Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro

Funções mnésticas e atencionais em mulheres na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos e a eficácia da terapia cognitiva comportamental na pós menopausa

Correção

São Paulo
2016

Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro

Funções mnésticas e atencionais em mulheres na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos e a eficácia da terapia cognitiva comportamental na pós menopausa

Correção

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestrado em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Nilson Roberto de Melo

São Paulo
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tamashiro, Leiliane Aparecida Diniz

Funções mnésticas e atencionais em mulheres na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos e a eficácia da terapia cognitiva comportamental na pós-menopausa / Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro. -- São Paulo, 2016.

Dissertação (mestrado)-- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Nilson Roberto de Melo.

Descritores: 1.Terapia cognitiva 2.Pós-menopausa 3. Depressão

4. Cognição 5. Ansiedade 6. Motivação 7. Mulheres

USP/FM/DBD-185/16

“Corra sempre atrás de seus sonhos,

para que eles não te assombrem

por toda vida”.....

“A meu marido Oswaldo que me apoiou em todos os momentos”

Minhas filhas:

Thalita, Yuri, Milena

Minhas Netas:

Paloma, Letícia, Patrícia

Agradecimentos

Ao **Prof. Dr. Edmond Chada Baraca,** quanto a sua confiança depositada na realização do estudo, por ser uma fonte inesgotável de conhecimento e exemplo para mim e poder acreditar que podemos transformar um sonho em realidade.

Ao **Prof. Dr. Nilson Roberto de Melo**, pelo seu apoio, incentivo e principalmente paciência e compreensão com que me orientou.

A **Dra. Maria Fernanda Gouveia da Silva**, minha "co-orientadora extraoficial", amiga que embora distante continua presente, me auxiliando nesse trabalho.

Ao **Prof. Dr. Joel Rennó Jr**. que cedeu o espaço do Programa do ProMulher do IPq para a realização desse estudo. A sua ajuda como Diretor do ProMulher, e como amigo.

A **Prof Dra. Iara Moreno Linhares** o **Prof Dr. José Maria Soares** que demonstrou sua grande atenção e colaboração com o presente estudo e sua confiança.

As minhas amigas **Erika Hayashi, Maria Umbelina Santos de Jesus** por seu apoio fundamental a esse estudo pela sua atenção, amizade, carinho e dedicação.

A **Edna Betania** do CEAPESP do IPq que se tornou ao longo do tempo uma enorme amiga e auxiliadora nos momentos difíceis junto a estatística

Aos meus amigos da neuropsicologia em especial, **Antônio Serafim** seu apoio no empréstimo de material dos testes utilizados e dados estatísticos.

As minhas amigas da imprensa do IPq- **Julieta Magalhães Macedo e Ruth Helena Bellinghini** seu apoio não só atencional como também afetivo, pelas grandes amigas que se tornaram.

Aos psicólogos do ProMulher- IPq que se tornaram amigos junto a minha jornada de pesquisadora **Claudia Ades, Michelle Cristina da Silveira, Bianca Cristina Tunes Nakad.**

Ao meu amigo da enfermagem do IPq- **Vilson de Oliveira** me ajudou muito no atendimento da pesquisa, principalmente quanto sua atenção e dedicação e principalmente pela sua inestimável amizade.

Lista de Siglas

BDI	Inventário de Depressão de *Beck*
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais 5ª ed
DA	Doença de Alzheimer
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GABA	Ácido Gama Aminobutírico
HC	Hospital das Clínicas
IPq	Instituto de Psiquiatria
IC	Instituto Central
ISRS	Inibidor Seletivo Recaptação de Serotonina
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial da Saúde
ProMulher	Programa de Saúde Mental da Mulher
QV	Qualidade de Vida
QI	Quociente de Inteligência
QI-e	Quociente de Inteligência Estimado
QSM	Questionário da Saúde Mental da Mulher
RBMT-E	Teste Comportamental de Memória de *Rivermead* Estendido
SCWT	Teste das Cores- *Stroop Color Word Test*
SNC	Sistema Nervoso Central
SUA	Sangramento Uterino Anormal
SRQ-20	Escala de Morbidade Psiquiátrica
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
UCS	Ambulatório de Climatério da Universidade de Caxias do Sul
UK	Reino Unido
UNIFESP	Escola Paulista de Medicina do Estado de São Paulo

WHIMS	Estudo de Memória Iniciativa de Saúde das Mulheres- *Women's Health Initiative Memory Study*
WASI	Escala de Inteligência Abreviada de *Wechsler- Wechsler Abreviated Scale Intelligence*
WAIS-III	Escala de Inteligência para Adultos *Wechesler -Wechsler Adult Inteligence Scale III*
WRAML-II	Avaliação de Alcance Extenso de Memória e Aprendizagem - *Wide Range Assessment of Memory and Learning. 2ª ed*

Lista de Figuras

Figura 1 – Consequências da Diminuição do Estrogênio 7

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra do estudo 48
Tabela 2 - Características sócios demográficas das pacientes.....53
Tabela 3. Sintomas fogachos e suores noturnos na depressão. 55
Tabela 4 - Sintomas fogachos e suores noturnos na cognição 57
Tabela 5 - Momento inicial e final após a TCC através das escalas.....58
Tabela 6 - Sintoma de ansiedade e momentos de avaliação. 59
Tabela 7- Testes mnésticos e atencionais e momentos da avaliação. 60
Tabela 8 - Memória do *RBMT-E* segundo momentos de avaliação.....61
Tabela 9 - Escala de qualidade de vida e momentos de avaliação.....62
Tabela 10- Testes mnésticos e atencionais na eficácia da TCC. 63

Resumo

Tamashiro LAD. *Funções mnésticas e atencionais em mulheres na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos e a eficácia da terapia cognitiva comportamental na pós-menopausa* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Para elaboração deste estudo foram observadas e avaliadas 112 mulheres na pós-menopausa sem reposição hormonal, com e sem depressão. As características pessoais quantitativas são descritas com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e as características qualitativas pessoais descritas com uso de frequências absolutas e relativas.

O objetivo do estudo foi verificar se as mulheres com diagnóstico de depressão apresentavam diferenças nos resultados dos testes mnésticos e atencionais, quando comparadas às mulheres sem depressão. Verificar se os sintomas fogachos, sudorese noturna, funções mnésticas e atencionais interferiam nos resultados dos testes nas mulheres com e sem depressão, que foram realizados em quatro tempos: (T0) avaliação inicial, (T1) segunda avaliação, (T2) terceira avaliação, (T3) quarta avaliação, que foi efetuada seis meses após o término da terapia cognitiva comportamental.

Acrescentou-se a nota de corte na Escala Climatérica Greene no tempo inicial obtendo-se assim, o coeficiente de correlação de Pearson e a validade de critério α de Cronback, com índice geral de sensibilidade 0.91 e especificidade de 0.82, com nível de significância de 5% com poder de confiança de 95%.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental, nos sintomas de ansiedade, depressão, fogachos, sudorese noturna, funções mnésticas e atencionais, em mulheres com e sem depressão na pós-menopausa, sem reposição hormonal.

Descritores: terapia cognitiva; pós-menopausa; depressão; cognição; ansiedade; motivação; mulheres.

.

ABSTRACT

Tamashiro LAD. M*nestic and attentional functions in postmenopausal women, with or without depression: efficacy of cognitive-behavioural therapy at postmenopause.* [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

For this study, we observed and evaluated 112 postmenopausal women without hormonal reposition, with or without depression. Personal quantitative characteristics are described using summary statistics (average, standard deviation, median, minimum, maximum) and the personal qualitative characteristics described using absolute and relative frequencies. The main goal of this study was to verify if women diagnosed with depression show different results in mnestics and attentional tests when compared to women without depression. The work also verified if symptoms of hot flashes, night sweats, mnestics and attentional functions were associated with tests results of women with and without depression. The tests were applied four times: (T0) initial evaluation, (T1) second evaluation, (T2) third evaluation, and (T3) last evaluation, performed six months after the end of Cognitive Behavioral Therapy. Passing score was correlated with the Greene Climacteric Scale initial time to obtain the Pearson correlation coefficient and validation of Cronbach's α criteria, with 0.91 as general index of sensitivity and 0.82 of specificity, significance level of 5%, with a confidence level power of 95%.This research showed the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for symptoms of anxiety, depression, hot flashes, night sweats, memory and attention functions in postmenopausal women with and without depression, without hormonal reposition.

Descriptors: Cognitive Therapy; Postmenopausal; Depression; Cognition; Anxiety; Motivation; Women.

Sumário

Lista de Siglas.....
Lista de Figuras .....
Lista de Tabelas.....
Resumo .....
ABSTRACT.....
1 INTRODUÇÃO.....14
1.1 Considerações Gerais 1
1.2 Transição Menopausal, Menopausa e Pós-Menopausa 3
1.3 Cognição.....8
2 FUNÇÕES MNÉSTICAS E ATENCIONAIS.....10
2.1 Funções em atenção e memória.....11
2.1.1 Atenção.....11
2.1.2 Atenção e Pós-Menopausa.....13
2.1.3 Memória.....14
2.1.4 Memória e Pós-Menopausa.....17
2.1.5 Depressão.....18
2.1.6 Depressão e Pós-Menopausa.....22
2.1.7 Qualidade de Vida 25
2.1.8 Qualidade de Vida e Pós-Menopausa 25
2.1.9 Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).....28
3 OBJETIVOS.....30
3.1 Objetivos Principais 31
3.2 Objetivos Secundários 31
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....33
4.1 Seleção de Pacientes 33
4.1.1 Critérios de Inclusão 33
4.1.2 Critérios de Não Inclusão.....33
4.2 Cálculo Amostral.....34
5. INSTRUMENTOS 35
5.1 Anamnese.....35
5.2 Exame Psíquico.....35
5.3 Escalas e Questionários 35

5.3.1 Escala Climatérica *Greene* (ECG) 35
5.3.2 Questionário da Saúde Mental da Mulher (QSM) 36
5.3.3 Escala de Morbidade Psiquiátrica – (SRQ 20).....37
5.3.4 Inventário de Depressão *de Beck* (BDI)–Versão Revisada (Beck et al., 1979).....37
6. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA 38
6.1 Eficiência Intelectual – *Wechsler Abreviated Scale Intelligence (WASI)* 38
6.2 Atenção.....39
6.2.1 Teste das Cores - *Stroop Color Word Test (SCWT)* 39
6.2.2 Teste de Trilhas - *Trail Making Test* – (Parte A e Parte B).....40
6.2.3 Números e Letras (sub escala) - *Wechsler Adult Inteligence Scale- III* (WAIS-III, 1998) 41
6.3 Memória.....42
6.3.1 Memória Comportamental: Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended (RBMT-E).....42
6.4 Memória Imediata Verbal.....43
6.4.1 Dígitos – Diretos e Inversos -Digit Span in Wechsler Memory Scale-Revised (WECHSLER, 1997). 43
6.4.2 Janelas Digitais- Subteste Visual (TSATSANIS, 2013). Wide Range Assessment of Memory and Learning. (WRAML-II, 2013).....43
6.5 Processo de Aprendizagem Verbal - Imediata e Tardia.....44
6.5.1 Lista de Palavras- ide Assessment of Memory and Learning, Second Edition (WRAML II; 2013). 44
7 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC) 44
7.1 Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).....44
8 PROCEDIMENTOS 48
8.1 Fluxo da Amostra Inicial.....48
8.2 Desenho do Estudo 49
8.2.1 Primeira Avaliação (Tempo 0).....49
8.2.2 Segunda Avaliação (Tempo 1).....50
8.2.3 Terceira Avaliação (Tempo 2).....50
8.2.4 Quarta Avaliação (Tempo 3) 50
8.2.5 Aspectos Éticos 51
9 RESULTADOS.....61
9.1 Análise Descritiva 53

10 DISCUSSÃO.....64
11 CONCLUSÕES.....75
12 ANEXOS.....77
13 REFERÊNCIAS 93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Gerais

No Brasil, assim como em grande parte da população mundial há o declínio nas taxas de mortalidade, além do aumento da longevidade. Por questões biológicas e diferenças comportamentais, as mulheres vivem em média seis a oito anos a mais que os homens, sendo este fato mais evidente na velhice (OMS, 2009).

Em função dessas mudanças e a maior longevidade feminina, a transição menopausal e seus aspectos fisiológicos implicarão em maior utilização nos serviços de saúde (Sandilyan & Dening, 2011; Picazo et al, 2011; Berent-Spilson et al, 2012; Miller et al, 2013).

No envelhecimento há o declínio de várias funções fisiológicas, cujo grau vai depender da função específica analisada, e de fatores dependentes da genética ao estilo de vida (Brucki, 2004; Goveas et al, 2011).

Este declínio também ocorre na cognição, sendo que cerca de 15% dos idosos sofrem perda intelectual e apresentam depressão, com maior incidência no sexo feminino (Colenda et al, 2010; Berent-Spilson, 2012).

A depressão é responsável por alterações cognitivas que se constituem em um quadro de “demência reversível”. Vários trabalhos apontam a maior incidência e correlação com o sexo feminino, tanto dos quadros de demência quanto de depressão (Maki et al, 2010; Soares & Maki, 2010; Sandilyan & Dening, 2011; Epperson et al, 2012; Llaneza et al, 2012).

De acordo com alguns autores essa maior incidência ocorre na transição menopausal, evidenciando a relação entre o declínio das funções cognitivas e as alterações hormonais que surgem nessa fase da vida feminina (Maki et al, 2010; Sandilyan & Dening, 2011; Llaneza et al, 2012).

Na transição menopausal ocorre redução pronunciada na produção de estrogênio, que tem papel importante na diferenciação e modulação da atividade em várias áreas do sistema nervoso central (SNC), que estão relacionadas com o processo da cognição, tais como o hipocampo, amigdala, córtex cingulado *lócus cerúleos* e núcleo de rafe (Ericson et al, 2010; Greendale et al, 2010; Hogervorst & Bandelow, 2010; Geller et al, 2012; Llaneza et al, 2012; Pompili et al, 2012).

Pesquisas mostraram que mulheres, a partir dos 50 anos, queixam-se de declínio cognitivo e sintomas de depressão, que podem interferir na função mental, e correlaciona-se com a cessação do ciclo menstrual, por redução na produção estrogênica (Bromberger et al, 2007; Maki et al, 2010; Picazo et al, 2011; Llaneza et al, 2012; Pimenta et al, 2012; Pompili et al, 2012).

São várias as queixas neurocognitivas presentes na transição menopausal, dentre as quais estão incluídas a redução nas habilidades atencionais, mnésticas e lentidão no processamento cognitivo (Sherwin & Grigorova, 2011; Berent-Spilson et al, 2012).

No presente, aplica-se em grande escala os testes ecológicos, com a finalidade de avaliar a memória do dia-a-dia. Esses testes tentam reproduzir ao máximo, situações cotidianas, através de tarefas práticas, com o objetivo de reduzir a interferência de fatores culturais (Brum et al, 2009).

Os testes ecológicos se constituem em um instrumento apropriado para a neuropsicologia, com a finalidade de identificar declínios da memória, em particular, a deterioração da mesma, quer seja moderada ou grave (Brucki, 2004; Guerreiro et al, 2006; Belleville et al, 2007; Brum et al, 2009).

1.2 Transição Menopausal, Menopausa e Pós-Menopausa

A expectativa de vida apresenta expressivo aumento, com as mulheres vivendo um terço a 40% de suas vidas em estado de deficiência estrogênica, portanto, após a menopausa (Daniel & Bohacek, 2010; Poli, 2010; Shanmugan & Epperson, 2012).

Os estudos mostram o efeito dos hormônios ovarianos nos processos cognitivos e substratos neurais, destacando-se a aprendizagem e memória, incluindo a memória de trabalho (Greendale et al, 2010; Henderson, 2011; Kacoska-Maras et al, 2011; Pompili et al, 2012; Epperson et al, 2012; Fonseca et al, 2013).

A transição menopausal tem início por volta de 45 anos de idade e o diagnóstico de menopausa ocorre com um ano de amenorreia, com níveis de estrogênio plasmáticos baixos e valores elevados dos hormônios folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) (Greendale et al, 2009).

A média etária para a menopausa, ou seja a última menstruação espontânea, é variável nas diversas populações do mundo, com maior frequência entre 50 e 52 anos nos países ocidentais. Essa média pode ser influenciada por alguns fatores, tais como comprometimento vascular, dieta vegetariana, viver em grandes altitudes, tabagismo e baixo peso são citados como fatores que abreviam a idade da menopausa, assim como o número de filhos e a idade de menopausa da mãe (Soares & Maki, 2010; Pimenta et al, 2012).

O início da transição menopausal pode ocorrer com a manifestação de irregularidade menstrual, com possibilidade de mais de uma menstruação por mês, com aumento ou redução no volume de sangramento ou maior intervalo

entre os ciclos menstruais. Este início pode ocorrer até quatro anos antes da constatação da menopausa (Greendale et al, 2009; Ryan et al, 2012; Shanmugan & Epperson, 2012; Weber et al, 2012).

Durante a transição menopausal, muitas mulheres reportam declínio nas funções cognitivas, especificamente memória e atenção (Greendale et al, 2009; Ryan et al, 2012; Shanmugan & Epperson, 2014; Weber et al, 2012).

Fisiologicamente, a redução progressiva do estrogênio promove efeitos profundos em todo o organismo. Em alguns casos, a deficiência estrogênica por longo prazo propicia sintomas desagradáveis e podem facilitar enfermidades crônico-degenerativas (Herderson, 2011; Ryan et al, 2012; Shanmugan & Epperson, 2012; Miller et al, 2013), tais como a osteoporose, enfermidades cardiovasculares, demências, tais como a demência de Alzheimer, além da atrofia vulvovaginal, que pode resultar esta última em vaginite, incontinência urinária e dor na relação sexual (Boulware et al, 2012; Bedell et al, 2014).

Os sintomas físicos da deficiência de estrogênio podem ser observados desde o início da transição menopausal, sendo as mais frequentes as ondas de calor, sudorese noturna, palpitação, cefaléia, vertigens e alterações do humor. Sintomas psicológicos também podem ocorrer com frequência, podendo ser citados a irritabilidade, fadiga, redução na libido, além de sintomas psiquiátricos, como a depressão (Daniel & Bohacek, 2010; Greendale et al, 2010 ; Maki et al, 2010; Bayer & Hausmann, 2011; Kacoska-Maras et al, 2011; Boulware et al, 2012; Epperson et al, 2012; Llaneza et al, 2012; Pimenta et al, 2012; Bedell et al, 2014).

O efeito do hipoestrogenismo pode afetar vários locais importantes para o funcionamento cognitivo do SNC, tais como o hipocampo e a córtex pré-frontal (Daniel & Bohacek, 2010; Boulware et al, 2012).

Acredita-se que em relação ao SNC, a deficiência de estrogênio pode ser responsável por muitos sintomas referidos por mulheres entre 49 a 52 anos, tais como fogachos, suores noturnos e principalmente, distúrbios do humor (Kacoska-Maras et al, 2011; Pimenta et al, 2012; Weber et al, 2012).

Há relato de que o estrogênio pode induzir mudanças fisiológicas, morfológicas e químicas na formação hipocampal (Mukai et al, 2010).

O estrogênio além de ser importante na cognição por atuação no hipocampo, também apresenta ação fundamental na córtex pré-frontal em mulheres na menopausa, quer seja natural ou cirúrgica (Maki et al, 2010).

O córtex pré-frontal é a região cerebral responsável pelo recrutamento das funções executivas, tais como atenção sustentada, memória de trabalho, organização e planejamento, com sua localização na porção anterior do lobo frontal do cérebro, o que inclui a área de Brodmann e áreas 8, 9, 10, 22, 44, 45, 46 e 47 (Shanmugan & Epperson, 2014).

Os sintomas tanto somáticos quanto psicológicos, principalmente ansiedade e depressão, estão significativamente elevados na peri e na pós-menopausa, em comparação a mulheres na pré-menopausa (Pimenta et al, 2012; Ryan et al, 2012).

Não se pode atribuir exclusivamente ao estrogênio a responsabilidade pelas alterações emocionais da menopausa, sendo importante considerar todo o panorama existencial da mulher menopausada, e aspectos como social, biológico, passado emocional e físico (Ryan et al, 2012).

Segundo a literatura, a menopausa pode causar a diminuição das capacidades cognitivas, principalmente da memória (Bayer & Hausmann, 2011; Sandilyan & Dening, 2011; Weber et al, 2012).

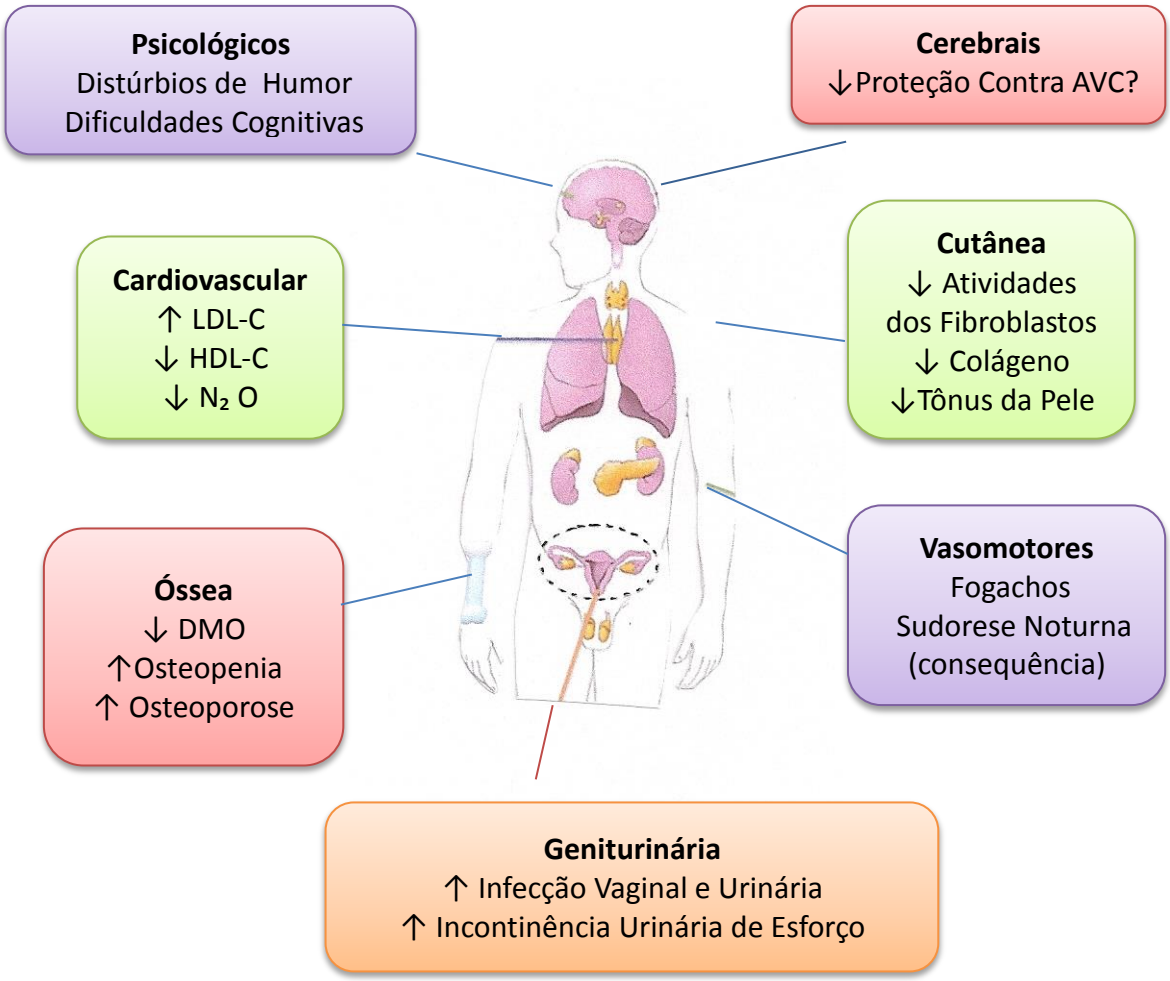
Estudo recente revela que o declínio da memória após a menopausa se associa à deficiência de estrogênio, que promove a redução na síntese do neurotransmissor acetilcolina e do fluxo sanguíneo cerebral (Weber et al, 2012).

Uma vasta revisão na literatura médica foi realizada para determinar se há elevação na prevalência do sintoma depressivo em mulheres menopausadas e eventualmente, se este aumento poderia ser relacionado aos níveis flutuantes do estrogênio (Greendale et al, 2010; Bayer & Hausmann, 2011; Henderson, 2011; Berent-Spilson et al, 2012; Epperson et al, 2012; Llaneza et al, 2012; Weber et al, 2012; Miller et al, 2013).

Pesquisas citam o possível efeito que o estrogênio teria sobre as concentrações dos neurotransmissores no SNC, especificamente a serotonina, e seu impacto no humor das mulheres na transição menopausal, (Mukai et al, 2010; Boulware et al, 2012; Geller et al, 2012; Weber et al, 2012).

O hipoestrogenismo pode causar alterações físicas ou psíquicas em muitos sistemas do organismo feminino, tais como pode ser visualizado na Figura 1., citamos algumas das consequências da diminuição do estrogênio.

Figura 1– Consequências da diminuição do estrogênio



1.3 Cognição

Cognição é a capacidade de processar informações e de se adaptar a situações absolutamente diferentes em curto espaço de tempo. (Hauser, 2010; Hogervorst & Bandelow, 2010; Epperson et al, 2012).

O ser humano não só desenvolve a capacidade de adaptar-se a determinadas condições, dentro de certos limites, como é capaz de modificá-las. A essa imensa capacidade de adaptação dá-se o nome de cognição (Hauser, 2010; Epperson et al, 2012).

As alterações bioquímicas, estruturais e funcionais do nível de estrogênio que ocorrem no cérebro das mulheres, além da idade, podem influenciar as mudanças nos níveis de estrogênio (Daniel & Bohacek, 2010; Dumas et al, 2010; Poli, 2010).

A modificação no sistema colinérgico pode implicar na alteração da integridade neurobiológica, que pode ser explicado pelo envelhecimento cognitivo que, para a mulher, está relacionada a redução no nível de estrogênio circulante (Dumas et al, 2010).

As estruturas do encéfalo estão ligadas à memória e diretamente associadas a fenômenos afetivos e motivacionais. Do ponto de vista psicológico, não se pode falar em memória sem falar em emoção. Por isso, o conceito de cognição abrange toda a capacidade de processar informações, de reagir à percepção ao meio externo e a nós mesmos (Llaneza et al, 2012; Pimenta et al, 2012).

Os neurotransmissores serotonina e dopamina associam-se a mudanças cognitivas causadas pelo envelhecimento e alguns estudos têm demonstrado a importância do sistema colinérgico para observação dos

efeitos do estrogênio na cognição (Gorenstein et al, 2011; Epperson et al, 2013).

Mudanças neurobiológicas ocorrem após a menopausa e podem afetar a cognição. Ao relacionar-se o sistema colinérgico e cognição na pós-menopausa, ambos podem influenciar na memória episódica (Dumas et al, 2010; Greendale et al, 2010; Boulware et al, 2012).

O papel da afetividade é funcional na inteligência (Piaget, 1993), sendo a fonte de energia da qual a cognição utiliza para seu funcionamento. Há uma relação intrínseca entre afetividade e cognição porque o funcionamento da cognição depende da afetividade e a ação cognitiva organiza o funcionamento mental (Boulware et al, 2012).

Tanto no campo da psicologia quanto da neurologia, há uma relação dialética entre cognição e afetividade, razão e emoção. Apesar de diferentes em sua natureza, a afetividade e a cognição são inseparáveis, indissociáveis em todas as ações simbólicas e sensório-motoras (Soares & Maki, 2010).

A interação entre emoção e razão, que é o elo primordial entre a consciência e o corpo, leva ao estabelecimento das relações entre as áreas cerebrais, o raciocínio, a tomada de decisão e as emoções, que funcionam em paralelo (Boulware et al, 2012).

A amígdala regula o funcionamento da memória emocional inconsciente, enquanto o hipocampo regula a memória consciente de uma experiência emocional (Boulware et al, 2012; Epperson et al, 2012).

Entre os enfoques que questionam a dicotomia histórica entre razão e emoção e entre cognição e afetividade, o sujeito elabora e organiza síntese complexa de significados a partir de processos afetivos e cognitivos (Soares & Maki,2010).

2 FUNÇÕES MNÉSTICAS E ATENCIONAIS

2.1 Funções em atenção e memória

Nas tarefas cuidadosamente desenvolvidas através dos testes neuropsicológicos podemos acessar os diferentes domínios cognitivos, e o funcionamento do paciente. Os testes cognitivos é um dos pilares da avaliação neuropsicológica, sendo que primeiramente o conhecimento das funções do SNC tem suma importância para podermos ter conhecimento das funções cognitivas, e avaliar o desempenho dos pacientes testados (Benton, 1994).

2.1.1 Atenção

Qualquer atividade mental organizada dos seres humanos possui um grau de seletividade e de direção que é a atenção. Uma função cognitiva de alta complexidade que filtra a informação desejada, processando os estímulos em paralelo para assim alcançar os significados e as respostas a estes estímulos (Luria, 1984; Spreen & Strauss, 1998; Magila, 2003; Lambert & Kinsley, 2005).

Através da atenção que o estado de concentração de toda atividade mental se estabelece; assim temos a percepção, a memória e a aprendizagem, que está integrado por numerosas funções e situa-se em diversas áreas do sistema nervoso (Spreen & Strauss, 1998; Magila, 2003; Lezak et al, 2012).

O processo atencional é integrado por numerosas funções e situa-se em diversas áreas do sistema nervoso (Lezak et al, 2012), podendo ser observado no comportamento do dia-a-dia das pessoas (Spreen & Strauss, 1998).

A atenção está relacionada preferencialmente ao processamento de informações sensoriais (Bear et al, 2002; Belleville et al, 2007; Smits et al, 2009). É um fenômeno de tensão, de esforço, de concentração, de interesse e de focalização da consciência.

Os mecanismos atencionais atuam de maneira dinâmica, selecionando os estímulos que chegam por diferentes vias sensoriais e organizando os processos mentais (Smits et al, 2009).

A atenção reúne dois aspectos fundamentais, o primeiro é o alerta para recepção dos estímulos; o segundo envolve a focalização do alerta sobre determinados processos mentais e neurobiológicos (Blacker, 2000).

O sistema atencional atua como um filtro que se abre para a informação a ser atendida e se fecha para a ignorada. Assim, os estímulos não atendidos são rejeitados nos estágios iniciais dos processamentos das informações (Bear et al, 2002; Magila, 2003; Lambert & Kinsley, 2005 ; Willis et al, 2006).

Tudo que é percebido ao redor depende de para aonde estamos dirigindo a nossa atenção. A sensibilidade perceptual aumenta, discriminando o alvo e reduzindo a interferência causada pelas distrações à volta (Lambert & Kinsley, 2005).

A atenção pode ser subdividida em:

-Atenção Focada- capacidade de prestar atenção a estímulos sensoriais, sendo estes geralmente recuperados (Magila, 2003).

-Atenção Contínua ou Sustentada – capacidade em manter uma atividade cognitiva na mente, mesmo tendo outros estímulos à volta que possam gerar distração (Lezak, 2012).

-**Atenção Alternada** – capacidade de mudar a orientação para a execução de tarefas que requerem diferentes processamentos (Magila, 2003).

-Atenção Dividida – Quando se pode responder cognitivamente a tarefas múltiplas, que necessitam de comportamento ou respostas diferentes, podendo apresentar oscilações/flutuações (Magila, 2003).

2.1.2 Atenção e Pós-Menopausa

Os mecanismos atencionais, do ponto de vista neuropsicológico, representam a base de todos os processos cognitivos e encontram-se alternados na presença de sintomas clínicos (Magila, 2003; Lezak, 2012; Lambert & Kinsley, 2005).

O declínio da atenção e consequentemente, da memória após a menopausa se associam à deficiência de estrogênio, que condiciona a queda da síntese de acetilcolina e do fluxo sanguíneo cerebral (Lezak, 2012; Blacker, 2000).

Uma análise com 326 mulheres entre 52 e 63 anos de idade, no *Melbourne Women's Midlife Health Project*, revelou que não há associação entre menopausa e pós-menopausa com os resultados obtidos nos testes neuropsicológicos. Mostrou que mulheres na menopausa não apresentam mudanças cognitivas na pós-menopausa quanto à memória episódica. No entanto, havia a possibilidade de que outras habilidades cognitivas poderiam ser afetadas, mas ainda não existiam dados (Dennrstein, 2003).

Pesquisas detectaram expressiva dificuldade em se investigar alterações significativas da cognição em mulheres pós-menopausadas. Grande parte dessas pesquisas envolvia o uso de hormonioterapia e, em

muitos estudos, não há descrição adequada do tipo de avaliação cognitiva realizada, o que limita uma avaliação de quais alterações cognitivas, principalmente atencionais, foram encontradas em mulheres na pós-menopausa (Shumaker et al, 2003; Greendale et al, 2010; Kocoska-Maras et al, 2011; Epperson et al, 2013).

Durante o processo de envelhecimento normal, algumas funções cognitivas diminuem naturalmente. Assim, ocorrem declínios significativos na atenção, memória e funções executivas, mesmo em pessoas saudáveis - nestas, podem existir compensações de declínios cognitivos (Yassuda & Abreu, 2006).

2.1.3 Memória

A memória é um processo cognitivo estruturado por conjuntos de operações de integração com o meio ambiente e com os substratos neurais específicos. Esse processo resulta em um registro, permanente ou não, de nossas experiências através do tempo, bem como das mudanças comportamentais. A memória preserva a nossa identidade ao longo das nossas experiências cotidianas (Degenszajn, 2003; Kandel et al, 2014)

Ela pode ser dividida em relação ao tempo e conteúdo e as informações são armazenadas de acordo com suas prioridades e modalidades (Xavier, 2003; Kandel et al, 2014).

Quanto ao tempo, se as informações forem bem consolidadas, podem ficar armazenadas praticamente por toda a vida; quanto ao conteúdo, a organização das informações pode ocorrer de forma hierarquizada em relação ao momento, local e contexto onde foram adquiridas (Xavier, 2003).

A memória como fenômeno neurocognitivo é estruturada por múltiplos sistemas e oferece uma base conceitual importante para dados clínicos (Lezak, 2012; Kandel et al, 2014).

É um processo cognitivo, que permite a codificação e decodificação da informação através de uma série de passos: registro, fixação e recuperação, possibilitando acionar a informação do passado; é um conjunto de informações que são processadas ao mesmo tempo (Xavier, 2003; Zanata & Isquierdo, 2003; Dickerson et al, 2005; Lezak, 2012; Kandel et al, 2014).

Ao se estudar as correlações anátomo-funcionais, a memória compreende um conjunto de habilidades que permite que grandes quantidades de informações sejam processadas ao mesmo tempo (Zanata & Isquierdo, 2003; Dickerson et al, 2005; Kandel et al, 2014).

A memória sensorial é muito curta e está relacionada aos órgãos sensoriais e ao registro das percepções. A persistência da imagem na retina é um fenômeno físico, mas se pode avaliar pela presença da memória visual (icônica ou eidética) e pela memória auditiva (ecóica). Nesses casos, as pessoas são capazes de nomear ou descrever alguns elementos da cena que seriam impossíveis de perceber conscientemente (Kandel et al, 2014).

A variável tempo influencia a memória de curto prazo. É uma memória limitada pelo conjunto de elementos que a mente pode aceitar e reter. É conhecida como imediata ou primária contida em tamanho e duração. A informação é formada, em média, por sete elementos (com desvio padrão de mais ou menos dois), chamados de *"span mnéstico*". A capacidade de memorização varia pouco de um indivíduo para outro. A memória de curto prazo está submetida aos efeitos de primazia - uma lembrança imediata que pode evocar melhor os dois ou três primeiros itens de uma lista de números

ou palavras, e de resiliência, ou seja, lembrar os dois últimos itens (Shanmugan & Epperson, 2014).

A memória é um mecanismo que processa, de forma dinâmica, informações recebidas em diferentes planos. No contexto neuropsicológico ela passa por algumas etapas, a saber: atenção, codificação, armazenamento, consolidação e evocação, que se definem da seguinte forma: (Berent-Spilson et al, 2012; Kandel et al, 2014).

1- **Atenção** – nela se incluem alerta, excitação, vigilância, preparação, concentração e capacidade para atenção dividida (Magila, 2003; Lezak, 2012).
2- **Codificação** – nível de análise a partir de um estímulo seja interno ou externo. Se a codificação for semântica, a informação será mais fácil de ser lembrada que a fonológica (Xavier, 2003; Lezak, 2012).
3- **Armazenamento** – transferência de informação para uma determinada localização no cérebro conforme o tipo de estímulo (Xavier, 2003; Johnson et al, 2007).
4- **Consolidação** – quando o evento é memorizado durante um tempo prolongado, às vezes permanente (Xavier, 2003; Jeong et al, 2007).
5- **Evocação** – quando se quer procurar, ativar ou recordar ideias ou informações da memória (Xavier, 2003; Ostrosky-Solís & Gutiérrez, 2006).

Existem diversas classificações dos processos mnésticos que podem variar de acordo com o tempo ou estímulo a ser processado, e essas variações podem ser nomeadas de formas diferentes de acordo com cada estudioso da memória. Como exemplo temos:

Memória implícita ou procedural - é a memória automática que age como um reflexo perceptivo e motor, não dependendo de fatores conscientes e voluntários. Trata-se dos hábitos e habilidades e da assimilação das regras em geral (Morgado, 2005; Lezak, 2012).

Memória de trabalho ou operacional– caracteriza-se por reter e manter as informações durante um período de tempo, em geral segundos, e essas informações podem ser manipuladas para realizar alguma tarefa específica, sendo importante na compreensão da linguagem, no aprendizado, nas funções executivas e raciocínio simples (Xavier, 2003; Epperson et al, 2012; Kandel et al, 2014).

Memória semântica ou explicita– Refere-se ao aprendizado de palavras e seu significado (cultura e conhecimento), sendo um componente da memória de longo prazo, incluindo nossos conhecimentos sobre fatos, objetos, as palavras e seu uso. Em geral, a memória semântica é reaprendida constantemente, não depende do tempo e espaço, necessitando de poucos ensaios (Xavier, 2003; Morgado, 2005).

Memória episódica ou autobiográfica– O conhecimento não verbal, como a significação dos objetos ou símbolos visuais. Outros autores, nesse mesmo período, observaram que a amnésia é um comprometimento da memória episódica, mantendo intacta a memória semântica (Weber et al, 2012).

2.1.4 Memória e Pós-Menopausa

Pesquisadores da *Wake Forest University Baptist Medical Center, "Women's Health Initiative Memory Study (WHIMS)*, cuja coordenadora

principal é professora Sally A. Shumaker realizaram estudo envolvendo 4.532 mulheres na pós-menopausa, com 65 anos de idade e/ou mais, acompanhadas durante de 4 a 5anos (em 39 de 40 centros clínicos). Quando avaliada a memória, julgamento e a habilidade de pensamento, observaram um prejuízo substancial, com interferência na atividade básica da vida diária. Como resultado da avaliação, tiveram um prejuízo cognitivo brando (Shumaker et al, 2003).

Esse trabalho também observou a função cognitiva global que incluía concentração, linguagem e raciocínio abstrato; a memória verbal que segundo a literatura é a função mais sensível, não pôde ser avaliada. As participantes já eram submetidas a tratamento medicamentoso para hipertensão, diabetes e obesidade, que também influenciaram nas funções cognitivas e de mnésticas (Shumaker et al, 2003).

Mulheres na meia idade se queixam de problemas de memória que estão associadas ao o estresse, ansiedade e humor deprimido, mas esta relação não está bem caracterizada na literatura, pois existem poucos estudos que correlacionamos prejuízos de memória com avaliações objetivas e outros sintomas da menopausa (Weber et al, 2009; Greendale et al, 2010; Henderson, 2011; Kandel et al, 2014).

2.1.5 Depressão

A depressão se caracteriza por um sentimento de tristeza profunda, associado à sintomas fisiológicos e cognitivos. Tanto na Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição CID-10 (OMS, 1994) como no Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014) ela é descrita através de um conjunto de critérios que incluem humor deprimido (tristeza, desesperança), perda de interesse e prazer por atividades anteriormente satisfatórias e diminuição da energia, levando a uma importante falta de ânimo que interfere na vida do indivíduo.

Ainda de acordo com o DSM-5, para ser caracterizado como depressão, este conjunto de critérios deve estar presente, pelo menos, por duas semanas, excluir condição médica e levar a prejuízo significativo na vida social e/ou ocupacional do indivíduo. Segundo a CID-10, dependendo da forma como os sintomas são experimentados, a depressão deve ser classificada como leve, moderada ou severa (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), os critérios da depressão se caracterizam por :

a- Humor deprimido: um forte sentimento de tristeza, desesperança em relação ao futuro e falta de ânimo frente a quase todas as situações são sintomas comuns apresentados pela pessoa deprimida. Muitas vezes, o indivíduo relata estar se sentindo “vazio”.

b- Perda de interesse: o indivíduo não apresenta desejo em realizar atividades anteriormente consideradas agradáveis, como prática de esportes e lazer, por exemplo, observando-se um retraimento social. Algumas pessoas apresentam uma diminuição significativa no interesse sexual.

c- Alterações no apetite e/ou no peso: embora na maior parte dos casos o apetite se apresenta reduzido, alguns indivíduos têm avidez por alimentos específicos, como doces ou carboidratos. De acordo com a alteração no apetite, pode ocorrer perda ou ganho significativo de peso.

d- Distúrbio do sono: a maioria das pessoas acometidas pela depressão apresenta insônia, com dificuldades na conciliação e/ou manutenção do sono. No entanto, há aquelas que sofrem de hipersonia, uma necessidade excessiva de sono durante grande parte do dia.

e- Retardo ou agitação psicomotora: há pessoas que apresentam um retardo psicomotor, com lentificação da fala, pensamento e atividade corporal. Em geral, nota-se também diminuição significativa do volume de voz ou da variedade de assuntos, podendo chegar ao mutismo. Por outro lado, outros indivíduos podem apresentar agitação psicomotora, não ficando parados em só lugar.

f- Fadiga e perda e energia: é muito comum a pessoa deprimida se sentir cansada, mesmo sem ter feito esforço físico algum. Dessa forma, tarefas simples como tomar banho e vestir-se tornam-se exaustivos e podem levar o dobro do tempo normal para serem concluídas.

g- Sentimento de inutilidade ou culpa: há um forte rebaixamento da autoestima, estando o indivíduo sob a tendência de se avaliar de forma negativa, interpretar erroneamente eventos corriqueiros e se sentir culpado por adversidade de forma exacerbada, mesmo não possuindo responsabilidade sobre tais situações.

h- Dificuldades de concentração e na tomada de decisões: o indivíduo se distrai facilmente e se queixa de problemas de memória. Dessa forma, pode apresentar forte dificuldade em tomar decisões simples ou concluir tarefas cotidianas.

i- Pensamentos de morte ou ideação suicida: a depressão pode gerar pensamentos relacionados à morte, chegando até a ideação suicida. Estes

sintomas ocorrem, na maioria das vezes, em decorrência da sensação de inutilidade ou da falta de esperança quanto ao futuro.

j- A ideação suicida deve ser cuidadosamente observada pela família e pelos profissionais que assistem o paciente, por representarem risco real.

k- A depressão apresenta causas multifatoriais, tendo sua origem em fatores endógenos (neurobiológicos, genéticos) e fatores exógenos (psicossociais). Vale ressaltar que esses fatores apresentam uma forte relação de interdependência (Freeman et al, 2006; Dattilio & Freeman, 2010; Unsal et al, 2011; Strauss et al, 2011; Beck et al, 2014).

a- Fatores endógenos

Na depressão ocorre uma alteração bioquímica no cérebro, causada por um déficit no metabolismo da serotonina, que é o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar no indivíduo (Bromberger et al, 2007). Estudos mostram que o fator genético apresenta grande importância para a evolução do quadro depressivo (Soares & Maki, 2010; Lavrestsky et al, 2013).

b- Fatores exógenos

Vários são os fatores psicossociais que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão. A ocorrência de eventos negativos recentes (morte de um ente querido, perda do trabalho, doença), problemas no relacionamento afetivo/conjugal, estresse e falta de autoestima são considerados fatores psicossociais facilitadores para a instalação de um quadro depressivo (Pimenta et al, 2012).

Dentre os achados neuropsicológicos, são várias as queixas neurocognitivas presentes durante o estado depressivo, nos quais se incluem

a redução das habilidades atencionais, mnésticas e lentidão no processamento cognitivo (Sherwin & Grigorova, 2011; Berent-Spilson et al, 2012).

2.1.6 Depressão e Pós-Menopausa

Em estudos sobre a peri e pós-menopausa, há muita ênfase na sintomatologia do período, tendo como sintomas mais comuns, dores nas articulações, perturbações do sono e do humor, fadiga, irritabilidade e diminuição da libido (Genazzani et al, 2006; Pinkerton & Zion, 2006; Bayer & Hausmann, 2011). As mulheres procuram ajuda médica não só pela sintomatologia física, mas também pelas alterações do humor (Llaneza et al, 2012).

Uma percentagem significativa das mulheres durante a peri e pós-menopausa pode experimentar sintomas depressivos, sendo bem intensificados na perimenopausa, que é o período de maior vulnerabilidade da mulher, e na pós menopausa muitas mulheres apresentam também a recorrência e intensificação dos sintomas depressivos (Becker et al, 2007; Maki et al, 2010; Soares & Maki, 2010; Sandilyan & Dening, 2011; Llaneza et al, 2012).

Moreno et al, (2007), Schimidt & Rubinow (1991) citam a teoria do “efeito dominó”, em que a depressão na menopausa seria secundária ao impacto dos sintomas físicos, em especial os vasomotores, em relação ao bem-estar da mulher. No entanto, antes da teoria do “efeito dominó” ser criada (1990), referia que a depressão na menopausa isoladamente não poderia ser explicada.

Pearlstein et al, (1997), considerava hipotética a associação entre o aumento da depressão e a pós-menopausa, atribuindo-a ao envelhecimento e a simples coincidência, sugerindo tratamento apenas com antidepressivos.

Nicol-Smith (1996) fez revisão de trinta anos de pesquisas (43 artigos de pesquisa primária), procurando estabelecer a relação entre a menopausa e a depressão, porém sem sucesso, visto que, para ele, as evidências da depressão causada pela menopausa são insuficientes.

Petticrew (1997), após uma revisão de seus achados, afirma que a menopausa não causa a depressão, no entanto, não pode concluir que a menopausa não esteja associada ao aumento da depressão.

Amore et al (2004), em estudo realizado na Itália com 4.073 mulheres, detectaram sintomatologia ansiosa e depressiva, observando nas pós-menopausadas, sintomas depressivos mais intensos. Verificaram ainda que existe relação entre o baixo nível cultural e sintomas intensos de depressão nesses períodos.

Tan et al, (2005), em estudo realizado em onze países asiáticos, mostraram que o processo do climatério e pós-menopausa varia conforme a matriz sociocultural onde a mulher se encontra inserida.

Pinkerton & Zion (2006) e Mosconi (2005), concluíram que as alterações fisiológicas, juntamente com a depressão, têm impacto significativo na vida de mulheres no climatério e na pós-menopausa.

Becker et al, (2007), referem dados de literatura mostrando que, além das manifestações depressivas, encontramos ainda sintomas ansiosos durante várias fases do período reprodutivo feminino, inclusive menopausa e pós-menopausa.

Hoje encontramos pacientes resistentes ao tratamento a antidepressivos, em pesquisa na Pubmed com 720 artigos relacionados à resistência a antidepressivos. As pesquisas se intensificaram com Thase & Rush (1995), que apontam que os pacientes apresentam risco de transtorno de personalidade e ideação suicida.

Entre 5 a 15% dos pacientes depressivos apresentam depressão recorrente e são resistentes, não há efeito, até com o uso de dois tipos diferentes de medicamentos, sejam eles tricíclicos ou inibidores seletivos recaptação de serotonina (ISRS) com dosagens máximas. Nas avaliações apresentaram depressão moderada/grave e transtorno de personalidade. Podemos citar (Takahashi et al, 2013a; Takahashi et al, 2014; Baeken et al, 2014; Fayyazi- Bordbar et al, 2014; Paavonen et al, 2014; Asano et al, 2015; Nomoto et al, 2015; Woo et al, 2015).

Temos vários outros estudos relacionados à depressão recorrente moderada/grave, ideações suicidas e resistentes a medicações antidepressivas.

Esses estudos se relacionam aos sintomas apresentados, se utilizando dos testes neuropsicológicos para avaliação da atenção seletiva, os resultados obtidos como a lentificação cognitiva causada pela depressão recorrente, e resistência a antidepressivos, apresentando como consequências ideações suicidas considerados um pródromo de demência de Alzheimer e Vascular , como também transtorno de personalidade podemos citar (Baker et al, 2012; Kessing, 2012; Diniz et al, 2013; Downing et al, 2013; Gao et al, 2013; Taylor et al, 2013; Valkanova & Ebmeier, 2013; Vu & Aizenstein, 2013 Bennett & Thomas, 2014).

A literatura tem apresentado inúmeros trabalhos sobre depressão com início da transição menopausal que se intensificam na pós-menopausa, porém com resultados não conclusivos quanto a etiologia e o porquê do aumento dos sintomas depressivos.

2.1.7 Qualidade de Vida

Qualidade de vida (QV) é um termo utilizado em dois contextos: na linguagem cotidiana e na pesquisa científica. Na área da saúde o interesse pela qualidade de vida é recente. A saúde e a doença configuram processos que estão relacionados a aspectos socioculturais, experiência pessoal, econômico e estilo de vida (Campos & Amaral, 2007).

As informações sobre a qualidade de vida têm sido incluídas para avaliar a eficácia, eficiência e impacto para tratamento, assim como para comparações de procedimentos no controle da saúde (Kaplan, 1995).

A qualidade de vida trata da avaliação do impacto físico, psicossocial, disfunções e incapacidades relacionadas às enfermidades, e sua adaptação à enfermidade (Seide & Zannon, 2004).

2.1.8 Qualidade de Vida e Pós-Menopausa

Nos últimos anos têm surgido indagações sobre o quanto os sintomas climatéricos e as mudanças emocionais e físicas, que trazem um comprometimento da qualidade de vida da mulher, estariam associados a fatores culturais, nível sociocultural e psicossocial (Veloso et al, 2013).

As mudanças emocionais e físicas da transição menopausal fazem parte do desenvolvimento feminino, mas suscitam medo nas mulheres que se aproximam dessa fase. Tais modificações dependem do ambiente, nível sociocultural, condições de vida da mulher, assim como do grau de privação de estrogênio (Veloso et al, 2013).

Hunter (1992) desenvolveu o Questionário da Saúde da Mulher de Meia-Idade (QSM), visando analisar as mudanças físicas, o seu impacto na qualidade de vida no período do climatério e na pós-menopausa. Por não ser um questionário discriminativo, não faz diagnósticos específicos, mas possibilita acesso a informações subjetivas (De Lorenzi et al, 2006).

De Lorenzi (2006), em pesquisa realizada no Ambulatório de Climatério da Universidade de Caxias do Sul (UCS), avaliou a qualidade de vida de mulheres pós menopausadas, realizando um estudo transversal com 323 mulheres, com idade entre 45 e 60 anos. Um dos instrumentos utilizados foi *o Women's Health Questionarie* (Hunter, 1992), traduzido para o português como Questionário da Saúde da Mulher (QSM) (Dias et al, 2002).

Ondas de calor e suores são problemas que impactam na qualidade de vida da mulher na menopausa. Esses sintomas, chamados "vasomotores", afetam 60% a 85% das mulheres nessa fase e variam muito em intensidade e duração - estimada em dois anos - embora possam continuar por mais tempo. São desconfortáveis e podem interferir significativamente na vida pessoal, profissional e social da mulher (Coelho & Porto, 2013).

Segundo Hurd et al, (2005), os sintomas fazem com que o corpo, os braços e a face fiquem quentes; muitas vezes a pele fica ruborizada e os suores ocorrem sem aviso prévio. Durante o sono, podem ocorrer suores mínimos ou intensos. A duração destes indicativos pode variar de três a cinco

minutos, sendo o cérebro o causador destas mudanças repentinas, mais propriamente a zona que controla a temperatura corporal.

Outro aspecto a mencionar são as mudanças de temperatura, ou seja, quando a mulher passa repentinamente de suores quentes para frios, pois ocorrem diminuição e aumento da temperatura corporal. Nesta linha de pensamento, as mudanças ocorrem devido aos níveis de hormônios, que sucedem na menopausa (Hurd et al, 2005 ; Cumming, 2007; Ministério da Saúde, 2008).

Segundo Umland (2008), a maior incidência acontece durante os dois primeiros anos pós-menopausa e tendem a diminuir com o passar do tempo, mas isso também varia de mulher para mulher. A causa destes sintomas é desconhecida, embora exista uma explicação de que tenha origem no hipotálamo em interação de complexas vias neuroendócrinas.

Na menopausa também são verificáveis os sintomas psicológicos ou “psicoafetivos” tais como: mudanças de humor, irritabilidade, ansiedade, dificuldade em se concentrar. Os níveis hormonais também influenciam estas mudanças, além das situações do dia a dia, que acabam por desencadear essas reações, que podem ser explicadas pela privação de sono em virtude dos sintomas vasomotores.

A diminuição dos níveis de estrogênio pode desencadear problemas sexuais, com sinais de secura vaginal que geram desconforto durante o ato sexual, podendo levar à redução do interesse pelo sexo (Hurd et al, 2005).

Estudos referem o envolvimento de algumas substâncias, como adrenalina, noradrenalina, serotonina, opióides e ácido gamma-aminobutírico (GABA). Os sintomas clínicos podem ter origem neurogênica, psicogênica, metabólica (metabolismo ósseo e lipídico), mamária, urogenital,

osteoarticulares e do sistema tegumentar (pele e anexos) (Coelho& Porto, 2013).

Nas neurogênicas, os sintomas correspondentes são as ondas de calor - que irradiam para a parte superior do tórax, pescoço e cabeça-, suores, calafrios, cefaleia, palpitações, taquicardia, tonturas, parestesia, insônia, perda de memória e fadiga. Os sintomas mais desagradáveis, principalmente à noite, são a agitação, insônia, fadiga e episódios da alteração da temperatura cutânea. Esses sintomas estão associados às alterações fisiológicas que ocorrem durante o sono, bem como componente psicológico, pois ocorrem mudanças a níveis disfóricos decorrentes das oscilações hormonais (Ministério da Saúde, 2008).

Sánchez (2009) refere que os hormônios geram sintomas corporais e psicológicos que responsabilizam o estado de humor, a sexualidade e a forma de agir perante os outros, dificultando a distinção entre a depressão e os sintomas depressivos.

2.1.9 Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

Albert Ellis (1963) e Aaron Beck (1967) ,na década de 1960, descreveram em suas obras os conceitos fundamentais da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A TCC desenvolvida por Beck é a mais pesquisada forma de tratamento envolvendo qualquer transtorno psicológico (Beck, 1997; Beck, 2007), sendo efetiva no tratamento da depressão leve, moderada ou grave, e sua eficácia é tão potente quanto à farmacologia ou outro tipo de intervenção psicológica (Eagle et al, 2009; Beck, 2014).

O benefício adicional da TCC, segundo vários estudos, é que oferece uma resposta mais duradoura, pode ser utilizada como único tratamento e proporcionar um efeito protetor quanto às recorrências depressivas (Beck, 1997; Eagle et al, 2009).

Na depressão, a TCC é um processo de tratamento no qual, os pacientes modificam suas crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor (Beck, 1997; Leahy, 2003; Powell, 2008).

Baseada no poder do pensamento realista, este aspecto tem grande importância clínica, pois ajuda o paciente a considerar as crenças verdadeiras, ou não relacionadas aos fatos, auxiliando o julgamento da realidade que mantêm a depressão. (Leahy, 2003; Powell et al, 2008; Eagle et al, 2009).

BECK (2007) sugere que a psicoterapia, em longo prazo, seria mais benéfica que a farmacoterapica, já que o paciente aprenderia, com sua experiência psicoterápica, a monitorar, testar a realidade e modificar padrões estereotipados de pensamentos negativos.

Mas a realidade hospitalar requer uma psicoterapia breve que é focal, com atendimento grupal, que também traz benefícios ao paciente, visto que lhe proporciona parâmetros para a sua realidade, desenvolve novas formas de pensar sobre si mesmo e sobre o mundo a sua volta (De Oliveira, 2007; Saffi & Neto, 2007; Ormel et al, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Principais

- Avaliar através de estudo comparativo as funções mnésticas e atencionais de mulheres no período de pós-menopausa com e sem depressão moderada e, que nunca fizeram uso da terapêutica de reposição hormonal.

- Verificar a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) em mulheres no período de pós-menopausa com depressão moderada e o grupo controle.

3.2 Objetivos Secundários

- Verificar se a intensidade dos sintomas fogachos e suores noturnos interferem na intensidade da depressão e nas funções mnésticas e atencionais;

- Correlacionar a memória do dia a dia com a intensidade da depressão;

- Correlacionar qualidade de vida com a intensidade da depressão;

- Verificar a eficácia da TCC nas mulheres na pós-menopausa com e sem depressão com a melhora das funções mnésticas e atencionais.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Seleção de Pacientes

A amostra do presente estudo formou-se a partir da convocação de mulheres na pós-menopausa, através da publicação em jornais de grande circulação no Estado de São Paulo, realizada pela Assessoria de Imprensa do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A triagem foi realizada no Programa de Saúde Mental da Mulher-ProMulher no Instituto de Psiquiatria Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Universidade São Paulo. Eram avaliadas a presença e grau dos sintomas depressivos e ansiosos e se preenchiam os critérios de inclusão e não inclusão, a saber:

4.1.1 Critérios de Inclusão

- Idade entre 50-60 anos.

- Ter pelo menos quatro anos de escolaridade.

- Nunca ter feito reposição hormonal.

- Estar na menopausa há pelo menos dois anos.

-Ter até 5 anos e 11 meses de pós-menopausa.

4.1.2 Critérios de Não Inclusão

- Menopausa precoce (antes dos 40 anos) natural ou cirúrgica.

- Utilização de forma regular, nos últimos seis meses antes da avaliação, de medicações psicotrópicas ou qualquer outra que tenha como efeito colateral o prejuízo nos processos cognitivos.

- Presença de transtorno psiquiátrico, excetuando-se a depressão ou qualquer outro quadro clínico que interfira nos processos cognitivos.

- Escolaridade menor do que quatro anos.

- Rebaixamento do nível intelectual (QI < 79), medido através do teste WASI (1999), de acordo com o coeficiente de inteligência estimado.

Após a triagem as mulheres foram admitidas no Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) e, ao término da pesquisa, as mesmas foram desligadas.

4.2 Cálculo Amostral

O número de participantes para essa pesquisa foi calculado com base estatística na aplicação do Questionário de Qualidade de Vida (QSM). Conforme (Rev. Psiq. Clin. 29(4): 181-189), adotou-se um desvio padrão de 0,43 para a pontuação média. Uma diferença de médias entre dois grupos de 0,417 (relativa a 15 pontos na escala) foi tomada como sendo de importância. Considerando-se um poder de 80% e um nível de significância de $\alpha = 5\%$, com base no teste t de Student, o tamanho de amostra ideal é de N total de 80 mulheres.

5. INSTRUMENTOS

5.1 Anamnese

Entrevista semidirigida para abordar seguintes itens: identificação, queixa, antecedentes pessoais, história clínica e psiquiátrica **(Anexo 1).**

A entrevista clínica foi realizada com base no DSM-5 e CID- 10 para a caracterização da depressão: transtorno do eixo I, pelo DSM-5 (APA, 2014) e pela CID- 10 (OMS, 1994).

5.2 Exame Psíquico

Realizado por psiquiatras colaboradores Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo.

5.3 Escalas e Questionários

5.3.1 Escala Climatérica *Greene* (ECG)

Escala desenvolvida por *Greene,* 1998 e validada para o Brasil por Marinho (2004) em Tese de Doutorado. É utilizada para medir a presença e intensidade dos sintomas menopausais em três áreas: enfoque psicológico (ansiedade, depressão), físico (somáticos), vasomotor e sexual, em quatro graus de intensidade: sintomas ausentes, leves -não incomodam; moderados- incomodam sem interferir na vida diária e intensos- incomodam e interferem na vida diária. Contém seis questões para sintomas ansiosos, cinco para sintomas depressivos, sete para somáticos, duas para vasomotores e uma

questão para sexual, com total de 21 questões com a seguinte pontuação: zero ponto- sintomas ausentes; um ponto-sintomas leves; dois pontos-sintomas moderados e; três pontos-sintomas intensos, com pontuação máxima de 63 pontos **(Anexo 2).**

Como um suporte para avaliação, foi estabelecido nota de corte na escala, **o qual não foi realizado anteriormente** na validação de Marinho (2004).Para sintomas ansiosos, nota de corte 7; para sintomas depressivos, nota de corte 7; para somáticos 5; sintomas vasomotores 2; sintomas sexuais 2 e para o total, nota de corte 23 **(Anexo 3).**

5.3.2 Questionário da Saúde Mental da Mulher (QSM)

Escala de autoavaliação da Qualidade de Vida – *Myra Hunter* (1992), para avaliação dos sintomas físicos e mentais vivenciados por mulheres durante o climatério. Validado no Brasil desde 2002, pela Faculdade de Medicina de Botucatu (Dias et al, 2002). O questionário consta de 37 questões e pontuando 36 questões, oferecendo quatro alternativas como possibilidade de resposta (1- sim/sempre; 2- sim/algumas vezes; 3-não/não muito; 4- não/nunca). Neste questionário, quanto menor a pontuação maior a gravidade dos sintomas, sendo avaliada pela média e desvio padrão. Suas questões estão divididas em sete grupos colocados randomicamente, que avaliam: depressão (sete questões); sintomas somáticos (sete questões); memória/concentração (três questões); sintomas vasomotores (duas questões); ansiedade/temores (quatro questões); comportamento sexual (três questões); problemas de sono (três questões); sintomas menstruais (quatro questões) e atratividade (três questões). Pontuação máxima de 144 pontos.

Podemos quantificar a qualidade de vida em quatro categorias pela sua pontuação: muito baixa (0-36); baixa (37-72); média (73-108) e boa/ excelente (109-144) **(Anexo 4).**

5.3.3 Escala de Morbidade Psiquiátrica – (SRQ 20)

Escala desenvolvida por Harding et al, (1980) e validada para o Brasil por Mari & Willians (1986); versão de 20 itens: Palácios e cols. (1997) in: Silva Filho & Silva Jardim (orgs). É um instrumento para rastreamento de transtorno mental não psicótico. As respostas são do tipo sim/não e cada resposta afirmativa pontua com valor um para compor o escore final, por meio do somatório desses valores. Para identificar transtornos mentais comuns, como "transtornos comumente encontrados na população (desconforto emocional) e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal (transtornos mentais comuns)". Trata-se de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. A escala é composta de 20 questões dicotômicas que avaliam a presença de sintomas físicos (quatro questões) e distúrbio psicoemocionais (16 questões). Os resultados são analisados a partir da soma dos itens. O ponto de corte fixado a partir do estudo original foi de oito pontos para mulheres **(Anexo 5).**

5.3.4 Inventário de Depressão *de Beck* (BDI)–Versão Revisada (Beck et al., 1979)

Escala de autoavaliação de depressão, traduzido e adaptado para a população brasileira Gorenstein & Andrade (2008). Esse questionário contém

21 grupos de afirmações com quatro itens. Depois de ler cuidadosamente cada grupo de quatro afirmações, deve-se assinalar o número (0,1,2,3) próximo a afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que o indivíduo tem se sentido na última semana, incluindo o dia da avaliação. Pontuação máxima de 63 pontos sendo que, pontuando 10 ou abaixo– sem depressão, 11/18 pontos –depressão leve, 19/29– depressão moderada e 30/63– grave a severa. Utilizou-se a pontuação para a população geral com ponto de corte 18, para depressão moderada. Também podemos avaliar a escala por três fatores: fator 1 itens: 3,5,6,7,8 e 15, do inventário nos fornece a dimensão de autoestima baixa; fator 2 itens: 1,2,4,9,10,11,12 e 13, do inventário nos fornece a dimensão de cognição/ afeto; fator 3 itens: 16,17,18 e 20, nos fornece a dimensão somática **(Anexo 6).**

6. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

6.1 Eficiência Intelectual – *Wechsler Abreviated Scale Intelligence (WASI)*

Desenvolvido para atender a demanda de uma medida de inteligência breve, confiável e que pudesse ser utilizada em ambientes clínicos, psicoeducacionais e de pesquisa, que mantivesse a possibilidade de interpretação de um instrumento unificado. Validado para o Brasil por Heck et al, (2009). Para um coeficiente de inteligência (QI) estimado serão utilizados os subtestes vocabulário e matrizes **(Anexo 7).**

Vocabulário – mede o vocabulário expressivo individual com o conhecimento verbal e consolidação da informação de 42 itens representados

por palavras. Avalia ainda outras habilidades cognitivas como memória, habilidades de aprendizagem, conceitos de desenvolvimento da linguagem. Pode-se obter o máximo de 80 pontos, sendo que cada questão pode varia de 0 a 2 pontos. Esta pontuação será transformada em nota ponderada através de tabela de acordo com a idade do avaliado.

Matrizes – é uma série de 35 itens com uma grade modelo incompleta, que deve ser examinada e completada com um número onde se encontra logo abaixo cinco possíveis escolhas. Esse sub teste mensura o raciocínio não-verbal e a habilidade intelectual geral. Cada item pode valer de 0 a 1 ponto, com um total máximo 35 pontos. Esta pontuação será transformada em nota ponderada através de tabela de acordo com a idade do avaliado.

Com a somatória dos dois subtestes teremos o escore total, que será convertido em QI estimado através de tabela geral. No qual temos: < 79 limítrofe; 80-89 médio inferior; 90-109 médio; 110- 119 médio superior; 120-129 superior; > 130 muito superior.

6.2 Atenção

6.2.1 Teste das Cores - *Stroop Color Word Test (SCWT)*

Stroop Color Word Test (SCWT), Regard (1981), in Spreen & Strauss (1998). **Versão Victoria**; tradução e adaptação de Camargo et al, apud Cunha et al, 2010. Avalia a atenção seletiva e o controle inibitório, bem como aspectos das funções executivas do cérebro.

É composto por três cartões. No primeiro, há uma distribuição de quatro cores (verde, rosa, azul, marrom), pintadas em quadrados e

distribuídas em seis séries de forma randômica. Ao sujeito é solicitado nomear as cores o mais rápido possível. Sendo anotados o tempo e o número de erros. Erros corrigidos não são computados, sendo uma condição neutra.

No segundo cartão há a distribuição de quatro palavras (cada, hoje, nunca, tudo) grafadas em quatro cores diferentes (verde, rosa, azul, marrom) e distribuídas em seis séries randômicas. Ao sujeito é solicitado nomear as cores com as quais as palavras foram grafadas o mais rápido possível. É anotado o tempo e o número de erros. Erros corrigidos não são computados, sendo uma condição congruente.

No terceiro cartão há a distribuição de nomes de cores grafados em outras cores (ex. verde grafado em rosa), distribuídos em seis séries randômicas. Ao sujeito é solicitado nomear as cores com as quais as palavras foram escritas, o mais rápido possível. É anotado o tempo e o número de erros. Erros corrigidos não são computados, sendo uma condição incongruente. A prova é avaliada pela rapidez da realização e o número de erros. Pontuado através de média e desvio padrão **(Anexo 8).**

6.2.2 Teste de Trilhas - *Trail Making Test* – (Parte A e Parte B)

Teste das Trilhas- *Trail Making Test* – (Parte A e Parte B), Partington & Leiter, (1949), in Spreen & Strauss (1998). Validado no Brasil por Santos (2011) em tese de mestrado. Este teste avalia a velocidade para a atenção, sequenciação, flexibilidade mental, rastreamento visual e função motora. Necessita de foco e execução pela função de velocidade e percepção motora, que pode demonstrar lentificação cognitiva **(Anexo 9).**

Parte A- Antes de aplicar o teste, realiza-se um treino em que o sujeito deve ligar os números de um a oito que estão inseridos em círculos,

distribuídos em folha de forma randômica. Na aplicação devem-se unir os números de 1 a 25 distribuídos em folha de forma randômica, com maior rapidez possível. Os erros são corrigidos pelo aplicador durante a execução, sem parar a contagem do tempo. Ao final é marcado
o tempo total em segundos. A avaliação é feita a partir da rapidez com o qual o teste é concluído, através de média, desvio padrão, idade e escolaridade.

Parte B- Esta parte tem início com um pequeno treino em que o sujeito deve ligar, de forma alternada, os números e letras que estão em círculos, distribuídos na folha de forma randômica, de acordo com a sequência numérica e alfabética. Neste treino é solicitado que o sujeito una em sequência alternada de números e letras, os números 1 a 13 e as letras A até M, distribuídos na folha de forma randômica, começando pelos números, o mais rápido possível. O aplicador corrige os erros durante a execução sem parar a contagem de tempo e ao final marca o tempo total em segundos. A avaliação é feita a partir da rapidez com o qual o teste é concluído, através de média, desvio padrão, idade e escolaridade, incluindo-se os erros.

6.2.3 Números e Letras (sub escala) - *Wechsler Adult Inteligence Scale- III* (WAIS-III, 1998)

Validado no Brasil por Nascimento (1998). Este sub teste tem como objetivo auxiliar na avaliação de atenção e memória de trabalho. As habilidades investigadas são: percepção auditiva de estímulos verbal simples, memória de trabalho, inteligência fluída, visualização, aquisição e recuperação de curto prazo, memória do estimulo simbólico, processamento sequencial. Codificação da informação para posterior processamento

cognitivo, facilidade com números, memória de curto prazo (auditiva), habilidade de aprendizagem, de planejamento e verbalização.

É composto por uma lista de números e letras desordenados, no qual o indivíduo, após a leitura de cada item pelo aplicador, deve ordená-los primeiro em ordem alfabética e depois numérica. Este teste tem como objetivo medir a sustentação da atenção para realização de duas tarefas simultaneamente, primeiro organizar por ordem alfabética e depois numérica, dentro de um processo mental, sem cometer erros. É composto de sete séries de números e letras, com três tentativas cada. O número de elementos em cada série aumenta progressivamente, sendo que a primeira é composta de dois elementos e a última de oito. A aplicação é suspensa após o fracasso nas três tentativas de um item (série), obtendo-se no máximo 21 pontos. **(Anexo 10).**

6.3 Memória

6.3.1 Memória Comportamental: Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended (RBMT-E)

Teste Comportamental de Memória de Rivermead – Versão Estendida-(UK). (Wilson et al, 1999). Avalia a memória do dia a dia. A validação no Brasil está em processo.

É composto de 11 subtestes com as seguintes tarefas: relembrar o nome e sobrenome de uma pessoa; de um objeto seu que foi guardado; de um aviso; de uma história; reconhecimento de figuras; reconhecimento de faces e de uma rota; dar um recado; responder questões de orientação temporo espacial. É avaliado através de dois sistemas de pontuação: o escore bruto e o escore de perfil padronizado, pela idade e nível educacional. Possuindo

duas versões paralelas de aplicação para teste e reteste. Sendo que em nosso estudo foi utilizado apenas a Versão 1. **(Anexo 11).**

Permissão de uso para pesquisas/ Licença para adaptação e aplicação pela *Pearson Clinical Assessment* **(Anexo 12).**

6.4 Memória Imediata Verbal

6.4.1 Dígitos – Diretos e Inversos -Digit Span in Wechsler Memory Scale-Revised (WECHSLER, 1997).

Validado para o Brasil por Nascimento (1998), esta prova é dividida em duas partes. Na primeira, são apresentadas sete séries de números, em aumento progressivo de elementos a partir de dois dígitos, com duas tentativas cada. A avaliação feita pela ordem direta está mais relacionada à atenção. O sujeito deve repeti-la na mesma ordem, após uma única apresentação.

Na segunda parte são apresentadas seis séries de números em ordem progressiva de elementos a partir de dois dígitos, com duas tentativas cada. A ordem inversa está ligada à memória de trabalho, e funções executivas. O sujeito deve repeti-la na ordem inversa após uma única apresentação. É computada cada tentativa repetida corretamente.

O teste é avaliado segundo a idade obtendo-se o escore bruto e consequentemente o percentil no qual abaixo de 10 está na faixa deficiente; 10-24 médio inferior; 25-75 médio; 75-94 médio superior; 95 e > na faixa superior **(Anexo 13).**

6.4.2 Janelas Digitais- Subteste Visual (TSATSANIS, 2013). Wide Range Assessment of Memory and Learning. (WRAML-II, 2013).

Este teste avalia a memória imediata e a aprendizagem visuoespacial. Utiliza-se uma placa em que se encontram nove círculos vazados para o paciente, enquanto que para o aplicador, esses círculos vazados estão numerados randomicamente de um a nove. O exercício é aplicado na placa, onde o aplicador coloca um lápis em uma determinada ordem, o qual deve seguir a mesma sequência imediatamente, sem que o aplicador repita a sequencia, que aumenta progressivamente o numero de elementos. O aplicador deve anotar acertos e erros em folha à parte. Temos assim, 28 questões a serem pontuadas. Em processo de validação para a população adulta no Brasil **(Anexo 14).**

6.5 Processo de Aprendizagem Verbal - Imediata e Tardia

6.5.1 Lista de Palavras- ide Assessment of Memory and Learning, Second Edition (WRAML II; 2013).

Em processo de validação para a população adulta no Brasil. Este teste avalia a memória verbal de curto prazo e a capacidade de aprendizagem verbal sistemática. O aplicador deve ler uma lista de 16 palavras e o sujeito deve repeti-las em seguida. O aplicador irá repetir essa tarefa quatro vezes e recuperá-las posteriormente, para avaliar quantas palavras ficaram retida **(Anexo 15).**

7 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC)

7.1 Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

As mulheres foram submetidas à Psicoterapia Breve com duração de 12 sessões quinzenais, em grupo de seis mulheres. Utilizando-se a abordagem Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) que constou de tarefas a serem realizadas em casa e discutidas posteriormente, nos primeiros 15 minutos da sessão. Em sequencia eram trazidos de questões biopsicossociais de cada individuo ao grupo. Estas eram abordadas, questionadas e resolvidas dentro da abordagem TCC.

1ª Sessão:

Relação situação X pensamentos automáticos (negativos) X emoção.

- Como identificar pensamentos automáticos

- Como identificar emoções negativas

- Medir a intensidade ou grau das emoções

- Técnica de esvaziamento (executado até o final do programa)

-Técnica de respiração para baixar a ansiedade

2ª Sessão

Focalizar o pensamento automático

-Explorar esse pensamento (quantificar a ocorrência e a situação)

-Dificuldade para nomear as emoções /classificar o grau da emoção

-Medir a intensidade ou grau das emoções

- Dia da atenção (executado até o final do programa)

3ª Sessão

Questionar o pensamento automático

- O que poderia ser feito para mudar esse pensamento

-Percepção do corpo aos ansiosos

- Lista de metas (em forma de pizza)

4ª Sessão:

Avaliar o pensamento

- Relacionar o pensamento com o emocional

- Pontuar a emoção em (%)

- Relaxamento (Técnica da imaginação). Utilização de CD (música instrumental + som oceano)

5ª Sessão:

-Relatório de resolução de problemas.

-Focalizar um pensamento automático e explorar esse pensamento. Listar: vantagens e desvantagens

- Lista de créditos (auto declaração positiva): o que você fez, que foi positivo, ou que foi um pouco difícil, mas você fez mesmo assim.

6ª Sessão

-Auto reavaliação das escalas

-Discutir as metas: distribuídas em formato de uma pizza e como consegui-las.

7ª Sessão

Tabela de atividade, monitoração de realizações e pontuação (0-10)

- Questionar pontuação < 5 pontos, o que e como mudar

8ª Sessão

Guia para sessões de encorajamento

Preparar-se para vir. Decisões do que seria útil discutir, incluindo:

1-O que foi bem para você

2- Que problemas surgiram? Como administrou? Havia um modo melhor de lidar com eles?

3-Imaginar o problema em detalhes. Que pensamento automático teve? Como você vai solucionar os problemas?

4-Que trabalho de terapia fez em casa?

5-Quais metas adicionais você tem para si? Como você as alcançará?

9ª Sessão

Revisando as tarefas de casa

-Solução de problemas

- Rever as metas real e ideal

10ª Sessão e 11ª Sessão

Revisando as tarefas de casa

-Solução de problemas

- Rever as metas, real e ideal

12ª Sessão

-Auto reavaliação das escalas

-Revisão dos aprendizados

8 PROCEDIMENTOS

8.1 Fluxo da Amostra Inicial

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição da amostra inicial com os motivos de desligamento do estudo, sendo que a amostra inicial era composta de 269 mulheres. Destas, 82 não preencheram os critérios de inclusão. Das 187 mulheres restantes que preencheram esses critérios, 35 queriam apenas ser avaliadas pelos testes neuropsicológicos (medo de degeneração cognitiva) e não participaram da terapia. Um grupo de 16 recebeu medicação psiquiátrica e os dados foram excluídos do programa por apresentarem depressão maior; 10 tiveram os dados excluídos por não preencherem 75% de presença nas sessões de terapia (são cuidadoras sem ajuda de familiares, com mães com Demência de Alzheimer e filhos com Esquizofrenia) e 6 abandonaram o programa, sem justificativa. Desta forma restaram 120 mulheres que compuseram a amostra final deste estudo.

Tabela 1. Distribuição da amostra do estudo.

Amostra	N (269)	%
Não Preenchiam Critérios de Inclusão	82	30, 48
Avaliação Inicial Sem Terapia	35	13,01
Receberam Medicação	16	5,95
Cuidadoras (menos de 75% de presença)	10	3,72
Sem Justificativa	6	2,23
Participantes do Estudo	120	44,61

8.2 Desenho do Estudo

As mulheres foram avaliadas de modo prospectivo em três momentos durante o programa de seis meses de intervenção. Em um quarto momento, foram avaliadas para verificar se houve efeito mantedor após seis meses do término da intervenção.

8.2.1 Primeira Avaliação (Tempo 0)

Todo o processo de intervenção psicoterápica e reavaliações foram realizadas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) no Ambulatório do ProMulher. As 187 pacientes participantes da pesquisa foram avaliadas no ambulatório após serem onde a pesquisa foi explicada e estas aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 15). Logo após era realizada a anamnese (entrevista

semidirigida), avaliação psíquica, a aplicação das escalas Climatérica, de Morbidades Psiquiátricas, Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão e, em seguida a bateria com os testes cognitivos. A duração desta avaliação foi de cerca de uma média de uma hora e trinta minutos.

8.2.2 Segunda Avaliação (Tempo 1)

Após seis semanas de intervenção em Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) foi feita a reavaliação utilizando-se apenas as escalas Climatérica, de Morbidades Psiquiátricas, Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão, que teve duração em média de 15 minutos. Devido às perdas ambulatoriais, restaram 120 pacientes.

8.2.3 Terceira Avaliação (Tempo 2)

As 120 pacientes terminaram a pesquisa após 12 semanas de intervenção em TCC, e repetiu-se as reavaliações com as escalas Climatérica, Morbidades Psiquiátricas, Questionário de Qualidade de Vida e Inventário de Depressão e reavaliação das funções cognitivas. .Após a devolutiva sobre seus resultados foram desligadas da pesquisa e do ProMulher.

8.2.4 Quarta Avaliação (Tempo 3)

As pacientes são convocadas para retestagem, visando verificação do efeito mantedor pós-intervenção com pelo menos seis meses após término deste. O comparecimento para esta nova avaliação foi espontâneo. Foram reavaliadas utilizando-se os mesmos instrumentos da avaliação inicial (T0)

8.2.5 Aspectos Éticos

As mulheres foram informadas e esclarecidas pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, dos procedimentos que seriam realizados e do desenho do estudo. Após estes esclarecimentos, havendo concordância assinavam o Consentimento Livre e Esclarecido **(Anexo 16**) e então eram incluídas no estudo.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq – do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o protocolo de número do 235.375 **(Anexo 17),** em 03 de abril de 2013.

9 RESULTADOS

9.1 Análise Descritiva

As características sócias demográficas das pacientes do estudo (N=112). As pacientes com idade de 50-60 anos, na pós-menopausa sem uso de reposição hormonal com e sem depressão moderada.

As características pessoais quantitativas foram descritas com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e as características qualitativas pessoais foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas.

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

Tabela 2 - Características sócios demográficas das pacientes.

Variável	**Descrição (N = 112)**		
Instrução	Sem Depressão	Com Depressão	*p*
Fundamental	5 (4,4)	3 (2,6)	
Médio	17 (15,1)	21 (18,7)	0,75 [1]
Superior	35 (31,2)	31 (27,6)	
Estado civil			
Solteira	13 (11,6)	10 (8,9)	
Casada	26 (23,2)	27 (24,1)	0,815 [2]
Divorciada	14 (12,5)	12 (10,7)	
Viúva	4 (3,5)	6 (5,3)	
Ocupação Profissional			
Trabalha	33 (29,4)	33 (29,4)	
Aposentada	14 (12,5)	10 (8,9)	0,667 [3]
Do lar	10 (8,9)	12 (10,7)	
Idade (anos)			
Média (DP)	55,5 (2,7)	54,8 (3,2)	
Mediana (mín.; máx.)	56 (50; 60)	54 (50;60)	

1. Teste Exato de Fisher
2.Teste Qui-quadrado de Pearson
3. Teste de Mann-Whitney

A Tabela 2 mostra que a maioria das mulheres avaliadas possui escolaridade superior e é casada. A maioria das mulheres trabalha fora de domicilio e a média de idade das mulheres variando de 50 a 60 anos.

Os dados da avaliação das 187 pacientes iniciais do programa com e sem depressão com a Escala Climatérica *Greene* (ECG), na qual foi realizada estatisticamente a nota de corte da (ECG) para facilitar a avaliação das pacientes. O mesmo **não foi realizado em sua validação** por (Marinho, 2004). Para se medir usou-se o coeficiente de correlação de Pearson e a validade de critério de *α* de *Cronback*. Com índice geral de sensibilidade 0.91 e especificidade 0.82, com nível de significância 5% e poder de confiança de 95% **(Anexo 4)**.

Tabela 3. Sintomas fogachos e suores noturnos na depressão.

			Depressão			
Variável	**Momento**	**Categoria**	Não (N = 65)		Sim (N = 47)	
			n	%	n	%
Fogachos	Inicial	Ausente	25	38,5	11	23,4
		Leve	17	26,2	9	19,1
		Moderado	12	18,5	9	19,1
		Intenso	11	16,9	18	38,3
	12 semanas	Ausente	22	33,8	10	21,3
		Leve	20	30,8	15	31,9
		Moderado	15	23,1	12	25,5
		Intenso	8	12,3	10	21,3
	24 semanas	Ausente	37	56,9	26	55,3
		Leve	17	26,2	14	29,8
		Moderado	9	13,8	6	12,8
		Intenso	2	3,1	1	2,1
	Final 48 semanas	Ausente	48	73,8	32	68,1
		Leve	11	16,9	11	23,4
		Moderado	6	9,2	4	8,5
		Intenso	0	0,0	0	0,0
Suores Noturnos	Inicial	Ausente	30	46,2	17	36,2
		Leve	12	18,5	6	12,8
		Moderado	15	23,1	11	23,4
		Intenso	8	12,3	13	27,7
	12 semanas	Ausente	33	50,8	19	40,4
		Leve	12	18,5	5	10,6
		Moderado	15	23,1	17	36,2
		Intenso	5	7,7	6	12,8
	24 semanas	Ausente	46	70,8	31	66,0
		Leve	10	15,4	11	23,4
		Moderado	6	9,2	5	10,6
		Intenso	3	4,6	0	0,0
	Final 48 semanas	Ausente	47	72,3	33	70,2
		Leve	15	23,1	13	27,7
		Moderado	3	4,6	1	2,1
		Intenso	0	0,0	0	0,0

A tabela 3 mostra o desempenho das participantes da pesquisa, com e sem sintomas depressivos dentro dos escores dos sintomas fogachos e suores noturnos. As mulheres com sintomas depressivos tanto

na variável fogacho como suores noturnos, no momento inicial apresentaram predomínio de sintomas intensos, em comparação as mulheres sem depressão com predomínio inicial de sintomas ausentes. No final do estudo em 48 semanas tanto as mulheres com e sem depressão predominavam os sintomas ausentes elas se igualaram.

Tabela 4 - Sintomas fogachos e suores noturnos na cognição

Correlação		Sem depressão		Com depressão		Total	
		Fogachos	Suores Noturnos	Fogachos	Suores Noturnos	Fogachos	Suores Noturnos
SRQ-20	r	0,190	0,135	0,017	0,248	0,178	0,221
	p	0,130	0,283	0,908	0,093	0,060	**0,019**
Escala de Greene (Total)	r	0,075	0,214	0,505	0,529	0,333	0,380
	p	0,552	0,087	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Ansiedade	r	-0,044	0,002	0,209	0,218	0,135	0,156
	p	0,729	0,985	0,159	0,141	0,155	0,100
QSM	r	0,067	-0,063	0,170	0,314	0,159	0,142
	p	0,596	0,619	0,252	**0,032**	0,093	0,135
Digitos Direto	r	0,133	0,267	0,100	-0,033	0,153	0,138
	p	0,290	**0,031**	0,502	0,827	0,108	0,148
Digitos Inversos	r	-0,170	-0,119	0,086	0,050	0,025	0,010
	p	0,177	0,344	0,567	0,739	0,798	0,914
Teste das Cores Tempo 1 (DP)	r	-0,164	-0,109	-0,034	0,186	-0,111	0,009
	p	0,192	0,387	0,818	0,211	0,242	0,928
Teste das Cores erros 1	r	-0,195	-0,208	-0,028	0,023	-0,148	-0,124
	p	0,120	0,096	0,850	0,879	0,120	0,193
Teste das Cores Tempo 2 (DP)	r	0,027	0,031	0,106	0,051	0,099	0,063
	p	0,829	0,808	0,476	0,732	0,297	0,510
Teste das Cores Erros 2	r	-0,051	-0,124	-0,163	-0,246	-0,084	-0,163
	p	0,686	0,325	0,273	0,096	0,377	0,087
Teste das Cores Tempo 3 (DP)	r	0,085	0,131	0,042	-0,044	0,072	0,054
	p	0,500	0,297	0,781	0,767	0,454	0,573
Teste das Cores Erros 3	r	-0,141	0,050	-0,045	-0,049	-0,064	0,025
	p	0,261	0,691	0,763	0,744	0,500	0,796
Lista de Palavras	r	0,256	0,180	-0,246	-0,072	-0,012	0,024
	p	**0,039**	0,152	0,096	0,631	0,899	0,799
Lista de Palavras Recuperação	r	0,110	0,135	-0,346	-0,139	-0,125	-0,010
	p	0,385	0,284	**0,017**	0,352	0,188	0,915
Teste das Trilhas Tempo A (DP)	r	-0,196	-0,217	0,301	0,345	0,045	0,061
	p	0,117	0,082	**0,040**	**0,018**	0,641	0,522
Teste das Trilhas Erros A	r	-0,086	-0,114	-0,034	0,057	-0,118	-0,076
	p	0,494	0,365	0,821	0,702	0,215	0,425
Teste das Trilhas Tempo B (DP)	r	0,126	0,171	0,279	0,189	0,207	0,176
	p	0,317	0,174	0,058	0,203	**0,029**	0,063
Teste das Trilhas Erros B	r	0,061	0,082	0,275	0,279	0,121	0,141
	p	0,627	0,517	0,061	0,057	0,203	0,138
Número e Letras	r	-0,122	-0,059	0,177	0,176	0,018	0,052
	p	0,333	0,643	0,235	0,236	0,847	0,587
Janelas Digitais	r	0,029	-0,031	0,010	0,027	0,028	-0,017
	p	0,816	0,809	0,945	0,855	0,768	0,855
RBMT-E	r	0,081	0,251	0,080	0,033	0,088	0,164
	p	0,520	**0,044**	0,592	0,825	0,358	0,085
Correlação de Spearman							

Pela tabela 4 tem-se que a melhora no escore de climatério foi maior nas mulheres com maior grau nos escores vasomotor de fogachos e suores noturnos nas mulheres com depressão referente ao coeficiente de correlação para a amostra (r = 0,505 e r = 529 respectivamente p <

0,05 para o coeficiente de correlação para a população), no qual são considerados como significantes, e nas alterações das demais escalas as correlações com os graus de fogachos e suores noturnos foram poucos e quando estatisticamente significativas não ultrapassaram em módulo 0,4, ou seja, foram correlações no máximo moderadas, sendo que as correlações nas mulheres com e sem depressão foram todas entre escalas diferentes.

Tabela 5 - Momento inicial e final após a TCC através das escalas.

Variável	Depressão/ Momento	Comparação		Diferença média	Erro padrão	*p*	IC (95%)	
							Inferior	Superior
SRQ-20	Sem depressão	Inicial -	Final	3,89	0,45	**<0,001**	2,71	5,07
	Com depressão	Inicial -	Final	8,55	0,62	**<0,001**	6,91	10,20
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	-4,77	0,62	**<0,001**	-6,41	-3,13
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-0,11	0,38	>0,999	-1,11	0,90
Escala Greene (Total)	Sem depressão	Inicial -	Final	10,11	0,50	**<0,001**	8,78	11,43
	Com depressão	Inicial -	Final	20,66	0,70	**<0,001**	18,81	22,51
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	-11,70	1,08	**<0,001**	-14,55	-8,86
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-1,15	0,75	0,756	-3,14	0,83
Ansiedade	Sem depressão	Inicial -	Final	1,05	0,34	**0,014**	0,14	1,95
	Com depressão	Inicial -	Final	3,30	0,46	**<0,001**	2,08	4,52
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	-2,83	0,54	**<0,001**	-4,25	-1,42
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-0,58	0,45	>0,999	-1,77	0,61
QSM	Sem depressão	Inicial -	Final	-16,08	1,54	**<0,001**	-20,14	-12,02
	Com depressão	Inicial -	Final	-25,68	1,78	**<0,001**	-30,37	-20,99
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	8,46	1,79	**<0,001**	3,73	13,19
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-1,14	2,00	>0,999	-6,43	4,14
Fogachos	Sem depressão	Inicial -	Final	0,78	0,13	**<0,001**	0,46	1,11
	Com depressão	Inicial -	Final	1,32	0,18	**<0,001**	0,85	1,79
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	-0,58	0,23	0,072	-1,20	0,03
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-0,05	0,12	>0,999	-0,36	0,26
Suores noturnos	Sem depressão	Inicial -	FInal	0,69	0,12	**<0,001**	0,37	1,01
	Com depressão	Inicial -	Final	1,11	0,17	**<0,001**	0,67	1,54
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	-0,41	0,21	0,334	-0,98	0,16
	Final	Sem depressão -	Com depressão	0,00	0,11	>0,999	-0,28	0,29
Comparações múltiplas de Bonferroni								

A tabela 5 mostra que tanto as mulheres com diagnóstico de depressão e sem depressão apresentaram inicialmente cognição prejudicada nos dois grupos apresentado pelas escalas. No final do estudo na avaliação de 48 semanas o resultado apresentado pelas escalas foram em média iguais entre elas.

Tabela 6 - Sintoma de ansiedade e momentos de avaliação.

Variável	Momento	Depressão			
		Sem Depressão (N = 65)		Com Depressão (N = 47)	
		média (DP)	mediana (mín.; máx.)	média (DP)	mediana (mín.; máx.)
Ansiedade	Inicial	6,23 (3,24)	6 (0; 13)	9,06 (3,27)	9 (2; 16)
	12 semanas	4,71 (3,18)	5 (0; 14)	7,21 (3,25)	7 (0; 15)
	24 semanas	3,71 (2,44)	4 (0; 10)	5,62 (3,19)	5 (0; 13)
	48 semanas (Final)	5,18 (3,34)	5 (0; 13)	5,77 (2,88)	6 (0; 13)

A tabela 6 demostra a ansiedade antes da intervenção da psicoterapia, a ansiedade mostrou-se relacionada com a depressão no qual as mulheres com sintomas depressivos estavam acima da nota de corte da escala climatérica, e após a intervenção os sintomas de ansiedade passaram a ficar abaixo da nota de corte se igualando as mulheres controle.

Tabela 7-Testes mnésticos e atencionais e momentos da avaliação.

Variável	Momento	Depressão			
		Sem Depressão (N = 65)		Com Depressão (N = 47)	
		média (DP)	mediana (mín.; máx.)	média (DP)	mediana (mín.; máx.)
Digitos Diretos	Inicial	9,51 (1,91)	10 (4; 12)	9,23 (2,19)	10 (4; 12)
	24 semanas	10,42 (1,7)	11 (5; 12)	10,96 (1,29)	11 (7; 12)
	48 semanas (Final)	11,09 (1,17)	11 (7; 12)	11,34 (1,17)	12 (6; 12)
Digitos Inversos	Inicial	5,45 (2,05)	5 (2; 12)	5,09 (2,35)	5 (2; 11)
	24 semanas	6,97 (2,63)	7 (2; 12)	7,23 (2,36)	8 (2; 12)
	48 semanas (Final)	7,74 (2,38)	8 (3; 12)	8,13 (2,04)	9 (3; 12)
Teste das Cores tempo 1 (DP)	Inicial	1,2 (1,84)	0,7 (-1; 9,9)	1,32 (1,72)	1,2 (-0,8; 9,4)
	24 semanas	0,67 (1,17)	0,5 (-1,5; 3,6)	0,42 (1,05)	0,2 (-0,8; 4,8)
	48 semanas (Final)	0,26 (1,1)	0,3 (-3,6; 3,4)	0,35 (0,88)	0,3 (-2; 2,3)
Teste das Cores erros 1	Inicial	0,28 (0,65)	0 (0; 4)	0,17 (0,43)	0 (0; 2)
	24 semanas	0,08 (0,27)	0 (0; 1)	0,02 (0,15)	0 (0; 1)
	48 semanas (Final)	0,02 (0,12)	0 (0; 1)	0 (0)	0 (0; 0)
Teste das Cores tempo 2 (DP)	Inicial	0,94 (1,27)	0,8 (-1,9; 4,5)	1,62 (1,75)	1 (-0,8; 8)
	24 semanas	0,6 (1,31)	0,5 (-1,9; 3,9)	0,43 (1,23)	0,3 (-1,9; 3,7)
	48 semanas (Final)	0,26 (1,06)	0,2 (-1,4; 3,2)	0,35 (0,88)	0,3 (-1,4; 2,3)
Teste das Cores erros 2	Inicial	0,25 (0,56)	0 (0; 3)	0,28 (0,58)	0 (0; 2)
	24 semanas	0,02 (0,12)	0 (0; 1)	0,06 (0,25)	0 (0; 1)
	48 semanas (Final)	0,11 (0,31)	0 (0; 1)	0,09 (0,28)	0 (0; 1)
Teste das Cores tempo 3 (DP)	Inicial	0,49 (0,98)	0,3 (-1,2; 3,3)	0,91 (1,17)	0,7 (-0,5; 4,3)
	24 semanas	0,18 (0,97)	0,2 (-1,8; 2,5)	0,08 (0,94)	-0,1 (-1,7; 2,4)
	48 semanas (Final)	0,07 (0,98)	0,1 (-2; 2,5)	0,22 (0,84)	0,3 (-2,1; 2,3)
Teste das Cores erros 3	Inicial	1,65 (1,85)	1 (0; 7)	2,15 (2,43)	1 (0; 11)
	24 semanas	1,11 (1,6)	0 (0; 8)	0,85 (1,23)	0 (0; 4)
	48 semanas (Final)	0,54 (1,23)	0 (0; 5)	0,49 (1,1)	0 (0; 5)
Lista de Palavras	Inicial	8,32 (2,25)	8 (3; 14)	8,34 (2,76)	8 (3; 14)
	24 semanas	10,52 (2,09)	10 (7; 16)	9,96 (2,53)	9 (6; 15)
	48 semanas (Final)	11,54 (2,23)	11 (6; 17)	12,11 (2,08)	12 (9; 19)
Lista de Palavras Recuperação	Inicial	8,25 (2,85)	8 (0; 15)	7,55 (3,27)	7 (0; 15)
	24 semanas	10,92 (2,95)	11 (4; 16)	10,26 (2,93)	10 (5; 16)
	48 semanas (Final)	12,82 (2,72)	14 (5; 16)	13,38 (2,14)	14 (7; 16)
Teste das Trilhas Tempo A (DP)	Inicial	-0,66 (1,35)	-0,9 (-2,1; 8,5)	-0,3 (1,88)	-0,8 (-2; 8,5)
	24 semanas	-1 (0,76)	-1,1 (-2,2; 0,9)	-0,95 (1,48)	-1,2 (-2,1; 7,5)
	48 semanas (Final)	-0,71 (0,67)	-0,8 (-2; 0,9)	-0,61 (0,78)	-0,8 (-1,7; 0,9)
Teste das Trilhas Erros A	Inicial	0,25 (0,64)	0 (0; 3)	0,02 (0,15)	0 (0; 1)
	24 semanas	0,11 (0,36)	0 (0; 2)	0,04 (0,2)	0 (0; 1)
	48 semanas (Final)	0,14 (0,43)	0 (0; 2)	0,15 (0,42)	0 (0; 2)
Teste das Trilhas Tempo B (DP)	Inicial	-0,04 (0,97)	-0,1 (-1,7; 3,2)	0,27 (1,55)	0 (-1,4; 6,2)
	24 semanas	-1,02 (0,59)	-1,1 (-2,2; 0,5)	-0,99 (0,72)	-1,1 (-2,1; 2)
	48 semanas (Final)	-0,59 (0,69)	-0,7 (-1,9; 1,3)	-0,66 (0,62)	-0,8 (-2; 0,9)
Teste das Trilhas Erros B	Inicial	1,17 (1,45)	1 (0; 5)	0,68 (0,96)	0 (0; 3)
	24 semanas	0,86 (1,04)	1 (0; 4)	0,53 (0,78)	0 (0; 3)
	48 semanas (Final)	0,46 (0,89)	0 (0; 4)	0,4 (0,83)	0 (0; 3)
Número e letras	Inicial	8,26 (2,41)	8 (3; 14)	7,34 (2,46)	7 (2; 14)
	24 semanas	11,02 (2,18)	11 (7; 18)	11,17 (2,21)	11 (6; 15)
	48 semanas (Final)	14,6 (1,87)	15 (10; 19)	13,94 (2,43)	14 (9; 19)
Janelas Digitais	Inicial	6,23 (2,47)	7 (1; 11)	6,15 (2,54)	7 (1; 10)
	24 semanas	9,11 (2,97)	9 (3; 19)	9,11 (2,01)	9 (3; 15)
	48 semanas (Final)	7,86 (2,43)	9 (2; 17)	7,68 (2,27)	9 (1; 11)

A tabela 7 mostra os testes cognitivos aplicados que apresentaram dados significantes. Dentro dos testes de atenção Teste das Cores e Teste das Trilhas, os dados foram estatiscamente significativos mostrando a lentificação das mulheres com depressão no Teste das Cores no tempo 2 com média 1,62 (1,75) e no Teste das Trilhas pelas mulheres controle com perda de sustentação da atenção, visto que é um teste de flexibilidade mental, apresentaram muitos erros, na parte A com média 0,25(0,64) e na parte B com média 1,17(1,45).

Tabela 8– Memória de *RBMT-E* segundo momentos de avaliação.

Variável	Momento	Categoria	Depressão			
			Sem depressão (N = 65)		Com depressão (N = 47)	
			n	%	n	%
RBMT-E	Inicial	Prejudicada	2	3,1	6	12,8
		Pobre	33	50,8	21	44,7
		Média	25	38,5	20	42,6
		Boa	5	7,7	0	0,0
		Excepcionalmente boa	0	0,0	0	0,0
	24 semanas	Prejudicada	0	0,0	0	0,0
		Pobre	2	3,1	5	10,6
		Média	36	55,4	24	51,1
		Boa	22	33,8	17	36,2
		Excepcionalmente boa	5	7,7	1	2,1
	Final 48 semanas	Prejudicada	1	1,5	0	0,0
		Pobre	1	1,5	2	4,3
		Média	36	55,4	27	57,4
		Boa	21	32,3	15	31,9
		Excepcionalmente boa	6	9,2	3	6,4

A tabela 8 demonstra que no momento inicial as mulheres com e sem sintomas de depressão apresentavam um índice significante entre memória prejudicada e pobre. A medida da intervenção tanto as mulheres

com e sem sintomas de depressão saíram dessa categoria mantendo-se em sua maioria na média, e na avaliação de 24 semanas apresentando índices na categoria boa e até apresentando excepcionalmente boa que se mantiveram na avaliação de 48 semanas.

Tabela 9 - Escala de qualidade de vida e momentos de avaliação.

		Depressão			
Variável	Momento	Sem Depressão		Com Depressão	
		Média (DP)	Mediana (mín.; máx.)	Média (DP)	Mediana (Min.; Máx.)
	Inicial	92,63 (15,48)	94 (59; 132)	84,17 (16.86)	81 (53; 124)
QSM	12 semanas	99,26 (15,97)	99 (69; 128)	91,47 (14,47)	92 (63; 124)
	24 semanas	104,95 (15,76)	104 (53; 135)	102,4 (15,94)	103 (67; 134)
	48 semanas (Final)	108,71 (13,36)	109 (75; 137)	109,85 (9,33)	111 (94; 134)

A tabela 9 demonstra que na fase inicial obtivemos baixos índices na qualidade de vida, o qual estava relacionado as mulheres com depressão, com 12 semanas de intervenção as mulheres sem sintomas depressivos apresentavam melhora na qualidade de vida. Na avaliação de 24 semanas que foi o final da intervenção tanto as mulheres sem sintomas de depressão, e as mulheres com sintomas de depressão igualaram-se nos índices da qualidade de vida e na avaliação final com 48 semanas conseguiram manter os resultados.

Tabela 10- Testes mnésticos e atencionais na eficácia da TCC.

Variável	Depressão/ Momento	Comparação		Diferença média	Erro padrão	*p*	IC (95%)	
							Inferior	Superior
Digito Direto		Inicial - Final		-1,85	0,41	**<0,001**	-2,65	-1,04
Digito Inverso		Inicial - Final		-2,67	0,30	**<0,001**	-3,26	-2,07
Teste das Cores tempo 1 (DP)		Inicial - Final		0,96	0,17	**<0,001**	0,62	1,29
Teste das Cores tempo 2 (DP)		Inicial - Final		0,98	0,16	**<0,001**	0,67	1,28
		Sem depressão -	Com depressão	-0,38	0,19	**0,040**	-0,74	-0,02
Teste das Cores erros 2		Inicial - Final		0,16	0,06	**0,005**	0,05	0,28
Teste das Cores tempo 3 (DP)		Inicial - Final		0,55	0,12	**<0,001**	0,32	0,78
Teste das Cores erros 3		Inicial - Final		1,38	0,15	**<0,001**	1,10	1,67
Lista de palavras		Inicial - Final		-3,49	0,45	**<0,001**	-4,38	-2,60
Lista de palavras Recuperação		Inicial - Final		-5,20	0,46	**<0,001**	-6,10	-4,29
Teste das Trilha Erros A	Sem depressão	Inicial - Final		0,11	0,08	>0,999	-0,11	0,32
	Com depressão	Inicial - Final		-0,13	0,06	0,241	-0,29	0,04
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	0,22	0,07	**0,003**	0,05	0,40
	Final	Sem depressão -	Com depressão	-0,01	0,07	>0,999	-0,20	0,18
Teste das Trilha Tempo B (DP)		Inicial - Final		0,75	0,12	**<0,001**	0,51	0,98
Teste das Trilha Erros B	Sem depressão	Inicial - Final		0,71	0,15	**<0,001**	0,30	1,11
	Com depressão	Inicial - Final		0,28	0,15	0,363	-0,11	0,67
	Inicial	Sem depressão -	Com depressão	0,49	0,18	**0,040**	0,01	0,96
	Final	Sem depressão -	Com depressão	0,06	0,13	>0,999	-0,27	0,39
Número e letras		Inicial - Final		-6,47	0,43	**<0,001**	-7,31	-5,62
Janelas Digitais		Inicial - Final		-1,58	0,34	**<0,001**	-2,25	-0,91
RBMT-E		Inicial - Final		-1,03	0,16	**<0,001**	-1,34	-0,72
Comparações múltiplas de Bonferroni								

A tabela 10 mostra que todos os testes mnésticos e atencionais apresentaram alterações entre o momento inicial e final apresentaram melhora média ($p < 0,05$), dentre os dados estatisticamente significativos, nos testes atencionais as mulheres com depressão apresentaram lentificação no Teste das Cores no tempo 2 ($p = 0,040$) enquanto que as mulheres controle com perda da sustentação da atenção no Teste das Trilhas Erros A ($p=0,003$). Na avaliação final elas se igualaram.

10 DISCUSSÃO

Nosso estudo objetivou uma comparação entre mulheres pós-menopausadas, foram avaliadas objetivamente quanto a atenção e memória, com ou sem depressão e sem terapia de reposição hormonal para avaliar a eficácia da TCC como intervenção.

Segundo a OMS (2011) as mulheres vivem em média 6 a 8 anos a mais que os homens. As doenças infecciosas diminuíram, mas convivem com as doenças crônico-degenerativas.

Inicialmente, devemos mencionar a transição menopausal para podermos chegar ao estudo da pós-menopausa, no qual a transição se inicia com as alterações físicas e emocionais significativas, sendo a fase mais vulnerável da mulher. É o período no qual há oscilações hormonais, irregularidades menstruais como aumento ou diminuição do fluxo menstrual, sintomas vasomotores e transtornos do humor. Nesse período, temos alterações da cognição que estão ligadas principalmente à região cerebral do hipocampo. Essas alterações apresentam maior intensidade na pós-menopausa levando a prejuízos funcionais do córtex pré-frontal que resulta em alterações das funções executivas, sustentação da atenção e prejuízo da memória de trabalho, afetando diretamente a organização e planejamento cognitivo (Shanmugan & Epperson, 2014; Pimenta et al, 2012; Ryan et al, 2012; Bedell et al, 2014).

Nosso estudo concorda com a literatura, pois em sua realização considerou-se todo o panorama existencial das mulheres pós-menopausadas incluindo seus elementos sociais, biológicos, histórico de vida emocional, aspectos físicos com suas considerações atuais, com ênfase nas alterações cognitivas significativas - fator de muita importância

na terapêutica da intervenção. No presente trabalho não foi realizado uma comparação dos sintomas relativos à diminuição da memória e da atenção na perimenopausa em relação à pós-menopausa, para sabermos se eles são mais intensos, principalmente em relação a avaliação da memória verbal imediata na prova dos dígitos inversos. Quanto a sua organização e planejamento, pois necessitaríamos de dois grupos de estudo um na perimenopausa e outro na pós-menopausa para essa comparação, e isso seria inviável pelo número muito elevado de pacientes.

Um fator diferencial de nosso estudo em relação aos anteriores está no nível educacional, o qual difere dos estudos já publicados que apresentavam baixa escolaridade, e outros colocando a relação entre baixo nível cultural com os sintomas intensos de depressão na pós-menopausa e na realização dos testes neuropsicológicos apresentados não conclusivos (Berent-Spilson et al, 2012; Epperson et al, 2012; Gurney et al, 2014).

Na convocação das nossas participantes, a maioria das mulheres que se apresentaram para o estudo tinha escolaridade de nível superior, fato incomum em um hospital público brasileiro. O possível motivo foi a divulgação dessa pesquisa no campus da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP. Em seguida foi realizada publicação em jornais de grande circulação. Com a captação de mulheres com e sem depressão com nível educacional semelhante.

Temos vários estudos correlacionando o nível educacional com os aspectos cognitivos em mulheres de diferentes faixas etárias, pessoas

ativas em diferentes níveis de escolaridade com impacto maior na inteligência não havendo perdas significativas, com resultados semelhantes para linguagem, aprendizagem e funções executivas. Excetuando-se em casos de demências. (Coelho et al, 2012; Apolinário et al, 2013; De Souza & Wechsler, 2013) .

O diferencial do nosso estudo em relação a estudos anteriores está no nível educacional superior, em relação aos anteriores que o nível está em baixa escolaridade. Os resultados obtidos nos estudos anteriores mostraram-se como inconclusivos das participantes, atribuídos por serem realizados em hospitais públicos e baixa escolaridade.

Os mecanismos atencionais são à base de todos os processos cognitivos e atividades mentais organizadas, mostrando-se o grau de seletividade e direção que a atenção nos leva para a percepção, memória e aprendizagem. Agindo com um filtro que abre para as informações a ser atendidas ou fecha para ser ignoradas (Spreen & Strauss, 1998; Magila, 2003; Lezak et al, 2012).

O nosso estudo está de acordo com a literatura, mostrando junto às mulheres o quanto à atenção seletiva interfere na cognição. Principalmente na memória quando se mostra lentificação na cognição, e a falta de foco ou sua sustentação.

Os estados motivacionais tem papel na afetividade humana, sentimentos e emoções os quais são de extrema importância funcional para a cognição, pois dependem-se deles, pois as ações cognitivas organizam o funcionamento mental (Boulware et al, 2012).

Referente ao sistema nervoso, o hipotálamo que é uma estrutura cerebral muito importante, pois participa de vários aspectos do comportamento relacionados aos estados motivacionais, e eles são como impulsos internos que realizam ajustes corporais e comportamentos, alguns importantes para a sobrevivência da espécie, outros para a manutenção do meio interno dentro dos limites fisiológicos compatíveis com a vida, e outros para o nosso equilíbrio psicológico (Kolb, 2002).

A neuropsicologia estabelece as relações entre o funcionamento do SNC, por um lado e as funções cognitivas e o comportamento por outro, tanto nas condições normais quanto de enfermidades decorrentes de alterações no funcionamento do SNC (Rufo-Campos, 2006).

No estudo realizado, inicialmente foram analisados os comportamentos emocionais e motivacionais através da avaliação das afetividades negativas pelas próprias participantes, proporcionando uma organização do seu funcionamento mental.

Todas as pessoas podem sentir ansiedade, principalmente com a vida atribulada atual. Mas, a ansiedade acaba tornando-se constante na vida de muitas pessoas. Dependendo do grau ou da frequência, pode se tornar inadequada e acarretar muitos problemas posteriores, como o transtorno da ansiedade, portanto, nem sempre é uma enfermidade. A ansiedade em níveis mais elevados, ou quando apresenta-se em conjunto com a depressão, pode impedir que a pessoa desenvolva seu potencial intelectual, o que pode afetar principalmente mulheres na idade entre 40 a 60 anos, portanto, abrange a transição menopausal até o período de pós-menopausa (Bansal et al, 2015: Savage et at, 2015).

Em nosso estudo, a ansiedade em niveis mais intensos estava relacionado às pacientes que apresentavam depressão. O estudo mostrou que há uma relação da depresão com a ansiedade, o que afetava o potencial cognitivo das participantes.

A literatura médica corrobora que o aumento nos índices da depressão em relação à mulher relaciona-se significativamente aos níveis flutuantes do estrogênio, o qual inicia-se na perimenopausa com alterações físicas e emocionais significativas, sendo a fase mais vulnerável da mulher. Pesquisas citam que o estrogênio tem efeito sobre as concentrações dos neurotransmissores, tais como serotonina e dopamina e podem afetar o SNC com impacto no humor (Geller et al, 2012; Weber et al, 2012; Epperson et al, 2013).

Outros estudos relatam que na gênese da depressão podem ter fatores neurobiológicos, genéticos e psicossociais, que são facilitadores para instalação de quadros depressivos (Strauss et al, 2011; Pimenta et al, 2012; Beck et al, 2014).

Este estudo concorda com a literatura nesta área, visto que o estado depressivo das participantes teve inicio no período mais sensível de suas vidas, que é a perimenopausa, fase em que ocorre as grandes oscilações no nível de estrogênio plasmático. Os fatores psicossociais tiveram importância fundamental como facilitador nos quadros depressivos que as mulheres passaram a desenvolver.

Atualmente, as pesquisas revelam que 5 a 15% das pacientes depressivas são resistentes não tem efeito à medicação antidepressiva, quer seja tricíclicos, inibidores seletivos na recaptação de serotonina e

inclusive lítio e estas são mulheres que apresentam depressão recorrente, com nível moderado/grave, com lentificação cognitiva e com ideações suicidas (Baeken et al, 2014; Fayyazi-Bordbar et al, 2014; Asano et al, 2015; Nomoto et al, 2015).

Neste estudo, nossas participantes apresentaram os mesmos sintomas das pesquisas anteriormente citadas com depressão moderada, recorrente, resistentes não tem efeito da medicação antidepressiva seja com tricíclicos e inibidores seletivos na recaptação de serotonina, apresentando lentificação cognitiva e ideação suicida, o que as enquadra dentro dos 15% das pessoas resistentes aos medicamentos antidepressivos. Visto que nosso estudo utilizou os mesmos instrumentos de avaliação das pesquisas anteriores, quanto à atenção seletiva e inventário de depressão dos estudos em questão.

Quanto aos fogachos e o suor noturno, que causam grande transtorno, os mesmos podem aparecer espontaneamente, ao longo do dia, ou estar associados a fatores desencadeantes, tais como pelas emoções, mudanças súbitas de temperatura e estresses (Morrow et al, 2011; Umland & Falconieri, 2012).

Em nosso estudo referente aos fogachos é explicado pelo estresse que as mulheres passavam durante o dia em seu ambiente de trabalho fora do domicílio ou social, no qual repercutia a noite com a continuidade dos fogachos, seguidos de intensidade dos suores noturnos, e sua maioria, eram casadas, trazendo transtornos ao relacionamento marital.

Nos estudos quando utilizam-se questionários de qualidade de vida específicos para o climatério relacionam-se as mudanças emocionais e

físicas principalmente marcadas pelo climatério que fazem parte do desenvolvimento feminino. As modificações que as mulheres sofrem vão depender do ambiente, nível sociocultural e condições de vida. Sendo que as informações que obtém-se sobre a qualidade de vida são utilizadas para avaliar a eficácia do tratamento realizado, como também para uma comparação de procedimentos no controle da saúde, e como as mulheres lidam com seus problemas. (Kaplan, 1995; De Lorenzi et al, 2006; Veloso et al, 2013).

Neste estudo utilizou-se o questionário de qualidade de vida para mulheres de meia idade, pois o mesmo nos possibilita o acesso às informações subjetivas. Visando-se analisar e avaliar as mudanças físicas, psicossociais, antes e após a intervenção, como também as disfunções relacionadas à sua fase de pós-menopausa e sua adaptação ou não adaptação a ela e o impacto causado na sua vida.

A memória é um processo cognitivo estruturado sendo um conjunto de operações de integração com o meio ambiente e com os substratos neurais específicos. A literatura demonstra que a memória pode ser dividida de acordo com o tempo e seu conteúdo, pois ela é armazenada pela sua prioridade e modalidade e todo esse processo ocorre de maneira simultânea (Degenszajn, 2003; Epperson et al, 2012; Kandel et al, 2014).

Nesta pesquisa verificou-se que no processo de memorização a maior dificuldade encontrada pelas participantes foi na memória de trabalho ou operacional nos dois grupos de estudo. Esse processo mental tem grande importância por reter informações por um período de tempo seria o seu armazenamento, e pode ser manipulado ou melhor resgatado

para realizar tarefas específicas durante a avaliação, pela determinação de sua evocação e com importância nas funções executivas.

Quanto ao teste ecológico ou de memória comportamental que se avalia a memória do dia-a-dia por meio de tarefas práticas para simular as situações cotidianas sendo apropriado na identificação de declínio de memória (Belleville et al, 2007; Brum et al, 2009).

Nos resultados obtidos concordamos com a literatura, pois mostraram que através das situações cotidiana simuladas foram identificados os declínios da memória, e atenção das participantes de forma bem objetiva dentro das suas falhas de seu dia-a-dia.

Segundo a literatura a TCC é uma abordagem teórica que trás benefício com uma resposta mais duradoura e pode ser o único tratamento utilizado, principalmente quando envolve resistência ao efeito da medicação antidepressiva, e agindo com efeito protetor quanto às recorrências depressivas. Como ocorreu em alguns estudos anteriores (Baeken et al, 2014; Beck, 2014; Asano et al, 2015; Nomoto et al, 2015).

Nosso estudo concorda com a literatura visto que as mulheres participantes inicialmente tinham resistência ao efeito medicamentoso dos antidepressivos e apresentando recorrências. A intervenção tornou-se seu único tratamento e conseguiu seu efeito protetor.

A literatura coloca que os pacientes modificam suas crenças e comportamentos os quais produzem certos estados de humor, a TCC está baseada no poder do pensamento realista e auxilia o julgamento da realidade focada. A realidade hospitalar atual nos coloca o uso da psicoterapia breve, em todas as abordagens inclusive a TCC por ser focal

e possibilitando atendimento grupal (Hegenberg, 2004; Saffi & Neto, 2007; Owell, 2008; Powell, 2008;).

Nosso estudo comprovou a literatura visto que utilizou-se da psicoterapia breve, não em relação ao tempo de psicoterapia , mas por ser focal ao problemas das participantes.

Dentre vários estudos temos que a técnica de respiração tem sido usada para melhor controle da respiração, assim, haverá uma melhor liberação da energia que fortalece a mente. Esse mecanismo no ponto de vista da neurociência é o impulso elétrico que libera neurotransmissores que fecham um circuito cerebral. O ansioso respira mal porque respira rápido e curto e não permite a saturação de oxigenação. A respiração mais profunda, utiliza toda a superfície pulmonar, leva a uma maior oxigenação cerebral, melhorando o funcionamento do cérebro e do corpo, melhorando a concentração, trazendo calma e equilíbrio (Adolphs, 2013; Taugher et al, 2014; Magnotta et al, 2014; Savage et al, 2015).

Na intervenção de nosso estudo concordamos com a literatura, pois propusemos exercícios, utilizando-se técnicas de respiração o qual abaixa a ansiedade, e proporciona maior oxigenação cerebral. Assim, obtivemos uma melhora na sua concentração, além de trazer a calma e equilíbrio necessário para diminuir a sua ansiedade. Assim conseguimos maior desempenho das participantes da pesquisa.

Vários estudos na literatura apontam a técnica de relaxamento que pode ser obtida através de várias formas como: relaxamento muscular, música, meditação, visualizações, dentre outros. Todos esses recursos criam um estado de quietude interior que desacelera o organismo e

permite que ele se recomponha, o que ajuda a pessoa a se recuperar. Um estado prolongado de estresse ou de estresse excessivo poderá causar muitas doenças, que podem ser aliviadas com a utilização frequente de técnicas de relaxamento (Novaes, 1997; Alparslan & Akdemir, 2010; Taugher et al, 2014).

Em nosso estudo concordamos com a literatura, pois os exercícios de relaxamento proporcionou melhor qualidade de sono e diminuição do estresse diário, principalmente quanto aos sintomas de fogachos durante o dia e consequentemente seu estresse a noite com sintomas de suores noturnos. A introdução de atividade foi instruída durante as sessões, mas eram realizadas em seus domicílios antes de dormir.

A terapia cognitiva comportamental (TCC) segundo a literatura mostra-se uma intervenção semiestruturada, Utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana. Nas pesquisas científicas rigorosas mostram-se eficaz além de reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (Beck, 2007; Knapp & Beck, 2008; Beck et al, 2014).

O nosso estudo concorda com a literatura principalmente quanto a estrutura biopsicossocial, no qual as participantes reconheceram o quanto seus pensamentos influenciam seus afetos, e comportamentos diários.

11 CONCLUSÕES

No momento inicial :

-Na avaliação do estudo comparativo das funções mnésticas e atencionais os dois grupos apresentaram igualmente prejuízo na cognição.

No término da TCC:

-Na terapia cognitiva comportamental comprovou-se, sua eficácia, as mulheres que iniciaram com depressão recorrente, e ideações suicidas não apresentam mais sintomas depressivos.

-A intensidade dos sintomas fogachos e sudoreses noturnas não interferem na intensidade dos sintomas depressivos.

-A memória do dia-a-dia, que é a memória comportamental inicialmente estava comprometida nos dois grupos, e não se correlaciona com a intensidade da depressão.

-A qualidade de vida não se correlaciona com a intensidade da depressão, visto que os dois grupos sua qualidade de vida estava inadequada.

-A eficácia da terapia cognitiva comportamental comprovou que melhora as funções atencionais de forma significativa e consequentemente a memória e as mulheres não apresentam mais sintomas depressivos.

.

12 ANEXOS

Anexo 1 - Entrevista Psicológica - Anamnese

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

(1) Nome

_____

_____

(2) Registro

_____

(3) Data de Nascimento e Idade:

_____/____/_____ Natural de: _____ _____ _____ anos

(4) Endereço Completo e Telefone de Contato:

_____

_____

_____

_____

_____

(5) Grau de Instrução e anos de estudo:

(1) Alfabetizado _____anos
(2) Ensino Fundamental _____anos
(3) Ensino Médio _____anos
(4) Universitário _____anos

(6) Estado Cívil

(1) Casada/Companheira (3) Viúva
(2) Solteira (4) Separada/Divorciada

(7) Emprego

Está empregada atualmente: (1) Sim (2) Não

Função: _____

(8) Encaminhamento:

Como chegou para a pesquisa?

(1) Nós a procuramos (5) Médico Psiquiatra (9) Outros
(2) Veio por desejo próprio (6) Médico Ginecologista

Anexo 1 - Entrevista Psicológica - Anamnese (continuação)

(3) Família (7) Médico Clínico
(4) Namorado/Companheiro (8) Psicólogo(a)

(9) Histórico Menstrual e Ginecológico

a. Idade da primeira menstruação _____anos
b. Data da última menstruação _____/_____/_____
c. Ciclo menstrual regular? (1) Sim (2) Não
d. Duração média _____ dias
e. Intervalo médio _____dias
f. Menstruação dolorosa (cólicas) ? (1) Sim (2) Não
g. Antecedentes de Tensão Pré-menstrual (TPM) ? (1) Sim (2) Não
h. Uso recente de reposição hormonal? (1) Sim (2) Nâo
i. Tratamentos sintomáticos anteriores? (1) Sim (2) Não
j. Antecedente de cancêr de mama? (pessoal) (1) Sim (2) Não
k. Antecedente de cancêr de ovário? (pessoal) (1) Sim (2) Nâo
l. Antecedente de cancêr de endométrio? (pessoal) (1) Sim (2) Não
m. Antecedente de cancêr de mama? (familiar direto) (1) Sim (2) Não
n. Antecedente de cancêr de ovário? (familiar direto) (1) Sim (2) Nâo
o. Antecedente de cancêr de endométrio? (familiar direto) (1) Sim (2) Não
p. Contra-indicações para hormonoterapia:
(0) Nenhuma (1)HAS grave (2) Diabetes Mélitus
(3) Cardiopatia Grave (4) Vasculites (5) Tromboses/Embolias
(6) Nefropatia (7) Hepatopatia (8) Tratamento Sintomát. Anteriores
(9) Antecedente de cancêr de mama (10) Antecedente de cancêr de ovário
(11) Antecedentes de cancêr de endométrio
q. Se está na menopausa:
(0) Menopausa Precoce (1) Menopausa Tardia
q.1. Estimar data da menopausa ou idade: _____/_____/____ _____anos
r. Tipo de menopausa: (1) espontânea (2) cirúrgica
s. Menopausa cirúrgica:
(0) Histerectomia total (1) Histerectomia parcial
(0) Por patologia benigna (1) Por patologia maligna
Descrever o tipo de patologia que levou à histerectomia:

---

(10) Histórico Obstétrico

a. Número de gestações:
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
b. Partos Normais:
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
c. Partos cesáreas :
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
d. Abortos espontâneos:
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
e. Abortos provocados:
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____

Anexo 1 - Entrevista Psicológica - Anamnese (continuação)

f. Parto forceps:
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____

(11) Histórico Puerperal

a. Depressão pós-parto?
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
b. Psicose puerperal?
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____
c. Infecção puerperal?
(0) (1) (2) (3) (4) (mais de cinco) quantos? _____

(12) Sexualidade

a. Vida sexual ativa? (1) Sim (2) Não
b. Caso tenha vida sexual ativa, possui:
(1) Desejo (2) Chega ao orgasmo (3) Tem dispaurenia
c. Vida sexual satisfatória? (1) Sim (2) Não
d. Caso Não tenha vida sexual satisfatória:
(1) Tem desejo (2) Masturba-se (3) Chega ao orgasmo

(13) Queixas do período Pré-menstrual e Climatério

Sintomas físicos Pré-menstrual:
(1) cólicas (2) Cefaléia ou enxaqueca (3) Dor ou inchaço nas mamas
(4) Edema (membros ou abdome) (5) Alterações de sono e apetite

Sintomas físicos Climatério:
(6) alterações de desempenho ou prazer sexu (7) alterações de peso
(8) fogachos ou ondas de calor (9) mudanças recentes no padrão menstrual
(10) sudorese (11) artralgia (12) mialgia
(13) refere serem frequentes todos os sintomas citados acima

Sintomas psíquicos Pré-menstrual:
(1) falta de energia (2) fadiga (3) labilidade afetiva
(4) irritabilidade, agressividade (5) baixa auto-estima
(6) tensão, ansiedade

Sintomas psíquicos Climatério:
(7) Perda de controle em situações usuais
(8) prejuízo cognitivo (atenção, memória, comcentração)
(9) refere serem frequentes todos os sintomas citados acima

(14) Início das queixas atuais

(0) há menos de 6 meses
(1) entre 6 meses e 1 ano
(2) entre 1 e 2 anos

Anexo 1 - Entrevista Psicológica - Anamnese (continuação)

(3) há mais de 2 anos

(15) Histórico Psíquiatrico

a. Já teve algum problema psiquiátrico?
(0) nenhum (1) Depressão (2) Esquizofrenia (3) TAB- bipolar
(4) Psicoses (5) Transtorno ansioso (6) Transtornos alimentares
(7) Abuso ou dependência de droga: (8) Alcoolismo (9) Outros
No caso de outro,quais? _____

b. No último ano vinha fazendo uso de :
(0) Nenhum psicotrópico (1) BDZS/Ansiolíticos (2) Antidepressivo
(3) Antipsicóticos (4)Estabilizadores de humor
(5) mais de um tipo de psicotrópico
Caso tenha utilizado algum destes medicamentos, cite a especialidade do médico que indicou e por qual motivo.

_____

c. Já passou por internação psiquiátrica? (1) Sim (2) Não
Em caso de resposta afirmativa indique a época, período de internação e local.

_____
_____
_____
_____
_____

(16) Informações complementares

_____
_____
_____
_____
_____

Responsabilizo-me pelas informações acima,

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura da Entrevistada Assinatura do(a) Entrevistador(a)

Anexo 2 - Escala Climatérica (GCS)

Escala Climatérica

Nome: _____

Data: _____/_____/_____

Marque a intensidade com a qual vem sentindo os seguintes sintomas:

	Sintomas	Pontuação				Esferas
		Ausente	Leve	Moderado	Intenso	
1.	Coração batendo rápido ou fortemente					A=
2.	Sentindo tensão ou nervosismo					
3.	Dificuldades para dormir					
4.	Excitabilidade					
5.	Ataque de pânico					
6.	Dificuldade de concentração					D=
7.	Sentindo cansaço ou falta de energia					
8.	Perda de interesse em muitas coisas					
9.	Sentindo-se infeliz ou deprimida					
10.	Crises de choro					
11.	Irritabilidade					
12.	Tonturas					S=
13.	Pressão na cabeça ou no corpo					
14.	Dormência ou formigamento em partes do corpo					
15.	Dores de cabeça					
16.	Dor nos músculos e juntas					
17.	Perda da sensibilidade em mãos ou pés					
18.	Dificuldade para respirar					
19.	Ondas de calor					V=
20.	Suores noturnos					
21.	Perda de interesse sexual					Sx=

Anexo 3- – Nota de corte dos sintomas individuais e total da Escala Climatérica Greene

Positivo	Sensibilidade	Especificidade				N/Corte	Sintomas
-1	1	1			1,4353		
0,5	0,993007	0,931818	0,068182	1,061189			
1,5	0,979021	0,863636	0,136364	1,115385			
2,5	0,944056	0,636364	0,363636	1,307692			
3,5	0,874126	0,522727	0,477273	1,351399			
4,5	0,825175	0,431818	0,568182	1,393357			
5,5	0,741259	0,363636	0,636364	1,377622			
6,5	0,664336	0,25	0,75	1,414336			
7,5	0,594406	0,159091	0,840909	1,435315	1	7	Ansiosos
8,5	0,475524	0,136364	0,863636	1,339161			
9,5	0,370629	0,068182	0,931818	1,302448			
10,5	0,265734	0,045455	0,954545	1,22028			
11,5	0,202797	0,022727	0,977273	1,18007			
12,5	0,167832	0	1	1,167832			
13,5	0,090909	0	1	1,090909			
14,5	0,041958	0	1	1,041958			
16	0	0	1	1			
-1	1	1	0	1	1,6294		
0,5	1	0,954545	0,045455	1,045455			
1,5	1	0,863636	0,136364	1,136364			
2,5	0,986014	0,727273	0,272727	1,258741			
3,5	0,958042	0,590909	0,409091	1,367133			
4,5	0,93007	0,522727	0,477273	1,407343			
5,5	0,909091	0,454545	0,545455	1,454545			
6,5	0,86014	0,318182	0,681818	1,541958			
7,5	0,811189	0,181818	0,818182	1,629371	1	7	Depressivos
8,5	0,727273	0,159091	0,840909	1,568182			
9,5	0,657343	0,159091	0,840909	1,498252			
10,5	0,58042	0,113636	0,886364	1,466783			
11,5	0,517483	0,090909	0,909091	1,426573			
12,5	0,440559	0,068182	0,931818	1,372378			
13,5	0,370629	0,045455	0,954545	1,325175			
14,5	0,27972	0,045455	0,954545	1,234266			
15,5	0,20979	0,022727	0,977273	1,187063			
16,5	0,23986	0,022727	0,977273	1,117133			
17,5	0,06993	0,022727	0,977273	1,047203			
19	0	0	1	1			
-1	1	1	0	1	1,2675		
0,5	0,958042	0,931818	0,068182	1,026224			
1,5	0,937063	0,795455	0,204545	1,141608			
2,5	0,881119	0,727273	0,272727	1,153846			
3,5	0,804196	0,568182	0,431818	1,236014			
4,5	0,727273	0,477273	0,522727	1,25			
5,5	0,699301	0,431818	0,568182	1,267483	1	5	Físicos

(continua)

. (conclusão)

Anexo 3 - Nota de corte dos sintomas individuais e total da Escala Climatérica Greene

Positivo	Sensibilidade	Especificidade				N/Corte	Sintomas
-1	1	1	0	1	1,0524		
0,5	0,741259	0,704545	0,2955	1,0367			
1,5	0,594406	0,568182	0,4318	1,0262			
2,5	0,461538	0,409091	0,5909	1,0524	1	2	Vasomotores
3,5	0,363636	0,363636	0,6364	1			
4,5	0,223776	0,272727	0,7273	0,951			
5,5	0,160839	0,159091	0,8409	1,0017			
7	0	0	1	1			
-1	1	1	0	1	1,4143		
0,5	0,874126	0,613636	0,3864	1,2605			
1,5	0,734266	0,409091	0,5909	1,3252			
2,5	0,573427	0,159091	0,8409	1,4143	1	2	Disfunção Sexual
4	0	0	1	1			
2	1	1	0	1			Total
3,5	1	0,977273	0,0227	0,0227	1,4808		
5	1	0,909091	0,9091	1,0909			
6,5	1	0,840909	0,1591	1,1591			
7,5	1	0,772727	0,2273	1,2273			
9	0,993007	0,75	0,25	1,243			
10,5	0,986014	0,727273	0,2727	1,2587			
11,5	0,979021	0,704545	0,2955	1,2745			
12,5	0,965035	0,704545	0,2955	1,2605			
13,5	0,951049	0,636364	0,3636	1,3147			
14,5	0,937063	0,613636	0,3864	1,3234			
15,5	0,923077	0,590909	0,4091	1,3322			
16,5	0,916084	0,522727	0,4773	1,3934			
17,5	0,895105	0,522727	0,4773	1,3724			
18,5	0,874126	0,522727	0,4773	1,3514			
19,5	0,867133	0,477273	0,5227	1,3899			
20,5	0,832168	0,386364	0,6136	1,4458			
21,5	0,783217	0,318182	0,6818	1,465			
22,5	0,755245	0,295455	0,7045	1,4598			
23,5	0,727273	0,25	0,75	1,4773		23	

Anexo 4 – Questionário da Saúde Mental da Mulher (QSM)

Escala Qualidade de Vida

Marque um "X" no quadro correspondente.	1 Sim, sempre	2 Sim, algumas vezes	3 Não, não muito	4 Não nunca
1. Voce acorda no meio da noite e então dorme mal o resto dela?				
2. Você tem muito medo ou sensação de pânico sem nenhuma razão aparente?				
3. Você se sente triste e infeliz?				
4. Você se sente ansiosa quando sai de casa sozinha?				
5. Você perdeu o interesse pelas coisas?				
6. Você tem palpitações ou sensação de "aperto" no estomâgo ou no peito?				
7. Você ainda gosta das coisas de que costumava gostar?				
8. Você sente que a vida não vale a pena?				
9. Você se sente tensa ou muito nervosa?				
10. Você tem bom apetite?				
11. Voce está impaciente e não consegue ficar calma?				
12. Você está mais irritada que o normal?				
13. Você está preocupada com o envelhecimento?				
14. Você tem dores de cabeça?				
15. Você se sente mais cansada que o normal?				
16. Você tem tonturas?				
17. Você tem sensação de que seus seios estão doloridos ou desconfortáveis?				
18. Você sofre de dor nas costas ou nos membros (braços/pernas)?				
19. Você tem fogachos (ondas de calor)?				
20. Você está mais chata/implicante que o normal?				
21. Você se sente cheia de vida (com energia) e empolgada?				
22. Voce tem cólicas ou desconfortos abdominais?				
23. Você se sente nauseada ou com mal-estar constantes?				
24. Você perdeu o interesse pelas atividades sexuais?				
25. Você tem sesação de bem-estar?				
26. Voce tem hemorragias (útero)?				
27. Você tem suores noturnos?				
28. Você tem sensação de empachamento (estomâgo)?				
29. Voce tem sonolência?				
30. Você frequentemente sente formigamento nas mãos e nos pés?				
31. Você se sente satísfeita com sua vida sexual? (omita se não for sexualmente ativa)				
32. Você se sente fisicamente atraente?				

Anexo 4 – Questionário da Saúde Mental da Mulher (QSM) (continuação)

33. Você tem dificuldades para se concentrear?				
34. Você acha que suas relações sexuais tornaram-se desconfortáveis em razão de secura vaginal?				
35. Você precisa urinar/beber água mais que antigamente				
36. Voce acha que sua memória está ruim?				
37. Daquilo que foi perguntado acima, há algum(ns) sintoma(s) que voce tenha mais dificuldade que os outros para lidar?	( ) Sim ( ) Não se sim, qual(is)? _____ _____			

Pontuação Bruta dos Sintomas	
Geral	
Depressivos	
Ansiosos	
Somáticos	
Memória	
Vasomotores	
Sexualidade	
Sono	
Menstruais	
Atratividade	

Anexo 5 – Escala de Morbidade Psiquiátrica (SRQ-20)

Escala de Morbidade Psiquiátrica

Nome: _____

Data: ____/___/_____

Por favor, responda às seguintes perguntas da sua saúde. Assinalar a resposta correta marcando com um "X" em cima de Sim ou Não.

1. Tem dores de cabeça?	Sim	Não
2. Tem falta de apetite?	Sim	Não
3. Dorme mal?	Sim	Não
4. Assusta-se com facilidade?	Sim	Não
5. Tem tremores nas mãos?	Sim	Não
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	Sim	Não
7. Tem má digestão?	Sim	Não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	Não
9.Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não
10. Tem chorado mais do que costume?	Sim	Não
11. Encontra dificuldades para realizar com satiszação suas atividades diárias?	Sim	Não
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	Não
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?	Sim	Não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	Sim	Não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo ?	Sim	Não
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	Sim	Não
18. sente-se cansada o tempo todo?	Sim	Não
19. Tem sensação desagradáveis no estômago?	Sim	Não
20. Você se cansa com facilidade?	Sim	Não

Total: _____ _____

Anexo 6 – Inventário de Depressão (BDI)

Escala de Depressão

Esse questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um circulo em torno do número (0 ou 1 ou 2 ou 3) próximo a afirmação, em cada grupo que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se mais de uma afirmação aparecer em um grupo, faça um circulo em cada uma. Tome cuidado, tem que ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. (0) Não me sinto triste
   (1) Sinto-me triste
   (2) Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso
   (3) Estou tão triste e infeliz que não posso aguentar.

2. (0) Não estou particularmente desencorajada quanto ao futuro
   (1) Sinto-me desencorajada quanto ao futuro
   (2) Sinto que não tenho nada por esperar
   (3) Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. (0) Não me sinto fracassada
   (1) Sinto que falhei, mais que o individuo médio
   (2) Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo são fracassos
   (3) Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

4. (0) Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava obter antes
   (1) Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
   (2) Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
   (3) Estou insatisfeita ou entediada com tudo.

5. (0) Não me sinto particularmente culpado(a)
   (1) Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
   (2) Sinto-me muito culpado(a) maior parte do tempo
   (3) Sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. (0) Não sinto que esteja sendo punido(a)
   (1) Sinto que posso ser punido(a)
   (2) Sinto que estou sendo punido(a)
   (3) Sinto que mereço ser punido(a)

7. (0) Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
   (1) Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
   (2) Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
   (3) Eu me odeio

8. (0) Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa
   (1) Critico minhas fraquezas ou erros
   (2) Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
   (3) Culpo-me por todas as coisas ruins que acontece

Anexo 6 – Inventário de Depressão (BDI) (continuação)

9. (0) Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
(1) Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria a diante
(2) Gostaria de me matar
(3) Eu me mataria se tivesse uma oportunidade

10. (0) Não costumo chorar mais que o habitual
(1) Choro mais agora do que costumava chorar antes
(2) Atualmente choro o tempo todo
(3) Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo mesmo que queira

11. (0) Não me irrito mais agora do que em qualquer outra época
(1) Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
(2) Atualmente sinto-me muito irritado(a) o tempo todo
(3) Absolutamente me irrito com todas as coisas que costumavam irritar-me

12. (0) Não perdi interesse nas outras pessoas
(1) Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas
(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
(3) Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

13. (0) Tomo decisões mais do que costumava. Não me sinto triste.
(1) Adio minhas decisões mais do que costumava
(2) Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes
(3) Não consigo mais tomar decisões.

14. (0) Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
(1) Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos
(2) Sinto que mudanças na minha aparência me tornaram sem atrativos
(3) Sinto-me feia

15. (0) Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
(1) Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
(2) Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa
(3) Não consigo fazer nenhum trabalho

16. (0) Durmo tão bem como de hábito
(1) Não durmo tão bem quanto costumava
(2) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldades para voltar a dormir
(3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldades para voltar a dormir

17. (0) Não fico mais cansada 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

Anexo 6 – Inventário de Depressão (BDI (continuação)

18. (0) Meu apetite não está pior que o de hábito
(1) meu apetite não é tão bom como costumava ser
(2) Meu apetite está muito pior
(3) Não tenho mais apetite.

19. (0) Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
(1) Perdi mais de 2,5 Kg
(2) Perdi mais de 5,0 Kg
(3) Perdi mais de 7,5 KG
Estou deliberadamente tentando perder peso Sim ( ) Não ( )

20. (0) Não me preocupo mais do que o de hábito com minha saúde
(1) Preocupo-me com problemas físicos, com dores e aflições, e é difícil pensar em mais coisas que isso
(2) Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas que isso
(3) Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não penso em nada mais

21. (0) Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
(1) Estou menos interessada por sexo do que costumava
(2) Estou bem menos interessasa em sexo atualmente
(3) Perdi completamente o interesse sexual

TOTAL DE PONTOS: _____

Anexo 7 – Eficiência Intelectual (WASI)

QIEstimado

Nome: _____

Data da Avaliação: _____/_____/_____

1. Vocabulário

Item	Escore 0 ou 1
1. Peixe	
2. Pá	
3. Mapa	
4. Concha	
	(0,1,2)
5.Camisa	
6.Sapato	
7.Lanterna	
8.Carro	
9.Passaro	
10.Calendário	
11.Número	
12.Sino	
13.Almoço	
14.Polícia	
15.Férias	
16.Bicho de estimação	
17.Balão	
18.Transformar	
19.Jacaré	
20.Bicicleta	
21.Culpar	
22.Dança	
23.Propósito	
24.Entreter	
25.Famoso	
26.Revelar	
27.Década	
28.Tradição	
29.Regozijar	
30.Entusiástico	
31.Improvisar	
32.Impulso	
33.Pressa	
34.Tendência	
35.Intermitente	
36.Devoto	
37.Impertinente	
38.Nicho	
39.Presunçoso	
40.Formidável	
41.Ruminar	
42.Panacéia	

Anexo 7 – Eficiência Intelectual (WASI) (Continuação)

QIEstimado

Nome: _____

Data da Avaliação _____/_____/_____

2. MATRIZ DE RACIOCÍNIO

Item	Opções de Respostas (circule uma)						Escore (0 ou 1)	Item	Opção de Respostas (circule uma)						Escore (0 ou 1)
A	1	2	3	4	5	DK		18	1	2	3	4	5	DK	
B	1	2	3	4	5	DK		19	1	2	3	4	5	DK	
1	1	2	3	4	5	DK		20	1	2	3	4	5	DK	
2	1	2	3	4	5	DK		21	1	2	3	4	5	DK	
3	1	2	3	4	5	DK		22	1	2	3	4	5	DK	
4	1	2	3	4	5	DK		23	1	2	3	4	5	DK	
5	1	2	3	4	5	DK		24	1	2	3	4	5	DK	
6	1	2	3	4	5	DK		25	1	2	3	4	5	DK	
7	1	2	3	4	5	DK		26	1	2	3	4	5	DK	
8	1	2	3	4	5	DK		27	1	2	3	4	5	DK	
9	1	2	3	4	5	DK		28	1	2	3	4	5	DK	
10	1	2	3	4	5	DK		29	1	2	3	4	5	DK	
11	1	2	3	4	5	DK		30	1	2	3	4	5	DK	
12	1	2	3	4	5	DK		31	1	2	3	4	5	DK	
13	1	2	3	4	5	DK		32	1	2	3	4	5	DK	
14	1	2	3	4	5	DK		33	1	2	3	4	5	DK	
15	1	2	3	4	5	DK		34	1	2	3	4	5	DK	
16	1	2	3	4	5	DK		35	1	2	3	4	5	DK	
17	1	2	3	4	5	DK									
													Total		

Obs.: DK = não sei

Anexo 8 - Teste das Cores – (*Stroop Color Test*)- Folha de Resposta

Teste das Cores

1 . Tempo seg; Erros: _____

Vd	Ro	Az	Ma
Ro	Ma	Vd	Az
Az	Vd	Ro	Ma
Ma	Ro	Az	Vd
Ro	Az	Vd	Ma
Ma	Vd	Az	Ro

2. Tempo seg; Erros: _____

Vd	Ro	Az	Ma
Ro	Ma	Vd	Az
Az	Vd	Ro	Ma
Ma	Ro	Az	Vd
Ro	Az	Vd	Ma
Ma	Vd	Az	Ro

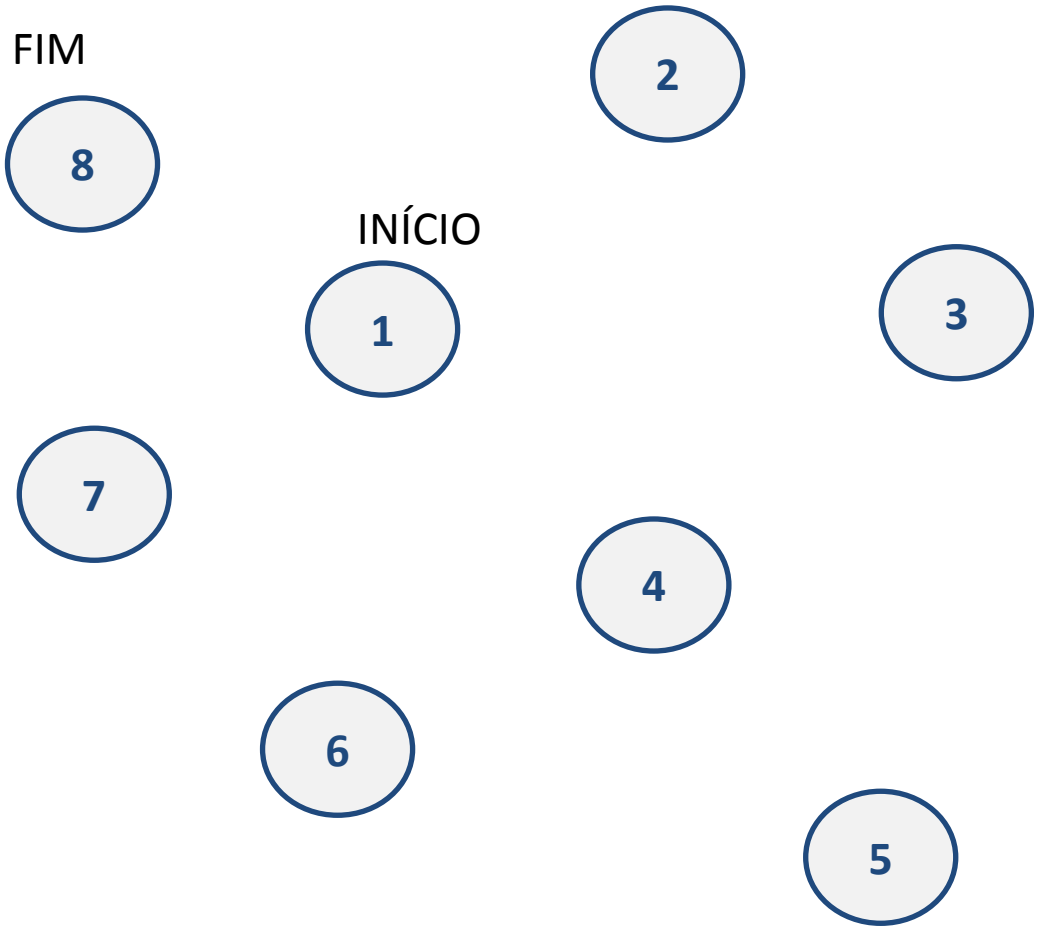
3. Tempo seg; Erros: _____

Vd	Ro	Az	Ma
Ro	Ma	Vd	Az
Az	Vd	Ro	Ma
Ma	Ro	Az	Vd
Ro	Az	Vd	Ma
Ma	Vd	Az	Ro

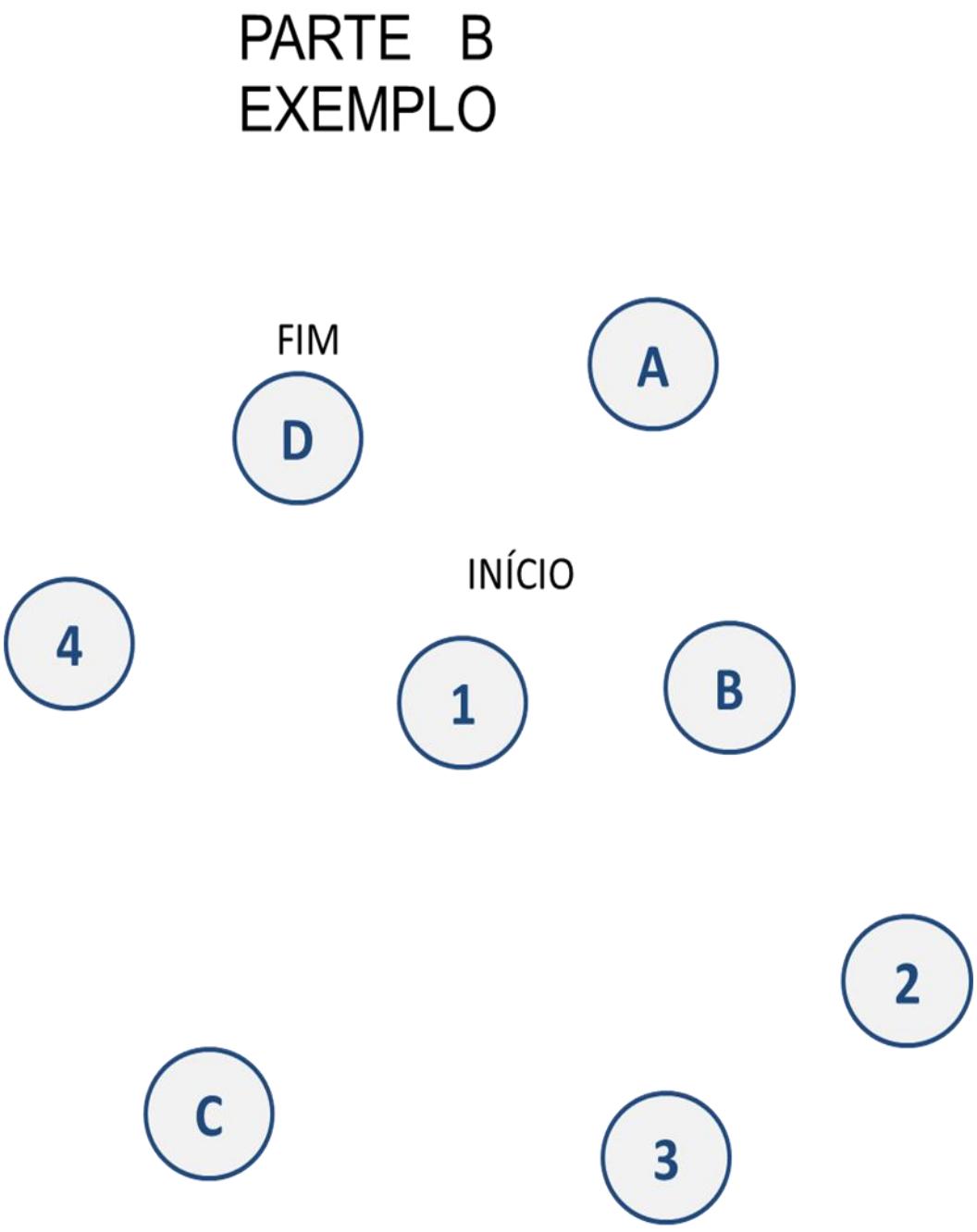
Anexo 9 – Teste da Trilha (A e B) (*Trail Making Test*)

A	Tempo _____seg;	Erros: _____
B	Tempo _____seg;	Erros: _____

Parte A
Exemplo



Anexo 9 - Teste da Trilha (continuação)



Anexo 10 - Número e letras (*Letter-Number*) (WMS- III)

SEQUÊNCIA DE NÚMERO E LETRAS

	ITEM			ESCORE
1.	1	**L - 2**	2 - L	
	2	**6 - P**	6 - P	
	3	**B - 5**	5 - B	
2.	1	**F - 7 - L**	7 - F - L	
	2	**R - 4 - D**	4 - D - R	
	3	**H - 1 - 8**	1 - 8 - H	
3.	1	**T - 9 - A - 3**	3 - 9 - A - T	
	2	**V - 1 - J - 5**	1 - 5 - J - V	
	3	**7 - N - 4 - L**	4 - 7 - L - N	
4.	1	**8 - D - 6 - G - 1**	1 - 6 - 8 - D - G	
	2	**K - 2 - C - 7 - S**	2 - 7 - C - K - S	
	3	**5 - P - 3 - V - 9**	3 - 5 - 9 - P - V	
5.	1	**M - 4 - E - 7 - Q - 2**	2 - 4 - 7 - E - M - Q	
	2	**U - 8 - H - 5 - F - 3**	3 - 5 - 8 - F - H - U	
	3	**6 - G - 9 - A - 2 - S**	2 - 6 - 9 - A - G - S	
6.	1	**R - 3 - B - 4 - Z - 1 - C**	1 - 3 - 4 - B - C - R - Z	
	2	**5 - T - 9 - J - 2 - X - 7**	2 - 5 - 7 - 9 - J - T - X	
	3	**E - 1 - H - 8 - R - 4 - D**	1 - 4 - 8 - D - E - H - R	
7.	1	**5 - H - 9 - S - 2 - N - 6 - A**	2 - 5 - 6 - 9 - A - H - N - S	
	2	**D - 1 - R - 9 - B - 4 - K - 3**	1 - 3 - 4 - 9 - B - D - K - R	
	3	**7 - M - 2 - T - 6 - F - 1 - Z**	1 - 2 - 6 - 7 - F - M - T - Z	

TOTAL

Anexo 11 – Teste Comportamental de Memória de Rivermead – Versão Estendida - (*Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended) (RBMT-E)*

GUIA DE PROCEDIMENTO E FOLHA DE REGISTRO

Avaliação	1ª	2ª	3ª
Versão	1	1	1

Nome: _____

Idade: _____anos Data do teste: _____/_____/_____

1 e 2 - Nome e Sobrenome

Apresente a fotografia para "Relembrar um nome"

A	Carolina Santos
B	Henrique Matos
C	Antonio Dias

3- Pertence

Esconda dois pertences para "Relembrar os dois pertences escondidos". No final da sessão.

1	gaveta
2	armário

4- Compromisso

Ajuste o alarme para "Relembrar um atendimento"

1	"Quando será o próximo atendimento?"
2	"Quando este atendimento termina?"

5- Figuras - Apresentação

Apresente as 20 figuras para "Reconhecimento de figuras", mais tarde.

6- História - Imediata

Leia a história, em seguida peça ao sujeito para evocá-la. Com maior quantidade de dados.

"O senhor João/Rocha/funcionário da Empresa de Segurança Vigiar/foi morto com um tiro/na segunda-feira / durante um assalto a banco / em São Paulo. / Os quatro assaltantes/usavam máscaras/e um deles portava / uma metralhadora / importada. / Os detetives da polícia/estavam examinando depoimentos/ de testemunhas oculares / na noite passada. / Uma testemunha disse, / "Ele era um homem muito corajoso. / Ele atacou / o assaltante armado / e travou uma tremenda luta".

Resposta:

Adote sua própria técnica (ex.: sublinhando ou circulando) para marcar em folha anexa cada uma das 21 "idéias" da história, para lembrança correta ou parcialmente correta.

Escore:

É baseado nos pontos recebidos pelo número de "idéias" corretamente relembradas. Você deve contar e calcular depois do teste ser completado.

Escore Bruto

Cada "idéia" recordada literalmente ou usado um sinônimo muito próximo=1

Cada "idéia" recordada parcialmente ou com um sinônimo apriximado =1/2

(Máximo = 21 pontos)

Obs: se a pontuação bruta incluir meio ponto deve-se pontuar para cima (Ex.: 15,5 passa para 16).

5- Figuras - Reconheciemnto

Apresente as 40 figuras numeradas para o reconhecimento das 20 figuras originais.

Resposta:

Marque cada figura identificada corretamente, e os falso positivos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Total

Falsos Positivos

Escore Bruto

Subtraia o número de falsos positivos do número total de figuras identificadas corretamente. (Máximo = 20 pontos)

7 - Faces - Reconheciemnto

Mostre ao sujeito 15 cartões de faces, cada um por 03 segundos. Reconheciemnto das faces será mais tarde.

8- Rota Imediata

Traçar uma pequena rota dentro de uma sala. A rota é composta de 7 locais, uma "mensagem" e um "livro"

Anexo 11 – Teste Comportamental de Memória de Rivermead – Versão Estendida- (Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended) (RBMT-E) (continuação)

para usar em duas localizações, (mesa= livro com * e a cadeira=mensagem com #).
Numere abaixo, os estágios na ordem executada pelo sujeito. A resposta quanto ao livro e mensagem deve ser registrada na seção seguinte.
Resposta: Marque cada estágio do caminho corretamente evocado

cadeira 1 porta cadeira 2# armário mesa*

pia janela

Escore Bruto
Localizações corretas em ordem correta sem nenhuma repetição ou localização adicional. (Máximo=15)

Cada localização correta independente da ordem (Máximo=7)
Local de partida correto = 1 ponto e local de chegada correto =1 ponto (Máximo=2)
Considerar cada localização sequenciada corretamente, e pontuar = 1 se a ordem exata do par estiver de acordo com a rota (Ex.: cadeira-porta=1) Máximo =6 , e deve deduzir 1 ponto para cada incorreta ou se repetiu a etapa.

9- Mensagem e livro (Imediato)
Quando percorrer o caminho deixe a mensagem em local marcado por (#) e o livro marcado por (*).
Resposta: Marque apropriadamente

Mensagem
pego espontaneamente
pego após pista
deixado no local correto

Livro
pego espontaneamente
pego após pista
deixado no local correto

Escore Bruto
Mensagem pega corretamente = 2 pt.
pega após pista = 1 pt.
deixada em local correto =1 pt.
(Máximo = 3 pontos)

Livro pega corretamente = 2 pt.
pega após pista = 1 pt.
deixado no local correto = 1 pt.
(Máximo= 3 pontos)

7- Faces - Reconhecimento
Apresente uma série de 30 faces para reconhecer 15 faces apresentadas anteriormente.
Resposta:
Registre cada face identificada corretamente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15

Total
Falsos positivos

Escore Bruto
Subtraia o número de falsos positivos do número total de faces identificadas corretamente. (Máximo = 15 pontos)

10 e 11 - Orientação e Data
Faça as 13 perguntas para "Orientação" e "Data" e registre as Respostas abaixo:

1. ano
2. mês
3. dia da semana
4. hora
5. data de hoje
6. lugar
7. cidade
8. idade
9. data nascimento
10. Governador atual
11. Governador anterior
12. Presidente do Brasil atual
13. Presidente do Brasil anterior

Escore Bruto
questões 1;2;3;8;9 = 1 pt.
questão 4 discrepancia de 1/2 hora = 1 pt.
questão 5 data correta=2;dif de um dia=1
questão 6 = 1, e 1/2 resposta zera
questão 7 cidade próxima aceitável = 1 pt
questões 10;11;12;13 pontua 1 e 1/2 para sobrenome. (Máximo = 14 pontos)

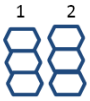
Anexo 11 - Teste Comportamental de Memória de Rivermead - Versão Estendida - (Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended) (RBMT-E) (continuação)

4- Compromisso

Converse com o sujeito até que o alarme toque para "Relembrar uma consulta". Forneça uma pista se necessário.

1 "Quando será o próximo atendimento?"
2 "Quando este atendimento ira terminar?"

Resposta: Sujeiro faz a pergunta:



espontaneamente
depois da pista
sujeito se recorda de que deve fazer , mas não sabe qual

Escore Bruto
para cada pergunta espontanea =2 pt. (Máximo = 4 pontos)
para cada pergunta seguida de pista=1pt. (Máximo = 2 pontos)
se o sujeito lembrar que deveria de ter feito uma pergunta, mas não sabe o que é conceder 1 ponto. (Máximo = 4 pontos)
considerar cada localização sequenciada corretamenbte, e pontuar =1 se a ordem exata do par estiver de acordo com a rota

6- História Tardia

Peça ao sujeito que evoque o texto da "História" que foi lida anteriormente. Se necessário de uma pista sobre o início do texto

Resposta:
Registre cada uma das idéias corretamente ou parcialmente evocadas em relação às passagens em folha anexa.

Escore: pontue do mesmo modo como foi feito na evocação imediata, mas deduza 1 ponto se o sujeito precisou de uma pista inicial.

Escore Bruto
Cada idéia evocada literalmente ou usando um sinonimo muito próximo=1 1 ponto; cada idéia evocada parcialmente, ou evocada com sinonimo aproximado= 1/2 ponto. (Máximo= 21 pontos).

8- Rota Tardia

Peça ao sujeito para reproduzir a rota original,feita anteriormente. Registre abaixo cada estágio evocado corretamente. A pontuação para a mensagem e livro deve ser registrada na seção seguinte.

Resposta:
Marque cada estágio do caminho corretamente evocado.

cadeira 1 porta cadeira 2# armário mesa *

pia janela

Escore Bruto
Localizações corretas em ordem correta sem nenhuma repetição ou localização adicional. (Máximo=15)

Cada localização correta independente da ordem (Máximo=7)
Local de partida correto = 1 ponto e local de chegada correto =1 ponto (Máximo=2)
Considerar cada localização sequenciada corretamente, e pontuar = 1 se a ordem exata do par estiver de acordo com a rota (Ex.: cadeira-porta=1) Máximo =6 , e deve deduzir 1 ponto para cada incorreta ou se repetiu a etapa.

9-Mensagem e Livro - Tardio

Relembre o sujeito, se necessário, sobre a mensagem e o livro para relembrar de entregar a "mensagem e o "livro" - tardio no local marcado por (*) e (#).

Resposta :

Mensagem
pego espontaneamente
pego após pista
deixado no local correto

Livro
pego espontaneamente
pego após pista
deixado no local correto

Anexo 11 – Teste Comportamental de Memória de Rivermead – Versão Estendida - (Rivermead Behavioural Memory Test – Version Extended) (RBMT-E) (continuação)

Escore Bruto

Mensagem, pega corretamente =2 ptos
pega após pista = 1 ponto
deixa no local correto =1 pto
(Máximo = 3 pontos)

Livro pega corretamente = 2 ptos
pega após pista = 1 pto
deixa no local correto =1 pto
(Máximo = 3 pontos)

Total de pontos = 6 pts

pertence lembrado sem pista 1
com pista 2

Escore Bruto

Lugar lembrado ou pertence lembrado
sem pista = 2 pontos
Lugar lembrado ou pertence lembrado
com pista = 1 ponto
(Máximo = 8 pontos)

1 e 2 - Nome e Sobrenome - Tardio

Reapresente as fotografias para "relembrar um nome". Se necessário, de a primeira letra do nome como pista.

Nome A B C
evocado sem pista
evocado após pista

Sobrenome A B C
evocado sem pista
evocado após pista

Escore Bruto

Evocado sem pista = 2 pontos
Evocado após pista = 1 ponto
(Máximo de 6 pontos para nome)
(Máximo de 6 pontos para sobrenome)

3- Pertence

Diga ao sujeito. "Nós terminamos o teste". Espere pela evocação de "relembrando os dois pertences escondidos" . Forneça pista se necessário.

A	gaveta
B	armário

Resposta:

Pontue como apropriado:

Lugar lembrado sem pista 1
com pista 2

SUMÁRIO DOS ESCORES

1	Primeiro Nome
2	Sobrenome
3 e 4	Pertence e Compromisso
5	Reconhecimento de Figuras
6.1	História Imediata
6.2	História Tardia
7	Reconhecimento de Faces
8.1	Rota Imediata
8.2	Rota Tardia
9.1	Mensagem Imediata
9.2	Mensagem Tardia
10 e 11	Orientação e Data

	Escore Bruto		Escore de Perfil	
	Máximo	Pontuação	Máximo	Pontuação
1	(0-6)		(0-4)	
2	(0-6)		(0-4)	
3 e 4	(0-12)		(0-4)	
5	(0-20)		(0-4)	
6.1	(0-21)		(0-4)	
6.2	(0-21)		(0-4)	
7	(0-15)		(0-4)	
8.1	(0-15)		(0-4)	
8.2	(0-15)		(0-4)	
9.1	(0-6)		(0-4)	
9.2	(0-6)		(0-4)	
10 e 11	(0-14)		(0-4)	
	(0-157)		**(0-48)**	

Anexo 12 – Tradução para pesquisa / Licença para adaptação e aplicação

Pearson Clinical Assessment

Research Translation/AdaptationLicenceApplication

Complete this application if you are interested in obtaining permission to use Pearson Test(s) in a research project. This Licence Application is for Pearson to gain the necessary information to process the request. Should the request be approved, Pearson will forward requestor a Licence Agreement. Please submit the completed application in text or as an attachment to permissions@pearsonclinical.co.uk. All Licences are issued at the sole discretion of Pearson. ***Filling out this form does not guarantee that you will be granted a Research Licence. A Licence Agreement (a legal binding contract) must be signed before use of our assessments is allowed.***

The cost for this permission will be determined based on the number of total test usages your study requires.

Once the application is submitted and Pearson has decided whether a Licence will be offered, we will quote the approximate terms and Licence fee. ***Please allow four to six weeks to receive a Licence*** *for your requested use of the test.*

IMPORTANT NOTICE: *Pearson assumes that a requesting entity:*

1. *Either has the actual materials available or will purchase the Manual(s), Stimulus Material(s) Record Forms and/or Response sheets/booklets from Pearson Customer Service in sufficient quantity to adapt, score, interpret scores, and analyze Test results.*
2. *Understands that Pearson Licensing and Permissions Department has no test material inventory and does not provide any test materials to research applicants. Upon request, we will provide contact information to purchase test materials that are still in print.*
3. *Is familiar with the Pearson Test(s), Subtest(s) or other Test materials requested and understands the purpose, clinical use and administration procedures of the assessments without further guidance.*

continuation

4. *Understands that the Licence Agreement, when approved and signed by all parties, is a legal binding contract to grant to use Pearson Intellectual Property (tests or test materials) for a specific purpose in a manner or format other than the content or administration formats published by Pearson.*

Translation Quality Requirements:

1. *Translation shall be in accordance with generally accepted translation standards (American Psychological Association Standards for Educational and Psychological Testing.)*
2. *Translation shall be completed by a proficient & qualified speaker of the translation's respective language under the supervision of a qualified psychologist.*
3. *Translation shall be made at your expense and must be reviewed by an individual who is professionally qualified in assessment of this content area and is proficient in English & the translation's respective language.*
4. *Translated Test(s) must:*
    a. *Be grammatically correct.*
    b. *Be accurate at the basic level of meaning.*
    c. *Read naturally in the translated language.*
    d. *Carry the same connotations in both English and Translated language.*
    e. *Maintain the integrity of the underlying psychological constructs assessed by the test.*
5. *A clean copy of the Translated Test(s) and a back translation into English shall be provided to Pearson prior to use in research, along with an explanation of any departures from a literal translation.*

SECTION I

1. ***Date of Application: 04/03/2013***

2. ***Name of Pearson's Test/Product:*** *Rivermead Behavioural Memory Test – Expended Version (RBMT-E)*

continuation

3. ***Organisation Name:*** Hospital das Clínicas of the Faculdade de Medicina de São Paulo (HC/FMUSP)

4. ***State of Incorporation/Registration of Legal Entity:*** *Hospital das Clínicas of the Faculdade de Medicina de São Paulo (HC/FMUSP)*

5. ***Organisation Address (physical address – no PO Boxes):*** *HC/FMUSP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225, 5o. andar, 05403-010, São Paulo, SP, Brazil; Leiliane Tamashiro, Rua Pedro Doll, 99, casa 8, 02404-000.*

6. ***Contact Person Name, Title, Position, Phone & E-mail:*** *Leiliane Tamashiro, Psychologist and Neuropsychologist, researcher with graduate course for attainment of master's degree, phone: 55__(11) 3582-2139, cellular phone: 55__(11) 99886-2139; leiliane.tamashiro@hotmail.com.*

7. ***Principal Investigator Name, Title, Position, Phone & E-mail:*** *Leiliane Tamashiro, Psychologist and Neuropsychologist, researcher going through a graduation course for attainment of master's degree, phone: 55__(11) 3582-2139, cellular phone: 55__(11) 99886-2139; leiliane.tamashiro@hotmail.com.*

8. ***Name, Title, Position of individual who would sign an agreement*** *(if different from Contact or PI above):*

9. ***Billing Address:*** *(If different from organisation address)*

---

10. **Full Study Name:** Funções Mnésticas e Atencionais nas Mulheres na Pós-Menopausa com ou sem Depressão – Eficácia da Terapia Cognitive

continuation

11. Comportamental na Pós-Menopausa (*Mnestic and Attentional Functions in Postmenopausal Women, with or without Depression – Efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy at Postmenopause).*

12. ***Study Duration:*** *Study begins _04/03/2013_____ Study ends_May, 2016_____*

13. Summary of Research Study: *(Include purpose, goals, anticipated outcome(s) and disposition of research results. Please attach additional pages if needed.)*

The study aims to evaluate the memory in a daily basis of postmenopausal women, before and after cognitive-behavioural therapy. The first appraisal points out a significant improvement of memory.

14. Briefly describe the nature of the special permission that is required to carry out your study *(i.e.: reasons why you are <u>not</u> simply purchasing standard catalog materials of the test – i.e.: answer sheets and scoring software):*

First of all, I need Pearson's permission in order to validate the RBMT-E with the Conselho Federal de Psicologia (Federal Council of Psychology), since the Brazilian law demands that a test has to be applied by qualified professionals at the population.

<u>SECTION II</u>

15. I am requesting permission to do the following (check all that apply):

a. Reproduce:

i. ***_X_Paper copy****(photocopying our answer sheets is prohibited)* ***–*** *Just paper copy*

ii. ***__Audio***

iii. ***__On-line web administration****(see section below for more information)*

iv. ***__On-screen local administration***

v. ***__other, please describe:***

b. ***Translate****____ (Pearson cannot make previously translated non-commercial versions available. Translation must be performed within the guidelines set forth by the Licence Agreement.) – It has been already translated*

continuation

i. List language(s) *__Portuguese_____*

Which components do you wish to adapt/translate?:

c. *X___****Record Form*** *(answer sheets)*

i. *If assessment has more than one Type of Record Form, list the specific Record Forms you wish to use: _Version 1_____*

ii. *Do you wish to adapt/translate entire Record Form(s)?: Yes X_____*

No _____

iii. *If no, which subtests in particular do you wish to adapt/translate?:_____*

d. ___Examiner's Manual

i. *Do you wish to adapt/translate entire Examiner's Manual?:Yes_X___ No_____*

ii. *If no, which portions (page numbers) do you wish to adapt/translate?: _____*

e. ___Stimulus Book (easels)

i. *If assessment has more than one Stimulus Book, list the specific Stimulus Books you wish to use:___Version 1_____*

ii. *Do you wish to adapt/translate entire Stimulus Book?: Yes__X__ No____*

iii. *If no, which sections (page numbers) do you wish to adapt/translate?:_____*

f. __Other:

****Our security requirements for on line web administration must be met and are as follows: A: There will be no web administration involved.***

Standard questions we need answered for all on-line submissions:

- *How would examinees access the on-line content?*

continuation

- *Is access to the site password protected?*
- *What protections would the site provide to prevent copying of the items?*
- *Will content of the site be taken down when research is complete?*

Due to the secure nature of the instrument we must insist that any test accessible via a web site ***is not downloadable, printable or reproducible (you cannot be able to cut/copy/paste or screen print, and mouse right-click functions must be disabled).*** *There must be 128-bit encryption and the site must be password protected with limited access to only select few qualified individuals. The validity of the Licence agreement is contingent upon the security of the web site.*

Please List the web site URL (Web address) and detailed information about the website security measures, etc:

SECTION III

15. Methodology:

a. Total number of test subjects: 120

b. Total number of Record Form test usages requested (includes test/retest of subjects): 240

c. Total number of reproductions/translations of Examiner's Manual (if applicable): 1 translation

d. Total number of reproductions/translations of Stimulus Book (if applicable): 1 translation

e. Other reproductions/translations: No

continuation

f. Method of Administration:_____

i. __X_paper and pencil administration
ii. ___computer adapted administration
iii. ___telephone administration
iv. ___other:

g. Site Location(s):____No_____

h. Method of Scoring:

i. _X__hand scoring
ii. ___computer scored. PLEASE INDICATE: __SAS __SPSS __or other.

i. Scoring Location Address(s).

Additional Comments: ----------

Anexo 13- Digito "*Span*" *Digit Span* (WAIS-III)

Repetição de Digitos (WMS-R)
Span Dígitos Diretos

					Escore (2,1 0)
1	6 , 2 , 9		3 , 7 , 5		
2	5 , 4 , 1 , 7		8 , 3 , 9 , 6		
3	3 , 6 , 9 , 2 , 5		6 , 9 , 4 , 7 , 1		
4	9 , 1 , 8 , 4 , 2 , 7		6 , 3 , 5 , 4 , 8 , 2		
5	1 , 2 , 8 , 5 , 3 , 4 , 6		2 , 8 , 1 , 4 , 9 , 7 , 5		
6	3 , 8 , 2 , 9 , 5 , 1 , 7 , 4		5 , 9 , 1 , 8 , 2 , 6 , 4 , 7		

Controle Mental Digitos Inversos

					Escore (2,1 0)
1	5 , 1		3 , 8		
2	4 , 9 , 3		5 , 2 , 6		
3	3 , 8 , 1 , 4		1 , 7 , 9 , 5		
4	6 , 2 , 9 , 7 , 2		4 , 8 , 5 , 2 , 7		
5	7 , 1 , 5 , 2 , 8 , 6		8 , 3 , 1 , 9 , 6 , 4		
6	4 , 7 , 3 , 9 , 1 , 2 , 8		8 , 1 , 2 , 9 , 3 , 6 , 5		

Anexo 14- Janelas Digitais (*Finger Windows*) *(WRAML-II*) (folha de resposta)

JANELAS DIGITAIS - WRAML 2

		RESPOSTAS
1	1 - 7	
2	3 - 6	
3	5 - 2	
4	7 - 9 - 8	
5	3 - 1 - 7	
6	6 - 5 - 2	
7	7 - 2 - 8	
8	1 - 7 - 9 - 3	
9	3 - 5 - 4 - 8	
10	9 - 5 - 8 - 6	
11	8 - 5 - 4 - 7	
12	1 - 6 - 2 - 9	
13	4 - 5 - 2 - 6	
14	2 - 4 - 7 - 3 - 1	
15	7 - 6 - 8 - 9 - 2	
16	7 - 5 - 4 - 8 - 2	
17	2 - 8 - 4 - 5 - 7	
18	5 - 7 - 2 - 6 - 4	
19	1 - 3 - 7 - 4 - 2	
20	4 - 5 - 7 - 2 - 8 - 4	
21	3 - 6 - 5 - 4 - 1 - 2	
22	6 - 5 - 9 - 4 - 3 - 2	
23	1 - 9 - 3 - 6 - 7 - 5	
24	6 - 9 - 4 - 2 - 5 - 7	
25	5 - 4 - 8 - 2 - 8 - 4 - 5	
26	9 - 6 - 5 - 8 - 3 - 9 - 1	
27	3 - 1 - 6 - 9 - 7 - 3 - 5 - 6	
28	3 - 5 - 2 - 9 - 6 - 5 - 1 - 8 - 4	

AVALIAÇÃO _____

NOME: _____

DATA: _____/_____/_____

Anexo 15 – Lista de Palavras (*Word Definitions*) (*WRAML-II*)

Lista de Palavras WRAML 2

Item	Tentativa 1	Tentativa 2	Tentativa 3	Tentativa 4	Recuperação
Areia Jogo Chapéu Árvore Orelha Pente Bandeira Madeira Mapa Porta Gelo Unha Canoa Página Formiga Rio					
Total	T=	T=	T=	T=	T=

Anexo 16 – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Funções Mnésticas e Atencionais em Mulheres na Pós-Menopausa Com ou Sem Sintomas Depressivos e a Eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental na Pós-Menopausa.

2. PESQUISADOR : Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/70345

UNIDADE DO HCFMUSP: Ginecologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	□
RISCO BAIXO	□	RISCO MAIOR	□

4.DURAÇÃO DA PESQUISA :18 meses

1 – Desenho do estudo e objetivo(s) “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar as funções mnésticas (relacionadas ao conhecimento) em atenção e memória, no período pós- menopausa com ou sem sintomas depressivos”;
2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados: Entrevista, questionário dirigido, preenchimento de protocolos de pesquisa escalas (climatérica: alterações corporais e processos mentais observadas no final do período reprodutivo da mulher); inventário de depressão (em que grau está a depressão: ausente, leve ,moderado ou grave); questionário de qualidade de vida; transtornos psiquiátricos não psicóticos (relativos a doenças mentais para ideias fixas e obsessões); avaliação neuropsicológica (associação entre neurologia e psicologia) em atenção e memória;
3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados avaliação psíquica (avaliação dos processos mentais conscientes ou inconscientes de um individuo) por um dos psiquiatras da pesquisa, para confirmação de presença ou ausência de depressão, realizadas pelo Inventário de depressão. Psicoterapia breve (12 sessões) em grupo por abordagem em Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) (promove mudanças no pensamento ou comportamento da paciente para diminuir os sintomas), realizada quinzenalmente, uma vez por semana;
4 – Nos procedimentos do item 2 será realizado em aproximadamente 60 a 90 minutos; no item 3 avaliação psíquica (avaliação dos processos mentais conscientes ou inconscientes do individuo), em aproximadamente 20 minutos; as sessões de psicoterapia serão de 60 minutos cada;
5 – Benefícios para o participante: todos os pacientes com ou sem depressão receberão psicoterapia breve em Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) (promove mudanças no pensamento ou comportamento da paciente para diminuir os sintomas).Trata-se de um estudo experimental testando a hipótese - o quanto a depressão está prejudicando as funções da memória e atenção na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Teremos assim no final do estudo a conclusão da presença de algum benefício e assim o desligamento das participantes de pesquisa da Instituição;
6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais a paciente pode optar, ter atendimento com nutricionista em reeducação alimentar, se houver interesse da paciente;
7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro, que

pode ser encontrado no endereço Instituto de Psiquiatria Telefone(s) 2661-6528. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;
10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
12 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

13 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ” Entrevista, questionário dirigido, preenchimento de protocolos de pesquisa escalas (climatério, inventário de depressão, questionário de qualidade de vida, transtornos psiquiátricos não psicóticos) avaliação neuropsicológica em atenção e memória.

Avaliação psíquica (avaliação mental) realizada por um dos psiquiatras participantes da pesquisa, para confirmação de presença ou ausência de depressão, realizadas pelo inventário de depressão; Psicoterapia breve em grupo por abordagem em terapia Cognitiva Comportamental (TCC) realizada quinzenalmente num total de 12 sessões a paciente apresentando ou não depressão.”
Eu discuti com Leiliane Aparecida Diniz Tamashiro sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____

Data ___/___/___

Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo 17 – Aprovação do CAPPesq

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Funções Mnésticas e Atencionais em Mulheres na Pós Menopausa com ou sem Sintomas Depressivos e a Eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental na Pós Menopausa

Pesquisador: Nilson Roberto de Melo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05701012.9.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 235.375

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto esta adequadamente descrito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos multiplos porem sem limitações éticas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo tem benefícios científicos para a sociedade e justifica a exposição dos sujeitos de pesquisa à intervenção

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já descritas em parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi reescrito e esta mais acessivel ao leitor leigo.

Recomendações:

Recomenda-se aos pesquisadores que dada a complexidade do assunto e dos termos apresentados, que leiam o Termo de Consentimento em conjunto com os candidatos participantes à pesquisa. Esta leitura pode facilitar a compreensão do participante e permitir ao sujeito da pesquisa que esclareça quaisquer dúvidas sobre o TCLE.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Anexo 17 – Aprovação do CAPPesq (continuação)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendencias

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com o ítem IX.2 da Resolução CNS nº 196/96 ¿ cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c)apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

SAO PAULO, 03 de Abril de 2013

Assinador por:
Luiz Eugênio Garcez Leme
(Coordenador)

13 REFERÊNCIAS

Adolphs R. The Biology of Fear. Curr Biol, 2013; 23: R79-R93.

Alparslan GB & Akdemir N. Effects of walking are relaxation exerciser on controlling hypertension. Journal of the Australian Tradicional-Medicine Society 16(11): 9-14. March 2010.

Amore M, Di Donato P, Papalini A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, et al. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. Maturitas. 2004 Jun 15;48(2):115-24.

APA - American Psychiatric Association. Transtornos Depressivos. In: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014 ,p. 155-88.

Apolinário D, Bruck SM, Ferretti RE, Farfel JM, Magaldi RM, Busse AL, Jacob-Filho W. Estimating premorbid cognitive abilities in low-educated populations. PloS One 2013 2013; 8(3): e 60084.

Asano T, Baba H, Kawano R, Takei H, Maeshima H, Takahashi Y, Suzuki T, Arai H. Temperament and character as predictors of recurrence in remitted patients with major depression: A 4-year prospective follou-up study. Psychiatry Res. 2015 Feb 28;225(3):322-5.

Baeken C, Marinazzo D, van Shuerbeck P, Wu GR, De Mey J, Luypaert R, de Raedt R. Left and right amygdala in frontal cortical functional connectivity is differentially modulated by harm avoidance. PLOS ONE. 2014;9(4):e95740.

Baker LD, Asthana S, Cholerton BA, Wilkinson CW, Plymate SR, Green PS, Marriam GR, Fishel MA, Watson GS, Cherrier MM, Kletke ML, Mehta PD, Craft S. Cognitive response to estradiol in postmenopausal women is modified by high cortisol. Neurobiol Aging 2012 Apr; 33(4): 829.e 9-20.

Bansal P, Chaudhary A, Soni RK, Sharma S, Gupta VK, Kaushal P. depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study. J Family Med Prim Care. 20125, oct-dec; 4(4): 576-81.

Bayer U & Hausmann M. Estrogen treatment affects brain functioning after menopause. Menopause Int. 2011 Dec;17(4):148-52.

Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociência desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. 857 p

Beck AT. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pensylvania Press; 1967. 370 p

Beck JS Terapia Cognitiva. Teoria e Prática. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed; 1997. 348 p

Beck JS. Terapia cognitive para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona . Porto Alegre . Artmed; 2007. 327 p

Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disordes. 3rd ed. New York: Guilford; 2014. 506 p

Bedell S, Nachtigall M, Naftolin F. The pros and cons of plant estrogens formenopause. J Steroid Biochem Mol Biol. 2014 Jan;139:225-36.

Belleville S, Chertkow H, Gauthier S. Working memory and control of attention in persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Neuropsychology. 2007 Jul;21(4):458-69.

Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? Maturitas . 2014. 79: 184-190.

Benton AL. Neuropsychological assessment. Annual Review of Psychology, 45 (1), 1-23, 1994.

Berent-Spillson A, Persad CC, Love T, Sowers M, Randolph JF, Zubieta JK, SmithYR. Hormonal environment affects cognition independent of age during the menopause transition. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Sep;97(9):E1686-94.

Boulware MI, Kent BA, Frick KM. The impact of age-related ovarian hormone lesson cognitive and neural function. Curr Top Behav Neurosci. 2012;10:165-84.

Blacker, D. Psychiatric rating scales. In: . Sadock BJ & Sadock VA. (Orgs.). Kaplan and Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 7.th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Williams; 2000. v.I, p.755-8.

Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, Everson-Rose SA, Gold EB, Sowers M, Randolph JF Jr. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). J Affect Disord. 2007 Nov;103(1-3):267-72.

Brucki S. Envelhecimento e memoria. In: Andrade VM, Santos FH, Bueno OFA. (Editores). Neuropsicologia Hoje. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2004. pp 389-402.

Brum PS, Fortalenza OV, Yassuda MS. Cognitive training in older adults with mild cognitive impairment: Impact on cognitive and functional performance. Dementia & Neuropsychologia 2009 June;3(2):124-31.

Campos GWS & Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a

reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007 [cited 2013-06-26]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>.

Coelho S & Porto YF. Saúde da Mulher. Belo Horizonte: Nascon/UFMG; 2013 144p.

Coelho FGM, Vital TM, Novais IP, Costa GA, Stella F, Santos-Galduroz RF. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. Ver bras. Geriatr. Gerontol. Vol 15 nº 1 Rio de Janeiro 2012.

Colenda CC, Legault C, Rapp SR, DeBon MW, Hogan P, Wallace R, Hershey L, Ockene J, Whitmer R, Phillips LS, Sarto GE. Psychiatric disorders and cognitive dysfunction among older, postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Memory Study. Am J Geriatr Psychiatry. 2010 Feb;18(2):177-86.

Cumming GP, Herald J, Moncur R, Currie H, Lee AJ. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survery. Menopause Int. 2007 Jul; 13(2): 79-83.

Cunha, PJ; Niscastri, S; Andrade, AG; Bolla, KI. (2010). The frontal assessement battery (FAB) reveals neurocognitive dysfunction in substance-dependent individuals in substance-dependent individuals in distinct executive domains: Abstract reasoning motor programming, and cognitive flexibility. Addictive Behavious 35 (2010) 875-88. 2010.

Daniel JM & Bohacek J. The critical period hypothesis of estrogen effects on cognition: Insights from basic research. Biochim Biophys Acta. 2010 Oct;1800(10):1068-76.

Dattilio FM & Freeman A(editor). Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention. 3.rd ed. New York: Spring Street; 2010. 514 p

Degenszajn J. Síndromes amnésticas e distúrbios de memória em demências. In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. p.137-56.

Dennerstein L, Dudley EC, Guthrie JR. Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. J Psychosom Res. 2003 Feb; 54(2):147-53.

De Lorenzi DRS,Baracat EC, Saciloto B, Padilha Jr I."Fatores associados à qualidade de vida após menopausa". Rev Assoc Med Bras 2006;52(5):312-7.

De-Oliveira IR . Sentence-reversion-based thought record (SRBTR) : a new strategy to deal with "yes, but …" dysfunctional thoughts in cognitive therapy. Eur Rev Appl Psychol. 2007; 57: 17-22.

De Souza AAF & Wechsler SM. Inteligencia e criatividade na maturidade e velhice. Psicologia: Reflexão e Crítica 26(4), 643-653, 2013.

Dias RS, Ramos CC, Kerr-Corrêa F, Trinca LA, Cerqueira ATAR, Dalben I, et al "Adaptação para o português do questionário de autoavaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade- Questionário da Saúde da Mulher". Rev. Psiq. Clin. 2002; 29(4):181-9.

Dickerson BC, Salat DH, Greve DN, Chua EF, Rand-Giovannetti E, Rentz DM,Bertram L, et al. Increased hippocampal activation in mild cognitive impairment compared to normal aging and AD. Neurology. 2005 Aug 9;65(3):404-11.

Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds 3rd CF. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer disease systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. The British Journal of Psychiatry . 2013: 202, 329-335.

Downing LJ, Caprio TV, Lyness JM. Geriatric psychiatry review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's-Delirium, Dementia, and Depression. Curr Psychiatry Rep. 2013; 15:365.

Dumas JA, McDonald BC, Saykin AJ, McAllister TW, Hynes ML, West JD, Newhouse PA. Cholinergic modulation of hippocampal activity during episodic memory encoding in postmenopausal women: a pilot study. Menopause. 2010 Jul;17(4):852-9.

Eagle A. Cognitive- Behavioural Therapy. In: Alder B, Abraham CS; van Teijlinger E, Porter M. Psychology and Sociology: applied to medicine. 3a ed. UK: Churchill Livingstone Elsevier; 2009.p.138-9.

Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised Ed. Oxford, England: Lyle Stuart; 1963.442 p

Epperson CN, Amin Z, Ruparel K, Gur R, Loughead J. Interactive effects of estrogen and serotonin on brain activation during working memory and affective processing in menopausal women. Psychoneuroendocrinology. 2012 Mar;37(3):372-82.

Epperson CN, Sammel MD, Freeman EW. Menopause effects on verbal memory: findings from a longitudinal community cohort. J Clin Endocrinol Metab. 2013 Sep;98(9):3829-38.

Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Chaddock L, Kramer AF. A cross-sectional study of hormone treatment and hippocampal volume in postmenopausal women: evidence for a limited window of opportunity. Neuropsychology. 2010 Jan;24(1):68-76.

Fayyazi Bordbar MR, Faridhosseini F, Kaviani H, Kazemian M, Samari AA, Kashani Lotfabadi M. Temperament and character personality dimensions in

patients with bipolar I disorder. Turk Psikiyatri Derg. 2014 Fall;25(3):149-56. Turkish. Turkish Journal of Psychiatry 2014.

Fonseca CS, Gusmão ID, Raslan AC, Monteiro BM, Massensini AR, Moraes MF, Pereira GS. Object recognition memory and temporal lobe activation after delayed estrogen replacement therapy. Neurobiol Learn Mem. 2013 Mar;101:19-25.

Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2006 Apr;63(4):375-82.

Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, Xiu Y, Chen L, Lu W, Huang C, Tang Y, Xiao Q. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. Int J Geriatr Psychiatry 2013; 28: 441-449.

Geller EJ, Crane AK, Wells EC, Robinson BL, Jannelli ML, Khandelwal CM, Connolly A, Parnell BA, Matthews CA, Dumond JB, Busby-Whitehead J. Effect of anticholinergic use for the treatment of overactive bladder on cognitive function in postmenopausal women. Clin Drug Investig. 2012 Oct 1;32(10):697-705.

Genazzani AR, Schneider HP, Panay N, Nijland EA. The European Menopause Survey2005: women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. Gynecol Endocrinol. 2006 Jul;22(7):369-75.

Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardir AW. Inventário de depressão de Beck (BDI). In: Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial; 2008. p. 89-95.

Gorenstein C, Rennó J Jr, Vieira Filho AH, Gianfaldoni A, Gonçalves MA, Halbe HW, Fernandes CE, Demétrio FN. Estrogen replacement therapy and cognitive functions in healthy postmenopausal women: a randomized trial. Arch Womens Ment Health. 2011 Oct;14(5):367-73.

Goveas JS, Espeland MA, Hogan P, Dotson V, Tarima S, Coker LH, Ockene J,Brunner R, Woods NF, Wassertheil-Smoller S, Kotchen JM, Resnick S. Depressive symptoms, brain volumes and subclinical cerebrovascular disease in postmenopausal women: the Women's Health Initiative MRI Study. J Affect Disord. 2011Jul;132(1-2):275-84.

Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. Maturitas. 1998 May20;29(1):25-31.

Greendale GA, Huang MH, Wight RG, Seeman T, Luetters C, Avis NE, Johnston J,Karlamangla AS. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. Neurology. 2009 May 26;72(21):1850-7.

Greendale GA, Wight RG, Huang MH, Avis N, Gold EB, Joffe H, Seeman T, Vuge M, Karlamangla AS. Menopause-associated symptoms and cognitive

performance: results from the study of women's health across the nation. Am J Epidemiol. 2010 Jun 1;171(11):1214-24.

Gurney EP, Nachtigall MJ, Nachtigall LE, Naftolin F. The Women's Health Initiative trial and related studies: 10 years later: a clinician's view. JSteroid Biochem Mol Biol. 2014 Jul;142:4-11.

Guerreiro TC, Veras R, Branco da Motta L, Veronesi AS, Schmidt S et al . Memory complaints and objetive memory dysfunction among elderly people who como to the “Oficina da Memória”(Memory Workshop”) of Un ATI/UERJ. Rev Bras Geriatr Gerontol 2006;9(1):7-20.

Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med. 1980 May;10(2):231-41.

Hauser RM. Causes and Consequences of Cognitive Functioning Across the Life Course. Educational researcher (Washington, D.C. : 1972) 2010;39(2):95-109.

Heck VS, Yates DB, Poggere LC, Tosi SD, Bandeira DR, Trentini CM. Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. Aval. psicol. [periódico na Internet]. 2009. [citado 2013 Jan 08]. Disponível em: http:// pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000100004&lng=pt.

Hegenberg M. Psicoterapia Breve. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Henderson VW. Gonadal hormones and cognitive aging: a midlife perspective. Womens Health (Lond Engl). 2011 Jan;7(1):81-93.

Hogervorst E & Bandelow S. Sex steroids to maintain cognitive function in women after the menopause: a meta-analyses of treatment trials. Maturitas. 2010May;66(1):56-71.

Hunter M. The Women's Health Questionnaire : A Measure of Mid-Aged Women's Perceptions of Their Emotional and Physical Health. Psychology and Health 1992;7:45-54.

Hurd WW, Amesse LS, Randolph JF. Menopausa . In: Berek, JS; Adashi,E; Hillard. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1035-64.

Jeong Y, Levine S, Huttenlocher J. The development of proportional reasoning: Effect of continuous vs. discrete quantities. Journal of Cognition and Development. 2007;8:237–256.

Johnson JK, Lui LY, Yaffe K. Executive function, more than global cognition ,predicts functional decline and mortality in elderly women. J Gerontol A Biol SciMed Sci. 2007 Oct;62(10):1134-41.

Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM; Siegelbaum, SA; Hudspeth AJ. Princípios de neurociências. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Kaplan RM. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A (editors). Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 3-30.

Kessing LV. Depression and risk for dementia. Curr Opin Psychiatry 2012, 25:457-461.

Knapp P & Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisaA de terapia cognitiva. Ver Bras Psiquiatr. 2008; 30 (Supl II) : S54-64.

Kocoska-Maras L, Zethraeus N, Rådestad AF, Ellingsen T, von Schoultz B, Johanness on M & Hirschberg AL. A randomized trial of the effect of testosterone and estrogen on verbal fluency, verbal memory, and spatial ability in healthy postmenopausal women. Fertil Steril. 2011 Jan;95(1):152-7.

Kolb DA, Baker AC, Jensen PJ. Conservation as experimental learning. In: AC Barker, PJ Jensen, DA Kolb and associates, Conservation learning: An experimental approach to knowledge creation. Westpost, Connecticut: Quorum. 2002.

Lambert K & Kinsley CH. Neurociencia Clínica: as bases neurobiológicas da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.500 p.

Lavrestsky, H; Sajatovic, M; Reynolds III, CF. Late-Life Mood Disorders. New York: Oxford University Press; 2013. p. 606-26.

Llaneza P, García-Portilla MP, Llaneza-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. Maturitas. 2012 Feb;71(2):120-30.

Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003. 347p

Lezak MD. Neuropsychological Assessment **5**nd. ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. 1200p

Luria AR. Atenção e Memória. In:Luria AR. Fundamentos de Neuropsicologia. São Paulo: EDUSP; 1984. p. 223-65.

Magnotta VA, Jonson CP, Follmer R, Wemmie JÁ. Functional atoh1 imaging in panic disorder. Biol Psychiatry, 2014, 75: 884-91.

Magila MC. Distúrbios de memória e lobos frontais. In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. p. 157-69.

Maki PM, Freeman EW, Greendale GA, et al. Summary of the NIA-sponsored Conference on Depressive Symptoms and Cognitive Complaints in the Menopausal Transition. Menopause (New York, N.Y.) 2010;17(4):815-822.

Mari JJ & Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. Psychol Med. 1985 Aug;15(3):651-9.

Marinho RM. Função Cognitiva na Pós-Menopausa Efeitos da Terapia Estrogênica [Tese de Doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 2004.

Meyers, JE. Trail Making. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. Enciclopedia of Clinical Neuropsychology, New York: Springer; 2011. p 2537-8.

Miller VM, Garovic VD, Kantarci K, Barnes JN, Jayachandran M, Mielke MM,Joyner MJ, Shuster LT, Rocca WA. Sex-specific risk of cardiovascular disease and cognitive decline: pregnancy and menopause. Biol Sex Differ. 2013 Mar 28;4(1):6.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).

Moreno DH, Dias R , Moreno RA. Transtornos do humor. In:Louzã Neto, MR; Elkins, H, et al. Psiquiatria Básica. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 219-34.

Morgado I. Psicobiologia del aprendizagem y la memoria: fundamentos y avances recientes. Rev Neurol. 2005; 40(5):289-97.

Morrow PKH, Mattair DN, Hostobagyi GN. Hot flashes; A review of pathophysiology and treatment modalities. The Oncologist, 2011: 16: p. 1658-64.

Mosconi L, Tsui WH, De Santi S, Li J, Rusinek H, Convit A, Li Y, Boppana M, de Leon MJ. Reduced hippocampal metabolism in MCI and AD: automated FDG-PET image analysis. Neurology. 2005 Jun 14;64(11):1860-7.

Mukai H, Kimoto T, Hojo Y, Kawato S, Murakami G, Higo S, Hatanaka Y, Ogiue-Ikeda M. Modulation of synaptic plasticity by brain estrogen in the hippocampus. Biochim Biophys Acta. 2010 Oct;1800(10):1030-44.

Nascimento E. Adaptação da Terceira edição da escala Wechsler de inteligência para adultos (WAIS-III) para uso no contexto brasileiro. Temas Psicol. Dez 1998; 6(3).

Nicol-Smith L. Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. BMJ : British Medical Journal 1996; 313(7067):1229-1232.

Nomoto H, Baba H, Satomura E, Maeshima H, Takebayashi N, Namekawa Y, Suzuki T, Arai H. Serum brain derived neurotrophic factor levels and personality traits in patients with major depression. BMC Psychiatry. 2015 Mar 4;15:33.

Novaes ME.; Relaxamento para todos: Controle do Estresse. Campinas, SP: papiros, 1997.

OMS- Organização Mundial da Saúde. Compreendendo a saúde das mulheres no mundo de hoje. In: OMS - Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasil: OPAS/OMS; 2011.p.1-13; 59-67.

OMS- Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aquilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Burger H, Demyttenaere K, de Girolano G, Haro JM, Hwang I, Karan E, Kawakami N, Lépine JP, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Sampson N, Scott K, Ustun TB, Von Korff M, Williams DR, Zhang M, Kessler RC. Disability and treatment of specific mental and physical Disorders across the world. Br J Psychiatry. 2008 May; 192(5) : 368-75.

Ostrosky-Solis F & Gutierrez AL. Reabilitação neuropsicológica da atenção e da memória. In: Abrisqueta-Gomez, Jacqueline; et al. Reabilitação Neuropsicológica: da teoria à prática. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 227-40.

Partington, JE & Leiter, RG. Divided Attention Test or Partington's Pathways Test. Psychological Service Center Journal. 1949; 1:11-20.

Palácios, M; Jardim, S; Ramos, A; Silva Filho, JF. Validação do Self Report Questionáire- 20 (SRQ-20) em uma população de trabalhadores de um banco estatal do Rio de janeiro-Brasil. In: Silva Filho e Silva Jardim, organizadores. A danação do trabalho. Rio de janeiro: Te Corá Editora; 1997. p 225-44.

Paavonen V, Kampman O, Illi A, Viikki M, Setala-Soikkeli E, Leionen E. A cluster model of temperament as indicator of antidepressant response and symptom severity in major depression. Psychiatry Investig. 2014 Jan;11(1):18-23.

Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. Endocrinol Metab Clin North Am. 1997 Jun;26(2):279-94.

Petticrew M. The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain. Psychol. med. 1997; 27:765-74.

Piaget J . *A Evolução Intelectual da Adolescência à Vida Adulta*. Trad. Fernando Becker e Tania B.I. Marques. Porto Alegre: Faculdade de Educação, 1993.

Picazo O, Espinoza-Raya J, Jiménez-Trejo F et al (2011). Role of estrogens on some cognition-related aspects. *Current Topics in Medicinal Chemistry*, 11, 1742-1749. 2011.

Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Menopausal symptoms: do life events predict severity of symptoms in peri- and post-menopause? Maturitas. 2012 Aug;72(4):324-31.

Pinkerton JV, Zion AS. Vasomotor symptoms in menopause: where we've been and where we're going. J Womens Health (Larchmt). 2006 Mar;15(2):135-45.

Poli MEH, Schwanke CHA, Cruz IBM . A menopausa na visão gerontológica. Scientia Medica (Porto Alegre). 2010; 20(2):176-84.

Pompili A, Arnone B, Gasbarri A. Estrogens and memory in physiological and neuropathological conditions. Psychoneuroendocrinology. 2012 Sep;37(9):1379-96.

Powell VB, Abreu N, de Oliveira IR, Sudak D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. Ver Bras. Psiquiatr. 2008; vol 30 supp 2. São Paulo Oct.

Rufo-Campos M. La historia, conceptos básicos y aplicaciones. Ver Neurol; 43 Suppl 1: S 57-8, 2006 Oct 10.

Ryan J, Stanczyk FZ, Dennerstein L, Mack WJ, Clark MS, Szoeke C, Kildea D, Henderson VW. Hormone levels and cognitive function in postmenopausal midlife women. Neurobiol Aging. 2012 Mar;33(3):617.

Saffi F & Neto FL. Terapias comportamentais cognitivas. In: Louzã Neto, MR; Elkins, H, et al. Psiquiatria Básica. 2a. ed.Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 660-7

Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *American Journal of Public Health* 2009;99(4):713-9.

Sandilyan MB & Dening T. Mental health around and after the menopause. Menopause Int. 2011 Dec;17(4):142-7.

Santos, J. Validação do teste de trilhas - B (Trail Making Test - B) para uso em pacientes brasileiros com câncer em cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011 [acesso 2015-01-29]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18082011-074222/.

Savage JE, McMichel O, Gorlin E, Beadel JR, Teachman B, Vladimirov VI, Hettema JM, Roberson-Nay R. Validation of candidate anxiety disorder genes using a carbon dioxide challenge task. Biol Psychol, 2015; 109: 61-6.

Schimidt PJ & Rubinow DR. Menopause-related affective disorders: a frutification for further study. Am J Psychiatry, 148: 844-852, 1991.

Shanmugan S & Epperson CN. Estrogen and the prefrontal cortex: towards a new understanding of estrogen's effects on executive functions in the menopause transition. Hum Brain Mapp. 2014 Mar;35(3):847-65.

Sherwin BB & Grigorova M. Differential effects of estrogen and micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on cognition in postmenopausal women. Fertil Steril. 2011 Aug;96(2):399-403.

Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, Thal L, Wallace RB, Ockene JK, Hendrix SL, Jones BN 3rd, Assaf AR, Jackson RD, Kotchen JM, Wassertheil-Smoller S,Wactawski-Wende J; WHIMS Investigators. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. JAMA. 2003 May28;289(20):2651-62.

Seide Eliane Maria Fleury & Zannon Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2015 Jan 29] ; 20(2): 580-588. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027.

Soares CN & Maki PM. Menopausal transition, mood, and cognition: an integrated view to close the gaps. Menopause. 2010 Jul;17(4):812-4.

Smits M, Dippel DW, Houston GC, Wielopolski PA, Koudstaal P J, Hunink MG, et al. Post-concussion syndrome after minor head injury: brain activation of working memory and attention. *Hum. Brain Mapp.2009;* 30: 2789–803.

Spreen O & Strauss E. Administration, Norms and Commentary. 2nd. ed. New York: Oxford University Press; 1998. p.282-319.

Strauss JL, Marx CE, Weitlauf JC, Stechuchak KM, Straits-Troster K, Worjoloh AW, Sherrod CB, Olsen MK, Butterfield MI, Calhoun PS. Is military sexual trauma associated with trading sex among women veterans seeking outpatient mental healthcare? J Trauma Dissociation. 2011;12(3):290-304.

Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K, Suzuki M, Sato K, Hashimoto K. Personality traits as risk factors for treatment-resistant depression. PLoS One. 2013a; 8(5): e63756 .

Takahashi M, Suzuki M, Muneoka K, Tsuruoka Y, Sato K, Shirayama Y. Personality Traits as predictors for the outcome of lithium augmentation in treatment resultant depression. Psychiatry Res. 2014 Dec 30;220(3):1144-6 .

Tan D, Haines CJ, Limpaphayom KK, Holinka CF, Ausmanas MK. Relief of vasomotor symptoms and vaginal atrophy with three doses of conjugated estrogens and medroxyprogesterone acetate in postmenopausal Asian women from 11 countries: The Pan-Asia menopause (PAM) study. Maturitas. 2005 Sep 16;52(1):35-51.

Taugher RJ, Lu Y, Wang Y, Keple CJ, Ghobbeh AS, Fan R, Sowers LP, Wemmie JA. The bed nucleus of the stria terminalis is critical for anxiety-related behavior evoked by Co_2 and acidosis. J Neurosci. 2014; 34: 10247-55.

Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: Mechanisms linking vascular disease with depression. Mol Psychiatry 2013 September; 18(9): 963-974.

Thase ME & Rush AJ. Treatment resistant depression. In: FE Bloom & DJ Kupfer (Eds), Psychopharmacology: the fourth generation of progress . pp 1081-1097. New York: raven Press.

Tsatsanis K. Wide Range Assessment of Memory and Learning (WRAML). In: Wolkmar FR, editor. Enciclopedia of Austim Spectrum Disorders. New Haven: Springer Link; 2013. p.3374-7.

Umland ME. Treatment strategies for reducing the burden of menopause-associated vasomotor symptoms. J Manag Care Pharm. 2008 Apr;14(3Suppl):14-9.

Umland ME & Falconieri L. Treatment options for vasomotor symptoms in menopause: focus on desvenlafaxine. International Journal of Women”s Health, 2012: (4), p.305-19.

Unsal A, Tozun M, Ayranci U. Prevalence of depression among postmenopausal women and related characteristics. Climacteric. 2011 Apr;14(2):244-51.

Valkanova V & Ebmeier KP. Vascular risk factors and depression in later life: A systematic review and meta-analysis. Biol Psychiatry 2013; 73: 406-413.

Veloso LC, Maranhão RMS, Lopes VMLV. Alterações biopsicossociais na mulher climatérica: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar. 2013; 6(3).

Vu NQ & Aizenstein HJ. Depression in the elderly: brain correlates, neuropsychological findings, and role of vascular lesion load. Curr Opin Neurol. 2013, 26:656-661.

Xavier GF. Memória: correlatos anátomo-funcionais. In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo:

Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. p.107-29.

Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. Menopause. 2012 Jul;19(7):735-41.

Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, Morris JN, Rebok GW, Unverzagt FW, Stoddard AM, Wright E; ACTIVE Study Group. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA. 2006 Dec 20;296(23):2805-14.

Wilson BA, Claire L, Badley A, Tate R , Watson P. Rivermead Behavioural Memory Test Extended (RBMT-E). Uk: Pearson; 1999.

Woo YS, Jun TY, Jeon YH, Song HR, Kim TS, Kim JB, Lee MS, Kim JM, Jo SJ. Remitted depressed patients with suicidal ideation and suicide attempts-results from the CRESCEND study. PLOS One. 2014 Oct 3;9(10):e105860

Yassuda MS & Abreu VPS. Avaliação cognitiva. In: Freitas EV, Py L, Cançado F, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p.1252-66.

Zanatta MS & Izquierdo I. Mecanismos da memória: da formação hipocampal ao córtex parietal. In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. p.131-5.