Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Andréia Fernanda Nievas

Ribeirão Preto
2005

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Andréia Fernanda Nievas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Inserida na Linha de Pesquisa Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Antonia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Nievas, Andréia Fernanda

Depressão em mulheres no Climatério. Ribeirão Preto – SP/
Andréia Fernanda Nievas. – Ribeirão Preto, 2005.

58p.

Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/ USP – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Depressão 2. Climatério 3. Enfermagem 4. Saúde Mental

DATA DA DEFESA: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Antonia Regina Ferreira Furegato

EERP – USP

Julgamento: _____Assinatura:_____

Prof^o Dr^o Odilon Iannetta

FMRP – USP

Julgamento: _____Assinatura:_____

Prof^a Dr^a Sueli Galera

EERP – USP

Julgamento: _____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

*A meus pais, Darcy e José (in memorian) ,
pelo dom da vida e pelo constante apoio
e incansável incentivo.*

*Aos meus irmãos André, Marcos e Marina
por compartilhar o amor de nossos pais e pelo
constante apoio.*

*As minhas sobrinhas Ana Maria, Luisa e Elisa
pelos momentos de alegria.*

*A Sandra pelo constante apoio, paciência
e incentivo.*

*A todos os profissionais que se dedicam
ao cuidado dos portadores de transtornos
mentais.*

AGRADECIMENTOS

A Prof^ª Regina pela orientação neste trabalho e por contribuir com seu conhecimento, humanismo e dinamismo na minha formação profissional e pessoal.

Ao Prof^º Odilon pelo acolhimento e liberdade dentro do campo de pesquisa, pelo constante incentivo e contribuição em minha formação em pesquisa.

Ao Prof^º Jair pela grande contribuição na execução deste trabalho.

A Prof^ª Sueli Galera por estar contribuindo pelo aperfeiçoamento desta obra e por contribuir com seu conhecimento na minha formação profissional.

A Edilaine pela contribuição na execução deste trabalho.

A Gilda pela contribuição na execução deste trabalho.

As mulheres que participaram desta pesquisa, por compartilhar suas experiências e sentimentos.

A Lourdes e a Déo da Sala de Leitura da EERP, pela colaboração.

*Aos amigos da 46ª Turma de Enfermagem pelo companheirismo e amizade,
mesmos separados pela distância.*

A todos do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMÉN

I-INTRODUÇÃO.....	01
II-OBJETIVOS.....	19
III- METODOLOGIA	20
A – Hipótese de Estudo	20
B – Local	20
C – População	21
D – Instrumentos	22
E – Procedimentos na Coleta de Dados	23
F – Aspectos Éticos	23
G – Procedimentos de Análise dos Dados	24
IV –RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
A – Identificação	27
B- Dados Clínicos	28
C – Informações Sócio-econômicas	31
D – Presença de Depressão entre as entrevistadas	33
E – Análises Estatísticas	36
V – CONCLUSÕES	41
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
VII – ANEXOS.....	51

NIEVAS, A.F. **Depressão em mulheres no Climatério**. 2005. 58p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Os sintomas psicológicos apresentados pela mulher, na fase do climatério, vem sendo estudados desde o século XIX, dando-se destaque para a presença de sintomas depressivos. A expectativa de vida das mulheres vem aumentando e é possível dizer que elas viverão um terço de sua vida após a menopausa. A saúde mental e a qualidade de vida merecem especial atenção para que as mulheres possam viver de maneira tão saudável quanto possível a fase do climatério. Para entender um pouco mais a dinâmica entre sintomas depressivos e contexto biopsicossocial dessas mulheres nos propusemos a realizar este estudo. Objetivos: caracterizar o grupo de mulheres na fase do climatério e identificar a presença de sintomatologia sugestiva de depressão, analisando os indicadores biopsicossociais relacionados. Metodologia: A pesquisa foi realizada com 30 mulheres que freqüentaram pela primeira vez o Ambulatório Multidisciplinar do Climatério do HCFMRP-USP no período de novembro de 2003 a dezembro de 2004. Foram aplicados dois questionários durante a entrevista: a) Identificação e Contexto da Mulher no Climatério (ICMC) e b) Inventário de Beck. Os dados foram analisados estatisticamente por análise bi-variada e multivariada. Resultados: Os dados evidenciaram que a presença de sintomas sugestivos de depressão estavam aumentados entre as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, não brancas, que tinham companheiro, que pertenciam aos grupos biológicos B ou C, que tinham problemas com o cônjuge e as que vivenciaram hábito de beber e situação de óbito recentemente ou de desemprego na família. Esses resultados permitem conhecer melhor a mulher nesta fase de vida. Estas informações são subsídios importantes para a assistência da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, a essa população.

PALAVRAS-CHAVE: CLIMATÉRIO, DEPRESSÃO, ENFERMAGEM, SAÚDE MENTAL.

NIEVAS, A.F. **Depression in the women in Climacteric fase.** 2005. 58p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

The woman psychology symptoms of the climacteric fase have been researched since the 21-century, in special the depressive symptoms presence. The life expectancy of the woman has increased and it's possible that the women will live one third of their lives after the menopause. It's necessary that the mental health and the quality of life deserve special attention for the women have healthy life in the climacteric period. This study was proposed to understand more about the dynamic between depressive symptoms and bio-psycho-social context of women in climacteric fase. The goals were to characterize the women in climacteric fase and to identify the suggestive symptomatology presence for depression, analyzing the related bio-psycho-social indicators. Methodology: The research was realize with 30 women that were attended for first time on the Climacteric Multidisciplinary Ambulatory of HCFMR – USP, since november of 2003 until december of 2004. Two questionnaires were applied during the interviews: a)Personal and context identification of climacteric woman; b)Beck Depression Inventory. The dates were statically analyzed through bivariate analyses and multivariate. On the other hand, it was observed that the suggestive symptoms of depression were increased in women between 40 and 49 year old, committed, of the biology group B or C, with spouse problem, no white race and use alcoholic drink, experienced recently some death or unemployment in family. Theses dates permitted to know more about women in the climacteric period. These informations are important subsidies to health team assistance, especially in nursing, to this population.

Keywords: DEPRESSION, CLIMACTERIC, NURSING, MENTAL HEALTH.

NIEVAS, A.F. **Depressão em mulheres em el climaterio**. 2004. 55p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Resumén

Los síntomas de la mujer , en la fase del climaterio, han sido estudiados desde el siglo XIX, donde se destacan la presencia de síntomas de depresión. La expectativa de vida de las mujeres han aumentado y es posible decir que ellas van a vivir um tercio de sus vidas después de la menopausia. La salud mental y la calidad de vida merecen especial atención para que las mujeres puedan vivir de modo tan daludabe como posible a la fase del climaterio. Para entender un poço más la dinâmica entre síntomas de depresión y contexto biopsicosocial de esas mujeres nosotros nos propusimos a la realización de este estudio. Los objetivos son caracterizar las mujeres en el climaterio y identificar la presencia de síntomas que sugieren depresión en estas mujeres, analisando los indicadores biopsicosocias relacionados. La investigación fué realizada con 30 mujeres que frecuentaram por primeira vez el Ambulatório Multidisciplinar del Climaterio del HCFMRP – USP desde noviembre de 2003 hasta diciembre de 2004. Fueron aplicados dos cuestionarios durante la entrevista: a)Identificación y contextualización de la mujer en el climaterio y b) Escala para la Depresión de Beck. Los datos fueron analizados estadísticamente por análisis bi-variada y multivariada. Por outro lado, se observo que la presencia de síntomas que sugieren depresión estaban aumentados en mujeres en la faja de edad desde 40 hasta 49 años, que posuían compañero, que pertencían al grupo biológico B o C, que tenían problemas com el cónyuge, eran no blancas y habian convivido con el hábito de beber, la situación de muerte o de desempleo recientemente en el contexto familiar. Eses datos nos permiten conocer más la mujer en esta fase de la vida. Estas informaciones son subsidios importantes para la assistência en equipe de salud, incluyo la asistencia de enfermária, para esa población.

Términos clave: DEPRESIÓN, CLIMATERIO, ENFERMARÍA, SALUD MENTAL.

I – INTRODUÇÃO

Os enfermeiros, geralmente, são os primeiros profissionais a terem contato com o cliente quando este busca o atendimento nos serviços de saúde (OPAS, 1999). Tendo conhecimento da enfermidade, aprendendo a identificar as manifestações sintomáticas da depressão e sabendo dar os cuidados adequados, estes profissionais poderão contribuir para melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas que sofrem com essa enfermidade.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde que estão obrigatoriamente em contato direto com o paciente, devem munir-se de instrumentos que possibilitem melhor entendimento sobre a depressão, identificando precocemente, o que permitirá adequar os cuidados básicos e aprimorar a qualidade da assistência.

Identificando a depressão entre as mulheres no climatério espera-se ter elementos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e também o devido encaminhamento quando se observam sintomas graves que necessitem de procedimentos terapêuticos, o que permitirá a diminuição do sofrimento dessas mulheres, dos custos pessoais, para a instituição de saúde assim como os demais custos sociais.

Na formação da enfermeira, o ensino do tema “saúde da mulher” focaliza principalmente a fase reprodutiva e pouco espaço para se discutir e atuar sobre climatério e a adaptação da mulher na penúltima fase de sua vida. Desta forma, pouca ênfase tem sido dada ao preparo do enfermeiro para detectar precocemente e atuar junto ao médico para manejar o quadro depressivo nessa fase da vida.

DEPRESSÃO

A depressão é uma doença registrada desde a antiguidade. Em textos antigos encontram-se descrições do que é hoje chamado de depressão. Por exemplo, na Bíblia, no antigo testamento, quando é descrita a história do Rei Saul, e na Iliada de Homero, onde descreve o suicídio de Ájax (KAPLAN et al, 1997).

Na história da medicina, Hipocrates a descreve com o termo “melancolia”. Aulus Cornelius Celsus descreveu a melancolia em seu trabalho “De re medicina” como uma depressão causada pela bile negra. O termo depressão foi então utilizado pelos médicos Arateus (120-180), Galeno (129-199) e Alexandre de Tralles (século XI) (KAPLAN et al, 1997).

Em 1899, Emil Kraepelin descreveu um tipo de depressão que começava após a menopausa nas mulheres e nos homens durante a idade adulta tardia e a denominou de melancolia involutiva (KAPLAN et al, 1997).

A palavra depressão pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença (MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001; SILVA, 2001).

No CID-10 (1997), a depressão é descrita como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. No quadro abaixo estão relacionados os principais sintomas:

Quadro 1 – Principais sintomas de depressão

- Anedonia
- Diminuição da capacidade de concentração.
- Fadiga após esforço mínimo.
- Diminuição da auto-estima e da autoconfiança.
- Idéias de culpabilidade e/ou indignidade.
- Sintomas somáticos: despertar precoce
agravamento matinal da depressão
lentidão psicomotora
perda do apetite
perda de peso
perda da libido

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

No episódio depressivo leve, geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. No episódio depressivo moderado, geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Nos episódios depressivos grave, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

Tanto a depressão leve como a moderada e a grave apresentam-se através de sintomatologia variada e persistente, destacando-se anedonia, visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro; apetite, sono e libido diminuídos; retardo psicomotor, idéias de morte ou ideação suicida. Em quadros severos podem ocorrer alucinações e delírios (CID – 10, 1997; KAPCZINSKI et al., 2000).

Na distímia a pessoa se sente deprimida quase o dia inteiro, há mais de dois anos, sem que os sintomas desapareçam por um período maior do que dois meses, e incomodam

seriamente ou prejudicam a sua vida. Outros sintomas característicos incluem, ao menos, dois dos seguintes: pouco apetite ou fome excessiva, insônia ou excesso de sono, pouca energia, baixa auto-estima, dificuldade em se concentrar ou tomar decisões e sentimentos de desesperança (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002).

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

- Humor deprimido, na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (chora muito).
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em um mês), diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Estudos epidemiológicos estimam a prevalência de depressão nos EUA na vida da população em geral em 17,1%. Estudo em São Paulo, realizado em 1992, mostrou a prevalência de 1,9%, em Brasília de 2,8% e em Porto Alegre 10,2% (MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Na etiologia da depressão, os agentes causais estão divididos em fatores biológicos, causais, genéticos e psico-sociais (KAPLAN et al, 1997; KAPCZINSKI et al., 2000).

Alguns transtornos clínicos e neurológicos ou mesmo agentes farmacológicos podem produzir sintomas de depressão. Dentre as condições neurológicas, os mais comumente associados são doença de Parkinson, Alzheimer, epilepsia, doenças cérebros-vasculares e tumores. Dentre os agentes farmacológicos encontram-se alguns medicamentos cardíacos, anti-hipertensivos, antiepiléticos, antiparkinsonianas, analgésicos, antibacterianos e antineoplásicos. Dentre as desordens endócrinas citam-se o hipotireoidismo, o hipertireoidismo e os diabetes (KAPLAN et al, 1997).

Lima, Sougey e Vallada Filho (2004) encontraram evidências da base genética das doenças afetivas, entre elas a depressão; por outro lado, os dados não identificam de modo claro nenhum gene responsável.

Com relação ao tratamento da depressão descrevem basicamente três vertentes: a medicamentosa, a psicoterapêutica e a eletroconvulsiva. Dentre as terapias farmacológicas são citados os antidepressivos tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, antidepressivos atípicos. Dentre as psicoterapias são citadas a comportamental, a

psicodinâmica breve, a interpessoal e a cognitiva . Além desses, a eletroconvulsoterapia (ECT) aparece como tratamento mais agressivo, e ficaria como última opção quando outras terapias não conseguem reverter o quadro - refratária (SOUZA, 1999; MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Para Souza (1999), o ECT é uma opção excelente desde que seja administrado de forma ética, com anestesia, pessoal treinado e ambiente apropriado.

As mulheres apresentam maior incidência de depressão do que os homens e, ao longo da vida, a incidência de depressão em mulheres é duas vezes maior do que entre os homens (PARRY & NEWTON, 2001).

A OPAS/OMS (1999) estima que os médicos em geral omitem diagnósticos de 45% a 90 % dos transtornos psiquiátricos e suspeita-se que um percentual considerável não recebe tratamento. Frente aos dados sobre depressão, este órgão, vem manifestando a sua preocupação com o atendimento de saúde em nível primário por ser a porta de entrada do sistema de saúde cuja resolutividade deveria ser mais rápida e eficiente.

CLIMATÉRIO

A palavra climatério, originada do grego “klimater”, significa degrau e era utilizada para designar qualquer época da vida considerada crítica (BIFFI, 1991).

O climatério é a fase da vida da mulher compreendida entre o final da vida reprodutora e o início da senectude, se inicia por volta dos 35 anos e termina aos 65 anos, marcada pela parada da menstruação que é denominada,menopausa (HALBE, 2000; VIANA et al. 2001;OLIVEIRA & LEMGRUBA, 2001).

Para Miranda e Figueira (1999), o climatério é o período que tem início com a perda progressiva da fertilidade e as alterações menstruais até a senescência.

As alterações que podem ocorrer no climatério são devidas à diminuição de estrogênio que acarretam aumento dos hormônios folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH) no plasma da mulher. As mudanças hormonais ocasionam alterações neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, com repercussões em vários órgãos como: as glândulas mamárias, o aparelho urogenital, ossos, músculos articulações e no sistema tegumentar. Entre as manifestações neurogênicas destacam-se no climatério, ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaléia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga. Entre as manifestações psicogênicas da menopausa encontram-se depressão, ansiedade, irritabilidade e diminuição da libido (HALBE, 2000).

A menopausa é a última menstruação e é diagnosticada após um intervalo de 12 meses de amenorréia .

Com relação à data da menopausa as pesquisas referem entre 45 e 55anos(HALBE, 2000; SOARES & COHEN ,2001; VIANA, et al.,2001).

A diminuição estrogênica característica desta fase pode trazer complicações a curto, médio e longo prazo. Em curto prazo ou agudos, encontram-se os sintomas neurovegetativos ou vasomotores, como ondas de calor, sudorese, palpitações, parestesias, cefaléia, vagina seca, insônia e vertigem; os neuropsíquicos: labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, depressão, diminuição da libido, falta de concentração, perda de confiança e dificuldade de tomar decisões. Em médio prazo, os sintomas mais freqüentes referem-se à atrofia urogenital, com prurido e queimação vulvo vaginal, secura, corrimento, sangramento vaginal, dispareunia, infecções urinárias, incontinência urinária e síndrome uretral. As complicações de longo prazo seriam a osteoporose e doenças cardiovasculares (OLIVEIRA & LEMGRUBA, 2001).

No estudo realizado por Iannetta (1996) encontra-se também relatado que existe relação entre fatores ambientais que podem desencadear e agravar os sintomas da menopausa, como os fogachos e eritemas no pescoço e no tronco.

Dentre as manifestações urogenitais mais comuns são freqüentes secura vaginal, dispareunia, prurido vulvar, corrimento e incontinência urinária de esforço (HALBE, 2000).

Os significado psicológico da menopausa é representado pela perda da fertilidade e da feminilidade(MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Por todas as alterações e manifestações clínicas acima descritas, o climatério é tido como um período de declínio físico e mental, corroborado pelos mitos e crendices que influenciam as atitudes com relação à fertilidade e ao envelhecimento (HUNTER, 1996).

A forma como a mulher vivencia essas alterações está relacionada às suas crenças, ao seu nível sócio-cultural e à condição biopsíquica pessoal de enfrentamento dos problemas do dia-a-dia.

Como a expectativa de vida vem aumentando expressivamente, é possível admitir que as mulheres viverão um terço de suas vidas em estado de deficiência estrogênica, ou seja, após a menopausa (LAMBERTS et al., 1997). Portanto, a saúde e a qualidade de vida das mulheres merecem atenção especial para que, nesta fase, possam viver de maneira tão saudável quanto em outras fases de suas vidas.

Os cuidados terapêuticos às mulheres no climatério não se restringem à reposição hormonal e suas diferentes combinações que devem variar de acordo com cada paciente.

A terapia de reposição hormonal com estrogênio visa diminuir o risco para essas enfermidades e aliviar os sintomas apresentados com intensidade e freqüência variáveis de mulher para mulher. Entretanto, nem todas as pacientes, devido aos seus antecedentes pessoais e familiares, podem utilizar os benefícios da terapia de reposição hormonal.

A deficiência de estrogênio contribui para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas como osteoporose, depressão, demência, atrofia do tecido vaginal, incontinência urinária e dor na relação sexual (LAMBERTS et al., 1997).

Quando está contra indicada a TRH podem ser empregados os outros tipos de terapias não-hormonais. Para alguns dos sintomas indesejáveis destacam-se a aromaterapia, técnica de Alexander, medicina antroposófica, biofeedback, hidroterapia e hipnose (IANNETTA, 1997).

DEPRESSÃO E CLIMATÉRIO

O estudo da depressão na fase do climatério é muito antigo. Maudsley, na Inglaterra em 1876, descreveu uma forma de melancolia que ocorreria no climatério . 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 Kraepelin o reformulou e concluiu que o surgimento desse quadro clínico, após os 45 anos, se devia ao aumento do número de casos de doença afetiva e não de uma nova condição clínica (APPOLINÁRIO, 1999).

Até hoje, vários autores refutaram, e outros defendem esse conceito. Através dos vários estudos realizados sobre os sintomas depressivos não se encontrou base científica para apoiar um conceito único (APPOLINÁRIO, 1999).

Os motivos da alta prevalência de depressão em mulheres mais do que em homens se deve ao fato de que os homens esquecem mais freqüentemente episódios depressivos. A alta prevalência de transtornos do humor entre mulheres não poderia ser explicada somente por vícios de respostas ou artefatos na coleta de dados. As evidências apontam mais para fatores ambientais do que para fatores biológicos (MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Para Shors e Leuner (2003) os possíveis fatores que levam as mulheres a terem mais depressão do que homens é que elas procuram mais tratamento e falam mais sobre seus sentimentos; por outro lado, os homens usam mais álcool e drogas ilegais.

Dentre as múltiplas queixas das mulheres no climatério a que mais chama a atenção é a depressão. A depressão é o transtorno mental mais comum em serviços de atenção primária, com prevalência de 10 a 20%. Isso responde por maior custo para a assistência, aumento da morbi-mortalidade e piora da qualidade de vida das pessoas afetadas (THOMPSON et al. 2002).

O climatério, enquanto uma fase da vida da mulher, na qual ocorrem principalmente mudanças hormonais (COHEN & COHEN, 2001; FREEMAN et al., 2004) com respostas e conseqüências, físicas (MCKINLAY et al., 1987; COLEMAN, 1993; HAY et al., 1994; WOODS & MITCHELL, 1996; PEREZ et al., 1997; DENERSTEIN et al., 1999; WOJNAR et al., 2003; FREEMAN et al., 2004), psicológicas (BALLINGER, 1975; COLEMAN, 1993; BROMBERGER & MATTHEWS, 1996; APPOLINÁRIO et al., 2001) e sociais (MCKINLAY et al., 1987; PEREZ et al., 1997; CARRANZA-LIRA et al., 1999; MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001; SOARES & COHEN, 2001; MAARTENS et al., 2002; BROMBERGER et al., 2003; WOJNAR et al., 2003) é um momento de considerável estresse e, portanto, de risco para o desenvolvimento da depressão.

Com relação à depressão, não se pode afirmar que somente as alterações hormonais desse período, contribuem para o seu estabelecimento e desenvolvimento (NICOL-SMITH, 1996; RICHARDSON & ROBINSON, 2000; MAARTENS et al., 2002).

As interações entre os hormônios sexuais e as funções cerebrais são complexas (SOARES et al, 2002). Os modelos animais utilizados nessas pesquisas também dificultam o entendimento dessa interação na mulher (IANNETTA et al, 1997; GENAZZANI et al, 2002).

Estudos em modelos animais demonstram a existência de receptores de estrogênios e progesterona na amígdala, hipotálamo, córtex e hipocampo (RICHARDSON & ROBINSON, 2000; GENAZZANI et al, 2002).

Os catecolestrogênios são compostos químicos que possuem duas faces, de um lado catecol e de outro estrogênio e estão presentes em alta concentração no hipotálamo e hipófise. Ele é formado pelo estrogênio através da ação da enzima estrógeno-2-hidroxilase. O catecolestrogênio devido ao fato de possuir duas faces pode interagir tanto nos sistemas mediados por catecolaminas quanto por estrogênios. Eles agem inibindo a tirosina-hidroxilase, diminuindo as catecolaminas e também competem com a catecol-ometil-transferase (COMT), inibindo o metabolismo das mesmas e potencializando a ação das catecolaminas (IANNETTA et al, 1997).

Com relação às alterações no sistema serotoninérgico, estudos apontam que os estrogênios exercem efeitos agonistas serotoninérgicos aumentando o número de receptores, aumentando a síntese de serotonina e diminuindo a ativação da monoamino oxidase –MAO (IANNETTA et al, 1997; GENAZZANI et al, 2002; VERAS & NARDI, 2005).

A avaliação do efeito da reposição hormonal com estrogênios tem revelado melhora do humor das pacientes clinicamente deprimidas (CARRANZA-LIRA et al., 1999; RICHARDSON & ROBINSON, 2000;).

Os estrogênios aumentam a atividade noradrenérgica, o que diminui a recaptação de noradrenalina e diminui a sensibilidade dos receptores D2 da dopamina (GENAZZANI et al, 2002).

A progesterona possui um efeito calmante sobre o Sistema Nervoso Central. Esse efeito é atribuído ao aumento da MAO na sinapse, aumento da circulação de endorfina e ação inibitória do ácido gama-aminobutírico (GABA) (IANNETTA et al, 1997; HUTTNER & SHEPHERD, 2003; VERA & NARDI, 2005).

A depressão seria secundária aos sintomas somáticos do climatério principalmente os fogachos, que alterariam o sono e conseqüentemente o humor dessas mulheres, seria chamada a “Teoria do Efeito Dominó” (APPOLINÁRIO et al, 1995).

Soares, Prouty e Poitras (2002) criticam a teoria do efeito dominó, pois, em estudo com mulheres na peri e na pós-menopausa houve a melhora dos sintomas depressivos com a administração de estradiol independente da gravidade das queixas iniciais de sintomas vasomotores.

Ao lado das alterações biológicas, outros fatores devem ser considerados na interação entre depressão e climatério, tais como status ocupacional, estado civil, ocorrência de eventos importantes na vida e episódio anterior de depressão (CARRANZA-LIRA et al., 1999;MAARTENS et al., 2002).

Em 1975, Ballinger estudou um grupo de 539 mulheres entre 40 e 55 anos e não encontrou evidências de que a morte de um dos pais tenha relação com a presença de transtorno mental. Por outro lado, encontraram associação positiva para transtornos psiquiátricos em mulheres que estavam no período anterior a menopausa e na faixa de 40 a 44 anos, famílias numerosas, famílias em que os filhos tinham se casado recentemente e tinham saído de casa, em famílias em que os filhos tinham problemas com a polícia e problemas com o marido. E quando as mulheres passavam dos 50 e tinham de 5 anos a mais de amenorréia o risco para os transtornos mentais diminuía.

Em 1985, Bromberger e Matthews (1996) estudou 460 mulheres na Pensilvânia, e relacionou os sintomas depressivos, ao papel social da mulher, à menopausa e a presença de eventos estressantes. Encontrou que as mulheres na pós ou perimenopausa (ausência de menstruação nos últimos 3 a 12 meses) e atributos femininos como timidez, tendência a reprimir a raiva em presença de eventos estressantes aumentava os escores dos sintomas.

Estudo longitudinal realizado na Suécia com 899 mulheres entre 38 e 54 anos encontrou que a menopausa sozinha não aumentava o risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, porém quando associada à idade, condição social e estado conjugal esse aumento do risco era significativo (HÄLLSTRÖM & SAMUELSSON, 1985).

Num estudo com 2500 mulheres, entre 45 e 55 anos, realizado em Massachusetts, encontrou-se aumento de escores nas escalas de depressão em mulheres com menopausa cirúrgica, entre viúvas, separadas e divorciadas, baixo nível educacional, presença de sintomas físicos, baixo nível sócio econômico, filhos adolescentes, marido ou pais doentes. (MCKINLAY et al, 1987).

Coleman (1993) faz uma breve revisão das possíveis causas do aumento de sintomas depressivos nas mulheres no climatério. Ela inicia descrevendo o papel da deficiência hormonal, da presença de doenças crônico-degenerativas, citando a incontinência e os diabetes, dos medicamentos antihipertensivos, do abuso de drogas, principalmente o álcool, faz menção à cirurgia de histerectomia. Dentro dos aspectos psicológicos foram destacadas as mudanças no status sexual, da percepção da menopausa dentro da cultura onde a mulher está inserida, a saída dos filhos de casa e filhos adolescentes, o adoecimento dos pais e perda do trabalho.

Em estudo realizado numa população de 95 mulheres entre 37 e 60 anos atendidas em uma clínica ginecológica identificou-se que 45% das pacientes preenchiam os critérios para a depressão de acordo com os escores da escala de Montgomery-Asberg e que a maioria delas havia experienciado os sintomas de depressão na perimenopausa (irregularidade menstrual nos últimos 12 meses e presença de sintomas da menopausa) (HAY et al, 1994).

A explicação para a ocorrência de depressão em mulheres na meia idade estaria relacionada à queda dos níveis de estradiol que provocam o aparecimento de sintomas

vasomotores como ondas de calor e distúrbios do sono que alterariam o humor (WOODS & MITCHELL,1996).

O estado marital das mulheres é um indicador importante do relacionamento. O estudo longitudinal sobre Saúde da Mulher realizado em Massachusetts, mostrou que as mulheres separadas, divorciadas e viúvas eram mais propensas a experienciar depressão do que aquelas casadas ou aquelas que não se casaram (WOODS & MITCHELL,1996).

Mulheres que viam negativamente a menopausa e o envelhecimento apresentavam depressão. Num estudo com mulheres, em Manitoba, aquelas que tinham depressão apresentavam mais problemas de saúde como artrite, hipertensão arterial, alergia e tireóide (WOODS & MITCHELL,1996).

Outro estudo com 347 mulheres, em Seattle, entre 35 e 55 anos, que tinham irregularidade menstrual nos últimos 06 meses, que não estavam grávidas nem estavam amamentando, e nem haviam se submetidas a histerectomia, foram aplicados questionários para avaliar a presença de sintomas depressivos, sintomas da menopausa, sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna), contexto social (suporte social, socialização e atitudes frente ao envelhecimento) e o estado de saúde. Os questionários foram aplicados duas vezes com intervalos de 01 ano entre eles. Encontrou que as mulheres com eventos negativos, doenças crônicas, sinais de envelhecimento e baixo suporte social experienciaram humor deprimido. Já quanto à influência da menopausa, encontrou que quando considerado o contexto dos outros fatores, ela teve pouca influência (WOODS & MITCHELL,1996).

Um estudo espanhol com 120 mulheres, onde foram analisados os fatores associados à morbidade psiquiátrica (não somente depressão), mostrou que os fatores que apresentavam maiores riscos relativos eram insatisfação com o trabalho, falta de suporte social, presença de eventos marcantes, consumo de psicotrópicos , presença de doenças anteriores e as que estavam na fase pós-menopausa (PEREZ et al, 1997).

Em estudo longitudinal, realizado na Austrália, foram estudadas 354 mulheres na pré, peri e pós-menopausa durante 05 anos. No primeiro contato foram aplicados questionários sobre a situação educacional, atitudes sobre o envelhecimento, a presença de sintomas pré-menstruais e atitudes sobre a menopausa e posteriormente um questionário sobre humor (Inventário de Beck). Além disso, foi feita dosagem de hormônios (FSH e estradiol). Nesse estudo, encontrou-se que as mulheres que apresentavam humor negativo tinham história de tensão pré-menstrual, tinham atitude negativa sobre o envelhecimento e a menopausa, eram fumantes, praticavam pouco exercício, não tinham companheiro e tinham somente um filho e que a transição para a menopausa afetaria indiretamente amplificando os efeitos dessas variáveis no humor delas (DENERSTEIN et al, 1999).

Neste estudo, os sintomas negativos de humor também aumentavam quando relacionados a sintomas físicos da menopausa, percepção pobre de saúde, sentimentos negativos com relação ao companheiro, brigas diárias em família, estresses interpessoal e perda do emprego. Foi encontrada também uma limitação na relação entre as variações hormonais e os sintomas de humor, pois, as variações desses hormônios nesse período são grandes e houve uma única medida no ano e isso não reflete o perfil hormonal dessas mulheres (DENERSTEIN et al, 1999).

Foi estudada a relação entre a personalidade e a depressão, em 118 mulheres com síndrome do climatério, e encontrou-se a associação entre o aparecimento de sintomatologia depressiva e a presença de traços hipocondríacos prévios (APPOLINÁRIO et al, 2001).

Morihisa e Scivoletto (2001) descrevem as fases da vida da mulher em que é mais prevalente esse transtorno. Com relação à menopausa, relatam os fatores sociais, familiares, genéticos, bioquímicos, hormonais, antecedentes psíquicos de saúde e os sintomas físicos. Dentre os fatores psicossociais citam-se: preocupações com filhos, companheiro e parentes idosos, atitudes negativas com relação à menopausa, percepção de finitude da vida,

questionamento de valores, crise de identidade, perda da auto-estima pelo envelhecimento. Dentre os sintomas físicos, os sintomas vasomotores e a mudança no padrão menstrual são os mais implicados no aparecimento de depressão.

A diminuição e a vigência de sintomas na menopausa está também relacionada a diferenças culturais e dietéticas. Estudos realizados com mulheres japonesas comparadas com as americanas mostraram que as orientais apresentavam menos sintomas depressivos, isto pode ser relacionado à valorização das mulheres nessa faixa etária dentro da cultura japonesa e a alimentação a base de soja (SOARES & COHEN,2001).

Culturalmente, nas sociedades ocidentais onde se valoriza a imagem corporal, a juventude e a simpatia os sintomas são freqüentes. Já nas sociedades orientais onde a experiência e a maturidade são mais valorizadas, a incidência de queixas psíquicas é menor (MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Em estudo realizado em Stockholm, com 157 mulheres, encontrou-se alta prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres que tiveram história de sintomas pré-menstruais, tabagismo, sedentarismo e uma associação entre sintomas depressivos e diminuição do interesse sexual (SOARES & COHEN,2001).

Demétrio et al.,(2001) utilizaram o Inventário de Beck em estudo com 66 mulheres pós-menopausa no qual analisaram o efeito de estrógenos conjugados sobre o humor dessas mulheres.

Maartens e Knottnerusb (2002), em estudo longitudinal com 2103 mulheres dividindo-as em pré- menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (excluindo-se menopausa cirúrgica e aquelas que utilizavam TRH), encontraram que os escores de depressão aumentavam durante o estudo e que esse aumento estava associado com episódio de depressão anterior, desemprego, inabilidade para o trabalho doméstico e morte do companheiro.

Estudo exploratório transversal realizado em Campinas com 456 mulheres sobre a síndrome do climatério encontrou dentre as queixas sexuais relatadas a diminuição do interesse sexual como a mais freqüente. Nesse estudo, também se encontrou prevalência de depressão pré-menopausa de 55,4% (PEDRO et al, 2003).

Num estudo polonês com 2262 mulheres que passaram por consulta com ginecologistas entre 45 e 55 anos, encontrou que 19% dessas mulheres poderiam estar sofrendo de depressão. O instrumento utilizado nesse estudo foi o Inventário de Beck .Eles encontraram que as mulheres com escores de depressão mais altos tinham tido mais gestações, mais abortos e complicações durante a gravidez, tinham se submetidos a histerectomia, havia experienciado e depressão pós-parto. As doenças mais relatadas eram hipertensão, doença cardíaca isquêmica, hipotireoidismo e outras disfunções da tireóide e diabetes. Não houve diferença entre os grupos com altos e baixos escores de sintomas depressivos e a freqüência dessas doenças (WOJNAR et al, 2003).

As mulheres com escores altos no Inventário de Beck reportaram mais eventos estressantes, como: morte de pessoas próximas, perda de emprego, fracasso econômico, conflitos familiares, divórcio, saída dos filhos de casa, tratamento e diagnóstico de depressão anterior. Essas mulheres também apresentaram história de depressão na família, principalmente em mães, irmãs, pais e irmãos (WOJNAR et al, 2003).

Em estudo com 3302 mulheres entre 42 e 52 anos, comparando-se o estado menopausal e as diferentes variedades étnicas, encontraram que as mulheres na perimenopausa (onde ocorreriam irregularidades menstruais nos últimos 12 meses), as africanas, chinesas e japonesas que moravam nos EUA apresentavam baixos sintomas referentes ao humor do que as brancas americanas. Também se encontrou que o baixo nível educacional aumentava os escores de humor disfórico. Esse resultado corrobora outras

pesquisas, pois, quanto mais baixo os anos de estudo maiores são as dificuldades sócio-econômicas (BROMBERGER et al, 2003).

Freeman et al., (2004) estudaram 296 mulheres durante 4 anos relacionando estatus menopausal, dosagem de estradiol, história de depressão e encontrou que as mulheres de maior idade, que estavam próximas à transição para a menopausa e as negras apresentavam mais sintomas vasomotores e mais escores de depressão.

II-OBJETIVOS

1. Caracterizar a população de mulheres no climatério quanto à idade, estado civil, nível de escolaridade.
2. Identificar a presença de sintomatologia sugestiva de depressão entre mulheres no climatério, analisando os indicadores biopsicossociais relacionados.

III - METODOLOGIA

A - Pressupostos do estudo

Partirmos da suposição de que a mulher, no climatério, apresenta com frequência, sintomatologia sugestiva de depressão, próprias das alterações biopsicológicas deste período, e que a rede de relações e as atividades psicossociais poderiam alterar a presença de sintomas depressivos.

B - Local

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério (AMC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que funciona desde 1979.

O serviço conta com uma equipe móvel de 4 alunos do terceiro ano de residência em ginecologia e obstetrícia, 2 alunos do segundo ano de residência, 2 alunos do primeiro ano de residência, 2 alunos do sexto ano de Medicina. A equipe fixa é composta de 1 docente médico responsável, 2 nutricionistas, 1 otorrinolaringologista, 1 médico contratado, 1 enfermeira e duas auxiliares de enfermagem.

Este serviço ambulatório funciona às segundas-feiras, das 8:00 às 12:00 horas. São atendidas em média, 53 clientes aproximadamente 12 casos novos por mês.

Nesse ambulatório têm sido desenvolvidas pesquisas envolvendo as mulheres, em diferentes facetas do climatério. Entre eles destacam-se: inquéritos sobre a sexualidade, alterações oculares, alterações ósseas, alterações audiométricas, alterações antropométricas, alterações cardíacas e estudos de efeitos de medicações para a terapia de reposição hormonal (IANNETTA et al., 1985; IANNETTA & URBANETEZ, 1985; IANNETTA et al., 1990; IANNETTA et al., 1991; IANNETTA et al., 1992; IANNETTA et al., 1996; IANNETTA & RODRIGUES, 1996; IANNETTA et al., 1998; IANNETTA et al., 1998; IANNETTA et al., 1999; SOUZA & IANNETTA, 1999). Porém, não encontramos estudos que enfatizam a saúde mental dessas mulheres.

C - População

A população estudada foi composta por mulheres atravessando o período de climatério. Foram entrevistados os casos novos no período de novembro de 2003 a dezembro de 2004, em primeiro atendimento, no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério e que concordaram em participar da pesquisa. Os casos novos eram agendados e atendidos nas segundas-feiras pela manhã. Neste período, deveria haver entre 40 e 96 casos novos porque o serviço marcaria de 1 a 2 casos por semana. Ocorre que houve feriados, greves de funcionários e faltas das mulheres agendadas.

A ausência de casos novos poderia ainda ser explicada pela criação de serviços semelhantes nas cidades da região e mesmo em Unidades Básicas de Saúde o que diminui as referências para o Ambulatório.

Portanto, fizeram parte desta amostra 30 mulheres que compareceram ao ambulatório no dia da consulta e que concordaram em participar.

D - Instrumentos

1 – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Este instrumento é composto de questões referentes à:

- Identificação do sujeito (dados bio-psicológicos)
- Informações clínicas
- Contextualização (questões sócio-econômicas e culturais).

Nas informações de identificação constam itens como estado civil, escolaridade, renda, trabalho e dispensa de trabalho.

As informações clínicas são avaliadas a partir dos dados ginecológicos, presença de hábitos, doenças crônicas e atos cirúrgicos a que essas mulheres tenham sido submetidas.

O contexto psicossocial da entrevistada foi registrado através de questões sobre eventos marcantes, recursos da comunidade, lazer, atividade física, atividades voluntárias, religiosas, além de dados sobre o sono, a alimentação e os recursos de saúde utilizados (Anexo 1).

INVENTÁRIO DE BECK

O Inventário de Beck é composto de 21 itens que se referem à sintomatologia depressiva: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (BECK et al, 1961).

É uma escala psicométrica, validada e aceita internacionalmente. Os 21 itens são afirmativas contendo uma graduação de 0 a 3 que permite a especificação da intensidade dos sintomas (Anexo 2).

O Inventário de Beck foi traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1996) numa população de estudantes universitários e vem sendo amplamente aplicado em pesquisas. (SILVA, 2001; OPAS/OMS, 1999; GORENSTEIN & ANDRADE, 1998).

De acordo com Gorenstein e Andrade (1998) para uma população diagnosticada ou que procuram serviços especializados os pontos de corte recomendados para se identificar a depressão são diferentes da população em geral, não diagnosticada. Este é o caso das mulheres em atendimento no ambulatório, cujo ponto de corte recomendado é de até 15 pontos sem depressão, de 16 a 20 disforia ou depressão leve, de 21 a 29 depressão moderada e acima de 30 depressão grave.

E - Procedimentos na coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu de novembro de 2003 a dezembro de 2004, na primeira consulta de cada mulher agendada no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério.

A cada entrevistada foram explicados os objetivos da pesquisa, o objeto de estudo, a forma como ela iria participar do estudo e o uso das informações.

Depois de informado o conteúdo da pesquisa e lido o consentimento informado, se elas concordassem em participar da pesquisa assinavam o Termo de Consentimento.

Após esclarecimentos, os questionários eram lidos e assinaladas as respectivas respostas nos formulários (Anexo 1 e 2).

F - Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa passou por análise e aprovação do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, acompanhado da aprovação do docente responsável pelo ambulatório, Profº Drº Odilon Iannetta (Anexos 3 e 4). Todas as mulheres foram devidamente esclarecidas e sua autorização individual foi assinada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5).

G - Procedimentos da análise dos dados

Foi estabelecida a classificação dos níveis depressão e analisadas cada uma das respostas das 30 mulheres ao Inventário de Beck.

Os resultados foram analisados estatisticamente através da Análise bi-variada e da Análise Multivada comparando os sintomas indicativos de depressão com as variáveis idade, cor, estado civil, grau de instrução, os grupos biológicos e os demais indicadores psicossociais.

Análise bi-variada: todas as variáveis de interesse foram cruzadas com a variável Depressão, categorizada em “Sem Depressão” e “Com Depressão”. Para cada cruzamento foi calculada a significância (P) do teste exato de Fisher (HOLLANDER & WOLFE, 1999). Sempre que possível, as variáveis independentes também foram dicotomizadas para facilidade de análise.

Análise Multi-variada: A análise multi-variada é uma ferramenta importante para a adequada análise dos resultados, já que mesmo diante de multi-causalidade e inter-relações entre as variáveis, permite relativizar a importância de cada uma, na presença e sob a influência das demais.

A variável dependente (resposta) é a variável Depressão, com duas categorias “Sem” e “Com”, correspondente aos valores 0 e 1, respectivamente. As variáveis independentes foram selecionadas entre aquelas que, na análise bi-variada, resultaram num nível de significância (pelo teste de Fisher) menor do que 25%. Entre as que obedeciam a este critério, foram excluídas: sono, antidepressivos e hábitos alimentares devido as suas evidentes conseqüências na depressão e não como possível fator coadjuvante. A relação das variáveis utilizadas nesta análise consta do Quadro 1.

Quadros 1 – Variáveis (dependentes e independentes) para análise multivariada na depressão em mulheres no climatério

VARIÁVEIS	REFERÊNCIA	CONTRASTE
DEPENDENTE (RESPOSTA)		
Depressão	Sem	Com
INDEPENDENTES		
Grupo Etário	40 a 49 anos	50 e + anos
Companheiro	Não	Sim
Cor	Branca	Não Branca
Hábito de Beber	Não tem	Tem
Ocorrência de óbito	Sim	Não
Freqüenta UBS	Sim	Não
Freqüenta PSF	Sim	Não
Desemprego	Sim	Não
Problemas Com Cônjuge	Sim	Não
Grupos Biológicos (3 categorias)	A	B, C

O modelo empregado foi o de regressão logística por passos (HAMILTON, 2003). O processo iniciou-se com todas as variáveis presentes, sendo mantidas, em cada passo, apenas aquelas cujos coeficientes eram diferentes de zero, ao nível de significância de 20%.

Como elemento de comparação utilizaram-se as Razões de Risco (Odds Ratio). Essas razões são muito práticas para as análises que se propõem, pois elas medem quantas vezes é

aumentada (ou diminuída) a chance de um indivíduo ser classificado na categoria Contraste da variável resposta (neste caso, Depressão), quando se passa da categoria Referência para a categoria Contraste na variável independente.

Os resultados foram analisados tendo como base as referências da literatura.

IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A - Identificação

A idade das trinta mulheres entrevistadas variou de 40 a 70 anos, sendo que a maior porcentagem delas (46,7%) encontrava-se na faixa de 40 a 50 anos.

Este grupo de mulheres é composto por maioria branca (86%), sendo que 63,3% do total moram com companheiro.

Dessas mulheres, 1 é analfabeta, 10 completaram o curso primário, 5 completaram a 8ª série, 9 têm o segundo grau completo e 5 possuem nível superior. Observa-se que 4 mulheres não trabalham, 16 exercem trabalho remunerado, 3 têm trabalho eventual e 7 delas são aposentadas.

Em outro momento da entrevista, quando indagadas sobre ocupação, 19 mulheres disseram não ter nenhum tipo de ocupação; dentre aquelas que relataram ocupação 4 cuidavam da casa, 1 fazia artesanato, 2 faziam crochê, 1 era auxiliar de cabeleireiro, 1 era manicure, 1 relata que fazia tricô, crochê e costura e 1 delas vendia langerie.

Observa-se que essas mulheres apresentam um bom nível educacional visto que apenas uma é analfabeta. Encontram-se ainda em fase produtiva e mesmo que não trabalhem formalmente, muitas possuem algum tipo de ocupação.

B - Dados Clínicos

Número de Gestações: dos 30 casos novos atendidos no Ambulatório de Climatério, no período desta pesquisa, 8 mulheres nunca engravidaram, 2 tiveram somente 1 gestação, 4 tiveram 2 gestações, 6 tiveram 3 gestações, 5 mulheres tiveram 4 gestações, 3 tiveram 5 gestações e 2 tiveram 6 gestações.

Número de Abortos: 22 mulheres não tiveram nenhum aborto, 5 tiveram 1 aborto, 2 tiveram dois abortos e 1 delas apresentou 3 abortos.

Número de Partos: quase um terço (26,7%) não teve filhos, 23,4% tiveram 1 ou 2 partos e 49,8% tiveram 3 ou mais partos. Dessas mulheres 17 tiveram seus filhos em parto normal, 10 fizeram cesárea e somente um parto fórceps.

Na Tabela 1 apresentamos o grupo biológico ao qual pertencem as 30 mulheres do presente estudo. Observa-se mais de 60% no grupo biológico C .

As mulheres são classificadas em 3 grupos biológicos dentro do período do climatério (A, B e C), conforme classificação utilizada no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério :

- Grupo A : ciclos menstruais regulares e com sintomas do climatério.
- Grupo B: ciclos menstruais irregulares e presença de sintomas do climatério.
- Grupo C
 - C 1 : amenorréia de 12 meses a 23 meses.

C 2 : amenorréia de 24 meses até 2 anos e 11 meses.

C 3 : amenorréia de 3 anos até 3 anos e 11 meses.

C 4: amenorréia de 4 anos até 4 anos e 11 meses.

C 5 : amenorréia de 5 anos ou mais.

Tabela 1 – Distribuição das frequências das mulheres no climatério, segundo seus respectivos grupos biológicos.

Grupo Biológico	Frequência	%
A	6	20
B	5	16,7
C 1	1	3,3
C2	4	13,4
C3	1	3,3
C4	1	3,33
C5	12	40
Total	30	100

Das 30 mulheres entrevistadas, 7 faziam reposição hormonal, 6 faziam uso de corticosteróide prednisona e 2 faziam uso de antidepressivo. Somente 8 dessas 30 mulheres não utilizavam regularmente nenhum tipo de medicação, no momento da entrevista.

Somente 2 pessoas da população estudada tinham diagnóstico de depressão no prontuário médico. Entretanto, na ficha do Ambulatório Multidisciplinar do Climatério, dentre as queixas emocionais, 33,3% relataram que se sentiam deprimidas.

Dentre as entrevistadas, 43,3% referiram não ter nenhuma doença crônica e 56,7% apresentavam 1 ou mais doenças (4 delas apresentavam 2 doenças e 1 mulher referiu 3 doenças). As doenças crônicas mais relatadas foram Hipertensão Arterial (6) e Diabetes Mellitus (5). Das que se declaram hipertensas utilizavam como tratamento propranolol, e nifedipina que estão relacionadas a quadros depressivos.

A presença de doenças crônicas seria um fator de risco para a presença de sintomas depressivos, segundo Perez et al. (1997) . Entretanto Wojnar et al. (2003) não encontraram associação entre doenças crônicas e os escores de depressão.

Na Tabela 2 observam-se as frequências de intervenções cirúrgicas sofridas pelas mulheres do Ambulatório Multidisciplinar do Climatério em sua primeira consulta.

Tabela 2 - Distribuição dos atos cirúrgicos sofridos pelas mulheres entrevistadas

Tipos de Cirurgias	Frequência	%
Histerectomia	3	10
Ooforectomia	1	3
Exérese de Cisto	4	13
Laqueadura	13	43

O padrão de sono de 50% das entrevistadas era regular, 30% relataram insônia inicial, 10% insônia intermediária e 10% insônia final.

O hábito alimentar de 70% dessas mulheres não se encontra alterado e 30% está diminuído.

De acordo com as informações clínicas, há um percentual significativo de mulheres que nunca engravidaram (26,7%); por outro lado, das que tiveram filhos, a família é em sua maioria numerosa.

Com relação ao número de filhos, Ballinger (1975) também encontrou uma associação positiva com sintomas depressivos, ou seja, quanto mais numerosa é a família, maior é a chance da mulher apresentar sintomas depressivos. Talvez estudos mais recentes possam ter outra visão.

C - Informações sócio-culturais

Dentre as 30 mulheres estudadas, 80% incluíram-se entre as não fumantes. Dentre estas, três deixaram de fumar há dois anos ou mais. Segundo Denerstein e colaboradores (1999) e Soares e Cohen (2001) ser fumante aumenta a presença de humor deprimido.

Quanto ao hábito de beber, 3 disseram que bebiam mais de 2 vezes por semana e somente uma o fazia mais de 3 vezes na semana. Das mulheres que fazem uso de bebidas, 2 o fazem há mais de 10 anos e 1 há 30 anos. O tipo de bebida utilizado é a cerveja.

Nenhuma das 30 mulheres praticava nenhum tipo de jogo como hábito.

Na Tabela 4, observam-se os eventos marcantes pelos quais as mulheres entrevistadas passaram nos últimos doze meses. Dentre os mais freqüentes destacam-se: doenças (33%), óbito (23%), problemas econômicos (23%) e problemas com o cônjuge (20%).

Os achados de Morihisa e Schivolletto (2001) evidenciaram que a preocupação com os filhos está associada positivamente com sintomas depressivos.

A presença de doença na família é relatada no estudo de Mckinlay et al. (1997), relacionando este fato à depressão. Este foi o elemento mais presente entre as mulheres, ou seja, um terço delas teve algum problema de doença.

Segundo informações das mulheres entrevistadas, quase todas contam com todos os recursos na comunidade em que residem, ou seja, supermercado, igreja, padaria, farmácia, posto de saúde, praça e açougue.

Com relação aos recursos de saúde utilizados por essas mulheres, 60% utilizam as Unidades Básicas Saúde (UBS), 20% utilizam o Programa de Saúde da Família (PSF), 13,3% utilizam o Pronto Socorro (PS). Outros serviços são utilizados por 10% delas e nenhuma utiliza convênio de saúde.

Tabela 3 - Distribuição dos eventos marcantes em função da frequência ocorridos nos últimos doze meses no cotidiano das mulheres entrevistadas

Eventos Marcantes	Frequência	Porcentagem
Doença	10	33,3
Problema econômico	7	23,3
Óbito	7	23,3
Problema com cônjuge	6	20,0
Separação/Divórcio	5	16,7
Uso de álcool na família	5	16,7
Problema com filhos	4	13,3
Desemprego	2	6,7
Mudança de residência	2	6,7
Problema com pais	1	3,3
Dívida	1	3,3
Aposentadoria do cônjuge	1	3,3
Violência	1	3,3
Acidente	1	3,3
Uso de drogas na família	1	3,3
Outros problemas	1	3,3
Problema com irmãos	0	-
Problema com amigos	0	-

No Quadro 3 observam-se as atividades de lazer realizadas pelas mulheres deste estudo. Observa-se que a maioria se diverte assistindo TV/Vídeo, ouvindo rádio/CD, indo ao centro ou ao shopping, quase sempre acompanhadas.

Quadro 3 – Apresentação das atividades de lazer desenvolvidas pelas mulheres no climatério

Atividade de Lazer	TV	Video	CD	Radio	Cinema	Baile	Praça	Shopping	Centro	Clube	Passeio	Outras
Faz Só	3	1	2	4	0	0	1	2	1	1	1	3
Faz Acompanhada	17	5	6	10	10	2	1	13	5	4	2	3
Não Faz	10	24	22	16	20	28	28	15	24	25	27	24

Quanto à atividade física, 12 mulheres não faziam nenhuma atividade sendo que 10 faziam acompanhadas e 8 faziam sozinhas. Das mulheres que faziam atividade somente três não faziam anteriormente. As atividades físicas mais citadas pelas entrevistadas foram caminhada, academia, hidroginástica, jogos e ginástica laborial.

A prática de pouco ou nenhum exercício seria também um dos fatores que aumentariam os escores de depressão, segundo Denerstein et al. (1999).

Atividade Religiosa: das 30 entrevistadas, 2 não tinham atividade religiosa, 16 mulheres eram católicas, 5 evangélicas, 3 espíritas, 2 cristãs, 1 budista e 1 adventista.

Com relação à atividade voluntária, 23 (76,7%) dessas mulheres não fazem nenhuma atividade de voluntariado; das 7 que exerciam este tipo de atividade citam-se: ajuda a instituição, alfabetização de adulto, alimentação aos pobres, creche, grupo de terceira idade, lar de crianças e membro do São Vicente de Paula.

Essas mulheres na fase do climatério, em sua maioria, não declararam hábitos como cigarro, bebida ou jogo. Entretanto, relataram a presença desses hábitos na família.

D – Presença de depressão entre as entrevistadas

Na Tabela 4 observa-se ausência ou presença de depressão nas mulheres atendidas no Ambulatório no período de novembro de 2003 a dezembro de 2004.

O ponto de corte utilizado para classificação dos escores foi de 15 sem depressão, 16 a 20 para depressão leve ou disforia, 21 a 29 depressão moderada e acima de 30 depressão grave, considerando-se o total geral do Inventário de Beck.

Observa-se um percentual significativo das mulheres nesta fase da vida com sintomas de depressão, apesar de que a amostra estudada por ser reduzida (30) não se considera representativa da população (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da frequência de depressão entre as mulheres na fase do climatério, atendidas no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério – HCRP/USP.

Depressão	Frequência	%
Sem depressão	16	53,3
Disforia/ Leve	7	23,3
Moderada	6	20
Grave	1	3,3
Total	30	99

Analisando-se as respostas de cada uma das 21 questões do Inventário de Beck, na ordem de sua apresentação, é possível destacar os sintomas mais presentes. Observa-se que os sintomas mais sérios e que caracterizam um estado mais grave de depressão estão presentes sempre em 1 das entrevistadas.

O sentimento de tristeza foi assinalado por 14 mulheres e somente 1 sente-se tão triste que não consegue suportar.

Enquanto que 73,3% (22) das mulheres têm esperanças no futuro, somente 20% (6) disseram que se sentiam desanimadas quanto ao futuro.

Dentre as 30 mulheres, 23 não se sentiam fracassadas e 2 entrevistadas disseram que se sentiam um completo fracasso.

Cerca de 50% das mulheres sentiam prazer ao realizar as atividades e 33,3% não sentiam prazer ao realizar as coisas como antes, 4 mulheres sentem-se insatisfeitas e aborrecidas com tudo.

Sentimentos de culpa tem sido experienciados por 4 mulheres durante grande parte do tempo embora 21 mulheres não se sintam especialmente culpadas. Outras 4 pacientes

relataram que se sentem sempre culpadas. A possibilidade de ser punida foi referida por 9 das entrevistadas; 4 acham que estão sendo punidas.

O sentimento de decepção consigo é compartilhado por 6 mulheres e, por outro lado, 4 estão aborrecidas consigo mesmas. Entretanto, a maioria (20) refere estar de bem consigo mesmas.

Com relação a crítica, 10 mulheres relataram que se criticam por suas fraquezas e erros e 3 disseram que se culpam por tudo de mal que acontece.

Somente uma mulher disse que tinha ideação suicida. Somente uma relatou que chora o tempo todo enquanto que a maioria, (19) não chora mais do que o habitual e 3 mulheres se dizem incapazes de chorar mesmo que queiram.

O fato de se irritar mais facilmente do que costumavam foi assinalado por 53,3% das mulheres; somente uma irrita-se o tempo todo e 9 mulheres não se irritam mais com as coisas do que costumavam se irritar.

Somente duas pessoas perderam todo o interesse pelas outras pessoas e 60% não o perderam. Das 30 entrevistadas 9 estão menos interessadas nas pessoas do que costumavam.

A maioria das entrevistadas, (60%) relatou que não tinha problemas para tomar suas decisões, 16,7% adiam as tomadas de decisões, 20% têm dificuldades ao tomar decisões e somente uma não consegue mais tomá-las.

A preocupação com a aparência foi relatada por 30% das entrevistadas, enquanto 60% não estavam preocupadas com mudanças na aparência e 2 acreditam que pareçam feias.

A disposição para as atividades não se encontrou alterada na maior parte das mulheres (60%), 6 entrevistadas precisam de um esforço extra, outras 5 precisam se esforçar muito para fazer alguma coisa e 1 não consegue mais fazer trabalho algum.

Problemas com sono também foram relatados por 16 entrevistadas (10 não dormem como costumavam dormir, 4 acordam mais cedo e têm dificuldades para voltar a dormir e 2 acordam várias horas mais cedo e não conseguem voltar a dormir).

O cansaço é um dos sintomas de depressão. Foi assinalado por 17 entrevistadas que disseram que se cansam com mais facilidade, 2 entrevistadas que se cansam ao fazer qualquer coisa e somente uma delas está cansada demais para iniciar qualquer atividade.

A maioria das mulheres (21) apresenta-se com o apetite sem alteração. Das 30 mulheres 9 tem problemas, 5 o apetite não está tão bom quanto costumava ser e 4 está com apetite pior. Com relação à perda de peso, 73% das entrevistadas disseram que não perderam peso e dentre as que perderam, a maioria estava tentando perder. Metade das mulheres disse se preocupar com problemas físicos e 2 estão tão preocupadas com problemas físicos que não conseguem pensar em outra coisa.

O interesse por sexo não sofreu mudanças em somente 7 mulheres, 13 relataram que não se interessam mais como antes, 3 estão menos interessadas atualmente e 7 delas perderam completamente o interesse.

Dentre as respostas em que metade ou mais dessas mulheres referiram alterações observou-se a presença de irritação, problemas com sono, cansaço, preocupação com problemas físicos e a diminuição do interesse por sexo.

E – Análises Estatísticas

Destaca-se, a seguir, o grupo de mulheres com a presença ou ausência de sintomas sugestivos de depressão quando comparadas com as características de identificação, dados clínicos e psicossociais (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da frequência de depressão segundo as variáveis independentes e significância do Teste de Fisher.

Categoria	Disforia/Depressão		Total	Teste de Fisher
	Frequência	%		
Grupo Etário				
40 a 49 anos	8	66,67	12	0,078
50 e +	6	33,33	18	0,078
Companheiro				
Não	3	27,27	11	0,107
Sim	11	57,89	19	0,107
Cor				
Branca	10	38,46	26	0,037
Não Branca	4	100	4	0,037
Hábito de Beber				
Não	11	44	25	0,249
Sim	3	60	5	0,249
Ocorrência de Óbito				
Sim	5	71,43	7	0,143
Não	9	39,13	23	0,143
Grupo Biológico				
A	1	16,67	6	0,135
B	4	80	5	0,135
C	9	47,37	19	0,135
UBS				
Sim	10	55,56	18	0,206
Não	4	33,33	12	0,206
PSF				
Sim	1	20	5	0,209
Não	13	52	25	0,209
Desemprego				
Sim	3	100	3	0,090
Não	11	40,74	27	0,090
Problemas Cônjuge				
Sim	6	100	6	0,005
Não	8	33,33	24	0,005

Observa-se que a presença de depressão nas mulheres de faixa etária de 40 a 49 anos pode estar associada ao fato de ser este o período em que a mulher estaria mais próxima do evento menopausa, que causa as irregularidades menstruais e alterações hormonais. A presença de sintomas nessa fase condiz com os achados da categoria do Grupo Biológico B onde 80% das mulheres apresentam disforia ou sinais sugestivos de depressão moderada a grave.

A presença do companheiro associado à presença de depressão deste estudo não condiz com os achados de Woods e Mitchel (1996). Eles afirmam que o fato de ter um companheiro seria um fator para proteger as mulheres da depressão.

Por outro lado, os achados com relação aos problemas com o cônjuge e sentimentos negativos com relação a ele são preditivos de depressão, o que corrobora com as afirmações de Denerstein et al. (1999) e Wojnar et al. (2003).

As não-brancas, em sua totalidade, apresentam disforia/depressão embora seja um grupo pequeno nesta amostra. Freeman et al. (2004) relataram que as mulheres negras referem mais sintomas depressivos do que as brancas americanas.

O hábito de beber entre os familiares (observado em 5 casos) pode provocar desestabilização das relações intrafamiliares sendo fator que contribui para o retraimento da mulher, sua baixa auto-estima por se sentir impotente diante da situação.

A ocorrência de óbito nos últimos 12 meses também predispõe à depressão, pois pode estar associado à vivência do luto. Este fato foi observado em 7 mulheres.

Em vários estudos, o desemprego é um fator altamente preditivo de sintomas de depressão (WOJNAR et al. 2003; MAARTENS et al. 2002; DENERSTEIN et al. 1999; COLEMAM, 1993). O desemprego é um fator que levaria, conseqüentemente, a problemas de auto-estima, tendo em vista as dívidas e outras dificuldades decorrentes do problema econômico e estaria diretamente relacionado à presença de reações depressivas.

A utilização de recursos de saúde por essas mulheres, principalmente as UBSs e com significativa presença de sinais de depressão mostra que essas mulheres podem não estar sendo adequadamente avaliadas.

Das mulheres 5 que utilizam o PSF somente 1 apresenta disforia o que comparada com as que não têm esse recurso é bastante significativo. Isso poderia estar associado à nova proposta de atendimento mais integrado e próximo.

Na Tabela 6 estão registrados os resultados da Regressão logística por passos.

A variável “Cor” foi retirada do modelo por problemas de estimação não especificados. As variáveis: “Problemas com cônjuge”, “desemprego”, “UBS” e “PSF”: apresentaram observações insuficientes para os cruzamentos múltiplos, tendo sido eliminadas no processo. A variável “Ocorrência de óbito” não satisfaz ao critério de permanência e foi desprezada. As demais variáveis independentes satisfizeram ao critério de manutenção e entraram para o modelo final.

Tabela 6 – Resultados da Regressão Logística das variáveis psicossociais relacionados à depressão em mulheres no climatério.

VARIÁVEIS	RAZÕES DE RISCO	DESVIO PADRÃO	P
Hábito de beber	16,88	30,00	0,112
Ter companheiro	7,96	9,87	0,095
Grupo etário	0,14*	0,20	0,156
Grupos biológicos	5,65	5,23	0,062

*este valor representa um “fator de proteção”. Se as categorias fossem invertidas, representaria um “fator de risco” = $1/0,144 = 6,925$

Nota-se, pelos resultados, que a menor significância observada foi de 15,6% (Grupo Etário) e a maior 6,2% (Grupos Biológicos). A maior razão de risco é a da variável Hábito de Beber. Conviver com o hábito tem, na amostra, 16,88 vezes mais chances de ter Depressão. Ter companheiro aumenta a chance em 7,96, ser jovem aumenta em 6,92 e ser do grupo biológico B ou C aumenta em 5,65.

A presença de sintomas depressivos nas mulheres nessa fase da vida é bastante estudado na literatura internacional, embora não o seja em nosso meio (DIAS et al.,2002).

Nesta amostra observou-se que a presença de sintomas sugestivos de depressão em quase metade dessas mulheres pode estar relacionado à fase de vida que elas estão

atravessando (do ponto de vista das alterações biológicas deste período) somados a eventos psicossociais. Estas informações são de real importância para a enfermagem planejar ações educativas, preventivas e curativas para este grupo da população.

V - CONCLUSÕES

Mesmo considerando o número de sujeitos deste estudo observou-se a presença de depressão e a possível influência de fatores psicossociais como faixa etária, presença de companheiro e problemas com ele, cor, hábito de beber, ocorrência de óbito, recursos de saúde (UBS e PSF), desemprego bem como o grupo biológico (presença de sintomas da menopausa).

Dos resultados das análises destacam-se:

- As mulheres apresentam um bom nível educacional.
- A maioria das mulheres está no grupo biológico C 5. Somente um quarto das mulheres fazia uso de terapia de reposição hormonal.
- Mais da metade das mulheres apresentaram uma ou mais doenças crônicas.
- Há um percentual significativo dessas mulheres que nunca engravidaram; por outro lado, das que tiveram filhos, a família em sua maioria é numerosa.
- Dentre os eventos marcantes citados destacam-se a presença de doenças, óbitos, problemas econômicos e problemas com companheiro.
- Dentre as atividades de lazer dessas mulheres a maioria assiste TV/vídeo e ouve rádio/CD. Quase metade das mulheres não pratica nenhuma atividade física.

- No conjunto, praticamente metade dessas mulheres apresenta disforia ou depressão moderada e grave. Dentre os sintomas indicativos de depressão, os resultados dos itens do Inventário de Beck permitiram inferir que, no geral, metade dessas mulheres se irritam mais do que se acostumavam, metade tem problemas para dormir, se cansam com mais facilidade e se preocupam com problemas físicos. O interesse por sexo está alterado em 23 mulheres sendo que 7 delas perderam totalmente o interesse. A presença de depressão nas mulheres esteve mais freqüente na faixa etária de 40 a 49 anos. A presença de sinais de depressão foram mais significativos no grupo biológico B, em mulheres com problemas com cônjuge, em não brancas, com hábito de beber e com ocorrência de óbitos e de desemprego na família.

Os resultados mostraram que os sintomas depressivos estavam aumentados em mulheres na faixa de 40 a 49 anos, não brancas e que vivenciaram hábito de beber, situação de óbito recentemente ou desemprego na família.

A influência de fatores psicossociais como faixa etária, presença e problemas com companheiro, cor, hábito de beber, ocorrência de óbito, recursos do sistema de saúde (UBS e PSF), desemprego bem como o grupo biológico (presença de sintomas da menopausa) foi observada e discutida neste estudo.

A utilização da escala ajuda no levantamento das necessidades das clientes para o planejamento das ações de enfermagem, sendo ela de fácil aplicação e que demanda um tempo relativamente curto do profissional.

Em vista dos achados, sugere-se outros estudos com maior número de sujeitos, além de estudos que favoreçam o cuidado de enfermagem e a atenção especializada a este grupo de mulheres no que se refere aos sintomas de transtorno de humor nesta fase do climatério.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION .Tipos de doença depressiva. In: _____ **GUIA ESSENCIAL DE DEPRESSÃO**. Tradução de Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana, 2002.p. 37-79.

APPOLINÁRIO, J.C. A depressão na menopausa: uma entidade específica? **Inf. Psiquiatr.** 18 (4), p. 107-114, 1999.

APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C.; MEIRELLES, R. Terapia hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa – Parte 1 – Revisão da literatura. **J. Bras. Psiq.** vol. 44, nº 4, p. 169 – 176, 1995.

APPOLINÁRIO, J.C.; MEIRELLES, R.M.R.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 4514, p. 383 – 389, 2001.

BALLINGER, C.B.; Psychiatric morbidity and the menopause: screening of general population sample. **British Medical Journal**, 3, p. 344-346, 1975.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, vol. 4, p. 53- 63, 1961.

BIFFI, E.F.A. **O fenômeno menopausa:** Uma perspectiva de compreensão. Tese de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1991.

BROMBERGER, J.T.; ASSMANN, S.F.; AVIS, N.E.; SCHOCKEN, M.; KRAVITZ, H.M.; CORDAL, A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. **American Journal Epidemiology**, vol. 158, nº 4, p. 347 – 356, 2003.

BROMBERGER, J.T.; MATTHEWS, K.A. A “ Feminine” model of vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal investigation of middle-aged women. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 70, nº3, p. 591-598, 1996.

CARRANZA-LIRA, S.; VALENTINO-FIGUERO S.A. M.L. Estrogen therapy for depression in postmenopausal women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, vol. 65, 1ª edição, pg 35-38, 1999.

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

COHEN, C.N.; COHEN, L.S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **São Paulo Medical Journal – Revista Paulista de Medicina**, vol. 119, nº 2, p. 78-83, 2001.

COLEMAN, P.M. Depression during the female climacteric period. **Journal of Advanced Nursing**, vol. 18, p. 1540 – 1546, 1993.

DEMETRIO, F.N.; RENÓ JUNIOR, j.; GONÇALVES, M.A.; GIANFALDINI, A.; HALBE, H.W.; GORENSTEIN, C.; VIEIRA FILHO, A.H.G. Terapia com estrógenos conjugados no humor em mulheres menopausadas: resultados preliminares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 28, nº 2, 2001. Acesso dia 13/05/2005 na página http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_2/artigos/art89.htm.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; BURGER, H.; DUDLEY, E. Mood and the menopausal transition. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, vol. 187, nº 11, p. 685-691, 1999.

DIAS, R.S.; RAMOS, C.C.; KERR-CORRÊA, F.; TRINCA, L.A. CERQUEIRA, A.T.A.R.; DALBEN, I.MORENO, R.A. Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade- Questionário da Saúde da Mulher. **Rev. Psiq. Clín.** 29(4), p.181-189, 2002.

DSM-IV - **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

FREEMAN, E.W.; SAMMEL, M.D.; LIV, L.; GRACIA, C.R.; NELSON, D.B.; HOLLANDER, L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. **Arch Gen Psychiatry**, vol. 61, p. 62 – 70, 2004.

GENAZZANI, A.R.; MONTELEONE, P.; GAMBACCIANI, M. Hormonal influence on the central nervous system. **Maturitas**. vol 43, p. 11-17, Aug, 2002, supl.1.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol.25, nº 5, p. 245 - 250, set/out, 1998. Edição especial.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3ª edição. São Paulo: Rocca, 2000.

HÄLLSTRÖM, T. SAMUELSSON, S. Mental health in the climacteric. **Acta Obstet Gynecol Scand** , p.13-18, 1985, supl. 130.

HAMILTON, L.C. **Statistics with Stata**. Duxbury/Thomson Learning. Belmont, CA. 2003.

HAY, A.G.; BANCROFT, J.; JOHNSTONE, E.C. Affective symptoms women attending a menopause clinic. **British Journal of Psychiatry**, 164, p. 513- 516, 1994.

HOLLANDER, M. & WOLFE, D.A. **Nonparametric statistical methods**. 2ª edição. New York: John Wiley & Sons, 1999. 473p.

HUNTER, M.S. Depression and the menopause. **BMJ** 313 : p.1217-1218, 1996.

HUTTNER, R.P.; SHEPHERD, J.E. Gonadal steroids, selective serotonin reuptake inhibitors, and mood disorders in women. **The Medical Clinics of North America**. 87, p.1065-1076, 2003.

IANNETTA, O. Ensaio sobre a psicodinâmica das ondas de calor. **GO Atual**. nº 11/12, p. 44 – 45, nov/dez ,1996.

IANNETTA, O. Terapias alternativas não-hormonais no climatério. **GO Atual**. nº 5, maio, p. 31 – 38, 1997.

IANNETTA, O.; FERREIRA, H.J.; COLAFÊMINA, J.F. Investigação audiométrica no climatério. **RBM**. v.5, p. 230 – 234, 1992.

IANNETTA, O.; FREITAS JR, A.H.; CHARAFEDDINE, M.N.; LEITE, S.P.; AZEVEDO, L.; SADANO, G.M.; HALBE, H.W. Teste da progesterona em 122 pacientes dos diferentes grupos biológicos do climatério. **Brasilian J. Méd. Biol. Res.** v. 19, p. 287 – 294, 1990.

IANNETTA, O.; GOULART, L.I.; RODRIGUES, C.R.C. Inquérito sobre a sexualidade da mulher na menopausa: informações recebidas e primeiros contatos sexuais. **GO Atual**. nº5 , p.37 – 40, maio, 1998.

IANNETTA, O.; MARIN, J.A.; SCHIAVONNE, R.H.; COUTO NETO, A.V. Estudio de los sintomas cardiovasculares de los niveles de pression arterial y del eletrocardiograma em 108 pacientes del climatério. **Rev. Esp. Gin. Obst.** vol.44, p. 653 – 660, 1985.

IANNETTA, O.; MARTINES, J.A.S.; GOULART, L.I.; PAULINO, M.H.F.; RODRIGUES, C. Inquérito sobre a sexualidade da mulher no climatério: masturbação. **GO atual.** nº 1 e 2, jan./fev., p.8 - 9 , 1998.

IANNETTA, O.; NOVAIS, D.A.; MARTINS, D.C.S. Nova metodologia para screening e controle a curto prazo da perda de massa óssea trabecular no Climatério. **GO Atual.** , v.6, p. 37 - 42, 1999.

IANNETTA, O.; PEREZ, A.I.C.; BORTOLIN, S.A.; FEN, L.F.; VANNUCHI, H. Avaliação antropométrica no climatério feminino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.13,nº4, p. 168 – 171, 1991.

IANNETTA, O.;QUINTANA, S.M.; DUCATTI,G.B.; RESENER, E.V.; BREGIEIRO, L.O.R.Alterações neuroendócrinas no climatério. **GO Atual.** nº 1 e 2, p.25-33, Jan/Fev., 1997.

IANNETTA, O.;RODRIGUES, C. Inquérito sobre a sexualidade da mulher no climatério: Brincadeiras na infância. **GO Atual.** nº6, p.53 – 54, junho, 1996.

IANNETTA, O.; ROMÃO, E. Perfil epidemiológico, análise clínica e propedêutica do aparelho ocular em 155 pacientes do climatério. **GO Atual.** v.6, 1996.

IANNETTA, O.; URBANETEZ, A.A. Estudo duplo-cego para avaliação de uma nova medicação na redução da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.4, p. 178 – 180, 1985.

JOFFE, H.; COHEN, L.S. Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where in the therapeutic bridge? **Biol Psychiatry**, 44, p.798 – 811, 1998.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. ORG. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, J.B.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

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

LIMA, I.V.M.; SOUGEY, E.B.; VALLADA FILHO, H.P. Genética dos transtornos afetivos. **Rev. Psiq. Clin.** vol. 31, nº 1, p.34-39, 2004.

MAARTENS, L.W.F.; KNOTTNERUSB, J.A.; POP, V.J. Menopausal transition and increased depressive symptomatology – A community based prospective study. **Maturitas**, vol. 42, 3ª edição, p. 195- 200, 2002.

MCKINLAY, J.B.; MCKINLAY, S.M.; BRAMBILLA, D. The relative contributions of endocrine and social circumstances to depression in mid-aged women. **Journal of Health and Social Behavior**. vol. 38, p. 345- 363, dezembro, 1987

MIRANDA, G.C.V.; FIGUEIRA,P.G.; Alterações psíquicas durante o climatério. **Inf. Psiquiatr.** vol.18,nº 4, p. 126-128,1999.

MORIHISA, R.S.; SCIVOLETTO, S.;Transtorno depressivo na mulher. **Rev. Bras.Med.** vol. 58, p. 151- 160, dezembro, 2001.

NICOL-SMITH, L. Causality, menopause and depression: a critical review of the literature. **BMJ** 313: p.1229- 1232, 1996.

OLIVEIRA, H.C.; LEMGRUBA, I. (Coord.). **Tratado de Ginecologia da FEBRASGO**. Livraria e Editora Revinter Ltda, 2001.

OPS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en la identificación y manejo de los transtornos afectivos. Generalista I, 1999.

PARRY, B.L.; NEWTON, R.P. Chronobiological basis of female-specific mood disorders. **Neuropsychopharmacology** , vol.25, nº 5, p. 102-108, November,2001. Suplemento 1.

PEDRO, A.O.; PINTO-NETO, A.M.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; OSIS, M.J.D.; HARDY, E.E. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**, 37 (6), p. 735-742, 2003.

PEREZ, I.R.; PIÑAR, I.M.; HERNANDEZ-AGUADO, I. Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. **Maturitas**, vol. 24, p. 107-115, 1997.

RICHARDSON, T.A.; ROBINSON, R.D. Menopausal and depression : a review of psychologie function and sex steroid neurobiology during the menopause. **Primare Care** , vol. 7, 6ª edição, p. 215-223, 2000.

SHORS, T.J.; LEUNER, B. Estrogen- mediated effects on depression and memory formation in females. **Journal of Affective Disorders**, 74, p. 85 – 96, 2003.

SILVA, M.C.F. **Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde**. 2001,p.94. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, M.C.F.; FUREGATO, A.R.F.; COSTA JUNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino Americana** – no prelo.

SOARES, C.N.; COHEN, L.S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **Revista Paulista de Medicina** , 119(2), p. 78-83, 2001.

SOARES, C.N.; PROUTY, J.; POITRAS, J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Rev. Psiquiatria** , vol.24, p. 48- 54, 2002, Supl. 1.

SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol. 21, p. 18-23, maio, 1999.

SOUZA, S.S.; IANNETTA,O. climatério:pele e anexos. **GO Atual**. nº 1 e 2, p. 8 -13, Jan/fev, 1999.

THOMPSON, C., OSTLER, K., PEVELER, R.C., BAKER, N., KINMONTH, A.L. Perspectiva dimensional no reconhecimento de sintomas depressivos em atenção primária: o Projeto Depressão Hampshire 3. Resumo comentado. **Rev. Psiq. Clí.** 29 (3) p. 160-161, 2002.

VERAS, A.B.; NARDI, A.E.; Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor.**Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.54, nº 1, 2005.

VIANA, L.C.; MARTINS, M.M.F.; GEBER, S. **Ginecologia**. 2ª Edição, Meds, 2001.

WOJNAR, M.; DRÓZDZ, W.; ARASZKIEWICZ, A.; SZYMANSKI, W.; NAWACKA-PAWLACZYK, D.; URBÁŃSKI, R.; HEGEDUS, A.M. Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland. **Archives of Women's Mental Health**, vol. 6, p. 193 – 2001, 2003.

WOODS, N.F.; MITCHELL, E.S. Patterns of depressed in midlife women: observations from the Seattle midlife women's health study. **Research in Nursing & Health**, (19),p.11-123, 1996.

Anexo 1

CODIGO

IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO DA MULHER NO CLIMATÉRIO (ICMC)

I – Identificação :

Idade: ____ Cor: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Amarela
Estado Civil: ☐ Casada ☐ Solteira ☐ Viúva Escolaridade: _____
Trabalho: _____ Renda: _____
Dispensa do trabalho: ☐ S ☐ N ☐ < 6meses ☐ > 6meses

II - Informações clínicas:

A) Dados Ginecológicos:

☐ Gestações: ☐ Abortos: ☐ Partos: _____
Tipo de parto : ☐ Normal: ☐ Cesárea: ☐ Fórceps: ☐ Dum: _____
Medicação: _____
Dosagem: _____ Via de Administração: _____
Tempo de uso: _____
Biodisponibilidade hormonal: Pré: _____ Durante: _____
Diagnóstico de depressão: ☐ S ☐ N Ficha do Ambulatório : ☐ S ☐ N

B) Informações Complementares:

a) Hábitos

- Fumo: ☐ S ☐ N Quantidade ____ dia Tempo: ____ anos
- Álcool: ☐ S ☐ N Quantidade: ____ dia Tempo: ____ anos
- Jogo: ☐ S ☐ N Tipo: _____
- Corticóides: ☐ S ☐ N

b) Doenças Crônicas: Diabetes: ☐ S ☐ N Obesidade ☐ S ☐ N Hipertensão ☐ S ☐ N IAM ☐ S ☐ N

c) Atos Cirúrgicos: ☐ HTA ☐ Ooforectomia ☐ Exérese de Cisto ☐ Laqueadura tubária

III – Contextualização Psicossocial

A) Presença de evento marcante nos últimos 12 meses:

Problemas de Relacionamento ☐ pais ☐ filhos ☐ cônjuge
Problemas de Relacionamento com amigos: ☐ S ☐ N
Outros problemas de Relacionamento : _____
Problemas Econômicos ☐
Separação/ Divórcio ☐

Aposentadoria do cônjuge ☐

Mudança de Residência ☐

Doença ☐

Óbito ☐

Violência ☐

Uso de álcool ou drogas por membros da família

B) Moradia: Agradável Barulhenta Segura

C) Recursos disponíveis na comunidade:

Supermercado Igreja Padaria Farmácia Posto de Saúde Praça

D) Recursos de saúde: UBS PSF HC PS Convenio

E) Lazer: TV Vídeo CD Rádio Cinema Baile Praça Shopping Centro

Outros:(especificar) _____

Realizados: Sozinha Acompanhada

F) Atividade Física: Caminhada Corrida Ginástica Jogos Realizados: Sozinha Acompanhada

G) Sono: Horários: _____

Insônia: Inicial Intermediária Final

H) Alimentação: Horários: _____

Tipo: _____

I) Outras Ocupações: _____

J) Atividades religiosas(especificar): _____

Mudou de religião: Quantas?: _____ Quais?: _____

L) Atividades voluntárias (especificar): _____

Anexo 2

CODIGO

Inventário de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2, ou 3) próximo à afirmação que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo se aplicarem igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas afirmações, em cada grupo, antes de fazer a 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.
2. 0 Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeita, aborrecida com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpada.
1 Eu me sinto culpada grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpada a maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpada.
6. 0 Não acho que esteja sendo punida.
1 Acho que posso ser punida.
2 Creio que serei punida.
3 Acho que estou sendo punida.
7. 0 Não me sinto decepcionada comigo mesmo.
1 Estou decepcionada comigo mesmo.
2 Estou aborrecida comigo.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou critica em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas faltas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritada agora do que já fui.
1 Fico aborrecida , irritada mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritada o tempo todo.
3 Não me irrita mais com as coisas que costumava me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Estou preocupada por estar parecendo velha ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Acredito que pareça feia.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldades em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansada do que o habitual.
1 Fico cansada com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansada ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que costumava.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupada com problemas físicos (dores, indisposição do estômago , prisão de ventre).
2 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessada por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessada em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escores: Sem depressão até 15

Disforia/Depressão leve – 16 a 20

Depressão Moderada – 21 a 29

Depressão Grave – Acima de 30

Anexo 3

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 12 de maio de 2004

Ofício nº 1372/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado
“DEPRESSÃO EM MULHERES NO CLIMATÉRIO” foi analisado pelo
Comitê de Ética em Pesquisa em sua 179ª Reunião Ordinária
realizada em 10.05.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**,
de acordo com o Processo HCRP nº 11562/2003.

Aproveito a oportunidade para
apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANDRÉIA FERNANDA NIEVAS
PROFª DRª ANTONIA REGINA F. FUREGATO (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

Anexo 4

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

Ribeirão Preto, 12 de maio de 2003

Ilmo Sr.

Profº Drº Odilon Iannetta

Depto Ginecologia e Obstétrica da FMRP/USP

Venho, por este intermédio, solicitar de V. S^a autorização para que a pós graduanda, enfermeira **Andréia Fernanda Nieves** possa freqüentar o **Ambulatório de Climatério** com vistas ao desenvolvimento de sua Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP.

Na primeira fase, Andréia necessita freqüentar o Ambulatório para estabelecer alguns detalhes dos procedimentos metodológicos para encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética da FMRP/USP.

Na segunda fase, a coleta dos dados, propriamente dita, será efetuada com instrumento apropriado, testado e validado para a população de mulheres do climatério no tocante à presença sintomatologia indicativa de depressão.

Antonia Regina F. Furegato
orientadora

modos
sistemático e
concordo com as
funções da pesquisadora