	12	7,4 (3,4 a 11,4)	162	65,6
> 4 salários	8	21,6 (8,4 a 34,9)	16	43,2 (27,3 a 59,2)	7	18,9 (6,3 a 31,5)	6	16,2 (4,3 a 28,1)	37	15,0
Moradores										
1	4	7,5 (0,4 a 14,7)	8	15,1 (5,5 a 24,7)	25	47,2 (33,7 a 60,6)	16	30,2 (17,8 a 42,5)	53	24,8
2	2	3,3 (-1,2 a 7,9)	12	20 (9,9 a 30,1)	23	38,3 (26 a 50,6)	23	38,3 (26 a 50,6)	60	28,0
3	4	6,7 (0,4 a 13)	9	15 (6 a 24)	23	38,3 (26 a 50,6)	24	40 (27,6 a 52,4)	60	28,0
>3	6	15 (3,9 a 26,1)	7	17,5 (5,7 a 29,3)	11	27,5 (13,7 a 41,3)	16	40 (24,8 a 55,2)	41	19,2
Se Mora Sozinha										
Sim	5	14,7 (2,8 a 26,6)	4	11,8 (0,9 a 22,6)	8	23,5 (9,3 a 37,8)	17	50 (33,2 a 66,8)	36	14,6
Não	16	7,5 (4 a 11,1)	36	16,9 (11,9 a 21,9)	82	38,5 (32 a 45)	79	37,1 (30,6 a 43,6)	211	85,4
Se Mantém Convívio Familiar										
Não	2	13,3 (-3,9 a 30,5)	2	13,3 (-3,9 a 30,5)	7	46,7 (21,4 a 71,9)	4	26,7 (4,3 a 49)	21	58,3
Sim	3	15,8 (-0,6 a 32,2)	2	10,5 (-3,3 a 24,3)	1	5,3 (-4,8 a 15,3)	13	68,4 (47,5 a 89,3)	15	41,7

Ao analisar a localidade que as pacientes residem e sua renda mensal, visa que ter melhor condições financeiras e morar em locais mais nobres são fatores protetivos nessa amostra para sintomas depressivos.

A média de moradores por casa é de três pessoas, entretanto 36 dessas mulheres vivem sozinhas, desse mesmo número 15 não mantém nenhum tipo de convívio familiar com seus entes.

Quando questionadas se moravam sozinhas, 36 pacientes disseram que sim, e somente 15 delas mantém contato familiar. Estatisticamente nessa amostra, morar sozinha não é um fator de risco para sintomas depressivos, porém teve uma relevância no número (68,4%) das pacientes que moram sós e mantém contato familiar.

5.2. DADOS CLÍNICOS

Do motivo para a procura do atendimento, a maior parte das entrevistadas relatou a busca por cirurgia (34,4%) seguida por fatores psicossociais (24,7%). Dentre as queixas mais citadas estão alteração de humor (21,3%) e insônia (18,7%), os demais valores podem ser observados no Quadro 03, onde a ausência desses sintomas evidencia uma diminuição nos sintomas depressivos.

O padrão de sono foi estipulado na anamnese, que para insônia Leve, quase todas as noites, associado com pouca ou nenhuma evidência de prejuízo social ou ocupacional com duração transitória entre dois e três dias; Moderada, todas as noites, prejuízo leve a moderado com sintomas associados, duração em longo prazo (menos de três semanas); Grave, todas as noites, prejuízo severo, inquietação significativa, fadiga, irritabilidade e ansiedade, com duração em longo prazo mais de três semanas (48, 49). Das 247 mulheres, 199 delas descreveram sono irregular, e 40,1% do total com insônia moderada.

Um estudo exploratório transversal, realizado com 456 mulheres no período do climatério em Campinas, constatou que dentre as queixas mais abordadas está como mais frequente a diminuição do interesse sexual. No mesmo estudo, foi encontrada uma amostra de 55,4% de depressão pré-menopausa (50). A pesquisa realizada no HUB (Quadro 03) mostra que 126 pacientes tiveram a libido reduzida depois da inserção no período do climatério, mais de 50% dessas mulheres segundo o BDI estão com depressão severa.

Quadro 03 – Distribuição de eventos na história médica das mulheres entrevistadas.

História Médica	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Motivo de Consulta										
Fatores Psicossociais	0	0 (0 a 0)	5	8,2 (1,3 a 15,1)	24	39,3 (27,1 a 51,6)	32	52,5 (39,9 a 65)	61	24,7
Medicação	10	23,8 (10,9 a 36,7)	11	26,2 (12,9 a 39,5)	10	23,8 (10,9 a 36,7)	11	26,2 (12,9 a 39,5)	42	17,0
Escacez Hormonal	3	17,6 (-0,5 a 35,8)	3	17,6 (-0,5 a 35,8)	6	35,3 (12,6 a 58)	5	29,4 (7,8 a 51,1)	17	6,9
Cirurgia	6	7,1 (1,6 a 12,5)	14	16,5 (8,6 a 24,4)	35	41,2 (30,7 a 51,6)	30	35,3 (25,1 a 45,5)	85	34,4
Sintomas Menopausa	0	0 (0 a 0)	5	15,6 (3 a 28,2)	13	40,6 (23,6 a 57,6)	14	43,8 (26,6 a 60,9)	32	13,0
Outros	2	20 (-4,8 a 44,8)	2	20 (-4,8 a 44,8)	2	20 (-4,8 a 44,8)	4	40 (9,6 a 70,4)	10	4,0
Queixa Principal										
Fogacho	7	4,6 (1,3 a 7,9)	16	10,5 (5,6 a 15,4)	53	34,9 (27,3 a 42,4)	76	50 (42,1 a 57,9)	152	15,1
Sudorese	7	4,6 (1,3 a 7,9)	14	9,2 (4,6 a 13,7)	55	35,9 (28,3 a 43,6)	77	50,3 (42,4 a 58,2)	153	15,2
Dores(cefaléia/mialgia)	3	3,9 (-0,4 a 8,3)	13	17,1 (8,6 a 25,6)	22	28,9 (18,8 a 39,1)	38	50 (8,8 a 61,2)	76	7,5
Insônia	7	3,7 (1 a 6,4)	28	14,8 (9,8 a 19,9)	76	40,2 (33,2 a 47,2)	78	41,3 (34,3 a 48,3)	189	18,7
Alterações de Humor	8	3,7 (1,2 a 6,3)	31	14,4 (9,7 a 19,1)	84	39,1 (32,5 a 45,6)	92	42,8 (36,2 a 49,4)	215	21,3
Secura Vaginal	6	8,2 (1,9 a 14,5)	5	6,8 (1,1 a 12,6)	25	34,2 (23,4 a 45,1)	37	50,7 (39,2 a 62,2)	73	7,2
Redução da Libido	4	3,2 (0,1 a 6,2)	13	10,3 (5 a 15,6)	45	35,7 (27,3 a 44,1)	64	50,8 (42,1 a 59,5)	126	12,5
Estresse	0	0 (0 a 0)	6	24 (7,3 a 40,7)	6	24 (7,3 a 40,7)	13	52 (32,4 a 71,6)	25	2,5
Sono										
Sem alterações	15	30,6 (17,7 a 43,5)	13	26,5 (14,2 a 38,9)	11	22,4 (10,8 a 34,1)	10	20,4 (9,1 a 31,7)	48	19,4
Insônia Inicial	3	3,4 (-0,4 a 7,1)	19	21,3 (12,8 a 29,9)	40	44,9 (34,6 a 55,3)	27	30,3 (20,8 a 39,9)	89	36,0
Insônia Intermediária	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	3	27,3 (1 a 53,6)	8	72,7 (46,4 a 99)	11	4,5
Insônia Terminal	3	3,1 (-0,3 a 6,5)	8	8,2 (2,7 a 13,6)	36	36,7 (27,2 a 46,3)	51	52 (42,1 a 61,9)	99	40,1
Patologia Instalada										
Cardíacas	7	7,6 (2,2 a 13)	11	12 (5,3 a 18,6)	34	37 (27,1 a 46,8)	40	43,5 (33,3 a 53,6)	92	33,9
Diabetes Mellitus	2	4,5 (-1,6 a 10,7)	1	2,3 (-2,1 a 6,7)	19	43,2 (28,5 a 57,8)	22	50 (35,2 a 64,8)	44	16,2
Obesidade	1	2 (-1,9 a 5,9)	4	8 (0,5 a 15,5)	13	26 (13,8 a 38,2)	32	64 (50,7 a 77,3)	50	18,5
Carcinoma	1	4,3 (-4 a 12,7)	4	17,4 (1,9 a 32,9)	13	56,5 (36,3 a 76,8)	5	21,7 (4,9 a 38,6)	23	8,5
Depressão	1	4,8 (-4,3 a 13,9)	0	0 (0 a 0)	5	23,8 (5,6 a 42)	15	71,4 (52,1 a 90,8)	21	7,7
Ginecológicas	2	11,1 (-3,4 a 25,6)	6	33,3 (11,6 a 55,1)	5	27,8 (7,1 a 48,5)	5	27,8 (7,1 a 48,5)	18	6,6
Psicóses	0	0 (0 a 0)	1	25 (-17,4 a 67,4)	1	25 (-17,4 a 67,4)	2	50 (1 a 99)	4	1,5
Estresse Crônico	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	0,4
Fibromialgia	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	0,4
Infeciosas	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	33,3 (-20 a 86,7)	2	66,7 (13,3 a 120)	3	1,1
Hipercolesterolemia	1	7,7 (-6,8 a 22,2)	1	7,7 (-6,8 a 22,2)	3	23,1 (0,2 a 46)	8	61,5 (35,1 a 88)	13	4,8
Labirintite	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	2	100 (100 a 100)	1	0,4

As doenças cardíacas (28,4%) estão instaladas em mais de um quarto das pacientes, e apenas 74 dessas 92 mulheres relatam que fazem o tratamento de forma corretamente. Houve também a presença de obesidade (15,4%) e diabetes (16,2%). Somente 21 dessas 247 mulheres exibiam diagnóstico de depressão.

Segundo Kulak Jr. e Warren (1998) a falência dos ovários seguida da menopausa é um fator de risco para doenças coronarianas, pois há uma diminuição nas paredes das artérias causando um aumento da resistência vascular (51).

Em outro estudo, Coleman (1993) revisa brevemente as possíveis causas do aumento dos sintomas depressivos durante o período do climatério. Ela descreve a

deficiência hormonal, aparecimento de doenças crônico-degenerativas durante o envelhecimento (incontinência, diabetes, hipertensão) abuso de drogas, principalmente o álcool e também menciona cirurgias relacionadas a parte ginecológica (ex.: histerectomia) (52). Dentro dos aspectos psicológicos abordou-se a saída dos filhos de casa, principalmente ainda adolescentes, adoecimento familiar (pais) e perda ou abandono do trabalho. Morishia e Schivolleto (2001) evidenciam que a preocupação das mães com seus filhos está diretamente associada positivamente aos sintomas depressivos (53).

Sobre a presença de doenças crônicas, Perez et al (1997) diz que é um fator de risco para a presença dos sintomas depressivo (54). Entretanto Wojnar et al (2003) não encontrou associações entre doenças crônicas e os escores da patologia (55).

O Quadro 04 exhibe os antecedentes médicos e patológicos dessas pacientes. Pode se analisar que somente um quinto delas não exhibe nenhuma história pregressa.

Ao observar a história médica dessas pacientes foi achado que quase a metade (45,7%) realizou cirurgias na região adnexal, já 20,2% afirmaram não ter realizado qualquer procedimento cirúrgico.

Em relato sobre possíveis patologias na infância, 176 pacientes marcaram a opção de sim terem histórico de doenças antes dos doze anos de idade. As doenças respiratórias (35,6%) foram as mais descritas, seguido por outros tipos de infecção (27,4%) e depressão (17,1%). A reincidência do transtorno depressivo maior foi em três pacientes das 21 com diagnóstico atual.

A hereditariedade é fator preocupante quando o assunto é patologia. Mais da metade das entrevistadas (64,4%) alegaram terem antecedentes patológicos familiares (Quadro 05). O carcinoma esteve presente em 50% das famílias dessas mulheres e 13,6 afirmaram casos de transtorno depressivo maior.

Quadro 04 – Distribuição da história progressa das pacientes do ambulatório de climatério.

História Progressa	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
História Médica										
Cirurgia adnexal	6	5,3 (1,2 a 9,4)	17	15 (8,5 a 21,6)	38	33,6 (24,9 a 42,3)	52	46 (36,8 a 55,2)	113	45,7
Endometriose	7	13,5 (4,2 a 22,7)	9	17,3 (7 a 27,6)	18	34,6 (21,7 a 47,5)	18	34,6 (21,7 a 47,5)	52	21,1
Radioterapia abdominal	2	25 (-5 a 55)	0	0 (0 a 0)	6	75 (45 a 105)	0	0 (0 a 0)	8	3,2
Quimioterapia	0	0 (0 a 0)	1	12,5 (-10,4 a 35,4)	2	25 (-5 a 55)	5	62,5 (29 a 96)	8	3,2
Outros	0	0 (0 a 0)	5	31,3 (8,5 a 54)	10	62,5 (38,8 a 86,2)	1	6,3 (-5,6 a 18,1)	16	6,5
Sem história médica	6	12 (3 a 21)	8	16 (5,8 a 26,2)	16	32 (19,1 a 44,9)	20	40 (26,4 a 53,6)	50	20,2
Doença na Infância										
Não	16	9,1 (4,8 a 13,3)	29	16,5 (11 a 22)	61	34,7 (27,6 a 41,7)	70	39,8 (32,5 a 47)	71	28,7
Sim	5	7 (1,1 a 13)	11	15,5 (7,1 a 23,9)	29	40,8 (29,4 a 52,3)	26	36,6 (25,4 a 47,8)	176	71,3
Doença na Infância										
Anemia	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4
Ansiedade	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4
Respiratórias	3	12 (-0,7 a 24,7)	7	28 (10,4 a 45,6)	13	52 (32,4 a 71,6)	2	8 (-2,6 a 18,6)	25	35,6
Infeciosas	1	5 (-4,6 a 14,6)	3	15 (-0,6 a 30,6)	7	35 (14,1 a 55,9)	9	45 (23,2 a 66,8)	20	27,4
Depressão	1	8,3 (-7,3 a 24)	0	0 (0 a 0)	4	33,3 (6,7 a 60)	7	58,3 (30,4 a 86,2)	12	17,1
Diabetes	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	50 (-19,3 a 119,3)	1	50 (-19,3 a 119,3)	2	2,9
Ginecológicas	0	0 (0 a 0)	1	33,3 (-20 a 86,7)	2	66,7 (13,3 a 120)	0	0 (0 a 0)	3	4,3
Epilepsia	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4
Hipercolesterolemia	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4
Síncope	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4
TOC	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	33,3 (-20 a 86,7)	2	66,7 (13,3 a 120)	3	4,3
Trombose	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,4

Ao fazer uma análise de dados dos Quadros (03, 04 e 05), pode-se afirmar que de 11 casos de depressão na família, oito pacientes tiveram a patologia manifestada em algum momento da vida. A ocorrência do luto em curto período também predispõe ao aparecimento de sintomas depressivos, no Quadro 05 se vê que apenas três pessoas (5,4%) das 191 (77,3%) não manifestaram sintomas depressivos.

Beck e colaboradores (1979) estão de acordo que a perda ou negligência dos pais, o histórico familiar de alcoolismo, depressão, eventos negativos e a ausência de laços e relacionamento de confiança juntamente com a falta de apoio social adequado e uma baixa autoestima são fatores que predispõe o aparecimento da depressão (56). Na população entrevistada o resultado se mostrou imparcial, os números exibem que estando ou não em período de luto no climatério há indícios de sintomas depressivos.

Os achados de Dennerstein et al (1999) mostram que a pré-menopausa quando relacionada com a saúde comprometida, sentimentos negativos em relação

ao parceiro ou família, conflitos diários em família, perda de emprego e estresses interpessoais aumentam os sintomas negativos de humor (47). Esse fator foi positivo na pesquisa realizada com a população escolhida do HUB, a tanto a presença de patologias quanto presença de patologias nos antecedentes familiares estão relacionados aos sintomas depressivos assim como o desemprego.

Quadro 05 – Distribuição dos antecedentes patológicos familiares das entrevistadas.

Antecedentes Familiares	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Presença de Patologia										
Não	16	10,1 (5,4 a 14,7)	30	18,9 (12,8 a 24,9)	60	37,7 (30,2 a 45,3)	53	33,3 (26 a 40,7)	88	35,6
Sim	5	5,7 (0,8 a 10,5)	10	11,4 (4,7 a 18)	30	34,1 (24,2 a 44)	43	48,9 (38,4 a 59,3)	159	64,4
Patologia										
AVE	1	50 (-19,3 a 119,3)	1	50 (-19,3 a 119,3)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	2	2,3
Carcinoma	1	2,3 (-2,1 a 6,7)	6	13,6 (3,5 a 23,8)	13	29,5 (16,1 a 43)	24	54,5 (39,8 a 69,3)	44	50,0
Cirrose	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,1
Depressão	1	8,3 (-7,3 a 24)	0	0 (0 a 0)	2	16,7 (-4,4 a 37,8)	9	75 (50,5 a 99,5)	12	13,6
Diabetes	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	100 (100 a 100)	1	1,1
Endometriose	1	7,1 (-6,3 a 20,6)	1	7,1 (-6,3 a 20,6)	8	57,1 (31,2 a 83,1)	4	28,6 (4,9 a 52,2)	14	15,9
Esquizofrenia	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	50 (-19,3 a 119,3)	1	50 (-19,3 a 119,3)	2	2,3
HAS	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	33,3 (-20 a 86,7)	2	66,7 (13,3 a 120)	2	2,3
HIV	1	50 (-19,3 a 119,3)	1	50 (-19,3 a 119,3)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	2	2,3
Miomas uterinos	0	0 (0 a 0)	1	16,7 (-13,2 a 46,5)	3	50 (10 a 90)	2	33,3 (-4,4 a 71,1)	6	6,8
Nódulos mamários	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	50 (-19,3 a 119,3)	1	50 (-19,3 a 119,3)	2	2,3
Luto (2 anos)										
Não	18	9,4 (5,3 a 13,6)	32	16,8 (11,5 a 22,1)	73	38,2 (31,3 a 45,1)	68	35,6 (28,8 a 42,4)	56	22,7
Sim	3	5,4 (-0,5 a 11,3)	8	14,3 (5,1 a 23,5)	17	30,4 (18,3 a 42,4)	28	50 (36,9 a 63,1)	191	77,3
Parentesco										
Avô (a)	0	0 (0 a 0)	2	25 (-5 a 55)	5	62,5 (29 a 96)	1	12,5 (-10,4 a 35,4)	8	13,3
Irmão (a)	1	8,3 (-7,3 a 24)	3	25 (0,5 a 49,5)	1	8,3 (-7,3 a 24)	7	58,3 (30,4 a 86,2)	12	20,0
Pais	1	4 (-3,7 a 11,7)	2	8 (-2,6 a 18,6)	5	20 (4,3 a 35,7)	17	68 (49,7 a 86,3)	25	41,7
Tio (a) - Primo (a)	1	7,1 (-6,3 a 20,6)	1	7,1 (-6,3 a 20,6)	5	35,7 (10,6 a 60,8)	7	50 (23,8 a 76,2)	14	25,0

5.3. INFORMAÇÕES SÓCIO-CULTURAIS

Em relação à história obstétrica, foi encontrado que a maioria das mulheres teve entre 2-3 filhos, totalizando 61,1%, mais da metade das mesmas não tiveram uma gravidez interrompida (66,0%) e 69 delas (27,9%) tiveram apenas um aborto. Dentre as complicações no período da gravidez a mais citada foi o aborto espontâneo acompanhado por hemorragia (51,2%), seguido por o uso abusivo de álcool e droga (17,9%). Com relação ao diagnóstico sugerido pelo BDI, as mulheres que tiveram mais filhos desenvolveram mais sintomas depressivos que as que tiveram um menor número (Quadro 06). Das complicações ocorridas no aborto, apenas duas delas não desenvolveram sintomas da patologia.

Quadro 06 – História obstétrica das mulheres entrevistadas.

Histórico Gestacional	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Nº de Gestações										
0	4	30,8 (5,7 a 55,9)	1	7,7 (-6,8 a 22,2)	5	38,5 (12 a 64,9)	3	23,1 (0,2 a 46)	13	5,3
1	5	18,5 (3,9 a 33,2)	3	11,1 (-0,7 a 23)	10	37 (18,8 a 55,3)	9	33,3 (15,6 a 51,1)	27	10,9
2	5	6,3 (1 a 11,7)	17	21,5 (12,5 a 30,6)	38	48,1 (37,1 a 59,1)	19	24,1 (14,6 a 33,5)	79	32,0
3	7	9,7 (2,9 a 16,6)	13	18,1 (9,2 a 26,9)	21	29,2 (18,7 a 39,7)	31	43,1 (31,6 a 54,5)	72	29,1
>4	0	0 (0 a 0)	6	10,7 (2,6 a 18,8)	16	28,6 (16,7 a 40,4)	34	60,7 (47,9 a 73,5)	56	22,7
Nº de Partos										
0	5	21,7 (4,9 a 38,6)	2	8,7 (-2,8 a 20,2)	7	30,4 (11,6 a 49,2)	9	39,1 (19,2 a 59,1)	23	9,3
1	4	13,8 (1,2 a 26,3)	4	13,8 (1,2 a 26,3)	10	34,5 (17,2 a 51,8)	11	37,9 (20,3 a 55,6)	29	11,7
2	7	6,6 (1,9 a 11,3)	18	17 (9,8 a 24,1)	47	44,3 (34,9 a 53,8)	34	32,1 (23,2 a 41)	106	42,9
3	5	8,2 (1,3 a 15,1)	14	23 (12,4 a 33,5)	16	26,2 (15,2 a 37,3)	26	42,6 (30,2 a 55)	61	24,7
>4	0	0 (0 a 0)	2	7,1 (-2,4 a 16,7)	10	35,7 (18 a 53,5)	16	57,1 (38,8 a 75,5)	28	11,3
Nº de Abortos										
0	19	11,7 (6,7 a 16,6)	32	19,6 (13,5 a 25,7)	68	41,7 (34,1 a 49,3)	44	27 (20,2 a 33,8)	163	66,0
1	2	2,9 (-1,1 a 6,9)	8	11,6 (4 a 19,1)	19	27,5 (17 a 38,1)	40	58 (46,3 a 69,6)	69	27,9
>2	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	3	20 (-0,2 a 40,2)	12	80 (59,8 a 100,2)	15	6,1
Complicações do Aborto										
DHEG	0	0 (0 a 0)	2	14,3 (-4 a 32,6)	3	21,4 (-0,1 a 42,9)	9	64,3 (9,2 a 89,4)	14	16,7
Diabetes Gestacional	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	3	33,3 (2,5 a 64,1)	6	66,7 (35,9 a 97,5)	9	10,7
Hemorragia	0	0 (0 a 0)	3	7 (-0,6 a 14,6)	11	25,6 (12,5 a 38,6)	29	67,4 (53,4 a 81,4)	43	51,2
Alcool e Droga	0	0 (0 a 0)	2	15,4 (-4,2 a 35)	2	15,4 (-4,2 a 35)	9	69,2 (44,1 a 94,3)	15	17,9
Outras	2	50 (1 a 99)	0	0 (0 a 0)	1	25 (-17,4 a 67,4)	1	25 (-17,4 a 67,4)	3	3,6

Com relação ao número de filhos, Ballinger (1975) em um dos seus estudos afirma que existe uma associação positiva com sintomas depressivos, ele defende que quanto mais numerosa é a família há uma maior chance do desenvolvimento de sintomas depressivos (57).

Na Polônia foi realizado um estudo com 2262 mulheres com faixa etária 45-55 anos, após passarem por consultas ginecológicas foi constatado que 19% delas poderiam estar com depressão. O instrumento utilizado nesse estudo foi o BDI, os escores mais altos foram encontrados em mulheres que haviam tido mais gestações, mais abortos e mais complicações durante o período de gravidez, as que submeteram a procedimentos cirúrgicos como histerectomia e depressão pós parto também obtiveram um escore elevado (55).

Das mulheres que conseguiram um escore alto no BDI reportaram alguns eventos estressantes, como: morte de familiar ou pessoa próxima, perda/abandono recente do emprego, fracasso econômico ou falência, conflitos familiares, divórcio e separação, saída dos filhos de casa, tratamento anterior de depressão. Também foram encontrados antecedentes de depressão na família dessas mulheres,

principalmente em mães, irmãs, pais e irmãos (55). O estresse tem uma contribuição na etiologia de diversas patologias, de modo que os fatores psicológicos comprometem o sistema imunológico. As circunstâncias psicológicas estão diretamente ligadas à liberação do cortisol, hormônio relacionado ao estresse. Quando sujeitos ao estresse há o acionamento crônico e repetido do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que pode ocasionar em alterações patológicas. A liberação crônica deste hormônio, em feedback a episódios estressores, tem sido relacionado com o desenvolvimento de inúmeras patologias, dentre elas a depressão (28, 57).

Quadro 07 – Distribuição do uso de drogas e frequência.

Drogas	Sem Alterações		Depressão Leve		Depressão Moderada		Depressão Severa		Total	
	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	%
Uso de Drogas										
Não	6	13,6 (3,5 a 23,8)	12	27,3 (14,1 a 40,4)	19	43,2 (28,5 a 57,8)	7	15,9 (5,1 a 26,7)	44	17,8
Sim	15	7,4 (3,8 a 11)	28	13,8 (9 a 18,5)	71	35 (28,4 a 41,5)	89	43,8 (37 a 50,7)	203	82,2
Drogas										
Antiobesidade	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	3	30 (1,6 a 58,4)	7	70 (41,6 a 98,4)	10	1,5
Anti-hipertensivo	2	2,5 (-0,9 a 5,9)	7	8,8 (2,6 a 14,9)	33	41,3 (30,5 a 52)	38	47,5 (36,6 a 58,4)	80	11,7
Álcool	8	14,8 (5,3 a 24,3)	6	11,1 (2,7 a 19,5)	17	31,5 (19,1 a 43,9)	23	42,6 (29,4 a 55,8)	56	8,2
Anti-diabético	0	0 (0 a 0)	1	5,6 (-5 a 16,1)	6	33,3 (11,6 a 55,1)	11	61,1 (38,6 a 83,6)	53	7,7
Tabagismo	1	1,9 (-1,8 a 5,5)	9	17 (6,9 a 27,1)	19	35,8 (22,9 a 48,8)	24	45,3 (31,9 a 58,7)	18	2,6
Insulina	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	10	66,7 (42,8 a 90,5)	5	33,3 (9,5 a 57,2)	15	2,2
Estatina	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	3	25 (0,5 a 49,5)	9	75 (50,5 a 99,5)	12	1,8
Drogas Ilícitas	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	0	0 (0 a 0)	4	100 (100 a 100)	6	0,9
Diurético	2	2,7 (-1 a 6,4)	7	9,5 (2,8 a 16,1)	31	41,9 (30,7 a 53,1)	34	45,9 (34,6 a 57,3)	74	10,8
Anti-depressivo	0	0 (0 a 0)	1	3,4 (-3,2 a 10,1)	8	27,6 (11,3 a 43,9)	20	69 (52,1 a 85,8)	29	4,2
Hipnótico	1	2 (-1,8 a 5,8)	7	13,7 (4,3 a 23,2)	21	41,2 (27,7 a 54,7)	22	43,1 (29,5 a 56,7)	51	7,5
Reposição Hormonal	3	14,3 (-0,7 a 29,3)	4	19 (2,3 a 35,8)	10	47,6 (26,3 a 69)	4	19 (2,3 a 35,8)	21	3,1
Ansiolítico	0	0 (IC95%: 0 a 0)	0	0 (0 a 0)	1	33,3 (-20 a 86,7)	2	66,7 (13,3 a 120)	4	0,6
Anticoncepcional	4	30,8 (5,7 a 55,9)	1	7,7 (-6,8 a 22,2)	4	30,8 (5,7 a 55,9)	4	30,8 (5,7 a 55,9)	13	1,9
Outros	1	6,7 (-6 a 19,3)	4	26,7 (4,3 a 49)	3	20 (-0,2 a 40,2)	7	46,7 (21,4 a 71,9)	14	2,0
Frequência de uso										
1-6 dias	1	9,1 (-7,9 a 26,1)	3	27,3 (1 a 53,6)	4	36,4 (7,9 a 64,8)	3	27,3 (1 a 53,6)	11	6,4
7 dias	7	4,3 (1,2 a 7,5)	20	12,4 (7,3 a 17,5)	60	37,3 (29,8 a 44,7)	74	46 (38,3 a 53,7)	161	93,6
Uso de Álcool										
Não	13	6,7 (3,2 a 10,3)	34	17,6 (12,2 a 23)	73	37,8 (31 a 44,7)	73	37,8 (31 a 44,7)	191	77,3
Sim	8	14,8 (5,3 a 24,3)	6	11,1 (2,7 a 19,5)	17	31,5 (19,1 a 43,9)	23	42,6 (29,4 a 55,8)	56	22,7
Frequência de uso										
1 dia	4	21,1 (2,7 a 39,4)	3	15,8 (-0,6 a 32,2)	8	42,1 (19,9 a 64,3)	4	21,1 (2,7 a 39,4)	19	33,9
2 dias	4	16 (1,6 a 30,4)	3	12 (-0,7 a 24,7)	9	36 (17,2 a 54,8)	9	36 (17,2 a 54,8)	25	44,6
>3 dias	0	0 (0 a 0)	1	4,8 (-4,3 a 13,9)	1	4,8 (-4,3 a 13,9)	19	90,5 (77,9 a 103)	21	21,4

Das 247 mulheres 81,8% alegaram utilizar algum tipo de droga, 80 faziam uso de anti-hipertensivo e 74 de diurético. O uso do álcool ocupa o terceiro lugar com 56 usuárias que na maioria fazem utilização do mesmo cerca de duas vezes na semana

(44,6%). O uso de hipnótico também foi constatado em 51 delas, e 29 dessas pacientes até o momento da pesquisa faziam uso de antidepressivo.

Quanto ao hábito de fumar, 53 pessoas se incluíram como fumantes até o momento da pesquisa. De acordo com Dennerstein e colaboradores (1999) ser fumante aumenta a compleição de humor deprimido. O fumante tem a tendência à extroversão, impulsividade, depressão, ansiedade, e comportamento antissociais não convencionais comparados aos não tabagistas. Sendo corroborado que a prevalência de tabagismo em indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos é mais exacerbada, essas associações têm elementos genéticos e neurobiológicos. O tabagismo pode ser utilizado pelas mulheres, como alívio e automedicação para demandas como os distúrbios de humor, a ansiedade, depressão e a solidão (47).

Das seis pacientes que fazem uso de drogas ilícitas, todas tiveram um indicativo de diagnóstico de depressão severa (47). Somente 45 dessas mulheres não faziam no momento da entrevista qualquer uso regular de drogas. Ao que se parece diante da amostra (Quadro 07) utilizar pouco ou nenhum tipo de droga é um fator protetivo para sintomas depressivos, de acordo com BDI.

Das 29 pacientes que no ato da entrevista faziam uso de antidepressivo, 20 apresentavam um diagnóstico sugestivo de depressão severa e oito de depressão moderada. As 21 pacientes que relataram ter o diagnóstico de depressão dizem estar fazendo o tratamento corretamente, as outras oito alegaram automedicação no uso de antidepressivo.

Todavia, dosagens inadequadas, automedicação e não adesão são as causas primordiais da falha de resposta dos antidepressivos. A eleição da droga necessita considerar esses fatores. O modo mais competente de abordar a depressão tem sido pertinente com uso de tricíclicos ou inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs) (58).

5.4. PRESENÇA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE AS ENTREVISTADAS

No Quadro 08 observa-se a presença ou ausência de sintomas depressivos nas mulheres atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário de Brasília (HUB) no período de fevereiro a junho de 2016. Para essa classificação foi utilizado o BDI.

O ponto de corte para a classificação dos escores foi de até 09 pontos sem depressão, de 10-19 depressão leve, depressão moderada de 19-29 pontos e por fim depressão severa acima de 30 pontos. O percentual descrito é observado como significativo nas mulheres nesta fase de vida, e é considerada uma amostra representativa somente da população estudada.

Ao analisar as respostas de cada uma das 247 pacientes nas 21 questões do BDI também se podem destacar alguns dos sintomas da depressão, o que caracteriza o estado mais grave da patologia.

Quadro 08 – Sugestão de diagnóstico para depressão de acordo com o BDI entre as mulheres entrevistadas no Ambulatório de Climatério – HUB/UnB

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK									
	SEM ALTERAÇÕES			DEPRESSÃO LEVE		DEPRESSÃO MODERADA		DEPRESSÃO SEVERA	
Total	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	n	Prop (IC 95%)	
247	21	8,5 (5 a 12)	40	16,2 (11,6 a 20,8)	90	36,4 (30,4 a 42,4)	96	38,9 (32,8 a 44,9)	

O sentimento de tristeza foi assinalado por 125 mulheres, e 13 marcaram estar tão triste ou infeliz que não conseguem suportar. Ao questionar sobre a visão que têm do futuro, 20,4% delas não estão desanimadas com o futuro, entretanto, 42,8% disse que se sentem desanimadas quanto o futuro. Enquanto 30,0% das mulheres não se sentiam um fracasso, 70,0% tinha algum sentimento de fracasso, dessas ultimas 10 se sentiam um completo fracasso.

A maioria das entrevistadas marcou não sentir mais prazer nas coisas como antes (43,5%) e 26 delas (10,5%) está insatisfeita e aborrecida com tudo. Há um anseio de se sentir sempre culpada em 24 dessas pessoas, embora 91 não sintam culpa alguma quanto ao que esta acontecendo.

Cerca de 8,1% afirmaram sentir ódio de si, 26,9% marcaram a opção de não se sentirem decepcionada consigo mesma, as opções “estou decepcionado comigo mesma” e “estou enjoada de mim” obtiveram 32,6% e 32,2% respectivamente. Com relação à crítica, 112 mulheres disseram que são críticas em relação às suas fraquezas e erros cometidos, 71 se culpam por suas falhas. Ao serem questionadas

sobre a morte, quase 60% delas responderam ter ideias suicidas, do percentual total, cinco pacientes marcaram que se matariam se tivessem oportunidade.

A irritabilidade e a perda de interesse nas pessoas estiveram ausentes em 11 e 13 entrevistadas, respectivamente e 40 das 247 disseram ter perdido completamente o interesse por pessoas. A preocupação com a aparência está presente em quatro vezes a mais nas pacientes comparadas aos 18,2% que disseram não achar que de qualquer modo parece estar pior do que antes.

Em relação ao trabalho habitual, somente 47 articularam não sentir dificuldade para cumprir sua função. Já 121 falaram que é preciso que algum esforço a mais seja feito para desempenhar. Problemas com sono e cansaço também foram relatados no questionário, 121 disseram acordar cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acham difícil voltar a dormir e 127 disseram ficar cansadas em fazer qualquer coisa.

A maioria das mulheres apresenta alteração no apetite e apenas 8,5% marcaram que não houve mudanças com a alimentação. Com relação à perda de peso, somente 31,8% relataram não haver mudança no peso habitual, às demais discorreram perda no peso e a maioria estava de fato tentando perder. Ao englobar os itens marcados por preocupação com problemas físicos, 91,5% afirmaram estarem preocupadas com esse fator. Um estudo feito no Rio Grande do Sul com estimativa de 2.933 mulheres mostra que a preocupação com a aparência é indiferente em qualquer faixa etária, e a insatisfação corporal atingiu na maioria com a idade entre 20 e 30 anos. Também aponta que essa preocupação aumenta durante a meia idade (59).

O interesse por sexo sofreu alteração em 95% das pacientes, e 22,1% marcaram a opção de que não há mais qualquer interesse por sexo. Hardy e colaboradores (1992) relatam em seu trabalho que as dificuldades de relacionamento sexual ou a perda da libido apresentada pelas mulheres que abrangem o período do climatério estão diretamente relacionadas à desvalorização que ocorre com elas nesse momento, instigando assim uma vivência sexual idosa, ou seja, a perda do corpo jovem (60).

Nessa amostra foi observado que o BDI sugere bastante a presença de depressão nas mulheres estudadas, cerca de 91,5% estão com sintomas depressivos, considerando o ponto de vista biológico, psicossocial, social e físico.

O modelo de regressão linear abrangeu todas as variáveis com $p < 0,20$ na análise independente. As variáveis com significância estão apresentadas no Quadro 09. A baixa renda mensal da família levou a um maior índice de sintomas depressivos no geral. O HUB, hospital onde a pesquisa foi realizada propicia um público com menor renda, visando à gratuidade do atendimento e sua acessibilidade. Entretanto ressalta-se que há variações de renda entre as entrevistadas.

Quadro 09 - Resultados da análise de regressão linear entre o BDI e variáveis independentes.

	Coefficiente	Desvio Padrão	t	p-valor	IC – 95%		Importância
Intercepto	36.077	3.353	10.761	0.000	29.473	42.681	
Renda Mensal	-5.454	2.097	-2.601	0.010	-9.585	-1.324	0.221
Insônia	9.238	3.810	2.425	0.016	1.733	16.743	0.192
Dores	-4.189	1.799	-2.329	0.021	-7.733	-0.645	0.177
Obesidade	-4.317	1.944	-2.221	0.027	-8.146	-0.488	0.161
Uso de Álcool	3.648	1.832	1.991	0.048	0.040	7.256	0.129

Vários estudos demonstram que a baixa renda e desemprego é um fator preditivo para a depressão (45). Progetto e colaboradores mostraram em um estudo realizado na Itália que mulheres climatéricas e menopáusicas alcançam um maior índice de depressão devido menor renda familiar (61). Outro estudo nos Estados Unidos feito por Gerber Jr. sugeriu que mulheres mais bem sucedidas e com condições financeira favorecida sentem menos sintomas climatéricos, por sua vez uma baixa de sintomas depressivos, já que a acessibilidade à assistência médica é maior. O autor usou em sua pesquisa como situação econômica favorecida a associação a melhores níveis escolares, estabilidade empregatícia, segurança e bem estar (62).

Observa-se ainda que nessa população, dormir bem e não sentir dores são fatores protetivos para a depressão. Freeman e colaboradores (2005) evidenciaram que a insônia predispõe os sintomas depressivos, pelas alterações somáticas e psíquicas que produzem acontecimento também ressaltado por outros pesquisadores (46, 63).

A obesidade esteve acentuada entre as entrevistadas e uma significância de $p=0.027$ sobre o BDI. Corrêa e colaboradores cogitam que os sintomas depressivos nem sempre estão relacionados diretamente com a obesidade durante o período do climatério. Eles defendem que por causa da transição da mulher, o sobrepeso tende a aparecer através da falência hormonal, sendo assim a obesidade muitas vezes nesse caso está relacionada à fisiologia e não a sintomatologia causada por esse período (64).

De acordo com $p=0.048$ o uso de álcool comparado à maior frequência de dias utilizados, causa maior sintomatologia depressiva segundo o diagnóstico sugerido pelo BDI. O consumo de álcool em excesso causa uma diminuição aguda de triptofano, aminoácido essencial que juntamente com outras substâncias produzem serotonina, neurotransmissor de extrema importância para regulação de humor. O fenômeno pode justificar o alto índice de relação da depressão com o abuso de álcool (65). Alguns autores afirmam que mulheres que fazem uso abusivo de álcool apresentam uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos, bem como depressão (66). Em um estudo em São Paulo, Esper e colaboradores observaram que em suas amostras 76% das mulheres pesquisadas apresentavam algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, tendo como o mais prevalente a depressão (67).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral a definição fatores responsáveis pelos sintomas depressivos em mulheres no período de climatério, com pacientes do Ambulatório de Climatério da Ginecologia do HUB. As 247 mulheres entrevistadas e avaliadas pelos instrumentos de pesquisa demonstraram baixo nível de informação nas questões ressaltadas. As pacientes entrevistadas tinham conhecimento sobre os principais sintomas do climatério, entretanto a grande maioria estava confusa sobre o porquê do acometimento desses sintomas durante esse período.

Com o número de sujeitos abordado nesse estudo observou-se uma presença significativa de sintomas depressivos e transtorno de depressão maior na população estudada, é possível ver a influência na predisposição da patologia no estado civil, classe econômica, atividade profissional e física, histórico familiar abordando a genética e luto, sono e história pregressa. Os fatores protetivos das entrevistadas foram o não uso de drogas, menor número de gestações e não residir sozinha. A idade, não obteve resultados significativos. As variáveis como a renda mensal, dores, insônia, obesidade e uso abusivo de álcool tiveram um maior valor de significância quando relacionado ao instrumento de pesquisa BDI enfatizando um maior índice de depressão ligado a essas variáveis.

Uma questão a ressaltar em termos de pesquisa refere-se à história clínica de perturbações emocionais. Esta é, aliás, uma das fundamentais consignações, dado ao que parece uma correlação forte em meio a sua presença e perturbações nesta etapa do climatério. Já em relação à imagem corporal e estética, poucos estudos têm avaliado esta dimensão relacionada com sintomas depressivos e o climatério. Ainda que seja difícil apontar as mudanças provocadas pela menopausa relacionadas das que resultam do próprio processo envelhecimento, pauta interessante a se investigar, principalmente qual a preocupação que as mulheres têm em relação a esta dimensão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. WHO. World Health Organization. Depressão. Fact Sheet, 369. Reviewed April 2016 [online]. Disponível: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acessado em: Setembro de 2016.
2. Troy AS, Wilhelm FH, Shallcross AJ, Mauss IB. Seeing the silver lining. Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. **Emotion**. 2010; 10(6): 783–795.
3. Berlezi EM, Balzan A, Cadore BF, Pillat AP, Winkelmann ER. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. 2013; 16(2): 273-283.
4. Soares, C. Depression in peri- and postmenopausal women: prevalence, pathophysiology and pharmacological management. **Drugs Aging**. 2013; 30(9): 677-685.
5. Fagulha, T. A meia-idade e a meia-idade no feminino. **Revista Portuguesa de Psicologia**. 2009; 41: 14-44.
6. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**. 1961 jun; 4: 561-571.
7. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1998 Set/Out; 25(5): 245-250.
8. Bastos, M. **Sorria você está na menopausa: Manual de terapia natural para a mulher**. 1ª ed., Lisboa: Editora Pregaminho, 2003.
9. Freitas K, Silva A, Silva R. Mulheres vivenciando o climatério. In **Acta Scientiarum Health Sciences**. 2004; 26(1):121-128.
10. Mori M, Coelho, V. Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2004; 17(2): 177-187.
11. Serrão, C. (Re)pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica**. 2008; 1(26): 15-23.

12. Corrêa KM, Bittencourt LRA, Tufik S, Hachul H. Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2014; 36(2): 90-96.
13. Ebong IA, Watson KE, Goff DC, Jr Bluemke DA, Srikanthan P, Horwich T, Bertoni AG. Association of menopause age and n-terminal pro brain natriuretic peptide: The multiethnic study of atherosclerosis. **Menopause**. 2015 May; 22(5): 527-533.
14. Fernandes ALRV, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women age 40 to 65 years or more of formal education: associated factors. **Menopause**. 2008; 15(2): 264-269.
15. Zhou B, Sun X, Zhang M, Deng Y, Hu J. The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety–depression disorder. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2012 May; 285(5):1345-1352.
16. Cheng MH, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL, Wang SJ. Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. **Menopause**. 2007; 14(5): 885-890.
17. Buchholz S, Mögele M, Lintermans A, Bellen G, Prasauskas V, Ortman O, Grob P, Neven P, Donders G. Vaginal estriol-lactobacilli combination and quality of life in endocrine-treated breast cancer. **Climacteric**. 2015 Apr.; 18(2): 252-259.
18. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. **Medical Care**. 1981; 19: 787-805.
19. Good BJ. **Medicine, rationality, and experience**: An antropological perspective (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. 1996
20. Rostosky SS, Travis CB. Menopause Research and the dominance of the biomedical model 1984- 1994. **Psychology of Women Quarterly**. 1996; 20: 285-312.
21. Reynolds F. Psychological responses to menopausal hot flushes: implications of a qualitative study for counseling interventions. **Counseling Psychology Quarterly**. 1997; 10(3): 309-412.

22. Hunter MS, Mann E. A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. **J Psychosom Res**. 2010 Nov; 69(5):491-501.

23. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. **Human Reproduction Update**. 2005; 11(5): 495-512.

24. Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, Stika CS, et al. Ovarian Hormone Fluctuation, Neurosteroids, and HPA Axis Dysregulation in Perimenopausal Depression: A Novel Heuristic Model. **Am J Psychiatry**. 2015 Mar; 172(3):227-236.

25. Hunter MS. Somatic experience of the menopause: A Prospective Study. **Psychosomatic Medicine**. 1990; 52: 357-367.

26. Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, Rubinow DR, Danaceau MA. Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. **Arch Women Ment Health**. 2004; 7(1):19-26.

27. Hunter MS. Predictors of menopausal symptoms. Psychosocial aspects. Baillieres. **Clinical Endocrinology and Metabolism**. 1993; 7(1): 33-45.

28. Hanisch LJ, Hantsoo L, Freeman EW, Sullivan GM, Coyne JC. Hot flashes and panic attacks: A comparison of symptomatology, neurobiology, treatment, and a role for cognition. **Psychological bulletin**. 2008; 134(2): 247-269.

29. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. **Menopause**. 2012; 20(1): 1-6.

30. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. **Arch Gen Psychiatry**. 2005; 62(9):953-959.

31. Zivanovic O, Nedic A. Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: one hundred years later. **J Affect Disord**. 2012; 137: 15-24.

32. Freud S. **Mourning and melancholia**. On the history of the psycho-analytic movement' papers on metapsychology and other works. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1914-1916.

33. Mayne RG. An Expository Lexicon of the Terms, Ancient and Modern, in Medical and General Science. **University of Glasgow Library**, London: Churchill, 1860.

34. Delasiauve L. Du diagnostic différentiel de la lypémanie. **Annales Médico Psychologiques**. 1856; (3): 380-442.
35. Berrios GE. Melancholia and Depression During the 19th Century: A Conceptual History (Lecture), **British Journal of Psychiatry**. 1988; 153: 298-304.
36. WHO. World Federation For Mental Health. **Depression: a global crisis** [online]. 20th Anniversary of World Mental Health Day, Oct./2012. Disponível: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Acessado em: Agosto de 2016.
37. Buarque BS, Santos TCN, Silva TM. Prevalence of depression among elderly. **Journal of Nursing**. UFPE on line. 2012; 6 (5): 1089-1096.
38. WHO. Resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care [online]. Geneva: 2011. Disponível: http://www.lhac.eu/resources/library/who_resource-book-on-mental-health-human-rights-and-legislation-2.pdf. Acessado em: Agosto de 2016.
39. DSM-5 - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. American Psychiatric Association. 2014.
40. Kokanovic R, Bendelow G, Phillips B. Depression: the ambivalence of diagnosis. **Sociology of Health and Illness**. 2012; 35(3): 377-390.
41. Del Porto JA, Del Porto KO. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Rev Psiq Clín**. 2005; 32 Suppl 1: 7-14.
42. Appolinario JC. Depressão na menopausa: uma entidade específica?. **Informação Psiquiátrica**. 1999; 18(4): 107-114.
43. Nelson DB, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Gracia CR, Schmitz KH. Effect of physical activity on menopausal symptoms among urban women. **Med Sci Sports Exerc**. 2008; 40(1): 50-58.
44. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, McEwen BS, Halbreich U, Kotz K, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. **Expert Rev Neurother**. 2007; 7(11): 93-113.

45. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. **Arch Gen Psychiatry**. 2006; 63(4): 385-90.
46. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. **Menopause**. 2005; 12(3): 258-66.
47. Dennerstein L, Lehert P, Burguer H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 1999; 187(11): 685-691.
48. Schenck CH, Mahowald MW, Sack RL. Assessment and management of insomnia. **JAMA**. 2003; 289: 2475-2479.
49. McCall WV. A psychiatric perspective on insomnia. **J Clin Psychiatry**. 2001; 62 (suppl 10): 27-32.
50. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do Climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**. 2003; 37(6): 735-742.
51. Kulak Jr. J, Warren MP, Consequências da deficiência estrogênica nos anos da perimenopausa. *Reprodução e Climatério*. São Paulo. 1998; 13(3): 151-155.
52. Coleman PM. Depression during the female climacteric period. **Journal of Advanced Nursing**. 1993; (18): 1540-1543.
53. Morihisa RS, Scivoletto S. Transtorno depressivo na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**. 2001; 58: 151-160.
54. Perez IR, Piñar IM, Hernandez-Aguado I. Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. **Maturitas**. 1997; 24: 107-115.
55. Wojnar M, Drozd W, Araszkievicz A, Szymanski W, Nawacka-Pawlaczyk D, Uránski R, Hegedus AM. Assessment and prevalence depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland. **Arch. of Womens Mental Health**. 2003; 6: 193-201.
56. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford. 1979.

57. Ballinger CB. Psychiatric morbidity and the menopause: screening of general population sample. **British Medical Journal**. 1975; 3: 344-346.

58. Souza FGM. Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Maio 1999; 21(1): s. p.

59. Poltronieri TS, Tusset C, Gregoletto MLO, Gremonese C. Dissatisfaction with self-image and its related factors in southern Brazilian women. **Ciência e Saúde**. set/dez. 2016;9(3):128-134.

60. Hardy E, Alves G, Osis MJD. Climatério: implicações sociais. **Femina**. São Paulo. 1992; 20(4):313-320.

61. Progetto D, Genazzani AR, Nicolucci A et al. **Assessment of QoL in italian menopausal women**: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002;42(4):267-280.

62. Gerber JR. A study of premenopausal sexual satisfaction and other factors contributing to positive or negative expectations of traversing natural menopause. **Fertil Steril** 2001;76(3):S26.

63. Parry B. L. Sleep disturbances at menopause are related to sleep disorders and anxiety symptoms. **Menopause Journal**, Nova Iorque, Sep./Oct. 2007; 15(5): 812-814.

64. Corrêa KM, Bittencourt LRA, Tufk S, Hachul H. Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2014; 36(2):90-96.

65. Clark L, Roiser JP, Cools R, Rubinsztein DC, Sahakian BJ, Robbins TW. Stop signal response inhibition is not modulated by tryptophan depletion or the serotonin transporter polymorphism in healthy volunteers: Implications for the 5-HT theory of impulsivity. **Psychopharmacology**, 2005. (182):570-578.

66. Kerr-Correa F, Igami TZ, Hiroce V, Tucci AM. Patterns of alcohol use between genders: a cross cultural evaluation. **J Affect Disord**. 2007; 102(1- 3):265-275.

67. Esper LH, Corradi-Webster CM, Carvalho AMP, Furtado EF. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(2):93-101.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora a participar do projeto de pesquisa FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO, sob a responsabilidade do pesquisador Lorena Priscila Oliveira Rocha. O projeto busca entender o índice e fatores etiológicos sociodemográficos de depressão em mulheres que estão no período de climatério e os fatores responsáveis por seu episódio. Apresentando também os principais efeitos da depressão nesse momento.

O objetivo desta pesquisa é Definir fatores responsáveis pelos sintomas depressivos e/ou transtorno depressivo maior em mulheres no período de climatério, com pacientes do Ambulatório de Climatério da Ginecologia no Hospital Universitário de Brasília – HUB, localizado em Brasília, Distrito Federal.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de Serão aplicados três questionários durante a entrevista: Anamnese, contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida; Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9). A pesquisa será realizada no Hospital Universitário de Brasília na data combinada com um tempo estimado de no máximo 15 minutos para sua realização. O método proposto oferece risco mínimo à saúde dos sujeitos estudados. Todas as informações serão coletadas verbalmente, via entrevista, sem necessidade de contato físico com as pacientes. Sobre os questionários, ao responder a participante poderá se constranger e sentir-se numa situação adversa e caso isso ocorra, a participante poderá interromper a atividade e até mesmo não continuar participando da pesquisa.

A senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lorena Priscila Oliveira Rocha, no telefone fixo: (61) 33917958 ou móvel: (61) 81599352 no horário de 8:00 às 18:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Lorena Priscila Oliveira Rocha

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – ANAMNESE**Data:** ____/____/____

1- Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: () Solteira () Casada () Viúva () Separada/divorciada

Religião: _____ Grupo Étnico: () Branco () Pardo () Negro outro: _____

Endereço: _____

DUM: _____

2- Residência:

() própria () Alugada () Emprestada () Outra: _____

3- Tipo de habitação

() Casa () Apartamento () Habitação Social () Zona Rural

4- Renda mensal:

() até 1 salário mínimo

() 2 – 4 salários mínimos

() 4 - 6 salários mínimos

() acima de 6 salários mínimos

5- Ocupação no momento:

() Comércio/Autônoma () Diarista/Doméstica () Aposentada/Pensionista () outro: _____

6- Com quem vive atualmente?

() Conjugue () Companheiro () Filho () Neto () Sozinha () Irmão

Outro: _____

7- Se reside sozinha, mantém convívio com familiares?

() Sim () Não

8- Quantas pessoas residem com você?

() 1 () 2 () 3 () >3

9- Situação ocupacional dos moradores:

() Remunerados () Desempregados () Atividades Domesticas () Estudantes

() Aposentados

10- Motivo da procura por atendimento:

() Fatores psicossociais () Medicação () Encerramento da vida reprodutiva

() Cirurgia () Sintomas de menopausa () outro: _____

11- Queixa principal:

() Fogacho () Sudorese () Insônia () Secura vaginal () Redução da Libido
 () Dores e Osteoporose () Alterações de Humor () Outros: _____

12- Antecedentes pessoais:

12.1. Doenças graves na infância: () Não () Sim: _____

12.2. Antecedentes: () Diabetes Mellitus () Hipertensão Arterial () Outras Cardíacas
 () Obesidade () Tabagismo () Outras: _____

12.3. Ciclo sono-vigília: () Sem alterações () Insônia leve
 () Insônia moderada () Insônia grave

12.4. Uso de drogas lícitas ou ilícitas previamente:

() Não () Sim, qual e qual a frequência?: _____

13- História Médica:

() Operações em útero e/ou região adnexal () endometriose () radioterapia abdominal
 () quimioterapia () Outro: _____

14- Antecedentes familiares:

14.1. História de antecedentes patológicos? () Não () Sim: _____

14.2. Falecimento de familiar próximo? () Não () Sim: _____

15- Antecedentes Obstétricos:

() Nº de gestações () Nº de partos

() Nº de Abortamentos - Complicações ocorridas: () DHEG () Diabetes gestacional
 () Hemorragia () Outra: _____

16- Avaliação de atividade profissional diária:

() < 4h diárias () 4 – 6h diárias () 6 – 8h diárias () > 8h diárias () nenhuma atividade

17- Avaliação de atividade física diária:

() 15min diários () 30min diários () 1h diária () >1h diária () nenhuma atividade

18- Avaliação de atividade lúdica diária:

() 15min diários () 30min diários () 1h diária () >1h diária () nenhuma atividade

ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____ / ____ / ____

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, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

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	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	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
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	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
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 insatisfeito ou aborrecido com tudo	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 queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar



6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
----------	---	-----------	--

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO


DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
 Pesquisador Responsável: Lorena Priscila Oliveira Rocha
 Área Temática:
 Versão: 3
 CAAE: 49099715.4.0000.0030
 Submetido em: 06/12/2015
 Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO


 Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_574142

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ▶ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3
- ▶ Projeto Completo

Tipo de Documento ^	Situação ^	Arquivo ^	Postage
Parecer Consubstanciado do CEP	Aceito	 PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1395825.pdf	26/01/2023 18:42

LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação ^	CAAE ^	Pesquisador Responsável ^	Comitê de Ética ^	Instituição ^	Situação ^	Tipo ^	R.C ^
POc		hervaldo sampaio carvalho		Hospital Universitário de Brasília - HUB			<input type="checkbox"/>
POc		Diretora: Maria Fátima de Sousa Vce: Karin Savio		FAÇULDADE DE SAÚDE - FS			<input type="checkbox"/>