

ÁLVARO FERNANDO POLISSENI¹
DIMAS AUGUSTO CARVALHO DE ARAÚJO²
FERNANDA POLISSENI¹
CARLOS ALBERTO MOURÃO JUNIOR³
JULIANA POLISSENI⁴
EDUARDO SIQUEIRA FERNANDES⁵
MARTHA DE OLIVEIRA GUERRA⁶

Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados

Depression and anxiety in menopausal women: associated factors

Artigo original

Palavras-chave

Menopausa/psicologia
Climatério/psicologia
Depressão
Ansiedade
Prevalência

Keywords

Menopause/psychology
Climacterium/psychology
Depression
Anxiety
Prevalence

Resumo

OBJETIVO: determinar a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres climatéricas e os prováveis fatores responsáveis por sua ocorrência. **MÉTODOS:** em estudo transversal, foram selecionadas 93 mulheres que frequentaram um ambulatório de climatério no período de maio de 2006 a agosto de 2007. Como critério de inclusão foram consideradas mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos e que concordaram em participar do projeto. Os critérios de exclusão foram: pacientes em uso de terapia hormonal, hormonioterapia por implantes, DIUs e injetáveis de depósito nos últimos seis meses, endocrinopatias que levassem a irregularidades menstruais, hepatopatias, coagulopatias, uso de drogas que interferissem no ciclo menstrual, ansiolíticos e antidepressivos (pois o uso dessas drogas era indicativo de diagnóstico prévio de alterações do humor), histerectomizadas, ooforectomizadas, portadoras de câncer e de enfermidades psiquiátricas, pacientes que tivessem sido submetidas à radioterapia ou quimioterapia. Foram aplicados quatro questionários durante a entrevista: Anamnese, contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida; Índice Menopausal de Blatt-Kupperman, com o objetivo de diagnosticar as pacientes portadoras de síndrome climatérica; a subescala para Ansiedade, derivada da escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS-A), com a finalidade de diagnosticar os casos de Ansiedade e o Inventário de Depressão de Beck, com o intuito de diagnosticar as mulheres portadoras de depressão. Foram realizadas as análises descritivas e de correlação entre as variáveis; o teste do χ^2 e de Hosmer-Lemeshow, usando o programa Software Statistica versão 6. **RESULTADOS:** a média de prevalência de depressão entre as pacientes avaliadas foi de 36,8% enquanto que da ansiedade foi de 53,7%. Não houve diferença significativa entre a prevalência de depressão e ansiedade e as três fases do climatério. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento dessas alterações do humor ($p < 0,001$). A depressão foi mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade (OR=4,2) e insônia (OR=4,9) sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção (OR=0,2). Os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão (OR=6,1) e os antecedentes de tensão pré-menstrual (OR=7,0). **CONCLUSÕES:** a prevalência de depressão e ansiedade é elevada no climatério, sendo possível detectar fatores de risco relacionados à sua ocorrência.

Abstract

PURPOSE: to determine the prevalence of depression and anxiety in climacteric women and the probable factors responsible for its occurrence. **METHODS:** a transversal study that has selected 93 women attended at a climacteric outpatient clinic, from May 2006 to August 2007. Inclusion criteria were: women from 40 to 65 years old who agreed with participating in the project. Exclusion criteria: patients in hormonal therapy, hormone-therapy by implant, DIUs and depo injections in the preceding six months, endocrinopathies leading to menstrual irregularities, hepatopathies, thrombopathies, use of drugs which interfere in the menstrual cycle, anxiolytics and antidepressants (as their use indicates previous diagnosis of mood disorders), hysterectomy, oophorectomy, cancer or psychiatric disease, and patients who had been submitted to radio or chemotherapy. During the interview, four questionnaires were applied: Anamnesis, containing socio-demographic, clinical and living habits data; Blatt-Kupperman's Menopausal Index for climacteric syndrome diagnosis; Anxiety sub-scale of the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS-A) for anxiety diagnosis;

Correspondência:

Álvaro Fernando Polisseni
Rua Oscar Vidal, 245/301 – Centro
CEP 36016-290 – Juiz de Fora/MG, Brasil
Fone: (32) 3212-7383
E-mail: afpoli@powerline.com.br

Recebido

9/9/08

Aceito com modificações

9/1/09

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

¹ Professores Adjuntos da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

² Doutor, Professor Adjunto da disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³ Pós-doutorado, Professor Adjunto do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴ Pós-graduando (Doutorado) do Centro de Biologia da Reprodução da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁵ Pós-graduando (Mestrado) do Centro de Biologia da Reprodução da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁶ Doutora, Professora de Pós-graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

and Beck's Depression Inventory for the diagnosis of depression. Descriptive and correlation analysis among the variables, χ^2 and Hosmer-Lemeshow tests were performed using the Statistica Software program, version 6. **RESULTS:** the average depression prevalence among the patients was 36.8%, while that of anxiety was 53.7%. There was no significant difference between the prevalence of depression and anxiety in the three phases of climacterium. There was a significant relationship between the presence of moderate climacteric symptoms and the presence of mood alterations ($p < 0.001$). Depression was more frequent in women with anxiety (OR=4.2) and insomnia (OR=4.9), having a job being a protection factor (OR=0.2). Risk factors related to anxiety were the presence of depression (OR=6.1) and antecedents of pre-menstrual tension (OR=7.0). **CONCLUSIONS:** the prevalence of depression and anxiety is high in climacterium, being possible to detect risk factors related to their occurrence.

Introdução

O climatério representa um problema de saúde pública, pela sua magnitude e pelas repercussões sociais produzidas, surgindo em consequência do aumento da expectativa de vida ocorrida mundialmente. Nos países desenvolvidos, 30% da população é representada por mulheres climatéricas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há cerca de 24 milhões de mulheres com mais de 40 anos, de acordo com o censo realizado no ano de 2000. No Brasil, sendo a perspectiva de vida em torno dos 72,4 anos, um terço da vida dessas mulheres será vivido no climatério, predominantemente na fase de deficiência estrogênica¹.

O climatério representa a transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo. Inicia-se aos 40 anos e termina aos 65 anos. Dentro desse espaço de tempo, ocorre a menopausa, que corresponde à última menstruação fisiológica da mulher, aproximadamente aos 50 anos^{1,2}.

Como consequência do hipoestrogenismo que se instala, surgem sintomas vasomotores, atrofia vaginal, disfunções sexuais, sintomas urinários, além do aumento de risco para doença cardiovascular e osteoporose. Fatores biopsicossociais podem determinar a ocorrência de manifestações psíquicas, exteriorizadas por irritabilidade, nervosismo, depressão e ansiedade³.

Estima-se que um terço das mulheres sofrerá, pelo menos, um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9% no climatério. Nessa época, alguns fatores favorecem o surgimento dessa condição, como o medo de envelhecer, sentimento de inutilidade, e carência afetiva⁴. As complicações de um episódio depressivo maior, além do risco de suicídio, são as dificuldades sociais, matrimoniais, profissionais, tendo como consequência a redução da qualidade de vida^{4,5}.

O estudo dos sintomas depressivos e ansiosos no climatério é muito antigo. Maudsley, na Inglaterra, em 1876, descreveu uma forma de melancolia que ocorreria nessa fase da vida. O conceito de melancolia involutiva foi introduzido por Kraepelin em 1921 como uma entidade nosológica distinta, diferenciando-a da psicose maníaco-depressiva por critérios evolutivos. Esse conceito foi muito questionado e ele o reformulou, concluindo que o surgimento desse quadro clínico, após os 45 anos, se devia ao aumento de número de casos de doença afetiva

e não de uma nova condição clínica⁶. Essa afirmativa é questionada por vários pesquisadores. Com os diversos estudos realizados sobre os sintomas depressivos e de ansiedade, não se encontrou base científica para apoiar um conceito único⁷. A associação entre o climatério e instalação da depressão e ansiedade continua sendo foco de controvérsias. Essa confusão reflete o aparecimento de diversas teorias que têm estimulado várias pesquisas nesse campo. Uma delas enfatiza as flutuações hormonais que ocorrem nessa fase de vida como responsáveis pelas alterações do humor⁸. Nesse contexto, a perimenopausa é um período de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos⁹. Alguns autores acreditam que a perimenopausa esteja fortemente associada ao aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres sem história prévia de doença mental, quando presentes outros fatores de risco, como elevado índice de massa corpórea, antecedentes de Síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), ondas de calor, distúrbios do sono, desemprego e estado marital^{10,11}. Outros autores valorizam a presença de sintomas vasomotores (fogachos) que, interferindo no sono da mulher, determinariam, em longo prazo, o aparecimento dos quadros depressivos e ansiosos (Teoria Dominó)¹². A partir de uma perspectiva psicossocial, alguns pesquisadores argumentam que a depressão e a ansiedade no climatério não ocorrem devido às flutuações hormonais, mas devido às mudanças no meio familiar, como separação, síndrome do ninho vazio, doença ou morte de familiares, diminuição de renda¹³. Estudos demonstram que a prática regular de exercícios físicos diminui os níveis de estresse, ansiedade e depressão durante o período de menopausa⁷. O custo econômico dos quadros de depressão e ansiedade para a sociedade é considerável, sendo comparável àquele de outras doenças, como as coronariopatias¹⁴. As repercussões sociais que essas alterações do humor determinam, acrescidas do aumento da morbimortalidade, fazem com que seu estudo seja extremamente importante e prioritário dentre as outras doenças que ocorrem nesse período de vida⁷. Pesquisas demonstraram que depressão e ansiedade são a quarta causa mundial de incapacitação social e o principal problema de saúde pública¹³. Dessa forma, tendo em vista ser este tópico foco de muitas controvérsias, não estando estabelecidos, ao certo, os fatores diretamente relacionados ao aparecimento dessas alterações do humor, além do custo considerável e das repercussões sociais

e familiares determinadas pela depressão e ansiedade, decidimos pela realização deste estudo, visando, ainda, a permitir a intervenção do ginecologista na prevenção e diagnóstico, auxiliando no tratamento dos quadros. O principal objetivo do estudo foi descrever as taxas de prevalência e o perfil clínico para depressão e ansiedade em mulheres atendidas em um ambulatório de climatério de um serviço universitário.

Métodos

Realizou-se um estudo clínico, prospectivo e transversal, sendo a população estudada constituída por 93 mulheres selecionadas dentre 300 mulheres atendidas no Serviço de Climatério do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período de maio de 2006 a agosto de 2007, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e história menstrual de tal forma que fosse possível distribuí-las equitativamente nas três fases do climatério.

Foram incluídas no estudo mulheres na faixa etária dos 40 aos 65 anos e que concordaram em participar do projeto. Foram utilizados como critérios de exclusão: pacientes em uso de terapia hormonal, hormonioterapia por implantes, DIU e injetáveis de depósito nos últimos seis meses, endocrinopatias que levassem a irregularidades menstruais, hepatopatias, coagulopatias, uso de drogas que interferissem no ciclo menstrual, ansiolíticos e antidepressivos (pois o uso dessas drogas era indicativo de diagnóstico prévio de alterações do humor), histerectomizadas, ooforectomizadas, portadoras de câncer e de enfermidades psiquiátricas, pacientes que tivessem sido submetidas a radio ou quimioterapia. O diagnóstico de climatério foi eminentemente clínico, baseado na faixa etária da paciente; já a menopausa foi caracterizada pela ausência de menstruação por período mínimo de 12 meses.

Utilizaram-se quatro instrumentos para esta pesquisa: Anamnese contendo dados sociodemográficos, informações clínicas e hábitos de vida; Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK); Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Subescala Hospitalar para Ansiedade, derivada da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A).

Na anamnese foram avaliados: a idade das participantes, raça, escolaridade, estado marital, atividade remunerada, antecedente de tensão pré-menstrual e de depressão pós-parto, antecedente de depressão, história de depressão entre familiares, medo de envelhecer, separação, morte de familiar, aborrecimento marcante, síndrome do ninho vazio, diminuição da renda familiar, atividade física, artística, religiosa, hábito de fumar e de ingerir bebida alcoólica e relato de insônia. A história menstrual distribuiu a população nas três fases do climatério: pré-

menopausa, perimenopausa e pós-menopausa, com base na classificação da Sociedade Internacional de Menopausa. De acordo com essa classificação, a pré-menopausa é iniciada aos 40 anos e se caracteriza pela presença de regularidades menstruais; a perimenopausa se inicia com o aparecimento das irregularidades menstruais (ciclos menstruais curtos ou longos) e termina um ano após a menopausa; a pós-menopausa tem como característica a ausência de menstruação, iniciando com a menopausa e terminando aos 65 anos, fazendo limite com a senilidade.

O Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK) teve como objetivos diagnosticar as pacientes portadoras de síndrome climatérica e classificá-las conforme a intensidade dos sintomas em leve, moderada e intensa, de acordo com a pontuação obtida na aplicação do questionário². Esse instrumento encontra-se adaptado e validado para seu uso, sendo amplamente utilizado tanto para propósitos de pesquisa como na prática clínica, para monitorização de efeitos dos diversos tratamentos instituídos no climatério³. As respostas para cada sintoma investigado segue a seguinte escala de escores: 0 (ausência de sintomas); 1 (sintomas leves); 2 (sintomas moderados) e 3 (sintomas intensos). Para o cálculo do escore total, os sintomas pesquisados apresentam pesos diferenciados, nos quais as ondas de calor (fogachos) assumem maior relevância (peso 4), parestesia, insônia e nervosismo um valor intermediário (peso 2) e os demais sintomas, como depressão, vertigens, fadiga, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação e zumbido, peso 1 (um). Multiplicando a intensidade do sintoma pelo respectivo fator de conversão e, em seguida, fazendo a soma dos resultados obtidos, alcança-se uma pontuação capaz de classificar a síndrome climatérica em leve, moderada e intensa. Considerou-se síndrome climatérica de intensidade leve a pontuação até 19, moderada entre 20 e 35 e intensa maior que 35¹⁵.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dispositivo psicométrico de autoavaliação composto por 21 itens que se referem à sintomatologia depressiva: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, 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, perda de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido. O Inventário de Beck foi traduzido e validado para o português numa população de estudantes universitários e vem sendo amplamente aplicado em muitas pesquisas com a finalidade diagnosticar e classificar os quadros de depressão. Pacientes com pontuação maior que 15 foram diagnosticadas como portadoras de depressão. Considerou-se depressão leve valores entre 16 e 20, moderada entre 21 e 29 e grave igual ou maior que 30¹⁶.

A subescala Hospitalar para Ansiedade, derivada da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-A) foi utilizada para diagnosticar os casos de ansiedade. Tem como característica ser composta por duas subescalas; a subescala de ansiedade e a subescala de depressão. Esta subescala exclui sintomas mentais graves, detecta graus leves de transtornos afetivos em ambientes não-psiquiátricos, e os quadros de ansiedade e depressão, porém não faz sua classificação baseada na intensidade dos sintomas com alta sensibilidade (93,7%) e especificidade (72,6%), tendo sido validada para o português¹⁷. Neste estudo, foi utilizada a subescala de Ansiedade (HADS-A), com o objetivo de diagnosticar os quadros de síndrome ansiosa. Pontuação igual ou maior que oito confirmava o diagnóstico. Os principais sintomas avaliados por esse instrumento são: tensão, medo, insegurança, preocupação, relaxamento, agitação e pânico.

Todas as entrevistas e aplicações dos questionários foram realizadas por um mesmo pesquisador. Uma cópia dos questionários foi entregue à entrevistada, para que ela acompanhasse as questões, lidas em voz alta, e as respostas assinaladas nos formulários, pelo mesmo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF) sob o n. 050.2006 em abril de 2006. A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2006 a agosto de 2007, no ambulatório de Climatério do HU-UFJF.

Todas as mulheres participantes do estudo foram devidamente esclarecidas e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos foram objetos de análise descritiva para determinação da prevalência da depressão e ansiedade nas três fases do climatério. Para estabelecer as relações entre fatores de risco e a sua ocorrência, as variáveis categóricas foram expressas em porcentagem (%) e suas medidas de associação foram avaliadas pelo teste do χ^2 . Variáveis numéricas foram expressas como média \pm desvio padrão. Neste estudo, as variáveis-resposta são ansiedade e depressão. Foi realizada uma análise de regressão logística binária para cada uma das variáveis-resposta, incluindo-se no modelo as variáveis preditoras que apresentaram associação significativa pelo teste do χ^2 . A única variável numérica do estudo (idade) não foi incluída no modelo de regressão, uma vez que sua média não foi significativamente diferente em relação ao fator ansiedade (teste t: $t=1,34$; $gL=91$; $p=0,09$) e nem em relação ao fator depressão (teste t: $t=0,29$; $gL=91$; $p=0,78$). O modelo de regressão não-linear foi utilizado para avaliar o risco (Odds Ratio), com os respectivos intervalos de confiança de 95% de cada variável preditora incluída no modelo que pudesse interferir no desfecho (ansiedade ou depressão). O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Hosmer-Lemeshow

($p>0,1$). Todos os testes foram bicaudais, respeitando-se todos os pressupostos estatísticos. Adotou-se como significativa um nível de 5% para o erro alfa. Todas as análises foram realizadas através do software Statistica[®] versão 6. A hipótese nula foi rejeitada quando $p<0,05$.

Resultados

A população do estudo constou de 93 mulheres, distribuídas nas três fases do climatério: pré-menopausa (31 pacientes), perimenopausa (32 pacientes) e pós-menopausa (30 pacientes). A média e o desvio padrão de idade das mulheres na pré-menopausa eram de $45,5\pm 3,7$ anos, na perimenopausa de $48,3\pm 3,1$ e na pós-menopausa de $54,7\pm 5,0$ anos. O estudo foi composto de mulheres em sua maioria branca (72,0%), que moravam com o companheiro (66,6%) e tinham atividade remunerada (80,6%). Desse total, uma era analfabeta, 49 haviam completado o primeiro grau, 32 o segundo grau e 11 o terceiro grau. Sob o ponto de vista clínico, 64,5% relatou antecedentes de tensão pré-menstrual, 31,2% antecedentes de depressão e 56,9% um aborrecimento marcante nos últimos 12 meses. Com relação aos hábitos de vida, 43,0% das mulheres afirmaram ter quadro de insônia pelo menos três vezes por semana (Tabela 1).

Considerando-se a totalidade da amostra estudada, a prevalência de depressão foi de 36,8%, ao passo que a prevalência de ansiedade foi de 53,7%. Não houve associações significativas entre a ocorrência de depressão ($p=0,12$) e ansiedade ($p=0,88$) com as três fases do climatério consideradas, conforme demonstrada na Tabela 2.

As variáveis preditoras avaliadas na anamnese das participantes do estudo e sua correlação com depressão e ansiedade estão listadas nas Tabelas 3 e 4. Como não houve associação significativa entre a ocorrência de depressão ($p=0,12$) e ansiedade ($p=0,88$) com as três fases do climatério consideradas, não foi realizada a análise das variáveis preditoras em cada fase e sim de toda a massa de dados da amostra.

Em relação à depressão, as pacientes com ansiedade apresentaram risco aproximadamente quatro vezes maior e as pacientes com insônia, um risco aproximadamente cinco vezes maior. Por outro lado, o trabalho remunerado mostrou-se um fator de proteção, tendo essas pacientes um risco cerca de cinco vezes menor de apresentar depressão.

Quanto à ansiedade, as pacientes com depressão apresentaram risco aproximadamente seis vezes maior e as pacientes com síndrome pré-menstrual, um risco aproximadamente sete vezes maior (Tabela 5).

Observou-se uma relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e a ocorrência de depressão e ansiedade ($p<0,001$).

Tabela 1 - Descrição dos dados pessoais, socioeconômicos, clínicos e hábitos de vida das pacientes estudadas, nas três fases do climatério

Variáveis	Pré-menopausa	Perimenopausa	Pós-menopausa	Total
Número de pacientes	31	32	30	93 (100,0%)
Idade*	45,5±3,7	48,3±3,1	54,7±5,0	
Raça				
Branca	23 (74,1%)	26 (81,2%)	18 (60,0%)	67 (72,0%)
Não branca	8 (25,8%)	6 (18,7%)	12 (40,0%)	26 (27,9%)
Estado marital				
Com companheiro	21 (67,7%)	22 (68,7%)	19 (63,3%)	62 (66,6%)
Sem companheiro	10 (32,2%)	10 (31,2%)	11 (36,6%)	31 (33,3%)
Escolaridade				
Analfabeta	1 (03,3%)	1 (03,3%)		
Primeiro grau	17 (54,8%)	15 (46,8%)	17 (56,6%)	49 (52,6%)
Segundo grau	11 (35,4%)	13 (40,6%)	08 (26,6%)	32 (34,4%)
Terceiro grau	3 (9,6%)	4 (12,5%)	4 (13,3%)	11 (11,8%)
Salário	26 (83,8%)	24 (75,0%)	25 (83,3%)	75 (80,6%)
Antecedente de TPM	22 (70,9%)	23 (71,8%)	15 (50,0%)	60 (64,5%)
Antecedente de depressão	11 (35,4%)	10 (31,2%)	8 (26,6%)	29 (31,1%)
Aborrecimento	19 (61,2%)	21 (65,6%)	13 (43,3%)	53 (56,9%)
Insônia	11 (35,4%)	13 (40,6%)	16 (53,6%)	40 (43,0%)

* Média ± desvio padrão; teste: χ^2 quando $p > 0,05$.**Tabela 2** - Prevalência de depressão e ansiedade distribuída nas fases do climatério, em pacientes atendidas no HU/UFJF

Fases do climatério	Depressão (%)	Ansiedade (%)
Pré-menopausa	22,6	54,8
Perimenopausa	46,9	56,3
Pós-menopausa	40,0	50,0

Depressão: $p=0,12$; ansiedade: $p=0,88$.**Tabela 3** - Associação entre depressão e as variáveis preditoras

Variáveis preditoras	χ^2	gL	Valor de p	RR
Gestação	4,92	3	0,18	-
Paridade	4,05	3	0,25	-
Ansiedade	12,16	1	<0,001*	4,2
Raça	0,04	1	0,84	-
Escolaridade	3,74	3	0,29	-
Atividade remunerada	5,00	1	0,02*	0,2
Estado marital	0,35	1	0,55	-
Tensão pré-menstrual	0,02	1	0,89	-
Antecedentes de depressão	3,12	1	0,07	-
Atividade física	1,10	1	0,29	-
Tabagismo	0,22	1	0,64	-
Insônia	12,16	1	<0,001*	4,9
Fogachos	0,23	1	0,63	-
Morte familiar	0,13	1	0,72	-
Ninho vazio	0,02	1	0,88	-
Separação	1,09	1	0,29	-
Diminuição de renda	0,06	1	0,81	-
Atividade artística	0,004	1	0,95	-
Atividade religiosa	0,47	1	0,49	-

* $p < 0,05$; RR=risco relativo.**Tabela 4** - Associação entre ansiedade e as variáveis preditoras

Variáveis preditoras	χ^2	gL	Valor de p	RR
Gestação	4,05	3	0,25	-
Paridade	4,94	3	0,18	-
Depressão	12,16	1	<0,001*	6,10
Raça	0,18	1	0,67	-
Escolaridade	1,30	3	0,73	-
Atividade remunerada	0,17	1	0,68	-
Estado marital	0,003	1	0,95	-
Tensão pré-menstrual	11,80	1	<0,001*	7,08
Antecedentes de depressão	2,16	1	0,14	-
Atividade física	1,55	1	0,21	-
Tabagismo	0,008	1	0,93	-
Insônia	6,61	1	0,10	-
Fogachos	1,07	1	0,30	-
Morte familiar	3,31	1	0,07	-
Ninho vazio	1,66	1	0,20	-
Separação	2,46	1	0,12	-
Diminuição de renda	0,02	1	0,89	-
Atividade artística	1,03	1	0,31	-
Atividade religiosa	1,55	1	0,21	-

* $p < 0,05$; RR=risco relativo.**Tabela 5** - Fatores significativamente associados aos desfechos de depressão e ansiedade (regressão logística binária)

Variáveis	Valor de p	RR (Odds Ratio)	IC 95%
Ansiedade	4,2	1,47 a 12,13	0,007
Trabalho remunerado	0,2	0,09 a 0,77	0,01
Insônia	4,9	1,69 a 14,73	0,004
Depressão	6,1	1,86 a 19,93	0,003
Tensão pré-menstrual	7,0	2,26 a 22,15	<0,001

* $p < 0,05$; RR=risco relativo; IC=intervalo de confiança.

Discussão

No Brasil, sendo a perspectiva de vida em torno dos 72,4 anos, um terço da vida das mulheres será vivido no climatério. Estima-se que 33% das mulheres sofrerão pelo menos um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9% no climatério⁵. Neste estudo, observou-se uma prevalência significativa de depressão e ansiedade nas pacientes; 36,8 e 53,7%, respectivamente, apesar do bom nível educacional (apenas uma é analfabeta), de encontrarem-se ainda em fase produtiva e de a maioria delas ter uma atividade remunerada.

No presente estudo, não houve diferença na ocorrência de depressão e ansiedade nas três fases do climatério, apesar de ser observada uma elevada prevalência. Os resultados são compatíveis aos encontrados por outros pesquisadores em ambulatórios especializados e públicos, como o estudado^{1,18}. Em contrapartida, alguns estudos encontraram uma maior prevalência em mulheres na perimenopausa^{19,20}. A alta prevalência dessas alterações do humor, encontrada nessa pesquisa, pode ser resultado de vários fatores, como as alterações e flutuações hormonais que ocorrem nessa fase da vida, os aspectos sociais e emocionais dessa faixa etária e a dificuldade que têm essas mulheres de procurar atendimento psiquiátrico para transtornos predominantemente leves e moderados, diante do estigma que a especialidade ainda carrega. Outra explicação para esse achado seria o fato de as mulheres portadoras de depressão ou ansiedade serem mais queixosas e terem menor tolerância em relação aos sintomas do climatério buscando mais frequentemente o atendimento ginecológico²¹. Também foi observada uma relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento de tais síndromes ($p < 0,001$), corroborando estudos anteriores^{5,18,19}.

Os dados aqui apresentados demonstraram que a ansiedade é fator de risco para a síndrome depressiva, confirmando os dados da literatura evidenciados em outras pesquisas^{11,21}. Ficou demonstrado que a insônia é fator predisponente para a ocorrência da depressão, pelas

alterações somáticas e psíquicas que o determinam, fato também observado por outros pesquisadores^{10,20}.

Vários estudos demonstraram que o desemprego é fator preditivo para o desenvolvimento de sintomas de depressão^{18,21}. Também comprovou-se, aqui, que a atividade remunerada atua como fator de proteção. A falta de uma atividade remunerada na família é um fator que levaria a problemas de autoestima, tendo-se em vista as dívidas e outras dificuldades decorrentes do problema econômico que estaria diretamente relacionado à presença de reações depressivas.

Galicchio et al.⁵ e Cohen et al.²¹ relataram que as alterações hormonais que ocorrem no climatério poderiam, em mulheres predispostas, desencadear sintomas ansiosos, através de mecanismo idêntico ao da ocorrência da síndrome de tensão pré-menstrual, no menacme. Foi o que se observou neste trabalho.

Algumas limitações metodológicas deste estudo merecem considerações: o desenho transversal do presente estudo avalia associações entre depressão e ansiedade no climatério com fatores de risco, mas não permite interferências sobre causalidade. O tamanho amostral pode comprometer algumas possíveis associações estatísticas, mas ainda assim fornece informações importantes a respeito do tema.

A partir dos resultados encontrados, observamos que há a necessidade de uma maior interfase entre esse público, os ginecologistas e os psiquiatras, a fim de se aumentarem a detecção e a oferta de tratamento desses transtornos que são altamente comprometedores da qualidade de vida da mulher climatérica através da identificação dos fatores relacionados às alterações do humor.

Conclui-se, com este estudo, que não houve diferença significativa entre a ocorrência de depressão e ansiedade nas três fases do climatério. A depressão foi mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade e insônia, sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção. Os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão e os antecedentes de tensão pré-menstrual. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento das alterações do humor.

Referências

- Galvão LLLF, Farias MCS, Azevedo PRM, Vilar MJP, Azevedo DG. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(5):414-20.
- Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas.* 2007;57(3):271-8.
- Silveira IL, Petronilo PA, Souza MO, Silva TDNC, Duarte JMBP, Maranhão TMO, et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(8):415-22.
- Suau GM, Normandia R, Rodriguez R, Romaguera J, Segarra L. Depressive symptoms and risk factors among perimenopausal women. *P R Health Sci J.* 2005;24(3):207-10.

5. Gallicchio L, Schilling C, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *J Psychosom Res.* 2007;63(3):263-8.
6. Appolinário JC. A depressão na menopausa: uma entidade específica? *Inf Psiquiatr.* 1999;18(4):107-14.
7. 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):50-8.
8. Woods NF, Smith-Dijulio K, Percival DB, Tao EY, Taylor HJ, Mitchell ES. Symptoms during the menopausal transition and early postmenopause and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2007;16(5):667-77.
9. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J. Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(2):125-31.
10. 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.
11. 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 Suppl):S93-113.
12. Soares CN. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause.* 2008;15(2):207-9.
13. Li Y, Yu Q, Ma L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas.* 2008;61(3):238-42.
14. Pae CU, Mandelli L, Kim TS, Han C, Masand PS, Marks DM, et al. Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: a pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. *Biomed Pharmacother.* In press; 2008.
15. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(1):12-9.
16. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-7.
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
18. Veras AB, Rassi A, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28(2):130-4.
19. Callegari C, Buttarelli M, Cromi A, Diurni M, Salvaggio F, Bolis PF. Female psychopathologic profile during menopausal transition: a preliminary study. *Maturitas.* 2007;56(4):447-51.
20. Parry BL. Sleep disturbances at menopause are related to sleep disorders and anxiety symptoms. *Menopause.* 2007;14(5):812-4.
21. 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.