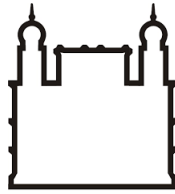


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE, IDEAÇÃO
SUICIDA, ESTRESSE E SONO EM MULHERES NA
PÓS-MENOPAUSA**

Cristina Maria Duarte Wigg

**Rio de Janeiro
Fevereiro de 2020**



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE,
IDEAÇÃO SUICIDA, ESTRESSE E SONO EM MULHERES NA
PÓS-MENOPAUSA**

Cristina Maria Duarte Wigg

Tese apresentada ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

Coorientador: Prof^o Doutor Marcos Aguiar de Souza

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Wigg, Cristina Maria Duarte .

A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa. / Cristina Maria Duarte Wigg. - Rio de Janeiro, 2020.

269 f.; il.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientadora: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro.

Co-orientador: Marcos Aguiar de Souza.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Climatério. 2. Transtornos mentais. 3. Transtornos do sono. 4. Estresse psicológico. 5. Saúde da mulher. I. Título.

Dedicatória

Aqueles que dão sentido à minha vida...

Aos meus filhos queridos, Thiago Duarte Wigg e Bárbara Duarte Wigg, pelo companheirismo e amizade. Pela compreensão nos momentos difíceis e apoio incondicional. Pelo amor verdadeiro e pelos dias felizes...

À minha querida Larissa, sobrinha e filha do coração. Pela compreensão, amor e carinho por estar sempre presente ainda que tão longe...

Aos meus netinhos amados, Nathan e Nicholas...

Aos que já partiram (in memoriam), mas vivem no meu coração, meus pais Nelson e Eliza e minhas irmãs Neliza, Nacélia e Eloisa...

Agradecimentos

Agradeço a Deus! À fé, perseverança e determinação que não me deixaram desistir.

À professora doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, minha orientadora, por ter me aceitado como sua orientanda de doutorado e por ter acreditado no meu projeto. Por sua competência e determinação. Pela oportunidade, generosidade e confiança, pelos ensinamentos e atenção. Por ter compreendido, acolhido, incentivado e elogiado, num dos momentos mais desafiadores da minha vida. Meu imenso agradecimento!

Ao professor doutor Marcos Aguiar de Souza, meu coorientador, pela gentileza de ter aceitado ser meu coorientador e pelo auxílio e colaboração sempre, pelo incentivo, pela oportunidade, confiança, compreensão e pontuais considerações. Muito obrigada!

Ao professor doutor Pedro Paulo Pires dos Santos, pela gentileza de participar da minha banca de doutorado e pelo auxílio e colaboração no tratamento e análise dos dados que viabilizaram esse trabalho. Pela compreensão, pelos ensinamentos e pelo precioso apoio. Muito obrigada!

À Professora doutora Simone Gomes Ouvinha Peres, pela gentileza de participar da minha banca de doutorado e por suas recomendações e observações sempre presentes e preciosas, que amadureceram e enriqueceram o trabalho em desenvolvimento. Muito obrigada!

À professora doutora, Cristina Monteiro Barbosa, pela gentileza de participar da minha banca de doutorado e pelas palavras de apoio e incentivo. Muito obrigada!

Às mulheres, participantes do estudo, que tiveram a boa vontade de colaborar, a paciência de realizar todas as tarefas e a confiança na pesquisa. Muito obrigada!

Às minhas alunas, estagiárias, extensionistas, monitoras da UFRJ e agora mestrandas na Saúde da Mulher do IFF, Amanda Carvalho e Vanessa Soares, que auxiliaram da coleta até o final deste trabalho e estiveram presentes a qualquer hora para o trabalho e nos desafios da pesquisa, meu agradecimento imensurável pela responsabilidade, pelas tarefas realizadas e apoio constante. Muito obrigada!

Às minhas alunas, estagiárias, extensionistas da UFRJ e bolsistas PIBITI e PIBIC na Saúde da Mulher do IFF, Ana Cristina da Silva e Ligia Martins, que auxiliaram da coleta até o final deste trabalho e estiveram presentes a qualquer hora para o trabalho e nos desafios da pesquisa, meu agradecimento imensurável pela responsabilidade, pelas tarefas realizadas e o apoio constante. Muito obrigada!

À Cecília Mallet, pelo sorriso sempre no rosto, pelo acolhimento, colaboração e o cuidado no atendimento às questões referentes à secretaria da Pós-graduação. Muito obrigada!

A todos da secretaria da Pós-graduação, da secretaria da Pesquisa, da secretaria do Comitê de Ética pela colaboração junto às questões administrativas. Muito obrigada!

A todos do ambulatório de ginecologia do IFF que foram sempre muito prestativos, prontos a ajudar e resolver dificuldades. Um agradecimento mais que especial à Socorro de Maria! Muito obrigada!

Ao professor doutor Marcos Nascimento, coordenador da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, pela gentileza de me ouvir e me mostrar que seria possível. Muito obrigada!

Ao professor doutor Pedro Paulo Bicalho de Gastalho, pela sensibilidade e apoio no momento certo. Muito obrigada!

Ao meu genrinho, Rodrigo Sanches, por sua admirável boa vontade em ajudar! Muito obrigada!

À amiga Luzinete, pela ajuda com questões que me preocupavam tanto e roubavam meu precioso tempo para o doutorado, pela força e compreensão! Muito obrigada!

Aos meus filhos pela admiração, incentivo e a compreensão com que lidaram com os muitos momentos em que precisei dedicar toda atenção ao doutorado e a sua finalização. Sem palavras para expressar meu agradecimento!

A todos que compreenderam e concederam uma palavra de força e representaram mais uma forma de acreditar que seria possível. Muito obrigada!

"Por aprendizagem significativa entendo uma aprendizagem que é mais do que uma acumulação de fatos. É uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação futura que escolhe ou nas suas atitudes e personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência."

Carl Rogers (1902-1987)

*“Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.*

Ensinou a amar a vida

e não desistir da luta,

recomeçar na derrota,

renunciar a palavras

e pensamentos negativos.

Acreditar nos valores humanos

e ser otimista.”

Cora Coralina (1889-1985)

Resumo

Estudos vêm mostrando as implicações dos sintomas neuropsíquicos para a manutenção da saúde mental da mulher durante o climatério, destacando a pós-menopausa como uma fase menopausa-relacionada que merece atenção, visto o aumento da expectativa de vida e a permanência por mais anos nesta fase da vida. O estudo foi do campo da epidemiologia e saúde pública e teve como objetivo verificar a prevalência, correlatos e indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino. O estudo foi dividido em 2 etapas e teve uma Cartilha como produto. A primeira etapa tratou de um estudo de revisão narrativa e discutiu climatério e depressão, ansiedade e ideação suicida. A revisão narrativa teve como objetivo discutir estudos acerca da prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida no climatério, analisando os métodos diagnósticos utilizados e as associações mais citadas. As bases consultadas foram Pubmed, Lilacs, Web of Science, Embase e a ferramenta de busca Google Scholar. Foi possível concluir que depressão e ansiedade são desordens muito comuns e bem discutidas no meio científico, mas ideação suicida, apesar de prevalências em torno dos 12%, não tem sido suficientemente estudada. Além disso, essas desordens estão sempre associadas entre si e com outros fatores, biológicos, psicossociais e sociodemográficos. O segundo estudo foi de corte transversal. Foram estudadas 123 mulheres na pós-menopausa com idade a partir de 45 anos. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, escalas de sintomas menopausais e neuropsíquicos. Para caracterização da amostra foram estudadas as prevalências das variáveis sociodemográficas, clínicas e neuropsíquicas. Foram analisadas correlações bivariadas e análise de redes e fluxos. Os resultados mostraram importantes correlações entre os sintomas estudados e a insônia se mostrou uma variável influente. Além disso, a combinação entre fatores de diferentes naturezas foram indicadores de possível agravo à saúde mental da mulher. Concluiu-se ao final dos estudos que sintomas neuropsíquicos são muito prevalentes durante o climatério e que fatores clínicos, sociodemográficos e socioeconômicos se mostraram importantes na contextualização do sofrimento psíquico durante a pós-menopausa. Recomendamos escuta diferenciada e avaliações regulares, permitindo diagnósticos neuropsíquicos personalizados e preventivos, de abordagem biopsicossocial, compondo o acompanhamento de mulheres nos ambulatórios do climatério.

Palavras-chave: Climatério; Transtornos mentais; Transtornos do sono; Estresse psicológico; Saúde da mulher.

Abstract

Studies have shown the implications of neuropsychical symptoms in maintaining women's mental health during the climacteric, highlighting postmenopause as a menopause-related phase that deserves attention, given the increase of life expectancy and the permanence for more years in this phase of life. The study was in the field of epidemiology and public health and aimed to verify the prevalence, correlation and indicators of neuropsychical symptoms in the female climacteric. The study was divided in 2 stages and had a booklet as a product. The first stage dealt with a narrative review study and discussed climacteric and depression, anxiety and suicidal ideation. The narrative review aimed to discuss studies on the prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in the climacteric, analyzing the diagnostic methods used and the most cited associations. The data bases consulted were Pubmed, Lilacs, Web of Science, Embase and the Google Scholar search engine. It was possible to conclude that depression and anxiety are very common disorders and well discussed in the scientific community, but suicidal ideation, despite having prevalence around 12%, has not been sufficiently studied. In addition, these disorders are always associated with each other and with other factors such as, biological, psychosocial and sociodemographic. The second study was cross-sectional. 123 postmenopausal women aged 45 and over were studied. A questionnaire was used to collect data, scales of menopausal and neuropsychical symptoms. To characterize the sample, the prevalence of sociodemographic, clinical and neuropsychic variables were studied. Bivariate correlations and analysis of networks and flows were analyzed. The results showed important correlations between the symptoms studied and insomnia proved to be an influential variable. In addition, the combination of different kinds of factors were indicators of possible damage to women's mental health. It was concluded at the end of the studies that neuropsychical symptoms are very prevalent during the climacteric and that clinical, sociodemographic and socioeconomic factors were important in the contextualization of psychological distress during the postmenopause. We recommend differentiated listening and regular evaluations, allowing personalized and preventive neuropsychical diagnoses, with a biopsychosocial approach, making up the monitoring of women in climacteric outpatient clinics.

Keywords: Climacteric; Mental disorders; Sleep disorders; Psychological stress; Women's health.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	16
1. Introdução	16
1.1 Justificativa.....	21
1.2. Estrutura da Tese.....	23
1.3. Produtos.....	24
1.4. Objetivos	24
1.4.1. Objetivo geral	24
1.4.2. Objetivos específicos.....	25
1.5. Marco Teórico	26
1.5.1. Climatério e Menopausa.....	26
1.5.1.1. Conceito e Definição do Climatério	26
1.5.1.2. Fases Menopausa-relacionadas.....	27
1.5.1.3. Epidemiologia do Climatério	31
1.5.1.4. Sintomatologia do Climatério.....	33
1.5.2. Modelos Explicativos do Climatério Feminino	36
1.5.2.1. Modelo Biomédico	37
1.5.2.2. Modelo Sociocultural	37
1.5.2.3. Modelo Psicossocial	38
1.5.2.4. Modelo Biopsicossocial	39

1.5.3. Sintomas Neuropsíquicos no Climatério.....	42
1.5.3.1. Depressão no Climatério Feminino	42
1.5.3.2. Ansiedade no Climatério Feminino	50
1.5.3.3. Ideação Suicida, Pensamentos Suicidas e Suicídio no Climatério Feminino	55
1.5.3.4. Estresse no Climatério Feminino	61
1.5.3.5. Sono no Climatério Feminino	67
1.6. Detalhamento Metodológico.....	70
1.6.1. Revisão da Literatura (Artigo 1 e Artigo 2).....	70
1.6.2. Estudo sobre prevalência, correlatos e indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino (Artigo 2)	85
1.6.2.1. Desenho e Características do Estudo	85
1.6.2.2. Aspectos éticos	86
1.6.2.3. Participantes e Critérios de Elegibilidade	87
1.6.2.3.1. Critérios de Inclusão.....	87
1.6.2.3.2. Critérios de Exclusão.....	88
1.6.2.4. Amostra	89
1.6.2.5. Procedimentos e instrumentos	90
1.6.2.5.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..	91
1.6.2.5.2. Questionário de Coleta de dados	91
1.6.2.5.3. Índice Menopausal de Blatt-Kupermann (IMK)	91

1.6.2.5.4. Menopause Rating Scale (MRS)	92
1.6.2.5.5. Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	92
1.6.2.5.6. Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)	93
1.6.2.5.7. Inventário Beck de Ansiedade (BAI)	94
1.6.2.5.8. Inventário Beck de Depressão II (BDI II)	94
1.6.2.6. Controle de Vieses	95
1.6.2.7. Análise Estatística	97
1.6.3. Cartilha (Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas Neuropsíquicos no Climatério)	99
CAPÍTULO 2.....	100
Artigo 1: Depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério feminino: uma revisão narrativa (Apêndice A)	100
Contexto histórico	101
Método	106
Resultados e discussão.....	107
Depressão no climatério feminino	107
Ansiedade no climatério feminino.....	115
Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio no climatério feminino.....	120
Considerações finais	126

Artigo 2: A Relação entre Depressão, Ansiedade, Ideação Suicida, Estresse e Sono em Mulheres na Pós-menopausa: fatores associados	130
Introdução	132
Métodos.....	133
Desenho do estudo e participantes	133
Procedimentos e instrumentos	134
Análise Estatística	137
Resultados.....	139
Discussão.....	143
Conclusão	148
Cartilha: Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas Neuropsíquicos no Climatério.....	161
CAPÍTULO 3.....	162
Conclusão Geral	162
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICE A – Artigo no Prelo	182
APÊNDICE B – Cartilha “Aprendendo a lidar com a depressão e outros sintomas neuropsíquicos no climatério”	214
ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/IFF	247
ANEXO B - Decisão Editorial _ Aceite do Artigo 1	251
ANEXO C – Normas Arquivos Brasileiros de Psicologia (Artigo 1) ...	253

ANEXO D – Normas Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
(Artigo 2)..... 261

CAPÍTULO 1

1. Introdução

A Sociedade Internacional de Menopausa (IMS) definiu o climatério como a fase de envelhecimento das mulheres que marca a transição do estado reprodutivo para o não reprodutivo, incorporando a perimenopausa e se estendendo por um período variável por mais tempo antes e após a perimenopausa (1). Como síndrome climatérica a IMS definiu como sendo o período do climatério associado à sintomatologia, visto que não necessariamente a mulher apresenta sintomas climatéricos, mas quando isso ocorre, pode ser chamada de 'síndrome do climatério' (1).

Durante o climatério, como consequência da diminuição gradual dos níveis de estrogênio, podem surgir de forma mais ou menos intensa sintomas vasomotores e físicos, como calores súbitos (fogachos), suores noturnos, distúrbios do sono, problemas cardiovasculares, atrofia urogenital, osteoporose, entre outros (2,3). Essa mudança no ambiente hormonal abre uma “janela de vulnerabilidade” para depressão e desordens psiquiátricas, podendo representar o começo de um quadro de depressão ou um episódio recorrente (4–8). Além disso, a “janela de vulnerabilidade” pode deixar a mulher mais susceptível a desenvolver outros sintomas psicológicos, muito comuns nas fases menopausa-relacionadas, como mudanças de humor, tristeza, frustração, falta de motivação ou interesse, diminuição da energia, desesperança, dificuldade de concentração, dificuldade de tomar decisões, irritabilidade, intolerância, nervosismo, ansiedade e baixa autoestima (6,9–12).

Em adição aos sintomas psicológicos e psiquiátricos associados ao período de transição menopausal, eventos importantes podem estar presentes na experiência climatérica feminina, como o início da aposentadoria, a saída dos filhos de casa, relacionamentos conjugais estagnados, sensação de vazio resultante da perda de juventude, atratividade e falta de papéis sociais e profissionais (2,3). Vários estudos têm verificado que fatores biológicos, sociais e psicológicos podem contribuir significativamente para o surgimento de um quadro depressivo (13–15).

A presença de sintomas neuropsíquicos como depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida, neuroticismo, bem como déficits de memória e atenção foram descritos em vários estudos (16–26), e tem despertado grande preocupação. Todos esses sintomas em torno do período do climatério, combinados ou não, podem exigir muito esforço para serem superados, pondo em risco a saúde mental da mulher (26). Além disso, a associação entre eles pode aumentar o risco de depressão e ideação suicida, considerando a maior vulnerabilidade da mulher no climatério (4).

Segundo a OMS (27), depressão e ansiedade são desordens mentais comuns devido à sua alta ocorrência na população mundial, e sua maior prevalência é entre as mulheres, com pico entre 55 e 74 anos e entre 35 e 54 anos, respectivamente. A saúde física, ansiedade, idade e status menopausal têm sido estudados como possíveis fatores associados à depressão mais grave entre mulheres no climatério (28). A ansiedade, além de fortemente associada com depressão, tem sido um dos sintomas neuropsíquicos de maior prevalência no climatério (23).

O risco para o suicídio no climatério tem sido associado a pós-menopausa (25), uma questão de saúde pública, considerando o aumento da expectativa de vida e de mulheres vivenciando a pós-menopausa (29). Apesar da importância do tema, poucos estudos têm sido desenvolvidos sobre ideação suicida, pensamentos suicidas e suicídio no climatério, principalmente no ocidente. Uma das explicações para o surgimento de ideação e comportamento suicida no climatério tem sido relacionada ao aumento da impulsividade, causada por um nível baixo de estrogênio e consequente diminuição da função serotoninérgica (30,31). Entretanto, fatores de ordem cultural, sociodemográfica e econômica, desigualdades e iniquidades, estão intimamente relacionados ao suicídio, fazendo das mulheres pobres as maiores vítimas (27). Outros fatores têm sido associados ao comportamento suicida na mulher, como idade, ansiedade, depressão e estresse (25,28,31–33)

A insônia é outro sintoma vasomotor e neuropsíquico muito prevalente no climatério (23,34). Frequentemente associada a sintomas vasomotores e aos fatores psicossociais (35), a exposição à insônia aumenta a vulnerabilidade da mulher aos comprometimentos físicos e emocionais (36). Muitas vezes negligenciada, a insônia possui difícil diagnóstico por sua etiologia estar relacionada a diversos fatores (35), podendo estar no âmbito físico, psicológico e/ou socioemocional. Problemas de sono geralmente estão associados a outras condições, e não surgem isolados ou independentes (37).

O estresse é um sintoma neuropsíquico preocupante no climatério. Estudos vêm revelando alta prevalência de estresse em mulheres de meia idade que se encontram na menopausa (38–41). Ademais, tem sido verificado

que mulheres na pós-menopausa apresentam um valor médio de estresse significativamente maior em comparação às mulheres na pré-menopausa e nas usuárias de ansiolítico (42). Sintomas psicológicos e relacionamentos interpessoais ruins no trabalho (43), fatores profissionais, familiares, pessoais e de saúde acarretam níveis consideráveis de estresse no climatério (40). Lee et al (31), encontraram dados que indicam que o estresse e o apoio social afetam diretamente a depressão em mulheres, representando um importante fator de risco.

Outro aspecto importante diz respeito à relação entre sintomas neuropsíquicos e vasomotores. Estudos têm buscado verificar se a presença de fogachos e suores noturnos pode interferir no sono, determinando o aparecimento de condições depressivas e ansiosas (Teoria do Efeito Dominó) a longo prazo (44). A “Teoria do Efeito Dominó” refere-se ao efeito cascata, no qual os sintomas vasomotores levam a distúrbios do sono, fadiga, sintomas depressivos e problemas de memória. Alguns autores não confirmaram os efeitos da “Teoria do Efeito Dominó” no funcionamento cognitivo, por exemplo (45). No decorrer dos anos, algumas inconsistências não confirmam à existência desse efeito.

Neste contexto, o climatério representa um período de importantes mudanças na vida das mulheres e nem sempre é vivenciado naturalmente. Além disso, muitos fatores e eventos podem estar presentes ao longo desse período, o que pode aumentar a procura por assistência psicológica e psiquiátrica. Podemos verificar que a relação entre fatores psicossociais, socioculturais, demográficos e econômicos precisam ser melhor investigados

durante o período climatérico, pois podem se sobrepor aos sintomas climatéricos biológicos, aumentando o risco e/ou o agravamento de depressão e ansiedade (4), ideação suicida (25,27,28,31–33,46,47), insônia (35) e estresse (31,40,43).

Buscando somar dados aos estudos científicos acerca da relação entre climatério e sintomas neuropsíquicos, o presente estudo investigou o relacionamento entre sintomas de depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e problemas relacionados ao sono na pós-menopausa e tem como questão principal a seguinte pergunta: ***Qual o relacionamento entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e problemas relacionados ao sono na pós-menopausa?*** Cabendo outras subquestões como: *Quais seriam as prevalências desses sintomas na pós-menopausa? Haveriam associações entre esses sintomas? Qual seria a magnitude das associações, caso estejam presentes? A pós-menopausa seria de fato uma fase do climatério de altas prevalências de sintomas neuropsíquicos? Devemos nos preocupar com o controle e a prevenção desses sintomas na manutenção e promoção da saúde da mulher na pós-menopausa? Que recomendações podemos fazer para a assistência às mulheres no climatério, a partir dos resultados encontrados?* Para responder essas questões e buscando contribuir com dados epidemiológicos e com as pesquisas no campo da saúde pública, desenvolveu-se um estudo de revisão narrativa sobre o climatério e sintomas neuropsíquicos, seguido de um estudo transversal e de associação, com a participação de 123 mulheres pós-menopausadas, atendidas pelo Setor de Endocrinologia Ginecológica do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da

Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). O estudo foi parte da linha de pesquisa **“Morbimortalidade da mulher”**, sendo um subprojeto do projeto **“Envelhecimento da mulher: estudo das comorbidades de maior prevalência da mulher na pós-menopausa visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida”**, pesquisadora responsável professora doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, CAAE 03498812.7.0000.5269. O subprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do IFF/FIOCRUZ, sob o parecer nº 3.273.150, de 18 de abril de 2019. Nossa hipótese é de que os sintomas neuropsíquicos, como depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e problemas relacionados ao sono mostram-se prevalentes, mantendo fortes associações na pós-menopausa feminina.

O subprojeto pretendeu colaborar com o desenvolvimento dos objetivos do projeto principal, produzindo mais conhecimento acerca da saúde mental da mulher no climatério, viabilizando informação para as mulheres usuárias do Setor de Endocrinologia Ginecológica do IFF/FIOCRUZ, contribuindo para uma melhor capacitação de profissionais e para um atendimento mais humanizado e dirigido à saúde da mulher e ao seu bem-estar geral. Além disso, o subprojeto produziu informações relevantes para que sejam discutidas novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e novas pesquisas.

1.1 Justificativa

Poucos estudos de base populacional, nacionais e latino-americanos, sobre a epidemiologia do climatério e da menopausa têm sido desenvolvidos e

os países desenvolvidos da América do Norte e Europa são responsáveis pela maioria dos dados disponíveis (48). Além disso, a população feminina vem alcançando uma sobrevida em torno dos 72.4 anos de idade e cerca de um terço da vida dessas mulheres será vivido no climatério, predominantemente na fase de deficiência estrogênica (49,50). A OMS (51) estipulou que por volta dos 50 anos a mulher atinge a menopausa e devido ao aumento da expectativa de vida estimou que em 2030, cerca de 1,2 bilhões de mulheres estarão na menopausa, atingindo uma margem anual de 47 milhões (52).

Depressão e ansiedades são sintomas neuropsíquicos muito estudados no climatério (16,21,31,54–57), consideradas desordens mentais comuns e de forte impacto para a saúde mundial (27), são também sintomas muito prevalentes no envelhecimento feminino (27,58). Entretanto, outros sintomas neuropsíquicos que também vêm sendo relacionados ao climatério, como insônia, estresse e ideação suicida, precisam ser estudados em associação com depressão e ansiedade, de forma a compreendermos melhor como se configura a dinâmica de relacionamento entre esses sintomas durante o climatério. De modo geral, o interesse das pesquisas em relação aos sintomas neuropsíquicos no climatério tem dedicado maior atenção ao estudo da depressão, ansiedade e sono (16,20,21,23,31,56,57,59,60). O material produzido sobre estresse e ideação suicida no climatério tem sido insuficiente, apesar das significativas prevalências verificadas em alguns estudos (28,41). Além disso, a relação entre os sintomas tem sido investigada predominantemente entre pares, na maioria das vezes investigando a relação depressão e ansiedade (23,61,62).

Outro aspecto importante refere-se à participação dos fatores biológicos, socioculturais e psicossociais no surgimento de fatores neuropsíquicos no climatério. Estudos vêm mostrando que a compreensão dos conflitos vivenciados pela mulher no climatério podem explicar-se a partir de diferentes modelos, o modelo biomédico tem sido predominante no direcionamento das pesquisas sobre sintomas neuropsíquicos (16,17,21,23,28,31,41,43–57,59–63), entretanto, os modelos psicossocial e biopsicossocial se mostram muito relevantes e tem despertado interesse científico (7–9,13,14,63–68), considerando a variedade de fatores e sintomas presentes no climatério feminino.

Neste cenário, justificou-se o interesse e o desenvolvimento de um estudo sobre a relação entre sintomas neuropsíquicos, climatério e suas associações, destacando a relação entre climatério e depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida e sono em mulheres na pós-menopausa e fatores associados. Além disso, houve um grande interesse em contribuir com achados epidemiológicos e do campo da saúde pública no que tange à saúde da mulher, de forma a produzir dados que pudessem tornar o atendimento à mulher no climatério mais humanizado e especializado.

1.2. Estrutura da Tese

A tese está apresentada em formato coletânea de artigos, de acordo com a Deliberação Conjunta PGSCM e PGPASCM 01/2013, de 15 de outubro de 2013 – Estrutura de Teses e Dissertações no formato de coletânea de artigos ou artigo, adaptado de Cardoso Willaume, 2012 - Elaboração do Trabalho Científico. Flama Ramos Acabamento e Manuseio Gráfico Ltda.

A tese foi subdividida em capítulos da seguinte forma: Capítulo 1- Conteúdos introdutórios, justificativa e estrutura da tese, com referidos produtos, marco teórico e detalhamento metodológico dos produtos obtidos, ou seja, Artigo 1, Artigo 2 e Cartilha. Capítulo 2 - Apresentação dos artigos completos e Cartilha. Capítulo 3 – Considerações finais. Após seguem Referências e por fim, os elementos pós-textuais (Anexos I, II e III).

1.3. Produtos

Ao longo da pesquisa, foram elaborados dois artigos: Artigo 1: Depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric: a narrative review. Artigo aceito em 31/01/2020, no prelo, para publicação pela revista Arquivos Brasileiros de Psicologia e; Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Além dos artigos foi elaborada uma Cartilha informativa, a partir da revisão da literatura e dos dados encontrados. Outros artigos e pesquisas poderão ser desenvolvidos a partir dos dados coletados e resultados encontrados.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

O estudo teve como objetivo verificar a prevalência, correlatos e indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino.

1.4.2. Objetivos específicos

- Realizar um estudo de revisão acerca dos principais sintomas neuropsíquicos no climatério (Artigo 1: Depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric: a narrative review. Artigo aceito em 31/01/2020, para publicação pela revista Arquivos Brasileiros de Psicologia);
- Verificar a associação entre sintomas clínicos e neuropsíquicos e entre sintomas neuropsíquicos em mulheres na pós-menopausa (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria);
- Verificar a associação entre sintomas clínicos e neuropsíquicos com componentes do sono (PSQI) em mulheres na pós-menopausa (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria);
- Obter a análise de rede para a relação entre sintomas neuropsíquicos e clínicos, para mulheres pós-menopausadas, além de comparar redes extraídas e fluxos entre variáveis estudadas (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria);

- Verificar as prevalências dos fatores sociodemográficos, sintomas clínicos e neuropsíquicos em mulheres na pós-menopausa (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria);
- Comparar prevalências sociodemográficas e clínicas com os grupos com e sem sintomas neuropsíquicos em mulheres na pós-menopausa (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa: fatores associados. (Artigo desenvolvido para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria).

1.5. Marco Teórico

1.5.1. Climatério e Menopausa

1.5.1.1. Conceito e Definição do Climatério

O termo "climatério" se originou do grego "Klimakter" e significa "ponto crítico da vida humana" (69). O uso do termo climatério foi discutido em 1980 pelo Grupo Científico da OMS de Pesquisa sobre Menopausa (70) com o objetivo de verificar se o termo seria apropriado para descrever as fases e períodos em torno da menopausa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (51), as fases e períodos em torno da menopausa não estavam sendo definidos e aplicados com a consistência necessária e o termo climatério

estava causando alguma confusão (51). A Sociedade Internacional da Menopausa (IMS), considerando a redução dos diferentes termos aplicados no campo da pesquisa sobre menopausa e a garantia de uma definição padronizada dos vários termos referentes à menopausa e climatério, encomendou um projeto do Conselho das Sociedades Menopáusicas Afiliadas (CAMS) com participação de um grupo de especialistas das principais regiões do mundo. Apesar da recomendação da OMS, a decisão foi manter o uso do termo climatério e definiu-o “como a fase do envelhecimento da mulher que marca a transição do estado reprodutivo para o não reprodutivo, incorporando a perimenopausa e prolongando-se por um período variável por mais tempo antes e após a perimenopausa” (1). Como justificativa, o IMS considerou que o termo climatério foi usado por gerações e descreve adequadamente as fases relacionadas à menopausa (1).

1.5.1.2. Fases Menopausa-relacionadas

Utian (1) publicou uma lista de definições relacionadas à menopausa, aprovadas pelo Conselho da Sociedade Internacional da Menopausa em outubro de 1999. A recomendação teve como objetivo padronizar os termos internacionalmente para evitar desinformação terminológica e uso indevido dos termos relacionados à menopausa. Uma lista inclui todos os termos especificados pela OMS (51) e inclui os termos Climatério e Síndrome Climatérica. O termo Climatério foi definido: “A fase do envelhecimento da mulher marcando a transição da fase reprodutiva para o estado não

reprodutivo. Essa fase incorpora a perimenopausa, estendendo-se por um período variável mais longo antes e após a perimenopausa” (1).

Segue abaixo o quadro de definições da IMS sobre as fases menopausa-relacionadas, modificado da OMS, incluindo os termos *Climatério* e *Síndrome climatérica*.

Quadro 1. Relação das fases menopausa-relacionadas segundo OMS e IMS

<i>Termo</i>	<i>Fonte</i>
<p>Menopausa (Menopausa natural)</p> <p>O termo menopausa natural é definido como a cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana. Reconhece-se que a menopausa natural ocorreu após 12 meses consecutivos de amenorréia, para os quais não há outra causa patológica ou fisiológica óbvia. A menopausa ocorre com o período menstrual final, que é conhecido com certeza apenas em retrospecto, um ano ou mais após o evento. Não existe um marcador biológico independente adequado para o evento. O termo perimenopausa deve incluir o tempo imediatamente anterior à menopausa (quando começam os aspectos endocrinológicos, biológicos e clínicos da abordagem da menopausa) e o primeiro ano após a menopausa.</p>	WHO
<p>Perimenopausa</p> <p>O termo perimenopausa deve incluir o tempo imediatamente anterior à menopausa (quando começam as características endocrinológicas, biológicas e clínicas da abordagem da menopausa) e o primeiro ano após a menopausa..</p>	WHO
<p>Transição da menopausa</p> <p>O termo transição da menopausa deve ser reservado para o período anterior ao período menstrual final, quando a variabilidade no ciclo menstrual geralmente aumenta. Esse termo pode ser usado como sinônimo de 'pré-menopausa', embora esse último termo possa ser confuso e, de preferência, deva ser abandonado.</p>	WHO
<p>Climatério</p> <p>A fase no envelhecimento das mulheres marcando a transição da fase reprodutiva para o estado não reprodutivo. Essa fase incorpora a perimenopausa, estendendo-se por um período variável mais longo antes e após a perimenopausa.</p>	IMS

<p>Síndrome climatérica</p> <p>O climatério está às vezes, mas não necessariamente sempre, associado à sintomatologia. Quando isso ocorre, pode ser chamada de 'síndrome do climatério'.</p>	IMS
<p>Pré-menopausa</p> <p>O termo pré-menopausa é freqüentemente usado de forma ambígua, tanto para se referir aos 1 ou 2 anos imediatamente antes da menopausa quanto para todo o período reprodutivo anterior à menopausa. O grupo recomendou que o termo fosse utilizado de forma consistente no último sentido para abranger todo o período reprodutivo até o período menstrual final</p>	WHO
<p>Pós-menopausa</p> <p>O termo pós-menopausa é definido como datado do período menstrual final, independentemente de a menopausa ter sido induzida ou espontânea.</p>	WHO
<p>Menopausa prematura</p> <p>Idealmente, a menopausa prematura deve ser definida como menopausa que ocorre com uma idade inferior a dois desvios-padrão abaixo da média estimada para a população de referência. Na prática, na ausência de estimativas confiáveis da distribuição da idade na menopausa natural em populações nos países em desenvolvimento, a idade de 40 anos é freqüentemente usada como ponto de corte arbitrário, abaixo do qual a menopausa é considerada prematura.</p>	WHO
<p>Menopausa induzida</p> <p>O termo menopausa induzida é definido como a interrupção da menstruação que segue a remoção cirúrgica de ambos os ovários (com ou sem histerectomia) ou a ablação iatrogênica da função ovariana (por exemplo, por quimioterapia ou radiação)</p>	WHO

Fonte: Utian, 1999 (1)

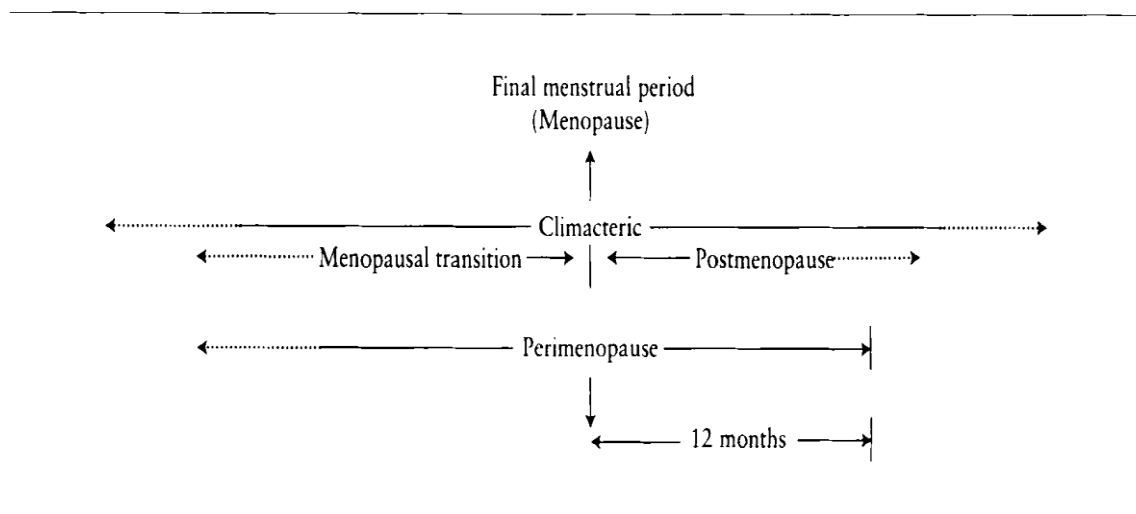


Figura 1. Relação entre diferentes períodos em torno da menopausa. Fonte: Utian, 1999 (1)

O IMS (1) e a OMS (51) definiram as fases do ciclo menstrual em: pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa pode ser entendida como um período de regularidade menstrual, que abrange os últimos doze meses até a menopausa, ou todo o período reprodutivo, até o período menstrual final. Quando os ciclos menstruais se tornam irregulares e mais curtos, com intervalos mais longos entre os ciclos, a perimenopausa começa. A perimenopausa foi definida como o período anterior à menopausa, quando ocorrem alterações biológicas, endocrinológicas e clínicas e o primeiro ano após a menopausa. A menopausa é a fase em que a interrupção permanente da menstruação ocorre devido à perda da atividade folicular ovariana, representando a fase dos últimos 12 meses consecutivos sem menstruação e ocorrendo com o período menstrual final, por volta dos 50 anos de idade. Não existe um bom marcador biológico que determine a menopausa. Após os últimos 12 meses consecutivos sem menstruação, começa a pós-menopausa, representando o período menstrual final, independentemente de a

menopausa ter sido induzida ou espontânea (1,51). Com base na recomendação do IMS, essas fases compõem a definição de climatério.

1.5.1.3. Epidemiologia do Climatério

Segundo Lui Filho et al (48), existem poucos estudos na atualidade de base populacional, nacionais e latino-americanos, sobre a epidemiologia do climatério e da menopausa. Os países desenvolvidos da América do Norte e Europa são responsáveis pela maioria dos dados disponíveis e a escassez de trabalhos populacionais recentes demanda uma melhor avaliação das mulheres brasileiras.

A OMS (51) estipula que por volta dos 50 anos a mulher atinge a menopausa, sendo possível que variações ocorram entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. As projeções mostraram que em 1990 haviam em torno de 476 milhões de mulheres pós-menopausadas de 50 anos ou mais. Em 1990, cerca de 25 milhões de mulheres no mundo atingiram a menopausa e a expectativa é de que em 2020, 50 milhões de mulheres atinjam a menopausa (51). Segundo a OMS (52), em 2030, cerca de 1,2 bilhões de mulheres estarão na menopausa, atingindo uma margem anual de 47 milhões.

A expectativa de vida no mundo vem aumentando, principalmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e com o aumento da expectativa de vida a população feminina vem alcançando uma sobrevida em torno dos 72.4 anos de idade (49). Com isso, cerca de um terço da vida dessas mulheres será vivido no climatério, predominantemente na fase de deficiência estrogênica (49).

No Brasil, a população de mulheres totaliza mais de 98 milhões e aproximadamente 30 milhões encontram-se na faixa etária de 35 a 65 anos; identificando 32% na faixa etária em que ocorre o climatério (67). Portanto, o período pós-menopausa responde por cerca de 1/3 da vida útil de uma mulher (50), convivendo com sintomas como fadiga, fogachos e suores noturnos, insônia, cefaléia, entre outros (2,3,54)

Dados brasileiros informam que a média etária de ocorrência do último sangramento menstrual foi 46,5 +/- 5,8 anos. O valor foi considerado baixo quando comparado aos relatados por estudos conduzidos em populações semelhantes (48). Quanto menor a idade de instalação da menopausa maior o risco de mortalidade por causas gerais e por algumas causas específicas como doenças cardiovasculares (71). De acordo com Wu (72), mulheres com menopausa em idade mais tardia apresentam maior taxa de mortalidade por neoplasias malignas ginecológicas hormônio-dependentes. Além disso, o climatério vem sendo associado ao aumento do risco para depressão, tendo a idade como um dos fatores de risco (73).

Considerando todos esses aspectos, o climatério representa uma questão de saúde pública, pelo aumento da vulnerabilidade e do risco para doenças crônicas, cardiovasculares e mentais. Da mesma forma, é um problema de saúde pública pelas repercussões sociais produzidas, surgindo em consequência do aumento da expectativa de vida ocorrida mundialmente (23).

1.5.1.4. Sintomatologia do Climatério

O climatério pode ser definido como uma fase da evolução biológica feminina em que ocorre a transição da mulher do período reprodutivo (ovulatório) para o não-reprodutivo. Essa fase é caracterizada por alterações menstruais, fenômenos vasomotores, alterações físicas, ósseas, cardiovasculares e psicológicas que podem afetar a qualidade de vida, não apresentando limites definidos de tempo de ocorrência, sendo variável para cada mulher (74). Uma gradativa e relativa variedade de sintomas físicos e psíquicos vai se configurando a partir da queda hormonal progressiva, particularmente do estradiol. Essa queda hormonal é responsável por manifestações clínicas nos tecidos que possuem receptores para os hormônios em declínio, levando a alterações menstruais, vasomotoras, neurogênicas, psicogênicas, metabólicas (óssea e lipídica), mamárias, urogenitais, urinárias, osteomusculares e tegumentares (pele e anexos) (2,3,54,74).

Dentre os principais sintomas da síndrome climatérica estão os vasomotores, representados pelas ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, insônia, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias e os psíquicos, como depressão, ansiedade e irritabilidade (74).

A frequência e a intensidade dos sintomas físicos e vasomotores do climatério tem sido muito estudados (75). A presença desses sintomas podem tornar o climatério um período difícil para a mulher, podendo ser vivenciado de forma patológica e como um processo de perdas, que pode interferir significativamente na qualidade de vida da mulher (76,77). Alguns fatores têm sido elencados como responsáveis pela presença e gravidade de sintomas

físicos do climatério, como o status menopausal (78,79), estilo de vida (79), condições crônicas de saúde e comorbidades (79–81). Entretanto, alguns desses achados são considerados controversos (70), o que requer mais estudos e aprofundamento. Numa outra perspectiva, Barcelos et al (82), estudou a relação entre dor pélvica crônica em mulheres e qualidade de vida e verificou uma prevalência associada de 30% de depressão e 73% de ansiedade, destacando o quanto o quadro clínico poderia influenciar negativamente na saúde emocional e na qualidade de vida da mulher.

Entretanto, a literatura vem defendendo que alterações na vida da mulher climatérica vão além da sintomatologia clínica decorrente da redução significativa na produção de hormônios sexuais femininos pelos ovários, como é o caso dos fogachos, aumento do risco para diabetes e doença cardiovascular (83,84). Além dos sintomas físicos e vasomotores e da importância que a presença desses sintomas pode representar para a mulher no climatério, sintomas neuropsíquicos são muito comuns e costumam ser os primeiros a aparecer durante o climatério (49). Dentre os sintomas neuropsíquicos mais estudados no climatério, depressão e ansiedade têm mostrado elevada prevalência e significativa relação com a intensidade de sintomas menopausais (23,50). Além disso, numa perspectiva biomédica, depressão e ansiedade durante o climatério tem sido atribuídas à diminuição da produção e catabolismo dos neurotransmissores cerebrais, provocada pela deficiência do estrogênio (49,85). O estrogênio aumentaria os efeitos da serotonina e da norepinefrina, que se pensa serem os neurotransmissores mais

relacionados à causa fisiológica da depressão (85), o que confere aos baixos níveis de estrogênio uma forte relação com depressão.

A presença de depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida, neuroticismo, déficits de memória e atenção tem sido discutida em vários artigos (16–26). Todas essas ocorrências, combinadas ou não, podem exigir uma grande necessidade de superação, colocando em risco a saúde mental da mulher (26).

Outros eventos importantes podem estar presentes na experiência climatérica feminina, como o início da aposentadoria, a saída dos filhos de casa, relacionamentos conjugais estagnados, sensação de vazio resultante da perda de juventude, atratividade ou papéis sociais e profissionais (2,3). Outros aspectos do próprio envelhecimento, como mudanças no corpo, cuidados e perda de parentes e mudanças na rotina sexual também afetam a vida da mulher climatérica.

Esse conjunto de fatores de ordem biológica, sócio-cultural e psicossocial, frequentemente sobrepostos, oferece riscos ao bem-estar e a saúde da mulher. Condições psicossociais vêm sendo mais estudadas porque constituem parte das experiências ambientais de toda mulher, e durante o envelhecimento feminino podem tornar-se mais incômodas ou difíceis, representando um problema direta ou indiretamente relacionado às transformações biológicas do climatério.

1.5.2. Modelos Explicativos do Climatério Feminino

Existem modelos explicativos para se pensar o climatério e compreender a a dinâmica do período crítico que o climatério pode representar na vida de uma mulher. Portanto, a partir da natureza e da participação de fatores relacionados ao climatério, foram formulados modelos explicativos sobre a relação entre climatério, saúde e doença e fatores associados. De maneira geral, são identificados quatro modelos que buscam explicar o desconforto e a problematização envolvidos no climatério feminino: o modelo biomédico, o modelo sócio-cultural, o modelo psicossocial e o modelo biopsicossocial. Nem sempre esses modelos são discutidos na literatura científica e nem sempre há consenso quanto ao fato do climatério representar uma fase do ciclo de vida da mulher, não somente de significativas mudanças biológicas e físicas, mas também de importantes vivências e sintomas sócio-culturais e psicossociais. Se por um lado os sintomas físicos são tão bem explicados pelas flutuações hormonais e pela consequente queda dos níveis de estrogênio, especialmente do estradiol, o mesmo não acontece com os sintomas neuropsíquicos, que podem ter por base a associação de fatores biológicos, sócio-culturais e psicossociais. Desta forma, nem sempre a compreensão biológica e neurobiológica são suficientes para justificar o surgimento de sintomas neuropsíquicos e nem sempre o hipoestrogenismo pode explicar o surgimento desses sintomas durante o climatério. Desta forma, o climatério é um processo longo, que inicia e precede a menopausa, aproximadamente dez anos antes da cessação definitiva da menstruação e tem implicações médicas, psicossociais e culturais(86).

1.5.2.1. Modelo Biomédico

O modelo biomédico tem por base os sintomas biológicos ou físicos derivados de uma disfunção endócrina (87,88). A sintomatologia biológica ou física (87) e o tratamento pode compensar perdas hormonais (89). Segundo Good (90), as realidades biológicas das doenças são totalmente independentes dos contextos socioculturais. Entretanto, a evidência mais estabelecida está entre hipoestrogenismo e afrontamentos (fogachos), permanecendo inconsistente a sua conexão com a psicopatologia (66).

A partir da visão do modelo biomédico, o sofrimento vivenciado pelas mulheres decorre das alterações endócrinas, tendo-se para isso um tratamento de substituição, repondo a carga hormonal que está sendo perdida (91). A forma como o modelo biomédico compreende o climatério tornou o tratamento predominantemente médico, ocorrendo uma minimização da problemática e das intervenções psicoterápicas, justificadas pelo número de queixas vasomotoras e de mal-estar (89). De modo geral, o tratamento visava repor ou substituir as perdas que ocorriam, buscando prevenir doenças ósseas e cardiovasculares (92). O discurso era sustentado exclusivamente nos aspectos orgânicos do mal-estar, promovendo a ideia da eterna juventude, efeito conseguido por uma “pílula quase milagrosa” que vai coibir o envelhecimento (66).

1.5.2.2. Modelo Sociocultural

O modelo sócio-cultural entende o climatério como um processo turbulento, natural e de pequeno porte, com desconfortos que surgem da

construção cultural, associados a estereótipos e atitudes relacionados ao envelhecimento e à perda de papéis sociais (93). Climatério e envelhecimento se confundem e a ideia de envelhecimento acaba sendo antecipada, justamente pela associação que a mulher e a sociedade fazem entre climatério e envelhecimento (66). Segundo Melby, Lock e Kaufert (94), esta relação se associa mais como uma classificação social, do que pela intensidade dos sintomas físicos e percepções cognitivas, propriamente ditas. Segundo o autor, identidade feminina comprometida pela perda da fertilidade explica o aumento da ansiedade psicológica durante o climatério, já que para a mulher a perda da fertilidade tem maior importância do que propriamente os sintomas físicos.

1.5.2.3. Modelo Psicossocial

O modelo psicossocial possui uma abordagem que trata da vulnerabilidade presente no climatério, determinada por fatores hormonais e fatores que geram estresse, como a síndrome do ninho vazio, ausência de companheiro em casa, tristeza, conflitos e problemas de saúde, entre outros. Além disso, fatores relacionados ao estresse, combinados à vulnerabilidade hormonal, são vistos como mais importantes para o aparecimento de sintomas depressivos do que o próprio hipoestrogenismo (95,96). Hunter, M.S. (97) considerou um conjunto de acontecimentos estressantes que pode ocorrer na vida da mulher durante o climatério, como conflitos, separações, perdas familiares dos pais e filhos que seriam motivo de sofrimento psicológico juntamente com a perda da fertilidade. Da mesma forma, fatores que se juntam à sintomatologia psicológica e física, como o divórcio, a separação e a viuvez

determinariam conflitos no climatério. Real et al (86), reportaram que a sintomatologia de depressão maior pode aumentar os comuns do climatério e vice-versa e por tal motivo consideraram importante identificar os sintomas desde o início do climatério. Os autores verificaram que 25% das mulheres estudadas (pré e pós-menopausa) apresentaram sintomas de tristeza e depressão e consideraram que a tristeza e a depressão fazem parte da sintomatologia do climatério. Azizi et al (63), revelou que muitos estudos sobre depressão e menopausa indicam que os fatores psicológicos e sociais, além dos biológicos, afetam a ocorrência de depressão.

Outro fator que pode predizer a sintomatologia climatérica é o baixo nível sociocultural, sendo o emprego um fator de proteção (66). Ao final, foi recomendado apoio psicoeducacional para gerenciar e reduzir sintomas como estresse e ansiedade, que podem causar depressão maior em contextos desfavoráveis. Podemos entender que o modelo psicossocial busca relacionar sintomas físicos, mentais e psicossociais e nessa tríade sustenta-se o argumento para o desenvolvimento de programas e ações apropriadas (98).

1.5.2.4. Modelo Biopsicossocial

Por fim, o modelo biopsicossocial tem uma visão mais ampla da saúde, destacando a importância de fatores biológicos, culturais e psicossociais para a manutenção da saúde da mulher, de tal maneira que o conflito vivenciado pelas mulheres no climatério é provocado por vários determinantes de natureza biológica, sociocultural e psicossocial, permitindo uma visão mais completa e holística dos conflitos que podem surgir durante o climatério (99,100). O

modelo explicativo biopsicossocial, por representar uma abordagem mais abrangente e contextualizada, envolvendo diferentes determinantes, tem sido o mais aplicado para explicar principalmente a depressão no climatério. Greenblun et al (99), ao concordar com o modelo biopsicossocial acredita que os sintomas nunca vêm de forma isolada e confere às terapias mente-corpo de base alternativa, como ioga e relaxamento, e as terapias de base cognitiva e comportamental, como a terapia cognitiva-comportamental delineada por Aaron Beck (101), resultados eficientes no acompanhamento de transtornos mentais.

Segundo Veloso et al (67), em estudo de revisão de artigos brasileiros, concluiu que poucos estudos retratam alterações psicológicas e vivências psicossociais, predominando os estudos com ênfase nas alterações físicas. Para os autores, a mulher na fase climatérica apresenta alterações biopsicossociais de frequência variável que podem interferir em sua qualidade de vida. Desta forma, consideram importante uma assistência integral à saúde da mulher, que garanta além de soluções técnicas eficientes, um atendimento que leve em consideração as características físicas, psicológicas e sociais, e que lhe permita entender essas modificações inerentes ao climatério, como também conhecer seu corpo e os aspectos que o envolvem (67).

Para Moreira & Brait (102), a vivência do climatério correlaciona-se ao estigma social, que a associa ao envelhecimento, prejudicando a sexualidade e maximizando os sintomas, o que implica em sofrimento psíquico e depreciação da qualidade de vida. Nesse cenário, além de diferentes alterações de natureza biológica e física, o climatério deve ser contextualizado, considerando a variedade de sintomas psicológicos presentes e os questionamentos acerca da

origem desses sintomas, que podem decorrer dos sintomas físicos do climatério e/ou de fatores socioculturais (67). Além disso, ainda é preciso considerar as características de personalidade de cada mulher, o que pode tornar o climatério um período mais ou menos crítico na vida da mulher. O fator resiliência, por exemplo, parece influenciar nos sintomas depressivos relacionados aos sintomas físicos da menopausa. Outros autores consideram que traços de personalidade podem contribuir para a avaliação da qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa. O estudo de Quiroga et al (68) confirmou o impacto de fatores subjetivos como satisfação, autoconceito e qualidade de vida nos sintomas climatéricos, destacando o efeito moderador da qualidade de vida sexual na correlação previamente estabelecida entre depressão e agravamento dos sintomas climatéricos. A influência das atitudes ou crenças femininas em relação à menopausa podem agravar a sintomatologia climatérica (59). Azizi M. et al (63) considerou que no estudo da depressão no climatério, fatores biológicos, sociais e psicológicos mostram influência sobre a ocorrência de depressão.

Desta forma, o modelo biopsicossocial se mostra como o mais abrangente quando o objetivo é compreender a dinâmica de relacionamento entre os sintomas presentes no climatério, considerando que os sintomas climatéricos podem decorrer de interações entre os baixos níveis de estrogênio e fatores culturais, sociodemográficos e psicológicos (65). Além disso, considerando a importância da saúde mental e dos sintomas psicológicos no climatério, uma boa estratégia é sempre manter a avaliação desses sintomas na clínica da mulher climatérica (63).

1.5.3. Sintomas Neuropsíquicos no Climatério

1.5.3.1. Depressão no Climatério Feminino

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V, os critérios para o diagnóstico de um transtorno de depressão maior, sem atribuição de efeitos de substâncias administradas ou condição médica, são: possuir 5 sintomas por um período de duas semanas, representando mudanças ao funcionamento anterior, causando significativo prejuízo clínico, social, profissional e em outras áreas de importância para o sujeito. Os sintomas mais comuns são humor deprimido e perda de interesse/prazer. Outros sintomas são: alterações no sono, peso, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, capacidade prejudicada de pensar e concentrar-se.

Segundo a OMS, os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, sensação de fadiga e falta de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de um indivíduo de funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. No seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio. Os transtornos depressivos incluem duas subcategorias principais: transtorno depressivo maior/episódio depressivo e distímia (27).

Durante o climatério feminino, os sintomas depressivos são muito comuns e as alterações no status da menopausa ao longo da vida de uma mulher podem estar associadas a um risco aumentado de sintomas

depressivos (4,20,26,103,104). Campagne (105), apontou a existência de uma “janela de vulnerabilidade” para a depressão durante a transição da menopausa, onde é observado um aumento na intensidade dos sintomas depressivos, embora não haja evidências claras para associar a menopausa ao transtorno depressivo. A idade pode ser considerada um preditor de depressão (27,28), o envelhecimento aumenta a frequência de sintomas depressivos e, no caso das mulheres, o status da menopausa tem sido estudado como fator de risco para sintomas depressivos (8,17)

A influência do envelhecimento na depressão está relacionada a alterações hormonais e seu impacto no perfil bioquímico das mulheres (28), mas também pode estar relacionada a aspectos psicológicos e sociais que ocorrem no mesmo período da vida (106).

Estudos transversais vêm utilizando diferentes instrumentos para medir o grau e a prevalência de depressão. Estudos orientais como Park & Choi (107) utilizaram a versão coreana do Patient Health Questionnaire (PHQ-9), um questionário de 9 itens respondido por 1.372 mulheres coreanas na pós-menopausa, com idade média de 63,4 anos e prevalência de 10,6%. Jung, Shin & Kang (108) utilizaram a versão coreana da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) em 60.114 mulheres com mais de 52 anos, encontrando uma taxa de prevalência de depressão de 5,9%. Zong et al (109) avaliaram 1397 mulheres chinesas na pós-menopausa com mais de 50 anos, utilizando o “Inventário de Depressão de Beck (BDI)”, tendo considerado como ponto de corte pontuações mais altas e a prevalência encontrada foi de 35,4%. Wang et al (110) aplicaram a Escala de Depressão de Hamilton

(HAMD) a 32 mulheres chinesas na pós-menopausa, com idade média de 53,9 anos, tendo confirmado um diagnóstico prévio de depressão em 19 mulheres e 59,4% da prevalência. Zang et al (111) utilizaram o “Escala de Depressão de Autoavaliação (SDS) - Zung” para estudar a depressão em 743 mulheres entre 40 e 60 anos antes, peri e pós-menopausa, e encontraram uma prevalência de 11,4%. Em Taiwan, Chou et al (16), em um estudo com 190 mulheres entre 40 e 60 anos, utilizaram o Inventário de Depressão de Ko (KDI) e encontraram uma prevalência de 7,9%.

Na pesquisa transversal ocidental, Perquier, Lasfargues, Mesrine, Clavel-Chapelon e Fagherazzi (112) estudaram 41.114 mulheres francesas com idade média de 63,9 anos na versão francesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) , e aplicou o ponto de corte de 23 e encontrou uma prevalência de 15,4%. Wariso et al (113) realizaram um estudo com 141 mulheres americanas na perimenopausa, com idades entre 40 e 60 anos, usando a versão americana da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e como um resultado significativo para a gravidade da depressão acima de moderada (pontuação acima de 16). Os resultados mostraram depressão prévia em 90 mulheres e uma prevalência de 63,8% foi verificada. Weiss et al (28) utilizaram o “Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva - Auto-relato” em uma amostra de 298 mulheres com idade média de 43 anos. Os resultados mostraram que 37,5% da amostra apresentaram sintomas graves ou muito graves de depressão, enquanto 62,5% não apresentavam sintomas depressivos e sintomas moderados de depressão. Fatores como idade, morbidade física e ansiedade previram corretamente 76%

dos casos, com ou sem sintomas de depressão grave. Polisseni et al. (23) realizaram um estudo com 93 mulheres brasileiras, 31 na pré-menopausa, 32 na perimenopausa e 30 na pós-menopausa. O autor aplicou o “Beck Depression Inventory (BDI)” com o ponto de corte 15. Os resultados apontaram prevalência de 22,6% de depressão pré-menopausa, 46,9% de perimenopausa e 40% de depressão pós-menopausa, considerando a amostra total, a prevalência foi de 36,8%.

Também pode ser observada uma tendência a uma maior prevalência de depressão entre as mulheres ocidentais, variando de 15,4% (112) a 37,5% (28) quando a amostra estudada não possui um diagnóstico prévio de depressão e confirma 63,8% de prevalência quando há diagnóstico prévio (113). A prevalência de depressão em mulheres orientais tem sido menor, variando de 5,9% (108) a 11,4% (111), no caso de ausência de diagnóstico prévio. No entanto, uma prevalência de 54,9% foi relatada em mulheres previamente diagnosticadas com depressão (109). Estudos sobre depressão em mulheres ocidentais e orientais parecem dizer que o diagnóstico prévio de depressão é um fator de risco para maior prevalência de depressão no climatério.

Além da história anterior de instabilidade do humor ou sintomas depressivos, foram relatados outros fatores de risco para o início da depressão climatérica (106,109,113,114). Tais como: história de síndrome pré-menstrual, perimenopausa prolongada (mais de 27 meses), sintomas vasomotores, menopausa cirúrgica (histerectomia ou ooforectomia) (63,106,114); menor nível socioeconômico e educacional (106,114); doenças crônicas (58,114)

problemas sexuais e urogenitais (106); histórico de depressão pós-parto, disfunção tireoidiana e sofrendo perdas significativas (como ficar viúvo ou divorciado) (114). Alguns desses fatores de risco são considerados sintomas comuns do período da perimenopausa e estão relacionados a alterações hormonais típicas desse período devido à queda dos níveis de estrogênio e flutuações nos níveis de estradiol que afetam os níveis de serotonina (106). Entre esses fatores estão sintomas vasomotores, distúrbios do sono, dificuldades sexuais, perda de densidade mineral óssea e função cognitiva comprometida. Os níveis de estrogênio também influenciam os níveis de noradrenalina e dopamina, que são reduzidos em condições depressivas, e existem receptores de estrogênio no hipotálamo, na hipófise e no sistema límbico, indicando que o estrogênio pode influenciar diretamente o humor (114). O tipo de menopausa também pode influenciar a ocorrência de depressão, pois as mulheres que sofreram menopausa cirúrgica são mais propensas a depressão (63). Nesse caso, a queda do estrogênio é ainda mais repentina (114).

A comorbidade entre ansiedade, distúrbios de ansiedade e depressão é perceptível durante o climatério. Os transtornos de ansiedade geralmente precedem a depressão e também demonstraram ser bons preditores de episódios de depressão maior (28). Mulheres com ansiedade podem ter risco quatro vezes maior de depressão, enquanto mulheres deprimidas com risco até cinco vezes maior de ansiedade e a ocorrência de depressão e ansiedade estão significativamente relacionadas à presença de sintomas climatéricos moderados (23). Distúrbios do sono relacionados a ondas de calor e suores

noturnos também podem influenciar a ocorrência de depressão (58) e a insônia tem uma forte relação com a depressão (23). Os sintomas vasomotores estão relacionados às dificuldades em manter o sono, pois causam desconforto e várias interrupções do sono, enquanto a depressão está relacionada à dificuldade em adormecer (latência do sono) e também despertar muito cedo (115).

Condições graves de saúde (câncer, dor crônica, entre outras) podem estar presentes durante a menopausa, influenciando a ocorrência de sintomas depressivos e maior risco de suicídio (28,105). O abuso de substâncias também pode estar relacionado a sintomas depressivos, igualmente para medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos, contraceptivos etc.), bem como para o uso de drogas de consumo, como álcool e tabaco, uma vez que a dependência de álcool é um preditor confirmado de depressão, pois reduz atividade de serotonina (105).

Além dos sintomas físicos, as queixas subjetivas, como “sentir-se velho”, são comuns, principalmente quando se manifestam sintomas associados ao climatério, como dor nas articulações ou rigidez (106). A insatisfação com a imagem corporal também está relacionada à depressão (105). Perquier et al (112) associação entre excesso de peso em mulheres de 35 a 40 anos com a ocorrência de depressão. Mulheres que estavam acima do peso ao longo da vida tiveram maior probabilidade de desenvolver depressão no período climatérico. Os fatores psicossociais também influenciam o aparecimento de sintomas depressivos e os sintomas depressivos contribuem significativamente para o declínio da qualidade de vida, pois o climatério é um

período de experiências que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão (113). O período climatérico é propenso a experiências negativas, como perda de importantes relacionamentos afetivos, separação, divórcio ou viuvez, morte de pais e filhos saindo de casa (síndrome do ninho vazio) (114). Mulheres com menor nível socioeconômico e educacional tendem a ter maior risco de depressão e a necessidade de voltar ao trabalho para complementar sua renda após a aposentadoria é um preditor de sintomas de depressão (114). Estar desempregado também é um fator de risco para depressão (105). Os sintomas depressivos podem estar relacionados a uma atitude negativa em relação à experiência da menopausa, bem como ao suporte social percebido (106).

De acordo com Murphy, Verjee, Bener e Gerber (116), as mulheres climatéricas do Catar consideram a menopausa um momento emocional em que precisam se sentir cuidadas e bem-vindas por sua família, se voltam para o relacionamento com seus maridos e expressam o medo de que se casem novamente ou não os ache mais atraentes. Elas vêm a proteção que recebem em seus lares como positiva e acreditam que as experiências das mulheres ocidentais nesse estágio são bem diferentes na maneira como elas têm um estilo de vida mais independente. Sesma Prado et al (106) apontaram a importância de considerar o ambiente cultural das mulheres, os sintomas depressivos podem ser mais frequentes em sociedades onde a menopausa tem conotações sociais mais negativas, como na Europa, onde o envelhecimento não é percebido como bom para as mulheres. Ao contrário do

que acontece no Japão, onde a mulher idosa é valorizada, as mulheres recebem maior respeito e autoridade.

Um bom apoio social e familiar, bem como a satisfação no trabalho, podem ser um fator protetor para as mulheres; a qualidade do relacionamento com o parceiro é muito importante nesse aspecto, emocional e sexual, pois alterações nos níveis de estradiol podem afetar a experiência sexual (106). Kalmbach, Pillai, Kingsberg e Ciesla (117) demonstraram que sintomas afetivos como ansiedade e depressão podem ser preditores de dificuldades sexuais. A gravidade dos sintomas depressivos pode levar a mulher à anedonia, onde o desejo sexual subjetivo e a lubrificação natural podem ser prejudicados.

O climatério é identificado como um fator de risco para depressão. O envelhecimento biológico está associado a alterações hormonais que alteram o perfil bioquímico da mulher, criando o que alguns autores chamam de “janela de vulnerabilidade” (4,106), durante o qual é observado um aumento na intensidade dos sintomas depressivos, embora as evidências de associação entre menopausa e depressão não são totalmente claras. As fases climatéricas que compreendem perimenopausa, menopausa e pós-menopausa também são frequentemente marcadas por importantes mudanças sociais e psicológicas e também podem estar relacionadas à ocorrência de depressão. Os diferentes estudos transversais analisados nesta revisão objetivaram mensurar o grau e a prevalência de depressão em mulheres climatéricas utilizando diversos instrumentos, de modo que, a partir desses estudos, foi possível verificar uma maior prevalência de depressão em mulheres climatéricas ocidentais, o que parece indicar a relevância do contexto para o surgimento da depressão. A

prevalência nas amostras ocidentais (15,4% a 37,5%) foi maior que nas amostras orientais (5,9% a 11,4%), provavelmente ocorrendo influência cultural e sociodemográfica. Estudos também indicaram que a história anterior de depressão é um preditor significativo de depressão durante as fases relacionadas à menopausa. Outro ponto importante no estudo da depressão nessas amostras foi a variedade de fatores de risco, variando de fatores clínicos, como flutuações hormonais, sintomas vasomotores, menopausa cirúrgica (causada por histerectomia ou ooforectomia), comorbidades com doenças graves, como câncer e osteoporose, a fatores neuropsíquicos, como altos níveis de ansiedade e insônia, bem como fatores como abuso de substâncias, vulnerabilidade social e problemas de auto-estima. Dada a complexidade dos fatores que podem levar as mulheres climatéricas a uma condição depressiva e a possível existência de uma maior vulnerabilidade biológica para que essa condição seja estabelecida, o ideal é que as mulheres no climatério sejam atendidas de forma personalizada, a fim de possibilitar a prevenção da depressão, considerando as especificidades de cada caso.

1.5.3.2. Ansiedade no Climatério Feminino

"Ansiedade" é um termo geral capaz de abranger distinções importantes entre sintomas de ansiedade e transtornos de ansiedade. Os sintomas de ansiedade incluem várias manifestações, como preocupações, medos e excitações fisiológicas que causam desconforto ao indivíduo (118).

Na definição da OMS, "transtornos de ansiedade se referem a um grupo de transtornos mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo,

incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e pós-traumático transtorno de estresse (TEPT). Como na depressão, os sintomas podem variar de leve a grave. A duração dos sintomas normalmente experimentados por pessoas com transtornos de ansiedade o torna mais um transtorno crônico do que episódico” (27).

Estudos sugerem que o climatério é um período de alto risco para o aparecimento ou agravamento da ansiedade, com taxas mais altas do que as encontradas na população feminina em geral (118–121). Segundo Pereira, Schmitt, Buchalla, Reis e Aldrighi (122), nesta fase da vida, as mulheres se tornam mais vulneráveis a condições de ansiedade, que podem estar associadas à redução progressiva ao longo dos anos dos níveis fisiológicos de estrogênio, um esteróide de ação ansiolítica. Neste estudo transversal de 749 mulheres de todas as fases climatéricas, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e identificou uma prevalência de 16,6% de ansiedade (122).

Quanto à relação entre ansiedade e status da menopausa, foi destacada a relação de ansiedade com um período específico, mais fortemente associado à pós-menopausa. Catalano et al. (62) estudaram 192 mulheres na pós-menopausa com a Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA) e identificaram a presença de ansiedade em 18,5% delas, apontando também que os níveis de ansiedade estão significativamente relacionados à idade das mulheres, idade da menopausa e época da menopausa. Jafari et al (119), em um estudo sobre a comparação de depressão, ansiedade, qualidade de vida, vitalidade e saúde mental entre mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa, constatou que as

mulheres na pós-menopausa apresentaram níveis mais altos de ansiedade em comparação às mulheres na pré-menopausa.

Yisma et al (123), estudando 226 mulheres etíopes na perimenopausa e pós-menopausa, constataram que os sintomas somáticos foram os mais prevalentes (65,9%), seguidos pelos sintomas psicológicos (46,0%) e urogenitais (30,5%). Esses autores indicaram que os sintomas específicos mais comuns foram ondas de calor (65,9%), dificuldade em adormecer (50,0%), humor depressivo (46,0%), irritabilidade (45,1%) e ansiedade (39,8%). Uma análise de Terauchi et al (121) sobre as associações entre ansiedade e sintomas somáticos, urinários e vasomotores, indicou correlações mais fortes entre os escores de sintomas somáticos e os escores de ansiedade do que os sintomas urinários ou vasomotores. Em um estudo brasileiro, utilizando uma metodologia transversal com 184 mulheres nas fases climatéricas, os sintomas da menopausa mais prevalentes foram nervosismo (73,9%), alterações cutâneas (66,8%), ansiedade (60,9%), afrontamentos (57,6%), perda de cabelo (49,5%) e hipertensão (26,1%) (124). Freeman & Sammel (125) observaram, através de análise longitudinal, que 72% das mulheres avaliadas tinham ondas de calor moderadas a graves. Esses autores também apontaram que os níveis desse sintoma foram significativamente associados aos escores de ansiedade. Nesta análise, os escores de ansiedade somática previram significativamente o risco de ondas de calor, com um aumento no risco de apresentar esse sintoma em 69% para cada ponto aumentado nos escores médios de ansiedade somática. A dimensão afetiva da ansiedade não apresentou correlação significativa com as manifestações de ondas de calor.

No climatério feminino, a ansiedade é um dos sintomas neuropsíquicos mais frequentes e relevantes (119,120,123,126). Em um estudo sobre transtornos do humor em mulheres na pós-menopausa, com base nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição (DSM IV), observou-se uma prevalência de 23,8% dos transtornos de ansiedade e o transtorno de ansiedade generalizada foi o mais prevalente (15,6% dos casos) (120). Os resultados do estudo multicêntrico e transversal de Núñez-Pizarro JL et al. (126), realizado em mulheres na pós-menopausa entre 40 e 59 anos, de 11 países da América Latina, indicou a prevalência de sintomas de ansiedade em 61,9% da amostra, utilizando a escala "The Goldberg Depression and Anxiety Scale". Em um estudo transversal com mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa usando a Zung Anxiety Scale (ZAS), Jafari et al (119) encontraram 49,5% de ansiedade entre as 218 mulheres estudadas. Utilizando o mesmo instrumento e fases do climatério, Freeman & Sammel (125) identificaram 36,6% de ansiedade em seu estudo longitudinal com 233 mulheres. Outro instrumento utilizado para avaliar o sintoma foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), utilizada em estudos transversais de Polisseni et al (23) e Terauchi et al (121), e a prevalência de ansiedade foi de 53,7% e 14,3%, respectivamente.

O estudo de Catalano et al (62), realizado com 192 mulheres na pós-menopausa, com idade média de 67,5 anos, analisou o impacto dos níveis de ansiedade na saúde óssea, identificando evidências de que a ansiedade é um fator preditivo na redução da densidade mineral óssea. Nesse sentido, Erez, Weller, Vaisman e Kreitler (127) analisaram a relação entre depressão,

ansiedade, estresse e densidade mineral óssea em um estudo transversal com 135 mulheres na pós-menopausa. Os resultados indicaram fortes evidências de uma associação entre depressão e densidade mineral óssea; e evidência parcial de correlação entre ansiedade, estresse e densidade mineral óssea reduzida. Os autores também observaram correlações positivas significativas entre ansiedade, depressão e sintomas de estresse, dados corroborados por Catalano et al (62), que também identificaram uma associação significativa entre sintomas de ansiedade e sintomas depressivos.

A partir do cenário apresentado, destaca-se que as mulheres climatéricas vivenciam experiências particulares, de modo que a ampla compreensão dos sintomas manifestados nesse período contribui para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, principalmente considerando que a ansiedade está associada ao sofrimento e à diminuição da qualidade de vida nesta fase (119,126,128,129). Segundo Muslic & Jokic-Begic (129), a presença de traços de ansiedade e sensibilidade à ansiedade pode desempenhar um papel importante na previsão de experiências de angústia durante o climatério. Orientações prévias adequadas sobre a possibilidade de manifestações de ansiedade podem representar um instrumento de intervenção e redução dos índices desse sintoma durante o climatério feminino (128,130,131).

A ansiedade é um dos sintomas mais prevalentes no climatério e a pós-menopausa pode ser considerada a fase em que os sintomas de ansiedade estão mais fortemente associados. Os estudos analisados nesta revisão foram predominantemente transversais, com amostras de mulheres na pós-

menopausa. Além disso, os instrumentos de medição autoadministrados foram predominantemente utilizados para avaliar os sintomas de ansiedade e não os transtornos de ansiedade. Os resultados geralmente sugerem que o climatério é um período de alto risco para o aparecimento ou agravamento da ansiedade e mostrou uma prevalência de sintomas de ansiedade em torno de 40%. Com relação aos sintomas da menopausa, as correlações mais fortes foram entre ansiedade e sintomas somáticos, principalmente ondas de calor, que podem ter ansiedade somática como fator de risco. Outros fatores significativamente associados à ansiedade foram estresse, depressão, qualidade de vida e densidade mineral óssea. As mulheres vivem experiências muito particulares durante o climatério e a presença de sintomas de ansiedade está associada à angústia e pior qualidade de vida.

1.5.3.3. Ideação Suicida, Pensamentos Suicidas e Suicídio no Climatério Feminino

A ideação suicida, assim como o risco de suicídio, é um transtorno mental multifatorial sério e complexo. Nas mulheres, o comportamento suicida está frequentemente associado à idade, alto nível de estresse, presença de sintomas de depressão, alto nível de ansiedade, oscilações e diminuição do status hormonal, uso de álcool, tabagismo, atividade física deficiente, ausência de atividade no trabalho, presença de doenças crônicas, índice de massa corporal, baixo nível de escolaridade e renda familiar. Em relação ao estado civil, em geral, há um risco maior entre as mulheres que não são casadas ou não vivem com companheiro. Problemas de saúde mental pré-existentes,

incluindo transtornos do humor, também mostram uma associação importante com a ideação suicida (19,25,28,31,33,46,47).

As oscilações no nível de estrogênio, típicas do período climatérico, afetam os sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos e podem causar alterações no humor, cognição e comportamento (31). Baixo nível de estrogênio resulta em diminuição da função serotoninérgica e aumento da impulsividade e risco de ideação e comportamento suicida (30,31). Estudos diferem em relação ao período climatérico em que o risco de suicídio se torna mais prevalente, alguns observaram que as mulheres na pós-menopausa têm maior risco de suicídio do que as mulheres mais jovens (25). Outros estudos indicaram que o risco de desenvolver depressão é maior durante a perimenopausa e encontraram uma maior associação entre ideação suicida e perimenopausa do que em qualquer outra fase do climatério feminino (32).

Kornstein et al. (21) descobriram que as mulheres na pré-menopausa e na perimenopausa tinham aproximadamente duas vezes mais chances de relatar uma tentativa de suicídio do que as mulheres na pós-menopausa. No entanto, Lee et al. (31) descobriram que mulheres na pós-menopausa que recebem TRH, especialmente por mais de 10 anos, apresentaram aumento da ideação suicida em comparação com mulheres na pós-menopausa sem TRH. Os autores recomendaram que os médicos prestassem atenção aos sintomas de humor e ideação suicida em mulheres na pós-menopausa com TRH.

O diagnóstico de ideação ou comportamento suicida no climatério foi realizado a partir de diferentes instrumentos e modelos clínicos. Um dos critérios utilizados foi o diagnóstico clínico anterior (31) ou o diagnóstico feito

pelo psiquiatra no momento do estudo, utilizando os critérios do DSM-IV (19). Muitos estudos aplicaram entrevistas de auto-relato ou questionários auto-relatados (25,28,31–33,47,132). Entre os instrumentos validados utilizados foram o “Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva - Auto-Relato”, com forte correlação com a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (28); a versão em espanhol da “Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)” (30); Escala de ajuste social de Holmes e Rahe (30); Escala de Impulsividade de Barratt - versão modificada (30); “Brown – Goodwin Aggression Scale” (30); Escala de Intenção Suicida de Beck (30); "Escala de classificação de depressão de Hamilton de 17 itens" (19) e a versão coreana do "Módulo de suicídio da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)" (132).

A presença de transtornos do humor ou humor comórbido (32) e transtornos de ansiedade (28,32) também foram associados ao aumento da probabilidade de ideação suicida. Usall et al. (32) em seu estudo com 21.425 mulheres na pré, peri e pós-menopausa da Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha, descobriram que 7,8% das mulheres na perimenopausa relataram ideação suicida, em oposição a 1% das mulheres na pós-menopausa. Weiss et al (28), em seu estudo com 298 mulheres americanas na pré e pós-menopausa, descobriram que mulheres com alto risco de suicídio também apresentavam um alto índice de ansiedade, enquanto aquelas com baixo risco de suicídio apresentavam um menor índice de ansiedade. Os resultados indicam que o nível de ansiedade de uma mulher foi o mais forte preditor de sua probabilidade de ter depressão grave, incluindo pensamentos de morte ou suicídio. Os autores encontraram outro preditor significativo de

depressão grave, que foi o número de problemas físicos relatados para a saúde. Os problemas de saúde mais associados ao risco de depressão grave foram úlceras / doenças do estômago, distúrbios neurológicos e dores nas costas. O estudo não apontou o status hormonal como um preditor significativo de idéias ou tentativas de suicídio relatadas, pois 12% de todas as mulheres na peri-menopausa foram classificadas em risco de suicídio e 18,5% de todas as mulheres na pré-menopausa que relataram menstruação regular. No entanto, os autores observaram que 33% das mulheres que tiveram seus ovários ou útero removidos cirurgicamente estavam no grupo suicida de alto risco, enquanto nenhuma mulher grávida estava nesse grupo. Outros autores descobriram que os riscos de suicídio aumentam devido aos baixos níveis de estrogênio e progesterona (30).

Estudos utilizando amostras de mulheres coreanas de meia-idade destacaram a associação de diferentes fatores ao comportamento suicida. Hahn et al (33) analisaram uma amostra de 4.010 mulheres coreanas na pós-menopausa, onde 22,1% apresentaram depressão e 27,4% de ideação suicida e analisaram 4.836 mulheres sul-coreanas na pré-menopausa, onde 16,4% apresentaram depressão e 18,5% tiveram ideação suicida. Neste estudo, problemas de saúde mental, como depressão e ideação suicida, foram fortemente associados à perda de densidade mineral óssea (DMO) nos dois grupos. Wie et al (25) encontraram em um estudo com 5.131 mulheres coreanas na pós-menopausa que 21% relataram ideação suicida, enquanto 0,8% relataram tentativa de suicídio durante o ano do estudo. Neste estudo, a correlação entre aborto e ideação suicida ou tentativa de suicídio foi mais

significativa entre as mulheres que sofreram aborto induzido três vezes ou mais. A influência do status hormonal na ideação suicida foi analisada por Lee et al (31), que observou em uma amostra de 2.286 mulheres na pós-menopausa coreanas que 25% das mulheres que usavam terapia de reposição hormonal (TRH) apresentavam depressão e ideação suicida, 20% tinham apenas ideação suicida, 20% tinham apenas depressão e pouco mais de 15% não tinham ideação ou depressão suicida. Ju et al. (47), realizaram um estudo transversal utilizando dados da Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição da Coreia (2008–2012), composta por 6.621 indivíduos com 40 anos ou mais. Os autores associaram a falha no controle de peso à ideação suicida. Os dados mostraram que, entre os obesos, 9,4% dos homens tiveram ideação suicida em oposição a 20,6% das mulheres, também o comportamento foi semelhante entre os participantes com sobrepeso, onde 10% dos homens tiveram ideação suicida, em contraste com 17,5% das mulheres. Observou-se que os participantes que experimentaram tentativas frustradas de controlar o peso também apresentaram maior probabilidade de relatar pensamentos suicidas.

Estudos sobre a prevalência de ideação suicida, pensamentos suicidas e suicídio não são muito expressivos e mostram que não há consenso sobre as fases climatéricas com maior risco para tais condições. A relação entre ideação suicida e climatério ainda não é totalmente clara, considerando a variedade de fatores e condições biopsicossociais que podem desencadear pensamentos suicidas (26). No entanto, embora não possamos afirmar que a redução dos níveis de estrogênio leva à depressão, devemos considerar que fatores

metabólicos e hormonais podem estar associados ao aumento da regulação do humor, levando ao aumento do risco de depressão durante a menopausa (133) e aumento do risco de ideação suicida.

Ideação suicida, pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio são sintomas de doença mental grave e risco de suicídio. Fatores que podem contribuir para o início ou aumento do risco de suicídio são muito variados e também complexos. Na literatura, frequentemente, encontramos esse risco associado a transtornos do humor, presença de comorbidades graves, diagnóstico de transtorno depressivo maior e queda acentuada nos níveis de estrogênio e progesterona. Os estudos transversais analisados indicaram diagnóstico de ideação suicida ou comportamento suicida usando diferentes instrumentos de autorrelato ou entrevistas clínicas. A pré-menopausa e a perimenopausa estavam relacionadas a um maior risco de ideação suicida e depressão, enquanto a pós-menopausa estava relacionada a um maior risco de suicídio. Um único estudo constatou que a TRH em andamento por mais de 10 anos pode aumentar o risco de ideação suicida entre mulheres na pós-menopausa. Estudos coreanos mostraram uma prevalência de ideação suicida em torno de 20%, enquanto estudos ocidentais mostraram prevalência entre 1% e 12%. Diferentes estudos demonstraram que fatores sociais como renda, empregabilidade e questões psicológicas, como auto-estima e auto-imagem, podem ser fatores importantes para o risco de suicídio. Devido à gravidade do problema e à variedade de fatores que podem causar esse problema, é necessário acompanhar com frequência e de forma individualizada as mulheres que possam apresentar esse risco.

1.5.3.4. Estresse no Climatério Feminino

Segundo Cuadros et al (134) e Guérin et al (38), o estresse é um processo de demanda ambiental que pode transpor a capacidade adaptativa do sujeito, acarretando em alterações biológicas e psicológicas, podendo levar ao aparecimento ou o climatério é uma fase na vida da mulher que causa algumas mudanças que podem afetar diretamente a qualidade de vida da mulher, sendo o estresse um sintoma neuropsíquico que nos últimos anos vem sendo cada vez mais associado aos conflitos vivenciados no climatério. Estudos apontaram alta prevalência de estresse em mulheres de meia idade que se encontravam na menopausa (39–41,135). Uma amostra de 300 mulheres que realizavam trabalho intelectual apresentou alto nível de estresse (47.33%), enquanto 34.33% apresentaram nível moderado e 18.33% nível baixo de estresse laboral (41). A pesquisa de Guérin E, Goldfield G e Prud'homme D (135) observou que 11% das mulheres avaliadas apresentaram alto nível de estresse, 41% apresentaram estresse moderado e 48% estresse leve. Em uma amostra composta por 193 mulheres jordanianas, 62% apresentaram alto nível de estresse percebido (39). No estudo de Nosek et al (40), fatores profissionais, familiares, pessoais e de saúde acarretaram níveis de 'bastante ou muito' estresse em 75% da amostra estudada.

Em relação aos instrumentos utilizados, muitos estudos utilizaram a escala Perceived Stress Scale (PSS) para mensurar o estresse (39,128,134–137). O estresse e sua associação com fatores como vigor, tensão, ansiedade, insônia, densidade mineral óssea, trabalho e depressão foram investigados nos artigos apresentados (41,127,134,135,138).

Guérin et al. (139), analisou que os níveis de estresse percebido na amostra foram estáveis e relativamente baixos, assim como o tempo gasto em atividades intensas e leves se mantiveram estáveis ao longo dos 5 anos de estudo. Uma queda significativa de atividades moderadas aconteceu entre o ano 3 (M = 346 min/week) e 4 (M = 289 min/week). No ano 1 (pré menopausa) atividades vigorosas foram associadas com menor percepção de estresse, assim como no ano 2. Em relação ao status menopausal, observou-se uma correlação inversa entre atividades leves e estresse percebido em mulheres na perimenopausa nos anos 2 e 3. O estudo analisou que engajar-se em atividades de volume vigoroso associou-se a um menor estresse percebido nos primeiros 2 anos de estudo, relação que desapareceu nos anos 3,4 e 5.

Pesquisadores analisaram em uma amostra de 300 mulheres com idades entre 45 e 66 anos, a relação entre estresse laboral (trabalhos considerados intelectuais) e funções cognitivas em mulheres na peri e pós menopausa. Os seguintes instrumentos para análise foram utilizados: Montreal Cognitive Assessment, CNS Vital Signs (CNS VS) (Polishversion) e The Subjective Work Characteristics Questionnaire. A grande maioria das mulheres apresentou estresse causado por contatos sociais, seguido de falta de prêmios no trabalho (metade da amostra) e falta de apoio. Um número menor de mulheres sofreu por estresse causado por carga psicológica relacionado a complexidade do trabalho ou a sensação de incerteza pela organização do trabalho. Os fatores que causaram menor estresse foram fadiga física, sensação de ameaça e condições de trabalho desagradáveis. Em relação as funções cognitivas, a intensidade do estresse e fatores causadores de estresse

no trabalho, correlacionaram-se negativamente com a atenção simples das mulheres perimenopausadas precoce, enquanto se correlacionaram positivamente com a velocidade de processamento e psicomotricidade das mulheres no período de perimenopausa tardia. Foram observadas correlações negativas entre a maioria das funções cognitivas analisadas, a intensidade do estresse e fatores associados em mulheres na pós menopausa (41).

Matsuzaki, Uemura e Yasui (138) utilizaram o questionário auto aplicado: Brief Job Stress Questionnaire, composto por 17 perguntas em 9 categorias: sobrecarga quantitativa, sobrecarga qualitativa, sobrecarga física, controle de trabalho, descrição de habilidades ('skill discretion'), relações interpessoais, ambiente de trabalho, adequação ao trabalho e satisfação com o trabalho para mensurar o estresse de 1.700 enfermeiras japonesas. As opções de respostas eram: "Yes" (sim), "Yes to some extent" (sim, até certo ponto), "Not really" (não exatamente) ou "No" (não). A maioria das enfermeiras relataram sentimentos de irritabilidade, dificuldade de concentração e cansaço em relação a outros sintomas relacionados à menopausa. Enfermeiras em cargos gerenciais apresentaram relatos mais frequentes de infelicidade, depressão e crises de choro. A sobrecarga quantitativa, avaliada pelo questionário citado acima, foram mais significativos entre enfermeiras que ocupavam cargos gerenciais. Já os relatos relacionados à controle de trabalho, sobrecarga física, local de trabalho, descrição de habilidades ('skill discretion') e satisfação no trabalho foram significativamente maiores em enfermeiras que não ocupavam cargos gerenciais. Sintomas psicológicos e relacionamentos interpessoais ruins no trabalho estavam significativamente correlacionados.

O estudo de Falconi et al (140), revelou que mulheres na perimenopausa precoce relataram maiores queixas de estresse percebido que mulheres na prémenopausa, assim como um estudo com 193 mulheres em que as perimenopausadas (M = 27,3) relataram maior nível de estresse percebido em comparação às pré (M = 27,0) e pós menopausadas (M = 26,1)(39). Os resultados do estudo em questão indicaram que mulheres na perimenopausa apresentaram maior vulnerabilidade em relação a sintomas graves de menopausa e queixas psicológicas. Já as mulheres pós menopausadas apresentaram mais queixas em relação a sintomas vasomotores e falta de interesse sexual. Os sintomas da menopausa foram observados como um forte preditor negativo de propósito na vida, auto-aceitação e níveis percebidos de estresse nessa amostra. Foi observado, ainda, que melhores condições de saúde física estavam significativamente associadas a um maior bem-estar psicológico e a um menor nível de estresse percebido. As mulheres da amostra estudada apresentaram baixo bem-estar psicológico e alto estresse percebido, mas não foram afetadas pelo status da menopausa. Em pesquisa longitudinal, fatores como estresse percebido e atitudes frente ao envelhecimento e a menopausa foram preditores significativos dos sintomas menopausais relatados aos 12 meses. Tais fatores continuaram significativos quando foram incluídas questões como: nível de FSH e status da menopausa, idade, IMC, tabagismo e principais fatores sociais como renda, escolaridade e etnia. Os resultados mostraram que as mulheres consideraram suas vidas como *estressantes e muito stressantes* em associação a experiência com os sintomas da menopausa (40).

Durante os 5 anos de estudo, pesquisadores puderam perceber que os escores de estresse se mantiveram estáveis e moderados na amostra de 102 mulheres, enquanto fatores como autoestima e satisfação corporal mantiveram escores moderados a altos. Já pontuações para tensão e depressão foram relativamente baixos e não variaram durante esse período. Com os achados, foi possível observar que a amostra não apresentou instabilidade psicológica na transição menopausal durante o período analisado, sugerindo que os cuidados para manter uma saúde boa e uma autopercepção positiva são fatores de proteção para mulheres menopausadas (135). Já a pesquisa de Erez et al (127), apontou correlação negativa entre depressão e densidade mineral óssea (DMO) e entre ansiedade, estresse e DMO da coluna. Houve correlações positivas entre depressão e estresse ($r = 0,60$; $p < 0,01$) e entre estresse e ansiedade ($r = 0,53$; $p < 0,01$). Encontrou-se uma forte contribuição da depressão para explicar a variância na DMO do quadril direito e esquerdo. Sendo assim, os autores sugeriram a existência de associações entre variáveis de humor e diminuição da DMO.

Outro estudo transversal estudou o estresse percebido de mulheres na menopausa com possível associação de insônia e outros fatores (134). Altos escores no PSS que configura maior estresse percebido foram negativamente correlacionados com a idade e positivamente correlacionados com escores psicológicos, urogenitais - caracterizando qualidade de vida prejudicada-, escores altos de insônia e ejaculação precoce do parceiro. Índices mais altos no The Insomnia Severity Index (ISI), instrumento que mensura insônia, foram correlacionados positivamente com os escores somáticos de PSS e MRS e

com a infidelidade do parceiro, e negativamente com a circunferência feminina do quadril.

Rossi et al. (42), estudando mulheres espanholas analisou o estresse percebido e sua relação com o estado nutricional e o consumo de alimentos não nutritivos. Assim como a maioria dos estudos citados, foi utilizada a escala Perceived Stress Scale (PSS) para mensuração de estresse na amostra estudada (91 mulheres com idade entre 45-65 anos). As mulheres na pós-menopausa apresentaram um valor médio de estresse significativamente maior em comparação a mulheres na pré-menopausa e nas usuárias de ansiolítico. Sendo assim, o estresse percebido foi associado ao estágio biológico que se encontravam as mulheres e ao uso de ansiolítico, não sendo encontrado relação ao estado nutricional antropométrico ($p = 0,83$) ou ao risco cardiometabólico ($p = 0,95$).

A análise da literatura trouxe informações importantes acerca do estresse no climatério, onde uma parcela significativa das mulheres experimentou desconfortos e estresse em associação a fatores como ansiedade, sintomas vasomotores, vida pessoal e profissional, entre outros. O cultivo de boa saúde, percepção positiva quanto a si e bem-estar psicológico foram vistos como fatores de proteção para uma vida menos estressante (40,136). Segundo Lee et al (31), o apoio social afeta diretamente o estresse, que afeta diretamente depressão.

1.5.3.5. Sono no Climatério Feminino

O sono pode ser definido como um estado comportamental reversível de desligamento da percepção e de relativa irresponsividade ao ambiente. Chokroverty (141), referiu que o sono é um aspecto fundamental da vida do ser humano, possuindo função restaurativa, de conservação de energia e de proteção. Sua privação costuma determinar prejuízos importantes a curto ou a longo prazo nas atividades de vida diárias da pessoa, podendo causar problemas de ordem social, somática, psicológica e cognitiva. Estudos revelam que a maioria das pessoas necessita de aproximadamente 8 horas de sono por dia, entretanto, sabe-se que a sensação de sonolência depende não somente da quantidade de horas dormidas, mas também de sua qualidade (142).

A insônia é considerada o mais frequente transtorno de sono na população, se mostrando como um sério problema de saúde pública (143,144). A insônia é um transtorno caracterizado pela dificuldade de iniciar ou manter o sono, mesmo quando há ocasião adequada para dormir (145). Segundo Maruichi et al (146), a insônia é uma das queixas mais comuns na prática médica, prejudicando tanto o indivíduo quanto seus familiares e a sociedade. As queixas de insônia de modo geral estão associadas à dificuldade de iniciar o sono, múltiplos despertares noturnos com dificuldade para voltar a dormir, despertar precoce, além de sonolência e fadiga persistente durante o dia (147). São considerados como fatores de risco o envelhecimento, sexo feminino, comorbidades, trabalho por turnos, desemprego e baixo nível socioeconômico (144). A décima versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) classifica a insônia como:

transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais (F51) e distúrbios do sono (G47).

No climatério feminino, a insônia é um importante sintoma da menopausa, podendo estar associado a diferentes fatores e tem sido uma queixa frequente entre mulheres na menopausa (26,145). Durante o período da menopausa, aproximadamente 50% das mulheres apresentam mudanças psicológicas e biológicas intensas. Dentre elas, as dificuldades do sono aparecem como uma das principais queixas, principalmente o despertar noturno (35). Além disso, estudos comprovam que quando as mulheres se aproximam da menopausa, aparece um aumento significativo nas dificuldades de sono, como relatado por grandes grupos de pesquisa: “Study of Women's Health Across the Nation” (SWAN), o “Australian Longitudinal Study on Women's Health” e o estudo “Seattle Midlife Women's Health” (35,147,148).

Zaslavsky (36), por exemplo, identificou, em sua pesquisa com 93.532 mulheres, uma taxa de prevalência de insônia de 24,5%. Em estudo com 2.190 mulheres, foi encontrado que 24,8% tinham dificuldade em manter o sono, enquanto 27,5%, queixa geral de insônia. Já Terauchi (34), em estudo com 1451 mulheres japonesas na pré e pós-menopausa, observou que a prevalência de insônia foi de 50,8%. Enquanto Lima (149), ao estudar a qualidade do sono de mulheres climatéricas, identificou que 67% das mulheres de sua amostra apresentavam comprometimento.

Além disso, as ondas de calor experienciadas por essas mulheres, pode ser um fator que aumenta a propensão de problemas no sono, uma vez que os fogachos constantemente são o motivo pelo qual ocorre a interrupção

do sono. Entretanto, durante o período climatérico, a insônia apresenta um difícil diagnóstico por sua etiologia se relacionar com diversos fatores (35,145), podendo estar no âmbito físico, psicológico e/ou socioemocional, não recebendo devida atenção clínica e academicamente.

Quanto à associação da insônia com outros sintomas relacionados ao climatérico, os resultados de Baker (148) indicaram que as mulheres com insônia apresentavam sintomas psicológicos, somáticos e vasomotores mais graves quando comparadas às mulheres sem insônia. No quesito das manifestações fisiológicas, os sintomas climatéricos estão associados à manifestação de comprometimentos da qualidade do sono nesse período (149). Problemas nas articulações aparecem como uma variável que interfere na insônia (34,149). No estudo de Terauchi (34), o número de mulheres que fumavam em excesso era significativamente alto nos grupos que apresentavam só insônia e insônia com depressão. Em relação às questões psicológicas, a insônia em mulheres climatéricas apresentou correlação com níveis significativos de depressão (34,148–150). Ademais, Sassoon (150) afirma que mulheres com insônia apresentam maior probabilidade para atender aos critérios do DSM-IV para Transtorno Obsessivo Compulsivo, como foi observado em seu estudo a partir do The Structured Interview for DSM-IV Personality (SID-P). Junto a isso, Sassoon (150) observou que essas mesmas mulheres relataram maior neuroticismo, menor concordância e menor conscienciosidade no Inventário de Personalidade NEO (NEO-FFI) (150). Em relação às alterações hormonais, enquanto os achados de Baker (148) afirmam não haver associação entre as variáveis; Terauchi (34) observou que a terapia

hormonal melhora de forma significativa os sintomas da insônia e Lima (149) apresentou resultados que sugerem inter-relação entre os quadros de insônia com alterações estrogênicas e o climatério.

1.6. Detalhamento Metodológico

1.6.1. Revisão da Literatura (Artigo 1 e Artigo 2)

A busca por referências bibliográficas foi realizada ao longo de 2018 e 2019 através do portal CAPES/UFRJ, a partir das bases PubMed, Web of Science, LILACS e a ferramenta de pesquisa Google Scholar. A Embase foi consultada no portal de bases de dados do IFF/FIOCRUZ. No período de junho a dezembro de 2019 foi realizada uma revisão da literatura sobre climatério e sintomas neuropsíquicos para a construção do Artigo 1 e 2, onde foram utilizadas as bases de dados científicas PubMed, Web of Science e LILACS. Através do vocabulário estruturado e multilíngue DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, foram identificados os descritores mais adequados e seus correspondentes na língua inglesa e espanhola. Foram selecionados os seguintes descritores: “Climatério”; “Menopausa”; “Pré-menopausa”; “Perimenopausa”; “Pós-menopausa”; “Ansiedade”; “Depressão” e “Suicídio”. Além disso, foram utilizados os termos “Sono”, “Insônia” e “Estresse”. De acordo com as características de cada base de dados, foram utilizadas, ainda, ferramentas de busca para ampliar os resultados mediante as possibilidades de variação no sufixo dos termos, assim como foram acionados os alertas para novas publicações. Os termos e descritores foram inseridos em inglês nas bases Web of Science e PubMed, enquanto que na LILACS foram realizadas

três versões de busca: com os termos em inglês, português e espanhol. Buscando uma maior especificidade nos resultados, as buscas foram realizadas por sintoma, combinando, a cada pesquisa, o descritor ou termo específico com os descritores relativos às fases climatéricas. Como forma de delimitar a revisão de literatura, foram utilizados os filtros de busca relativos ao período da publicação (2009-2019); idioma da publicação (português, inglês e espanhol); e gênero da população estudada (mulheres). A fim de focalizar as buscas em materiais específicos da temática, foi utilizado, em algumas buscas, o filtro de campo de pesquisa para os títulos dos trabalhos. A busca com o descritor “suicídio” não seguiu esse critério devido à quantidade reduzida de publicações com esse termo no título.

Após a leitura dos títulos e resumos das referências recuperadas em cada busca, foram identificados os artigos mais adequados aos interesses e conveniências do estudo. A partir da leitura na íntegra desses materiais, foi realizada uma análise crítica das questões e resultados levantados.

O Artigo 1, aceito pelo periódico *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, classificação Qualis A2 em Psicologia e B3 em Saúde Coletiva, se encontra no prelo e aguardando publicação. O artigo foi construído a partir de uma revisão narrativa, definida por Rother (151) como uma publicação de edição ampla, detalhando a descrição e discussão do estado da arte de um determinado assunto. As narrativas não apresentam metodologias replicáveis ou respostas quantitativas para perguntas específicas, mas podem ser adicionadas ao debate, levantando questões e colaborando na captura e atualização de conhecimentos sobre o tema (151).

Desta forma, o Artigo 1 foi uma revisão narrativa, construída a partir da revisão não sistemática da literatura, que ocorreu de junho a dezembro de 2019 nas bases PubMed, Web of Science e Lilacs. Além disso, também utilizou 1 artigo da Embase e alertas da ferramenta de busca Google Scholar.

A partir da busca realizada entre junho e dezembro de 2019, para uso do Artigo 1, foram construídos fluxogramas e quadros para cada sintoma (depressão, ansiedade e ideação suicida). Os fluxogramas apresentaram o total de artigos encontrados por sintoma nas bases consultadas, as justificativas da exclusão e inclusão dos artigos. Os quadros relacionaram os artigos por autores, tipo de desenho do estudo, número de participantes do estudo (N), status menopausal (fase menopausa-relacionada), prevalência do sintoma estudado e instrumentos utilizados para medir o sintoma.

Seguem os fluxogramas e tabelas referentes aos artigos selecionados na revisão de literatura, realizada nas bases PubMed, LILACS e Web of Science, de cada sintoma neuropsíquico:

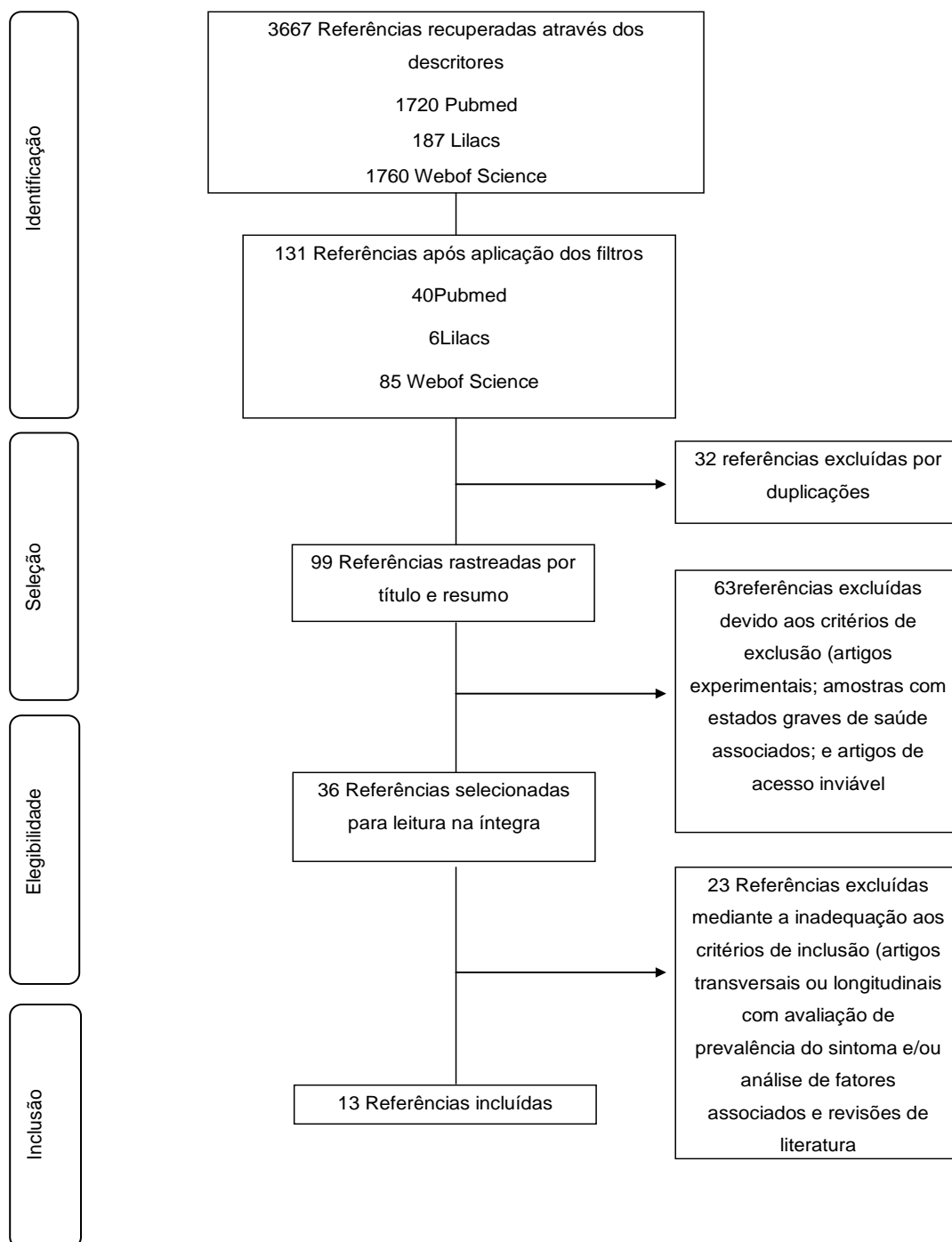


Figura 2. Fluxograma da revisão de literatura sobre ansiedade no climatério feminino

Tabela 1. Referências selecionadas na revisão de literatura sobre ansiedade no climatério feminino

Autores	Desenho	N	Status	Prevalência	Instrumento
Bryant, Judd, e Hickey 2012	Systematic Review	-	-	-	-
Nunez-Pizarro et al. 2017	Estudo transversal	3503	Pós-menopausa	61,9%	The Goldberg Depression and Anxiety Scale
Jafari et al. 2014	Estudo transversal	218	Pré-menopausa Pós-menopausa	49,52%	Zung Anxiety Self-Report Scale
Yisma, et al. 2017	Estudo transversal	226	Perimenopausa Pós-menopausa	39,8%	Menopause Rating Scale (MRS) Structured Clinical Interview for the <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> 4th edition
Sahingoz, Uguz, e Gezginc 2011	Estudo transversal	269	Pós-menopausa	23,8%	Zung Anxiety Scale (ZAS)
Freeman e Sammel 2016	Estudo longitudinal	233	Pré-menopausa Pós-menopausa	36,65%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Terauchi M, et al. 2013	Estudo transversal	237	Perimenopausa Pós-menopausa	14,34%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Polisseni AF, et al. 2009	Estudo transversal	93	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	53,7%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Pereira, et al. 2009	Estudo transversal	749	Pré menopausa Perimenopausa	16,6%	Beck Anxiety Inventory (BAI)
Catalano, et al. 2018	Estudo transversal	192	Pós-menopausa	18,5%	Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)
Menezes, Oliveira 2016	Estudo transversal	184	Pré menopausa Perimenopausa	60,9%	Women's Health Questionnaire (WHQ)
Muslic e Jokic-Begic 2016	Estudo transversal	660	Perimenopausa	-	Trait Anxiety Scale; Anxiety Sensitivity Index
Erez et al, 2012	Estudo transversal	135	Pós-menopausa	-	State– TraitPersonalityInventory

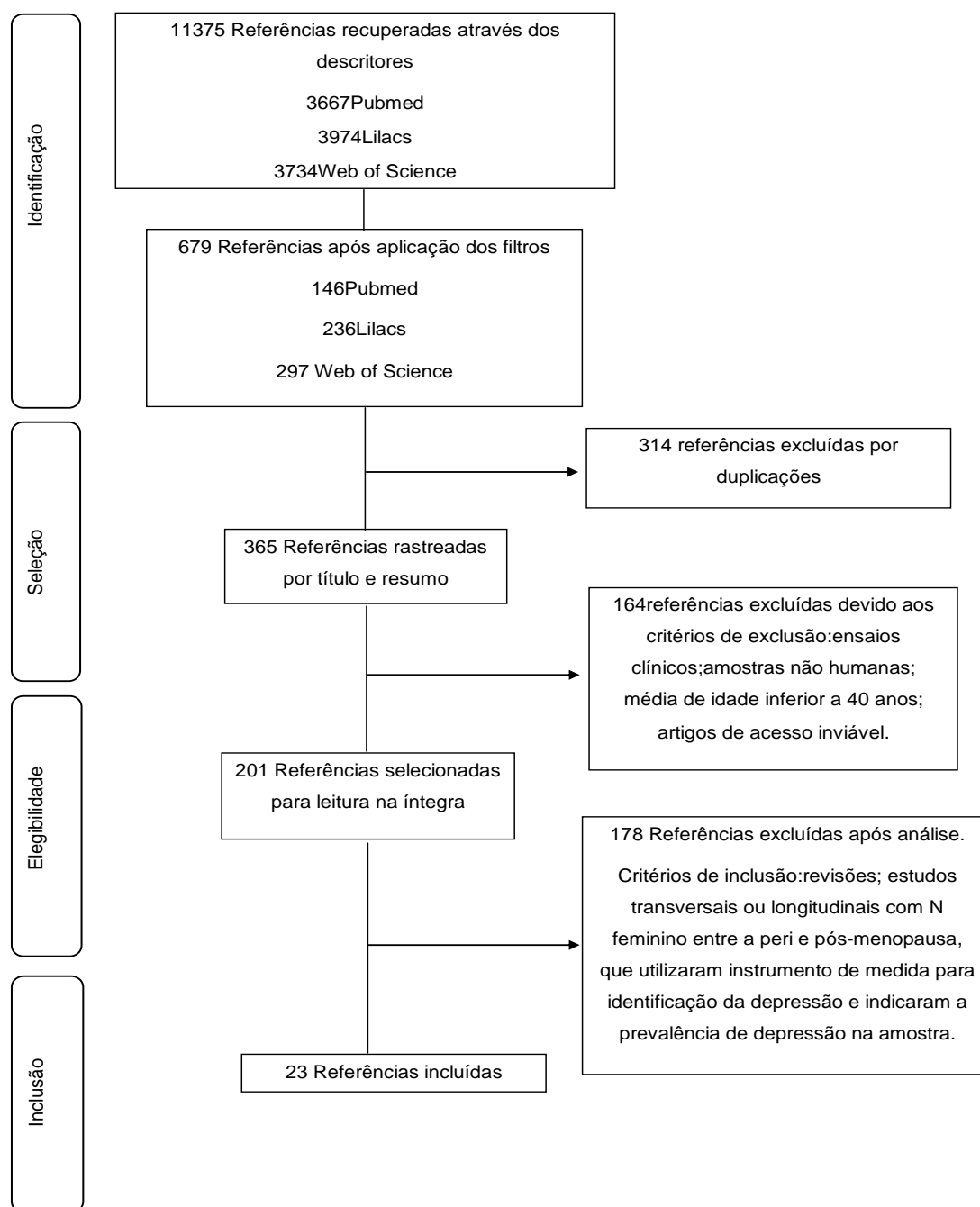


Figura 3. Fluxograma da revisão de literatura sobre depressão no climatério feminino

Tabela 2. Referências selecionadas na revisão de literatura sobre depressão no climatério feminino

Autores	Desenho	N	Status	Prevalência	Instrumento
Georgakis et al., 2016	Revisão sistemática	-	-	-	-
Natari et al., 2018	Revisão sistemática	-	-	-	-
Soares, 2019	Revisão narrativa	-	-	-	-
Worsley et al., 2014	Revisão sistemática	-	-	-	-
Campagne, 2012	Revisão narrativa	-	-	-	-
Weiss et al., 2016	Estudo transversal	298	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	37,5%	Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report
Bromberger & Kravitz, 2011	Revisão narrativa	-	-	-	-
Kruif et al., 2016	Revisão sistemática	-	-	-	-
Sesma Pardo et al., 2013	Revisão narrativa	-	-	-	-
Park & Choi, 2019	Estudo transversal	1372	Pós-menopausa	10,6%	Patient Health Questionnaires (PHQ-9)
Jung, Shin & Kang, 2015	Estudo transversal	60114	Pós-menopausa	5,9%	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
Zong et al., 2016	Estudo transversal	1397	Pós-menopausa	35,4%	Beck Depression Inventory (BDI)
Wang et al., 2016	Estudo transversal	32	Pós-menopausa	59,4%	Hamilton Depression Scale
Zang et al., 2016	Estudo transversal	743	Perimenopausa Pós-menopausa	11,4%	Self-rating Depression Scale

Chou et al., 2015	Estudo transversal	190	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	7,9%	Ko's Depression Inventory (KDI)
Perquier et al., 2014	Estudo transversal	41114	Pós-menopausa	15,4%	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
Wariso et al., 2017	Estudo transversal	141	Perimenopausa	63,8%	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
Polisseni et al., 2009	Estudo transversal	93	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	36,8%	Inventário de Depressão de Beck (BDI)
Jadresic, 2009	Revisão narrativa	-	-	-	-
Azizi et al., 2018	Revisão narrativa	-	-	-	-
Vousoura et al., 2015	Estudo transversal	163	Pós-menopausa	-	Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R) Depression Subscale
Murphy et al., 2013	Qualitativo	41	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	-	-
Kalmbach et al., 2015	Estudo transversal	67	Pré-menopausa	-	The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire—Short Form

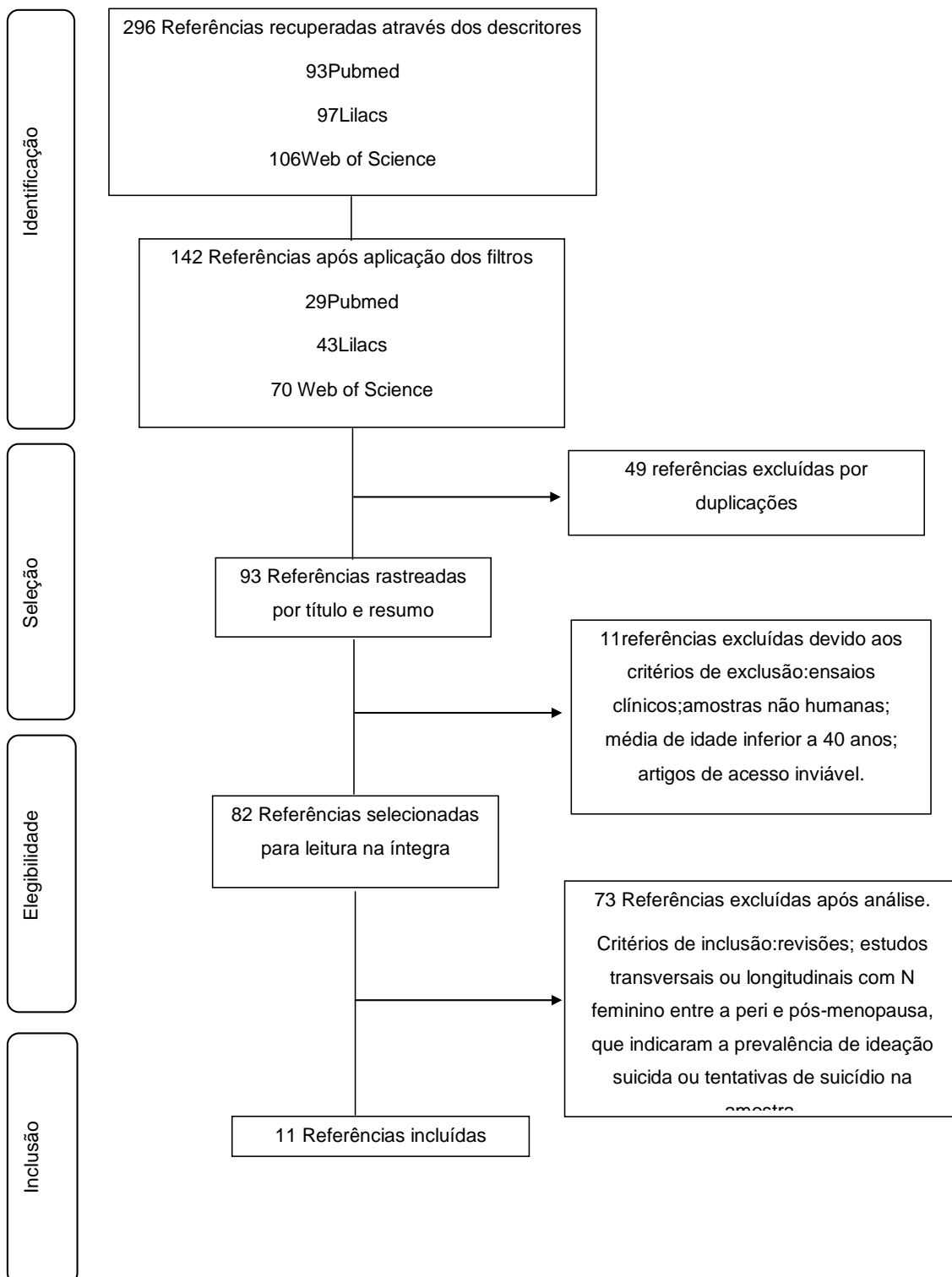


Figura 4. Fluxograma da revisão de literatura sobre suicídio no climatério feminino

Tabela 3. Referências selecionadas na revisão de literatura sobre ideação suicida no climatério feminino

Autores	Desenho	N	Status	Prevalência	Instrumento
Baca-Garcia et al., 2010	Estudo transversal	431	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	45%	Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)/ Beck's Suicidal Intent Scale
Flores-Ramos et al., 2019	Estudo transversal	21	Pré menopausa Perimenopausa	-	Diagnóstico psiquiátrico a partir do DSM-IV/ Hamilton Depression Scale (HAMD)
Hahn et al., 2017	Estudo transversal	8846	Pré menopausa Perimenopausa	21,94%	Entrevista de auto-relato
Ju et al., 2016	Estudo transversal	6621	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	19,05%	Entrevista de auto-relato
Kim et al., 2013	Estudo transversal	490	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	12,86%	Mini International Neuropsychiatric Interview's (M.I.N.I.) suicidality module
Lee et al., 2016	Estudo transversal	2286	Pós-menopausa	20%	Diagnóstico clínico prévio
Usall et al., 2009	Estudo transversal	4918	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	4,4%	Entrevista de auto-relato
Weiss et al., 2016	Estudo transversal	298	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	12%	Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report
Wie et al., 2019	Estudo transversal	5131	Pós-menopausa	21%	Entrevista de auto-relato
Wigg, 2017	Revisão narrativa	-	-	-	-
Berent-Spillson et al., 2017	Estudo transversal	54	Pré menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	-	Positive and Negative Affect Schedule – Expanded (PANAS-X)/Profile of Mood States (POMS) total mood disturbance score/Beck Depression Inventory(BDI)

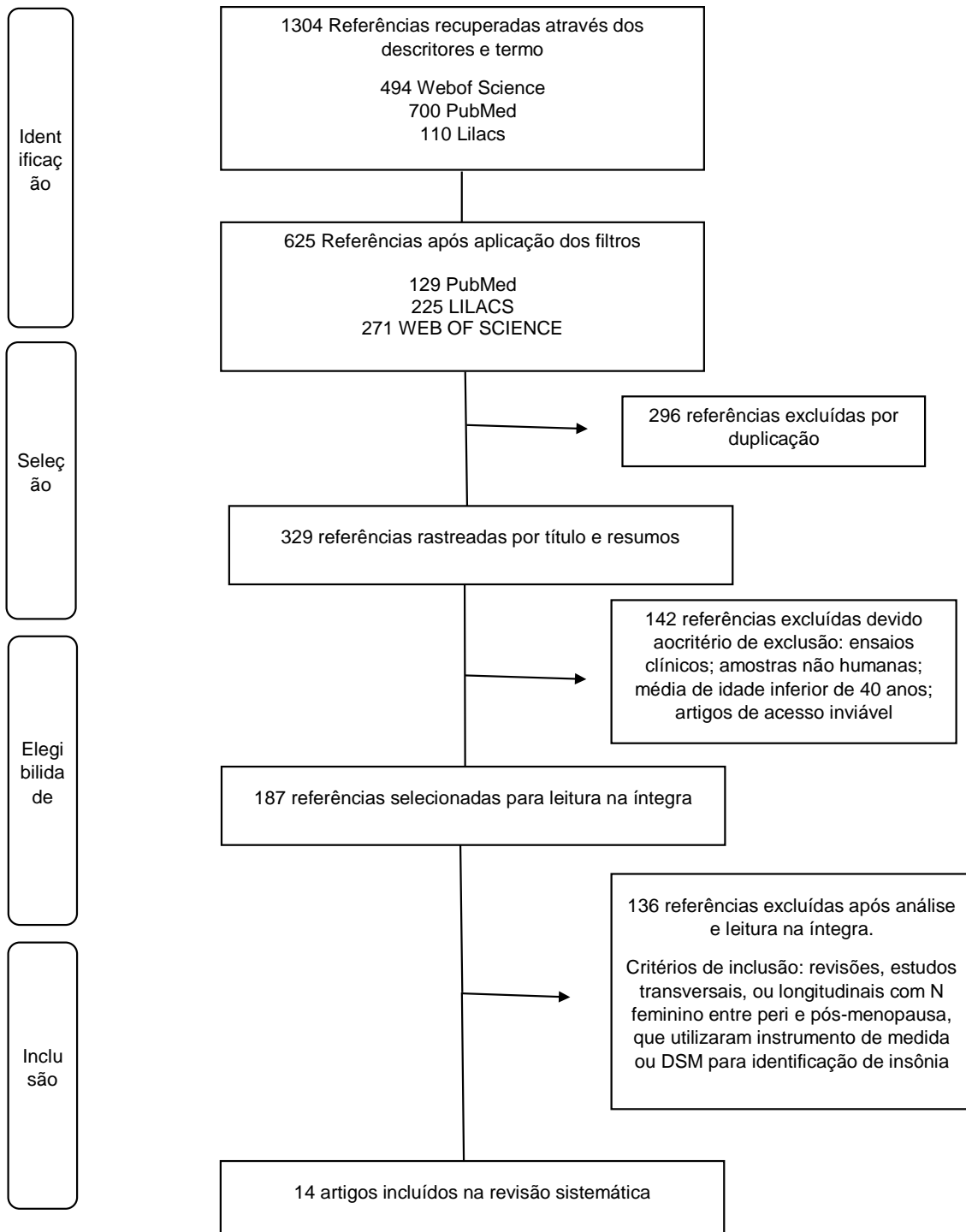


Figura 5. Fluxograma da revisão de literatura sobre insônia no climatério feminino

Tabela 4. Referências selecionadas na revisão de literatura sobre insônia no climatério feminino

Autores	Desenho	N	Status	Prevalência	Instrumento
Baker et al., 2015	Estudo transversal	72	Pré-menopausa Perimenopausa	53%	DSM-IV
Bianchi et al., 2016	Estudo transversal	29	Pré-menopausa	0%	Insomnia Severity Index (ISI) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Fatigue Severity Scale (FSS)
Hsu et al, 2015	Estudo transversal	153	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	66%	The Pittsburgh Sleep Quality Index
Lima et al., 2019	Estudo transversal	819	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	67%	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
Real et al., 2018	Estudo transversal	298	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	37,5%	Menopausal Rating Scale (MRS)
Robaina et al, 2015	Estudo transversal	2.190	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	16,9%	Questionário multidimensional autopreenchível
Sassoon et al., 2014	Estudo transversal	78	Perimenopausa	45%	DSM-IV Menopause Screening Questionnaire
Terauchi et al., 2010	Estudo transversal	1451	Perimenopausa Pós-menopausa	50,8%	Questionário de sintomas menopausais
Okun et al, 2009	Estudo transversal	362	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	9,8%	Insomnia Symptom Questionnaire (ISQ)

Zaslavsky et al, 2015	Estudo observacional	93,532	Pós-menopausa	24,5%	Insomnia Rating Scale (IRS)
Bolge et al., 2010	Estudo transversal	5781	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	77,4%	National Institutes of Health definition of comorbid insomnia DSM-IV
Ciano et al., 2017	Estudo transversal	3,302	Pré-menopausa Perimenopausa	31% to 42%	Adaptação do item 5 do Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale DSM-IV
Frange et al., 2017	Estudo observacional	57	Pós-menopausa	40%	Insomnia Severity Index (ISI)
Grandner et al., 2015	Revisão narrativa	-	-	-	-

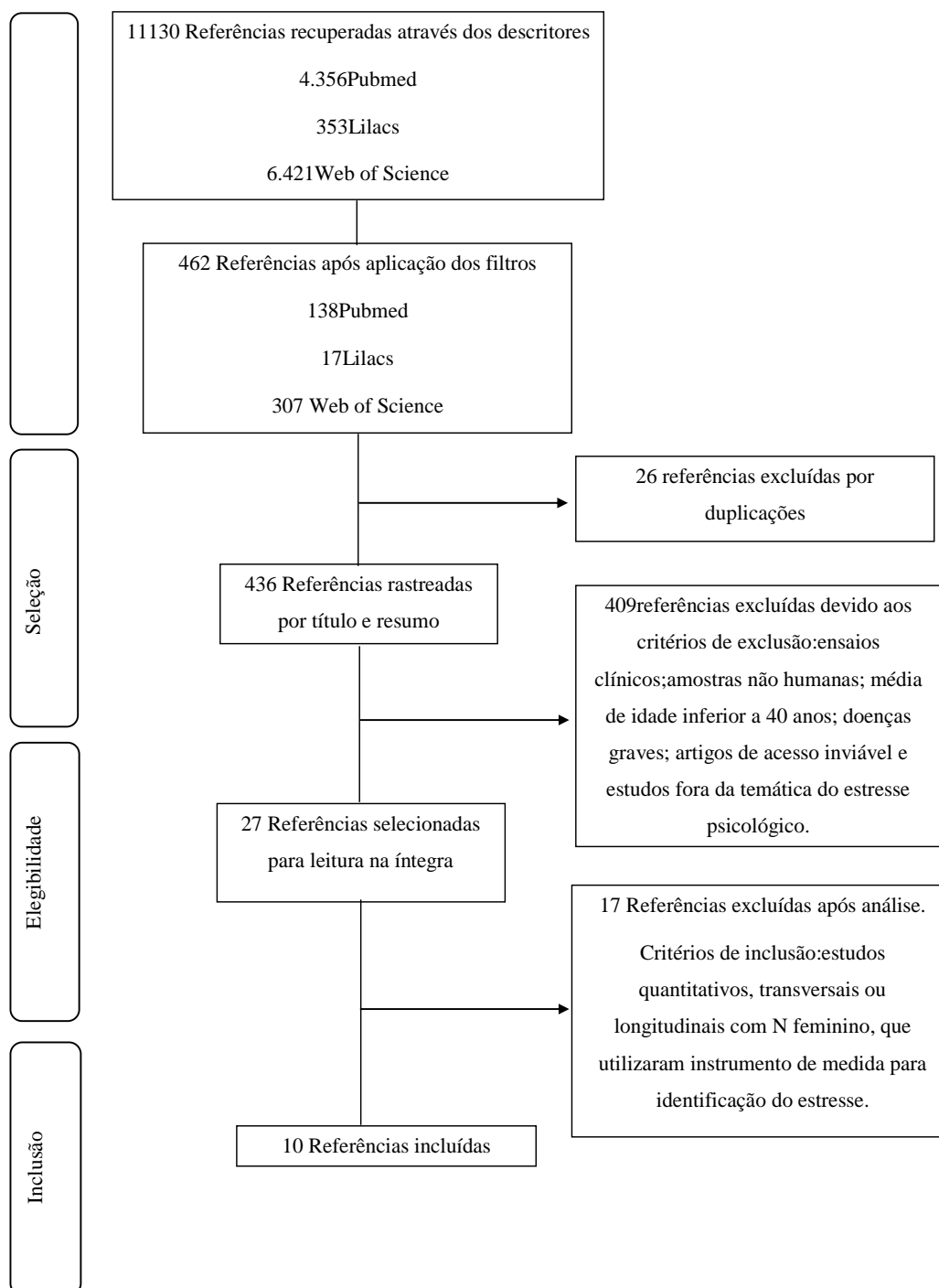


Figura 6. Fluxograma da revisão de literatura sobre estresse no climatério feminino

Tabela 5. Referências selecionadas na revisão de literatura sobre estresse no climatério feminino

Autores	Desenho	N	Status	Prevalência	Instrumentos
Abdelrahman RY, Abushaikh LA, al-Motlaq MA 2014	Estudodescritivocorrelaciona	193	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	62%	Perceived Stress Scale (PSS)
Bener A. 2016	Estudodescritivotransversal	1101	Menopausa Pós-menopausa	22,9% (n=252)	Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21)
Cuadros JL, et al. 2012	Estudotransversal	235	Pré-menopausa Perimenopausa Pós-menopausa	-	Perceived Stress Scale (PSS)
Falconi AM, Gold EB, Janssen I. 2016	Estudolongitudinal	3.287	Transição menopausal	19% alto 42,2% moderado 38,8% leve	Versão modificada da Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI).
Guérin E, et al. 2019	Estudolongitudinal	102	Pré-menopausa (início do estudo)	-	Perceived Stress Scale (PSS-14)
Guérin E, Goldfield G, Prud'homme D. 2017	Estudolongitudinal	102	Transição menopausal	11% alto 41% moderado 48% leve 47,33% alto	Perceived Stress Scale (PSS)
Gujski M. et al. 2017	Estudo quantitativo	300	Perimenopausa; Pós-menopausa	34,33% moderado 18,33% leve	The Subjective Work Characteristics Questionnaire
Matsuzaki K, Uemura H, Yasui T. 2014	Estudotransversal	1.700	Pré-menopausa Perimenopausa; Pós-menopausa	-	Brief Job Stress Questionnaire

Nosek M, et al. 2010	Estudo longitudinal	347	Pré-menopausa (início do estudo)	75 %	Questionário elaborado pela equipe do estudo (Pearson $r = -64$)
Rossi M et al. 2018	Estudo descritivo transversal	91	Pré-menopausa; Pós-menopausa	-	Perceived Stress Scale (PSS- 10)

1.6.2. Estudo sobre prevalência, correlatos e indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino (Artigo 2)

1.6.2.1. Desenho e Características do Estudo

O estudo foi transversal e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), sob o parecer nº 3.273.150, de 18 de abril de 2019. O estudo foi parte da linha de pesquisa “Morbimortalidade da mulher”, sendo um subprojeto do projeto “Envelhecimento da mulher: estudo das comorbidades de maior prevalência da mulher na pós-menopausa visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida”, pesquisadora responsável professora doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, CAAE 03498812.7.0000.5269, tendo sido desenvolvido junto ao Ambulatório de Ginecologia e Ambulatório do Climatério do Setor de Endocrinologia Ginecológica do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), tendo como pesquisadora assistente a doutoranda Cristina Maria Duarte Wigg. Para o estudo do climatério e sintomas neuropsíquicos foram utilizados os dados da revisão bibliográfica até dezembro 2019, oriunda das bases Pubmed, Lilacs, Embase, Web of Science e na ferramenta do Google, Google Scholar, para fins técnico-científicos. Os alertas das bases

foram considerados. Foi desenvolvido um estudo original a partir de uma amostra de 123 mulheres na pós-menopausa, a partir dos 45 anos, que concordaram em participar da pesquisa, assinaram Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) e completaram todo protocolo de avaliação.

1.6.2.2. Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada no ambulatório de Endocrinologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Instituto Nacional Fernandes Figueira, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição e depois de todas as voluntárias terem concordado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (CAAE 03498812.7.0000.5269. Subprojeto aprovado pelo Comitê de Ética do IFF/FIOCRUZ, sob o parecer nº 3.273.150, de 18 de abril de 2019). Tudo de acordo com a resolução vigente no país 466/2012 Aprovação do Comitê de Ética, TCLE e Questionário de coleta de dados.

Se ao longo da aplicação do protocolo a participante manifestasse algum tipo de apoio ou se fosse percebida a importância do apoio, a avaliação era interrompida, havia uma breve conversa acerca da ocorrência e conforme o caso, a participante era encaminhada e acompanhada até a Coordenação Técnica de Saúde Mental do IFF/FIOCRUZ para que recebesse o atendimento apropriado. Como benefício e por participar do estudo, o resultado da avaliação neuropsicológica foi anexado nos prontuários e ficou disponibilizado no Ambulatório de Climatério do Setor de Endocrinologia Ginecológica do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/FIOCRUZ) para que as participantes pudessem

retirá-lo. Caso fosse identificado a partir da avaliação algum problema que demandasse atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, essa informação era repassada para a pesquisadora responsável e a participante encaminhada para atendimento especializado na Coordenação Técnica de Saúde Mental do IFF/FIOCRUZ e/ou para o Ambulatório de Ginecologia ou Endocrinologia Ginecológica do IFF/FIOCRUZ, conforme o problema identificado e sua relação com saúde mental e/ou física, respectivamente.

1.6.2.3. Participantes e Critérios de Elegibilidade

Foram atendidas 186 mulheres do Ambulatório de Climatério do Setor de Endocrinologia Ginecológica do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/FIOCRUZ), na faixa etária acima dos 45 anos, com diferentes características de raça/cor, níveis de escolaridade, estado civil e atividades laborais. As mulheres eram convidadas a participar da pesquisa conforme visitavam o ambulatório de endocrinologia para atendimento médico, tendo sido uma amostra por conveniência. Todas as mulheres estavam incluídas no banco de dados do projeto **“Envelhecimento da mulher: estudo das comorbidades de maior prevalência da mulher na pós-menopausa visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida”**. Foram incluídas mulheres na pós-menopausa, em acompanhamento clínico regular.

1.6.2.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídas mulheres na pós-menopausa com diagnóstico clínico confirmado, ou seja, no período de pelo menos 12 meses consecutivos sem

menstruar; mulheres na pós-menopausa com diagnóstico clínico confirmado e com histórico de menopausa precoce por causas que não fossem síndromes genéticas com deficiência mental e mulheres na pós-menopausa com diagnóstico clínico confirmado fazendo uso ou não de antidepressivos e/ou ansiolíticos e/ou tratamento de reposição hormonal (TRH), uma vez que o uso de medicamentos foi uma das variáveis analisadas.

1.6.2.3.2. Critérios de Exclusão

Não foram incluídas mulheres na pós-menopausa com histórico de câncer, doenças neurológicas ou psiquiátricas ativas, e/ou com doenças crônicas incapacitantes; que apresentaram diagnóstico clínico indicativo de presença de processo degenerativo; e mulheres na pós-menopausa que tenham sido ooforectomizadas.

Das 186 mulheres que foram encaminhadas ou abordadas para participação na pesquisa foram excluídas 50 mulheres, onde 27 não tiveram diagnóstico clínico de pós-menopausa confirmado, 13 não puderam aguardar informações da pesquisa e/ou aplicação do protocolo e 10 recusaram participar após as informações recebidas sobre a pesquisa. Das 136 mulheres encaminhadas para realizar o protocolo de avaliação, 10 não completaram todo protocolo e 3 desistiram da avaliação. Ao final do processo restaram 123 mulheres na pós-menopausa com TCLE assinado e protocolo completo.

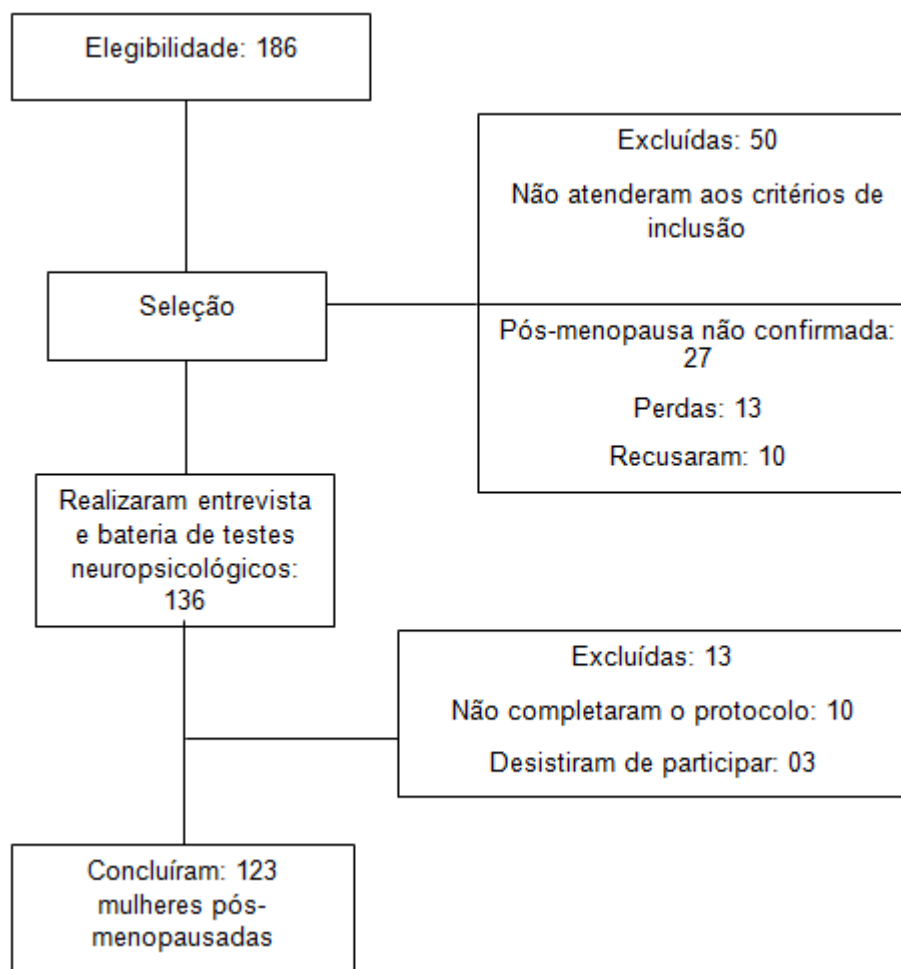


Figura 7. Fluxograma da coleta de dados conforme critérios de elegibilidade

1.6.2.4. Amostra

O tamanho amostral foi calculado com base nas estatísticas atualizadas de prevalência da OMS de 5,8% de depressão, intervalo de confiança de 95% e erro esperado de 5%. Esse cálculo gerou uma amostra de 83,95 participantes. Considerando uma adesão de 75% das participantes à pesquisa, chegou-se a uma amostra mínima de 105 mulheres. Posteriormente, para confirmação do tamanho da amostra considerou-se ansiedade como uma variável de importante associação com a depressão, tendo sido realizado um novo cálculo amostral utilizando-se o menu do StatCalc do Software Epi Info 7

versão 7.0.9.34. A ansiedade foi a variável indicada para o cálculo amostral por ser considerada como a segunda desordem mental mais comum depois da depressão, além de apresentar forte associação com depressão (23,27).

Foram utilizados parâmetros de referência do artigo “Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados” (23), quanto à prevalência de depressão (36,8%) e ansiedade (53,7%), para nível de confiança de 95%, poder de 80% e OR 4,2. A prevalência de depressão no grupo não exposto ficou em torno de 12%. O n amostral ficou em aproximadamente 120 participantes, que acrescido de 20% de perdas totalizou 150 participantes.

1.6.2.5. Procedimentos e instrumentos

Cada participante respondeu a um questionário constando de dados clínicos, sociodemográficos e econômicos. Durante a aplicação do questionário as participantes tiveram que responder aos itens do Índice Menopausal de Kupperman-Blatt (IMK) (152,153) e da Escala de Classificação da Menopausa (MRS) (154). Em seguida, foram aplicados o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (155), o Inventário de Depressão de Beck (BDI II) (156), o Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL) (157) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (158,159). Os instrumentos de medida psicológica e do sono possuíam adaptação e padronização para uso na população brasileira.

Seguem as especificações dos instrumentos aplicados: 1. TCLE; 2. “Questionário de registro de dados: clínicos, socioeconômico, demográficos, neuropsíquicos”; 3. Protocolo neuropsicológico, incluindo: testes e escalas de

medida dos aspectos neuropsíquicos. A escolha dos instrumentos foi orientada pelos objetivos a serem alcançados a partir do estudo. Todos os instrumentos eram adaptados e validados para a população brasileira.

Segue detalhamento:

1.6.2.5.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo onde constam informações acerca da pesquisa, instituição e local de realização, procedimentos, riscos e benefícios, nome e contato dos pesquisadores responsável e assistente para que haja autorização dos participantes para uso das informações e dados coletados.

1.6.2.5.2. Questionário de Coleta de dados

O questionário constou de itens para coleta e registro de informações acerca dos aspectos clínicos e socioeconômicos e demográficos, e de campos destinados ao registro dos dados e resultados obtidos a partir da aplicação das escalas e dos testes de medida psicológica. O questionário incluiu as escalas de índices menopausais “Índice Menopausal de Blatt-Kupermann (IMK)” e “Menopause Rating Scale (MRS)”.

1.6.2.5.3. Índice Menopausal de Blatt-Kupermann (IMK) (152,153)

Escala para medida do índice menopausal composta de 11 sintomas, avaliados de 0 a 3, com pesos variando de 4 (ondas de calor); 2 (parestesia, insônia, nervosismo); 1 (depressão, vertigens, fadiga, artralgia/mialgia, cefaleia,

palpitação e zumbido). Avaliando os escores dos sintomas como: até 19: Leve / de 20 a 35: Moderados / Mais de 35: Intensos.

1.6.2.5.4. Menopause Rating Scale (MRS) (154)

Escala para medida do índice menopausal composta de 11 sintomas, divididos em somáticos-vegetativos (falta de ar, suores, calores; mal estar do coração; problemas de sono; problemas musculares/articulação); psicológicos (estado de ânimo depressivo, irritabilidade, ansiedade, esgotamento físico e mental); urogenitais (problemas sexuais, problemas de bexiga, ressecamento vaginal). Neste estudo, apenas o sintoma "problemas sexuais" da MRS foi utilizado.

1.6.2.5.5. Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (158,159)

O Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh-PSQI avalia a qualidade do sono. Este questionário inclui 19 perguntas que são combinados para formar sete componentes: (1) a qualidade do sono - as percepções individuais sobre a qualidade do sono, (2) a latência do sono - tempo necessário para iniciar o sono, (3) a duração do sono - duração do sono ou como tempo que eles permanecem adormecidos, (4) a eficiência habitual do sono - a relação entre o número de horas dormidas eo número de horas restantes na cama, não necessariamente dormindo, (5) distúrbios do sono - a presença de situações que comprometem as horas de sono, (6) uso de medicação para dormir - analisa o uso de medicação para dormir, (7) disfunção durante o dia - descreve os distúrbios e sonolência diurna durante o dia referindo-se a mudanças na

disposição para o desempenho de atividades rotineiras. Cada componente varia suas pontuações totais de 0 a 3. Os sete componentes combinados formam uma pontuação global de que, dentro do intervalo de 0 a 21, em que 0 indica que não há dificuldade e 21 indica dificuldade grave. Pontuação global ≥ 5 distingue 'ruim' de 'bons' dormidores (sleepers).

1.6.2.5.6. Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) (157)

O ISSL (157) visa identificar objetivamente os sintomas que o indivíduo apresenta, avaliando se ele apresenta sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e o estágio em que se encontra. Apresenta um modelo quadrifásico de estresse, com relação aos efeitos do estresse são capazes de se manifestar tanto na área somática quanto na cognitiva e aparecem em sequência e gradação de seriedade à medida que as fases de estresse pioram. É composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). O quadro 1 corresponde à fase de alerta. Consiste em 12 sintomas físicos e três psicológicos, nos quais o entrevistado indica F1 ou P1 para os sintomas físicos ou psicológicos que ele experimentou nas últimas 24 horas. O quadro 2 é usada para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase exaustão). Os sintomas listados são típicos para cada estágio. O quadro 2 é dividido em duas partes, mostrando a divisão entre as fases de resistência e quase exaustão. Esse quadro é composto por dez sintomas físicos e cinco psicológicos, nos quais o entrevistado marca com F2 e P2 os sintomas experimentados na última

semana. O quadro 3, que corresponde à fase de exaustão, é composto por 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, e o respondente indica com F3 ou P3 os sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica, sendo os sintomas frequentemente repetidos, diferindo apenas em intensidade e seriedade. O número de sintomas físicos é maior que os psicológicos e varia de fase para fase, pois a resposta ao estresse é assim constituída e é por isso que não é possível simplesmente usar o número total de sintomas marcados para o diagnóstico, sendo necessário consultar a avaliação das tabelas.

1.6.2.5.7. Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (155)

O Inventário Beck de Ansiedade mede sintomas ansiosos. Os sintomas de ansiedade. O inventário de ansiedade Beck é composto por 21 itens, com alternativas de respostas variando de nada a um pouco, moderadamente e gravemente. A classificação utilizada para ansiedade será: 0-10 Mínimo/ 11-19 Leve/ 20-30 Moderado/ 31-63 Grave. A ansiedade foi definida pelo ponto de corte ≥ 10 , onde: 10-16, 17-29 e 30-63 indicam ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente.

1.6.2.5.8. Inventário Beck de Depressão II (BDI II) (156)

O Inventário Beck de Depressão II mede a gravidade dos sintomas de depressão. O ítem 9 será utilizado para medida da ideação suicida, que será classificada em ativa ou passiva, conforme o escore da resposta dada ao ítem 9. O instrumento possui 21 itens. Para cada um deles há quatro (com escore

variando de 0 a 3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo variar o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão. Os sintomas de depressão da semana anterior foram avaliados pelo BDI II. A depressão foi definida pelo ponto de corte ≥ 14 , onde: 14-19, 20-28 e 29-63 indicando depressão leve, moderada e grave, respectivamente. O item 9 do BDI II (suicídio) fornece um índice de ideação suicida na semana anterior. Este item varia de 0 a 3 (0 = Não tenho pensamentos de me matar; 1 = Tenho pensamentos de me matar, mas não os realizaria; 2 = Gostaria de me matar; 3 = Eu me mataria se eu tivesse a chance). O item 9 do BDI foi utilizado em outro estudo (160) para fornecer um índice de ideação suicida.

1.6.2.6. Controle de Vieses

Alguns procedimentos foram adotados para o controle de vieses e seguem em tópicos:

Foi realizado um treinamento de toda equipe de avaliação, de forma que toda equipe tivesse a mesma linguagem, fornecesse a mesma orientação e explicação quando necessário e aplicasse os instrumentos de forma padronizada;

A escolha dos instrumentos verificou se estavam adaptados e validados, com normas para população brasileira. Os instrumentos de uso restrito da psicologia estavam favoráveis pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para utilização no diagnóstico e/ou pesquisa;

Elaborou-se um questionário de coleta de dados baseado em questionários clínicos do Setor de Endocrinologia Ginecológica do IFF/FIOCRUZ e a partir de discussões junto à equipe de pesquisa. O questionário quando concluído foi testado a partir de um estudo piloto com o objetivo de avaliar a adequação do instrumento aos objetivos do estudo;

Foi realizado um estudo piloto da aplicação dos instrumentos em 30 mulheres, de forma a se avaliar clareza, nível de compreensão, dúvidas recorrentes, adequabilidade de instrumentos, fadiga;

As mulheres que concordaram em participar da pesquisa, após estudo piloto, foram avaliadas em uma única sessão clínica onde foram aplicados todos os instrumentos de forma a reduzir o risco de estados diferentes influenciando nas respostas às escalas e instrumentos e para otimizar o tempo, não produzindo novas sessões de avaliação;

Em etapa posterior à avaliação pelos instrumentos, os protocolos de cada teste e escala foram levantados e apurados em equipe, calculados os escores brutos e seguidamente os escores padronizados, conforme orientação dos manuais ou artigos, de forma a não haver erros e confundimentos. Posteriormente, os escores brutos e padronizados foram lançados em um banco de dados do estudo feito em Excell;

Optou-se pelo procedimento em que todos os protocolos foram revisados, assim como dados lançados em planilhas, por um revisor membro da equipe, conforme iam sendo corrigidos, de forma a evitar o erro.

1.6.2.7. Análise Estatística

Inicialmente, para caracterização da amostra, foram obtidas as frequências absolutas e relativas do grupo estudado para cada variável sociodemográfica, clínica e neuropsíquica. Posteriormente, as mulheres foram divididas em 2 grupos para cada sintoma neuropsíquico, “com depressão” e “sem depressão”; “com ansiedade” e “sem ansiedade”; “com ideação suicida” e “sem ideação suicida”, “com estresse” e “sem estresse” e “com insônia” e “sem insônia”. Os pontos de corte para a divisão dos grupos foi: (depressão; ponto de corte ≥ 14); (ansiedade; ponto de corte ≥ 10); (ideação suicida; ponto de corte ≥ 1); : (estresse; ponto de corte alerta ≥ 7 , ponto de corte resistência ≥ 4 , ponto de corte exaustão ≥ 9); (insônia_IMK; ponto de corte = 1). O objetivo foi comparar e analisar qualitativamente as prevalências dos fatores sociodemográficos e clínicos entre os grupos, a partir da presença ou ausência de sintoma.

Foram consideradas como variáveis sociodemográficas: idade; raça/cor; status marital; ninho vazio; atividade remunerada; anos de estudo; religião; renda familiar; classe socioeconômica; e histórico de violência. Como variáveis clínicas: uso de ansiolítico/antidepressivo; terapia hormonal (TRH); psicoterapia; sintomas menopausais (IMK); fogachos; problemas sexuais

ecomponentes do sono (PSQI). Como variáveis (sintomas) neuropsíquicas: depressão; ansiedade; ideação suicida; insônia; e estresse.

Com o objetivo de analisar dados acerca das relações dos sintomas neuropsíquicos entre si e com variáveis clínicas foi empregado o ambiente R (161) na versão 3.5.1. Pacotes que foram empregados para a análise de dados inclui o pacote psych (162), qgraph (163) e IsingFit (164). O primeiro passo da análise de dados consistiu em obter as correlações bivariadas para as variáveis, que conforme apresentam caráter dicotômico, podem ser analisadas através do emprego do coeficiente de correlação de Pearson que assume fórmula semelhante ao coeficiente Phi quando ambas as variáveis são dicotômicas. Por fim foram empregados modelos de rede considerando modelos ising para a estimativa de redes com variáveis dicotômicas.

Os modelos de rede são obtidos através de são estimados através da probabilidade conjunta condicionada das variáveis do sistema de variáveis definido em análise. Seu objetivo é a representação de uma rede composta por nodos (variáveis) conectados por arestas (associações) probabilísticas. Desta forma, bordas verdes representam associações positivas para as variáveis conectadas. Cada aresta é dotada de uma magnitude ou intensidade. São disponibilizados também os limiares, que indicam quando uma determinada variável apresenta maior probabilidade de se manifestar em um determinado sistema (164).

Uma última informação ainda analisada nas redes consiste nos coeficientes de centralidade, apresentados na forma de até três indicadores. Strength (força) consiste em um dos índices de centralidade mais estáveis. É

obtido de acordo com a intensidade de todas as arestas ligadas a um determinado nodo. Assim, o nodo com o somatório de maior magnitude de arestas seria mais influente em uma rede. Para closeness (proximidade), a centralidade é calculada considerando o caminho mais curto entre um nodo e o resto da rede. Betweenness ou entrelace, indica nodos que oferecem densidade para a rede. Isso significa que se forem removidos, acabam por aumentar a distância entre as variáveis em uma determinada vizinhança. O gráfico de centralidade é obtido com estatística Z. Nodos com centralidade = 0 consistem em nodos de centralidade média. Nodos com centralidade superior a zero, apresentam maior influência do que a média do sistema (165).

1.6.3. Cartilha (Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas Neuropsíquicos no Climatério)

Foi desenvolvida uma Cartilha de caráter informativo a partir da revisão bibliográfica (Artigo 1) e dos achados do Artigo 2, além de outros conteúdos.

CAPÍTULO 2

Artigo 1: Depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério feminino: uma revisão narrativa (Apêndice A)

Resumo

O climatério é um período do ciclo de vida da mulher que envolve perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. Representa o fim do período reprodutivo e o início do envelhecimento feminino, no sentido biológico. Nos últimos 10 anos, uma ênfase foi dada ao estudo da saúde mental no climatério feminino. Estudos sobre a prevalência de depressão, ansiedade, ideação suicida e de associação com diferentes fatores têm mostrado importantes resultados sobre a relevância dessas desordens durante o climatério feminino. Considerando a importância desses achados no campo da saúde pública e da epidemiologia, realizamos uma revisão narrativa com o objetivo de discutir o conhecimento atual acerca da prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida no climatério feminino, analisando métodos e resultados em diferentes estudos, selecionados a partir de uma revisão da literatura entre 2009 e 2019, nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Embase e Web of Science e no Google Scholar. Nossos resultados mostraram que a metodologia, diferenças culturais e sociodemográficas, bem como uma variedade de fatores biopsicossociais estudados, geram algumas incertezas sobre a exata relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério feminino. Concluímos que uma visão biopsicossocial, mais pesquisas, maior rigor metodológico, resultados mais precisos, são necessários e urgentes para efetivas intervenções, redução de

custos na assistência em saúde mental e para a prevenção e o controle da depressão, ansiedade e suicídio no climatério.

Palavras-chave: Climatério; Depressão; Ansiedade; Ideação suicida; Saúde da mulher

Contexto histórico

O termo "climatério", originário do grego "Klimakter", significa "ponto crítico da vida humana" (69). O uso do termo climatério foi discutido em 1980 pelo Grupo Científico da OMS para Pesquisa sobre Menopausa (70), com o objetivo de verificar se o termo seria apropriado para descrever as fases e períodos em torno da menopausa. No entanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (51), as fases e os períodos em torno da menopausa não estavam sendo definidos e aplicados com a consistência necessária, e o termo climatério estava causando alguma confusão (51). Portanto, a Sociedade Internacional da Menopausa (IMS), considerando a redução dos diferentes termos usados no campo da pesquisa sobre menopausa e assegurando uma definição padronizada dos vários termos referentes à menopausa e climatério, encomendou um projeto do Conselho das Sociedades da Menopausa Afiliadas (CAMS) com a participação de um grupo de especialistas das principais regiões do mundo. Apesar da recomendação da OMS, a decisão foi manter o uso do termo climatério e defini-lo *“como a fase do envelhecimento da mulher que marca a transição do estado reprodutivo para o não reprodutivo, incorporando a perimenopausa e prolongando-se por um período variável por mais tempo antes e após a perimenopausa”* (1). Como justificativa, o IMS

considerou que o termo climatério estava sendo usado por gerações e descreve adequadamente as fases relacionadas à menopausa (1).

Depois disso, Utian (1) publicou uma lista de definições relacionadas à menopausa, aprovada pelo Conselho da Sociedade Internacional da Menopausa em outubro de 1999. A recomendação visava padronizar internacionalmente os termos para evitar desinformação terminológica e uso indevido de termos relacionados à menopausa. A lista inclui todos os termos especificados pela OMS (51) e também os termos *climatéricos* e *síndrome climatérica*. O termo *Climatério* foi definido: “*A fase do envelhecimento da mulher marcando a transição da fase reprodutiva para o estado não reprodutivo. Essa fase incorpora a perimenopausa, estendendo-se por um período variável mais longo antes e após a perimenopausa*” (1).

O IMS (1) e a OMS (51) definiram as fases do ciclo menstrual em: pré - menopausa, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa pode ser entendida como um período de regularidade menstrual, que abrange os últimos doze meses até a menopausa, ou todo o período reprodutivo, até o período menstrual final. Quando os ciclos menstruais se tornam irregulares e mais curtos, com intervalos mais longos entre os ciclos, a perimenopausa começa. A perimenopausa foi definida como o período anterior à menopausa, quando ocorrem alterações biológicas, endocrinológicas e clínicas e o primeiro ano após a menopausa. A menopausa é a fase em que a interrupção permanente da menstruação ocorre devido à perda da atividade folicular ovariana, representando a fase dos últimos 12 meses consecutivos sem menstruação e ocorrendo com o período menstrual final, em torno de

mulheres de 50 anos. Não existe um bom marcador biológico que determine a menopausa. Após os últimos 12 meses consecutivos sem menstruação, começa a pós-menopausa, representando o período menstrual final, independentemente de a menopausa ter sido induzida ou espontânea (1,66). Com base na recomendação do IMS, essas fases compõem a definição de climatério.

Durante o climatério, como consequência da diminuição gradual dos níveis de estrogênio, surgem sintomas vasomotores e físicos, como afrontamentos, suores noturnos, distúrbios do sono, problemas cardiovasculares, atrofia urogenital, osteoporose, entre outros (2,3). Outros eventos importantes que podem estar presentes na experiência climatérica feminina são o início da aposentadoria, a saída dos filhos de casa, relacionamentos conjugais estagnados, sensação de vazio resultante da perda de juventude, atratividade e falta de papéis sociais e profissionais (2,3). Da mesma forma, a presença de depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida, neuroticismo, bem como déficits de memória e atenção foram descritos em vários estudos (16–26). Todas essas ocorrências, combinadas ou não, podem exigir muito esforço para serem superadas, pondo em risco a saúde mental da mulher (26).

Além disso, depressão e ansiedade têm sido os transtornos mentais mais comumente citados em estudos de saúde mental no climatério feminino (4,16–26). Segundo a OMS (27), depressão e ansiedade são transtornos mentais comuns devido à sua alta ocorrência na população mundial, e sua maior prevalência é entre as mulheres, com pico entre 55 e 74

anos e entre 35 e 54 anos, respectivamente. A idade tem sido estudada como um dos fatores associados à depressão mais grave entre as mulheres, como saúde física, ansiedade e status hormonal (28).

Outros fatores, além de idade e sexo, parecem contribuir para a incidência de transtornos mentais comuns, como pobreza, desemprego, morte de um ente querido ou quebra de relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas. Os transtornos mentais comuns levam a perdas consideráveis na saúde e nas atividades da vida diária, reduzindo a produtividade e aumentando os custos do governo para a saúde pública (27). Portanto, fatores socioculturais, demográficos e econômicos precisam ser estudados dentro do período climatérico, pois podem se sobrepor aos sintomas climatéricos, aumentando o risco de depressão e ansiedade (4).

Embora a OMS (51) defina a *menopausa* como uma fase natural e biológica da vida e não como um processo patológico, o *climatério* é frequentemente experimentado como patológico e com perdas significativas (77,167), além de produzir uma experiência marcada pela interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres (2,3). Nesse contexto, o climatério representa um período de importantes mudanças na vida das mulheres e nem sempre é vivenciado naturalmente. Além disso, com o aumento da expectativa de vida, as mulheres vivem mais tempo na pós - menopausa . Com isso, a pós-menopausa se tornou mais importante e despertou o interesse de pesquisadores e especialistas em políticas públicas de saúde da

mulher (29). Segundo a OMS (52), em 2030, cerca de 1,2 bilhão de mulheres estarão na menopausa, atingindo uma margem anual de 47 milhões .

A partir da natureza e da participação de fatores relacionados ao climatério, foram formulados modelos explicativos sobre a relação entre climatério, saúde e doença e fatores associados. De maneira geral, são identificados quatro modelos que buscam explicar o desconforto e a problematização envolvidos no climatério feminino. O primeiro é o modelo biomédico, envolvendo sintomas biológicos ou físicos de uma disfunção endócrina (87,88) e um tratamento que pode compensar perdas hormonais (89). O segundo é o modelo sociocultural que entende o climatério como um processo turbulento natural e menor, com desconfortos que surgem da construção cultural, associados a estereótipos e atitudes relacionados ao envelhecimento e à perda de papéis sociais (93). Climatério e envelhecimento são confusos e a ideia de envelhecimento é antecipada (66). O terceiro modelo é o psicossocial, cuja abordagem trata da vulnerabilidade presente no climatério, determinada por fatores hormonais e fatores que geram estresse, como a síndrome do ninho vazio, ausência de companheiro em casa, tristeza, conflitos e problemas de saúde, entre outros. Além disso, fatores de estresse, combinados à vulnerabilidade hormonal, são vistos como mais importantes para o aparecimento de sintomas depressivos do que o próprio hipoestrogenismo (95,96). Por fim, o modelo biopsicossocial tem uma visão mais ampla da saúde, destacando a importância de fatores biológicos, culturais e psicossociais para a manutenção da saúde da mulher. De tal maneira que o

conflito vivenciado pelas mulheres no climatério é determinado por vários determinantes: biológicos, culturais e psicossociais (99,100).

Considerando que o climatério pode não ser um período calmo para a saúde da mulher e a importância de compreender melhor a participação dos fatores relacionados ao surgimento e agravamento de transtornos de humor e ansiedade no climatério, realizamos uma revisão narrativa no campo da epidemiologia e saúde pública, sobre depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério feminino. O objetivo foi apresentar o estado atual do conhecimento sobre o tema; destacando dados de prevalência, ferramentas e métodos de diagnóstico utilizados e associações entre fatores físicos, psicológicos, sociodemográficos e econômicos.

Método

O presente estudo foi uma revisão narrativa, definida por Rother (151) como uma publicação de edição ampla, detalhando a descrição e discussão do estado da arte de um determinado assunto. As narrativas não apresentam metodologias replicáveis ou respostas quantitativas para perguntas específicas, mas podem ser adicionadas ao debate, levantando questões e colaborando na captura e atualização de conhecimentos sobre o tema (151).

Dessa forma, foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, de junho a dezembro de 2019. PubMed, Web of Science, Lilacs, Embase e uma ferramenta de busca do Google Scholar foram utilizados como banco de dados científico. Foi realizada uma busca com os descritores "climatério", "menopausa", "perimenopausa", "pré-menopausa", "pós-menopausa",

"depressão", "ansiedade" e "suicídio", além de alterações no sufixo. Como forma de delimitar a pesquisa, foram utilizados filtros de pesquisa relacionados ao período de publicação (2009-2019); idioma da publicação (inglês, português e espanhol); e gênero da população estudada (feminino). Os materiais selecionados foram lidos e analisados criticamente. Os alertas do Google Scholar foram adicionados de acordo com os requisitos descritos acima.

Resultados e discussão

Depressão no climatério feminino

Segundo a OMS, os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, sensação de fadiga e falta de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade do indivíduo de funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida cotidiana. No seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio. Os transtornos depressivos incluem duas subcategorias principais: transtorno depressivo maior / episódio depressivo e distímia (27).

Durante o climatério feminino, os sintomas depressivos são muito comuns e as alterações no status da menopausa ao longo da vida de uma mulher podem estar associadas a um risco aumentado de sintomas depressivos (4,20,26,103,104). Campagne (105), apontou a existência de uma "janela de vulnerabilidade" para a depressão durante a transição da menopausa, onde é observado um aumento na intensidade dos sintomas

depressivos, embora não haja evidências claras para associar a menopausa ao transtorno depressivo. A idade pode ser considerada um preditor de depressão (27,28), o envelhecimento aumenta a frequência de sintomas depressivos e, no caso das mulheres, o status da menopausa tem sido estudado como fator de risco para sintomas depressivos (8,17). A influência do envelhecimento na depressão está relacionada a alterações hormonais e seu impacto no perfil bioquímico das mulheres (28), mas também pode estar relacionada a aspectos psicológicos e sociais que ocorrem no mesmo período da vida (106).

Estudos transversais vêm utilizando diferentes instrumentos para medir o grau e a prevalência de depressão. Estudos orientais como Park & Choi (107) utilizaram a versão coreana do Patient Health Questionnaire (PHQ-9), um questionário de 9 itens respondido por 1.372 mulheres coreanas na pós-menopausa, com idade média de 63,4 anos e prevalência de 10,6%. Jung, Shin & Kang (108) utilizaram a versão coreana da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) em 60.114 mulheres com mais de 52 anos, encontrando uma taxa de prevalência de depressão de 5,9%. Zong et al (109) avaliaram 1397 mulheres chinesas na pós-menopausa com mais de 50 anos, utilizando o “Inventário de Depressão de Beck (BDI)”, tendo considerado como ponto de corte pontuações mais altas e a prevalência encontrada foi de 35,4%. Wang et al. (110) aplicaram a Escala de Depressão de Hamilton (HAMD) a 32 mulheres chinesas na pós-menopausa, com idade média de 53,9 anos, tendo confirmado um diagnóstico prévio de depressão em 19 mulheres e 59,4% da prevalência. Zang et al (111) utilizaram o “Escala de Depressão

Autorrante (SDS) - Zung ” para estudar a depressão em 743 mulheres entre 40 e 60 anos antes, peri e pós - menopausa , e encontraram uma prevalência de 11,4%. Em Taiwan, Chou et al (16), em um estudo com 190 mulheres entre 40 e 60 anos, utilizaram o Inventário de Depressão de Ko (KDI) e encontraram uma prevalência de 7,9%.

Na pesquisa transversal ocidental, Perquier, Lasfargues, Mesrine, Clavel Chapelon e Fagherazzi (112) estudaram 41.114 mulheres francesas com idade média de 63,9 anos através da versão francesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), e aplicou o ponto de corte de 23 e encontrou uma prevalência de 15,4%. Wariso et al (113) conduziram um estudo com 141 mulheres americanas na perimenopausa, com idades entre 40 e 60 anos, usando a versão americana da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e como um resultado significativo para a gravidade da depressão acima de moderada (pontuação acima de 16). Os resultados mostraram depressão prévia em 90 mulheres e uma prevalência de 63,8% foi verificada. Weiss et al (28) utilizaram o “Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva - Auto-relato” em uma amostra de 298 mulheres com idade média de 43 anos. Os resultados mostraram que 37,5% da amostra apresentaram sintomas graves ou muito graves de depressão, enquanto 62,5% não apresentavam sintomas depressivos e sintomas moderados de depressão. Fatores como idade, morbidade física e ansiedade previram corretamente 76% dos casos, com ou sem sintomas de depressão grave. Polisseni et al. (23) realizaram um estudo com 93 mulheres brasileiras, 31 na pré-menopausa, 32 na perimenopausa e 30 na pós-menopausa. O autor

aplicou o “Beck DepressionInventory (BDI)” com o ponto de corte 15. Os resultados apontaram prevalência de 22,6% de depressão pré-menopausa, 46,9% de perimenopausa e 40% de depressão pós-menopausa, considerando a amostra total, a prevalência foi de 36,8%.

Também pode ser observada uma tendência a uma maior prevalência de depressão entre as mulheres ocidentais, variando de 15,4% (112) a 37,5% (28) quando a amostra estudada não possui um diagnóstico prévio de depressão e confirma 63,8% de prevalência quando há diagnóstico prévio (113). A prevalência de depressão em mulheres orientais tem sido menor, variando de 5,9% (108) a 11,4% (111), no caso de ausência de diagnóstico prévio. No entanto, uma prevalência de 54,9% foi relatada em mulheres previamente diagnosticadas com depressão (109). Estudos sobre depressão em mulheres ocidentais e orientais parecem dizer que o diagnóstico prévio de depressão é um fator de risco para maior prevalência de depressão no climatério.

Além da história anterior de instabilidade do humor ou sintomas depressivos, outros fatores de risco para o início da depressão climatérica foram relatados (106,109,113,114). Tais como: história de síndrome pré-menstrual, perimenopausa prolongada (mais de 27 meses), sintomas vasomotores, menopausa cirúrgica (histerectomia ou ooforectomia) (63,106,114), menor nível socioeconômico e educacional (106,114), doenças crônicas (63,114), insônia, ansiedade problemas sexuais e urogenitais (106), histórico de depressão pós-parto, disfunção tireoidiana e sofrendo perdas significativas (como ficar viúvo ou

divorciado) (114). Alguns desses fatores de risco são considerados sintomas comuns do período da perimenopausa e estão relacionados a alterações hormonais típicas desse período devido à queda dos níveis de estrogênio e flutuações nos níveis de estradiol que afetam os níveis de serotonina (106). Entre esses fatores estão sintomas vasomotores, distúrbios do sono, dificuldades sexuais, perda de densidade mineral óssea e função cognitiva comprometida. Os níveis de estrogênio também influenciam os níveis de noradrenalina e dopamina, que são reduzidos em condições depressivas, e existem receptores de estrogênio no hipotálamo, na hipófise e no sistema límbico, indicando que o estrogênio pode influenciar diretamente o humor (114). O tipo de menopausa também pode influenciar a ocorrência de depressão, pois as mulheres que sofreram menopausa cirúrgica são mais propensas a depressão (63). Nesse caso, a queda do estrogênio é ainda mais repentina (114).

A comorbidade entre ansiedade, distúrbios de ansiedade e depressão é perceptível durante o climatério. Os transtornos de ansiedade geralmente precedem a depressão e também demonstraram ser bons preditores de episódios de depressão maior (28). Mulheres com ansiedade podem ter risco quatro vezes maior de depressão, enquanto mulheres deprimidas com risco até cinco vezes maior de ansiedade e a ocorrência de depressão e ansiedade estão significativamente relacionadas à presença de sintomas climatéricos moderados (23). Distúrbios do sono relacionados a ondas de calor e suores noturnos também podem influenciar a ocorrência de depressão (63) e a insônia tem uma forte relação com a depressão (23). Os sintomas vasomotores estão

relacionados às dificuldades em manter o sono, pois causam desconforto e várias interrupções do sono, enquanto a depressão está relacionada à dificuldade em adormecer (latência do sono) e também despertar muito cedo (115).

Condições graves de saúde (câncer, dor crônica, entre outras) podem estar presentes durante a menopausa, influenciando a ocorrência de sintomas depressivos e maior risco de suicídio (28,105). O abuso de substâncias também pode estar relacionado a sintomas depressivos, igualmente para medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos, contraceptivos etc.), bem como para o uso de drogas de consumo, como álcool e tabaco, uma vez que a dependência de álcool é um preditor confirmado de depressão, pois reduz atividade de serotonina (105).

Além dos sintomas físicos, as queixas subjetivas, como “sentir-se velho”, são comuns, principalmente quando se manifestam sintomas associados ao climatério, como dor nas articulações ou rigidez (106). A insatisfação com a imagem corporal também está relacionada à depressão (105). Perquier et al (112) encontraram associação entre excesso de peso em mulheres de 35 a 40 anos com a ocorrência de depressão. Mulheres que estavam acima do peso ao longo da vida tiveram maior probabilidade de desenvolver depressão no período climatérico. Os fatores psicossociais também influenciam o aparecimento de sintomas depressivos e os sintomas depressivos contribuem significativamente para o declínio da qualidade de vida, pois o climatério é um período de experiências que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão (113). O período

climatérico é propenso a experiências negativas, como perda de importantes relacionamentos afetivos, separação, divórcio ou viuvez, morte de pais e filhos saindo de casa (síndrome do ninho vazio) (114). Mulheres com menor nível socioeconômico e educacional tendem a ter maior risco de depressão e a necessidade de voltar ao trabalho para complementar sua renda após a aposentadoria é um preditor de sintomas de depressão (114). Estar desempregado também é um fator de risco para depressão (105). Os sintomas depressivos podem estar relacionados a uma atitude negativa em relação à experiência da menopausa, bem como ao suporte social percebido (106).

De acordo com Murphy, Verjee, Bener e Gerber (116), as mulheres climatéricas do Catar consideram a menopausa um momento emocional em que precisam se sentir cuidadas e bem-vindas por sua família, se voltam para o relacionamento com seus maridos e expressam o medo de que se casem novamente ou não os ache mais atraentes. Eles vêem a proteção que recebem em seus lares como positiva e acreditam que as experiências das mulheres ocidentais nesse estágio são bem diferentes na maneira como elas têm um estilo de vida mais independente. Sesma Pardo et al. (106) apontaram a importância de considerar o ambiente cultural das mulheres, os sintomas depressivos podem ser mais frequentes em sociedades onde a menopausa tem conotações sociais mais negativas, como na Europa, onde o envelhecimento não é percebido como bom para as mulheres. Ao contrário do que acontece no Japão, onde a mulher idosa é valorizada, as mulheres recebem maior respeito e autoridade.

Um bom apoio social e familiar, bem como a satisfação no trabalho, podem ser um fator protetor para as mulheres; a qualidade do relacionamento com o parceiro é muito importante nesse aspecto, emocional e sexual, pois alterações nos níveis de estradiol podem afetar a experiência sexual (106). Kalmbach, Pillai, Kingsberg e Ciesla (117) demonstraram que sintomas afetivos como ansiedade e depressão podem ser preditores de dificuldades sexuais. A gravidade dos sintomas depressivos pode levar a mulher à anedonia, onde o desejo sexual subjetivo e a lubrificação natural podem ser prejudicados.

O climatério é identificado como um fator de risco para depressão. O envelhecimento biológico está associado a alterações hormonais que alteram o perfil bioquímico da mulher, criando o que alguns autores chamam de “janela de vulnerabilidade” (4,106), durante o qual é observado um aumento na intensidade dos sintomas depressivos, embora as evidências de associação entre menopausa e depressão não são totalmente claras. As fases climatéricas que compreendem perimenopausa, menopausa e pós - menopausa também são frequentemente marcadas por importantes mudanças sociais e psicológicas e também podem estar relacionadas à ocorrência de depressão. Os diferentes estudos transversais analisados nesta revisão objetivaram mensurar o grau e a prevalência de depressão em mulheres climatéricas utilizando diversos instrumentos, de modo que, a partir desses estudos, foi possível verificar uma maior prevalência de depressão em mulheres climatéricas ocidentais, o que parece indicar a relevância do contexto para o surgimento da depressão. A prevalência nas amostras ocidentais

(15,4% a 37,5%) foi maior que nas amostras orientais (5,9% a 11,4%), provavelmente ocorrendo influência cultural e sociodemográfica. Estudos também indicaram que a história anterior de depressão é um preditor significativo de depressão durante as fases relacionadas à menopausa. Outro ponto importante no estudo da depressão nessas amostras foi a variedade de fatores de risco, variando de fatores clínicos, como flutuações hormonais, sintomas vasomotores, menopausa cirúrgica (causada por histerectomia ou ooforectomia), comorbidades com doenças graves, como câncer e osteoporose, a fatores neuropsíquicos, como altos níveis de ansiedade e insônia, bem como fatores como abuso de substâncias, vulnerabilidade social e problemas de auto-estima. Dada a complexidade dos fatores que podem levar as mulheres climatéricas a uma condição depressiva e a possível existência de uma maior vulnerabilidade biológica para que esta condição seja estabelecida, o ideal é que as mulheres no climatério sejam atendidas de forma personalizada, a fim de possibilitar a prevenção da depressão, considerando as especificidades de cada caso.

Ansiedade no climatério feminino

"Ansiedade" é um termo geral capaz de abranger distinções importantes entre sintomas de ansiedade e transtornos de ansiedade. Os sintomas de ansiedade incluem várias manifestações, como preocupações, medos e excitações fisiológicas que causam desconforto ao indivíduo (118). Na definição da OMS, "transtornos de ansiedade se referem a um grupo de transtornos mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo,

incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e pós-traumático transtorno de estresse (TEPT). Como na depressão, os sintomas podem variar de leve a grave. A duração dos sintomas normalmente experimentados por pessoas com transtornos de ansiedade o torna mais um transtorno crônico do que episódico” (27).

No climatério feminino, a ansiedade é um dos sintomas neuropsíquicos mais frequentes e relevantes (70,119,123,126). Em um estudo sobre transtornos do humor em mulheres na pós-menopausa, com base nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição (DSM IV), observou-se uma prevalência de 23,8% dos transtornos de ansiedade e o transtorno de ansiedade generalizada foi o mais prevalente (15,6% dos casos) (56). Os resultados do estudo multicêntrico e transversal de Núñez -Pizarro JL et al. (126), realizado em mulheres na pós-menopausa entre 40 e 59 anos, de 11 países da América Latina, indicou a prevalência de sintomas de ansiedade em 61,9% da amostra, utilizando a escala “The Goldberg Depression and Anxiety Scale”. Em um estudo transversal com mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa usando a Zung Anxiety Scale (ZAS), Jafari et al (119) encontraram 49,5% de ansiedade entre as 218 mulheres estudadas. Utilizando o mesmo instrumento e fases do climatério, Freeman & Sammel (125) identificaram 36,6% de ansiedade em seu estudo longitudinal com 233 mulheres. Outro instrumento utilizado para avaliar o sintoma foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), utilizada

em estudos transversais de Polisseni et al. (23) e Terauchi et al. (121), e a prevalência de ansiedade foi de 53,7% e 14,3%, respectivamente.

Estudos sugerem que o climatério é um período de alto risco para o aparecimento ou agravamento da ansiedade, com taxas mais altas do que as encontradas na população feminina em geral (70,118,119,121).

Segundo Pereira, Schmitt, Buchalla, Reis e Aldrighi (122), nesta fase da vida, as mulheres se tornam mais vulneráveis a condições de ansiedade, que podem estar associadas à redução progressiva ao longo dos anos dos níveis fisiológicos de estrogênio, um esteróide de ação ansiolítica. Neste estudo transversal de 749 mulheres de todas as fases climatéricas, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e identificou uma prevalência de 16,6% de ansiedade (122).

Quanto à relação entre ansiedade e status da menopausa, foi destacada a relação de ansiedade com um período específico, mais fortemente associado à pós-menopausa. Catalano et al. (62) estudaram 192 mulheres na pós-menopausa com a Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA) e identificaram a presença de ansiedade em 18,5% delas, apontando também que os níveis de ansiedade estão significativamente relacionados à idade das mulheres, idade da menopausa e época da menopausa. Jafari et al. (119), em um estudo sobre a comparação de depressão, ansiedade, qualidade de vida, vitalidade e saúde mental entre mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa, constatou que as mulheres na pós-menopausa apresentaram níveis mais altos de ansiedade em comparação às mulheres na pré-menopausa.

Yisma et al (123), estudando 226 mulheres etíopes na perimenopausa e pós - menopausa , constataram que os sintomas somáticos foram os mais prevalentes (65,9%), seguidos pelos sintomas psicológicos (46,0%) e urogenitais (30,5%). Esses autores indicaram que os sintomas específicos mais comuns foram ondas de calor (65,9%), dificuldade em adormecer (50,0%), humor depressivo (46,0%), irritabilidade (45,1%) e ansiedade (39,8%). Uma análise de Terauchi et al (121) sobre as associações entre ansiedade e sintomas somáticos, urinários e vasomotores, indicou correlações mais fortes entre os escores de sintomas somáticos e os escores de ansiedade do que os sintomas urinários ou vasomotores. Em um estudo brasileiro, utilizando uma metodologia transversal com 184 mulheres nas fases climatéricas, os sintomas da menopausa mais prevalentes foram nervosismo (73,9%), alterações cutâneas (66,8%), ansiedade (60,9%), afrontamentos (57,6%) , perda de cabelo (49,5%) e hipertensão (26,1%) (124). Freeman & Sammel (125) observaram, através de análise longitudinal, que 72% das mulheres avaliadas tinham ondas de calor moderadas a graves. Esses autores também apontaram que os níveis desse sintoma foram significativamente associados aos escores de ansiedade. Nesta análise, os escores de ansiedade somática previram significativamente o risco de ondas de calor, com um aumento no risco de apresentar esse sintoma em 69% para cada ponto aumentado nos escores médios de ansiedade somática. A dimensão afetiva da ansiedade não apresentou correlação significativa com as manifestações de ondas de calor.

O estudo de Catalano et al. (62) realizado com 192 mulheres na pós-menopausa, com idade média de 67,5 anos, analisou o impacto dos níveis de

ansiedade na saúde óssea, identificando evidências de que a ansiedade é um fator preditivo na redução da densidade mineral óssea. Nesse sentido, Erez, Weller, Vaisman e Kreitler (127) analisaram a relação entre depressão, ansiedade, estresse e densidade mineral óssea em um estudo transversal com 135 mulheres na pós-menopausa. Os resultados indicaram fortes evidências de uma associação entre depressão e densidade mineral óssea; e evidência parcial de correlação entre ansiedade, estresse e densidade mineral óssea reduzida. Os autores também observaram correlações positivas significativas entre ansiedade, depressão e sintomas de estresse, dados corroborados por Catalano et al. (62), que também identificaram uma associação significativa entre sintomas de ansiedade e sintomas depressivos.

A partir do cenário apresentado, destaca-se que as mulheres climatéricas vivenciam experiências particulares, de modo que a ampla compreensão dos sintomas manifestados nesse período contribui para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, principalmente considerando que a ansiedade está associada ao sofrimento e à diminuição da qualidade de vida nesta fase (23,119,126, 128, 129), a presença de traços de ansiedade e sensibilidade à ansiedade pode desempenhar um papel importante na previsão de experiências de angústia durante o climatério. Orientações prévias adequadas sobre a possibilidade de manifestações de ansiedade podem representar um instrumento de intervenção e redução dos índices desse sintoma durante o climatério feminino (128,130,168).

A ansiedade é um dos sintomas mais prevalentes no climatério e a pós - menopausa pode ser considerada a fase em que os sintomas de

ansiedade estão mais fortemente associados. Os estudos analisados nesta revisão foram predominantemente transversais, com amostras de mulheres na pós-menopausa. Além disso, instrumentos de medição autoadministrados foram predominantemente utilizados para avaliar os sintomas de ansiedade e não os transtornos de ansiedade. Os resultados geralmente sugerem que o climatério é um período de alto risco para o aparecimento ou agravamento da ansiedade e mostrou uma prevalência de sintomas de ansiedade em torno de 40%. Com relação aos sintomas da menopausa, as correlações mais fortes foram entre ansiedade e sintomas somáticos, principalmente ondas de calor, que podem ter ansiedade somática como fator de risco. Outros fatores significativamente associados à ansiedade foram estresse, depressão, qualidade de vida e densidade mineral óssea. As mulheres vivem experiências muito particulares durante o climatério e a presença de sintomas de ansiedade está associada a angústia e pior qualidade de vida.

Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio no climatério feminino

A ideação suicida, assim como o risco de suicídio, é um transtorno mental multifatorial sério e complexo. Nas mulheres, o comportamento suicida está frequentemente associado à idade, alto nível de estresse, presença de sintomas de depressão, alto nível de ansiedade, oscilações e diminuição do status hormonal, uso de álcool, tabagismo, atividade física deficiente, ausência de atividade no trabalho, presença de doenças, índice de massa corporal, baixo nível de escolaridade e renda familiar. Em relação ao estado civil, em geral, há um risco maior entre as mulheres que não são casadas ou não vivem

com companheiro. Problemas de saúde mental pré-existentes, incluindo transtornos do humor, também mostram uma associação importante com a ideação suicida (19,25,28,30–33,46,47).

As oscilações no nível de estrogênio, típicas do período climatérico, afetam os sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos e podem causar alterações no humor, cognição e comportamento (31). Baixo nível de estrogênio resulta em diminuição da função serotoninérgica e aumento da impulsividade e risco de ideação e comportamento suicida (30,31). Estudos diferem em relação ao período climatérico em que o risco de suicídio se torna mais prevalente, alguns observaram que as mulheres na pós-menopausa têm maior risco de suicídio do que as mulheres mais jovens (25). Outros estudos indicaram que o risco de desenvolver depressão é maior durante a perimenopausa e encontraram uma maior associação entre ideação suicida e perimenopausa do que em qualquer outra fase do climatério feminino (32).

Kornstein et al. (21), descobriram que as mulheres na pré-menopausa e na perimenopausa tinham aproximadamente duas vezes mais chances de relatar uma tentativa de suicídio do que as mulheres na pós-menopausa. No entanto, Lee et al. (31) descobriram que mulheres na pós-menopausa que recebem TRH, especialmente por mais de 10 anos, apresentaram aumento da ideação suicida em comparação com mulheres na pós-menopausa sem TRH. Os autores recomendaram que os médicos prestassem atenção aos sintomas de humor e ideação suicida em mulheres na pós-menopausa com TRH.

O diagnóstico de ideação ou comportamento suicida no climatério foi realizado a partir de diferentes instrumentos e modelos clínicos. Um dos critérios utilizados foi o diagnóstico clínico anterior (31) ou o diagnóstico feito pelo psiquiatra no momento do estudo, utilizando os critérios do DSM-IV (19). Muitos estudos aplicaram entrevistas de auto-relato ou questionários auto-relatados (25,28,31–33,46,47). Entre os instrumentos validados utilizados foram o “Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva - Auto-Relato”, com forte correlação com a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (28); a versão em espanhol da “Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)” (30); Escala de ajuste social de Holmes e Rahe (30); Escala de Impulsividade de Barratt - versão modificada (30); “Brown –Goodwin Aggression Scale” (30); Escala de Intenção Suicida de Beck (30); "Escala de classificação de depressão de Hamilton de 17 itens" (19) e a versão coreana do "módulo de suicídio da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)" (46).

A presença de transtornos do humor ou humor comórbido (32) e transtornos de ansiedade (28,32) também foram associados ao aumento da probabilidade de ideação suicida. Usall et al. (32) em seu estudo com 21.425 mulheres na pré, peri e pós-menopausa da Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha, descobriram que 7,8% das mulheres na perimenopausa relataram ideação suicida, em oposição a 1% das mulheres na pós-menopausa. Weiss et al (28), em seu estudo com 298 mulheres americanas na pré e pós-menopausa, descobriram que mulheres com alto risco de suicídio também apresentavam um alto índice de ansiedade, enquanto aquelas com

baixo risco de suicídio apresentavam um menor índice de ansiedade. Os resultados indicam que o nível de ansiedade de uma mulher foi o mais forte preditor de sua probabilidade de ter depressão grave, incluindo pensamentos de morte ou suicídio. Os autores encontraram outro preditor significativo de depressão grave, que foi o número de problemas físicos relatados para a saúde. Os problemas de saúde mais associados ao risco de depressão grave foram úlceras / doenças do estômago, distúrbios neurológicos e dores nas costas. O estudo não apontou o status hormonal como um preditor significativo de idéias ou tentativas de suicídio relatadas, pois 12% de todas as mulheres na peri-menopausa foram classificadas em risco de suicídio e 18,5% de todas as mulheres na pré-menopausa que relataram menstruação regular. No entanto, os autores observaram que 33% das mulheres que tiveram seus ovários ou útero removidos cirurgicamente estavam no grupo suicida de alto risco, enquanto nenhuma mulher grávida estava nesse grupo. Outros autores descobriram que os riscos de suicídio aumentam devido aos baixos níveis de estrogênio e progesterona (30).

Estudos utilizando amostras de mulheres coreanas de meia-idade destacaram a associação de diferentes fatores ao comportamento suicida. Hahn et al (33) analisaram uma amostra de 4.010 mulheres coreanas na pós-menopausa, onde 22,1% apresentaram depressão e 27,4% de ideação suicida e analisaram 4.836 mulheres sul-coreanas na pré-menopausa, onde 16,4% apresentaram depressão e 18,5% tiveram ideação suicida. Neste estudo, problemas de saúde mental, como depressão e ideação suicida, foram fortemente associados à perda de densidade mineral óssea (DMO) nos dois

grupos. Wie et al (25) encontraram em um estudo com 5.131 mulheres coreanas na pós-menopausa que 21% relataram ideação suicida, enquanto 0,8% relataram tentativa de suicídio durante o ano do estudo. Neste estudo, a correlação entre aborto e ideação suicida ou tentativa de suicídio foi mais significativa entre as mulheres que sofreram aborto induzido três vezes ou mais. A influência do status hormonal na ideação suicida foi analisada por Lee et al (31), que observou em uma amostra de 2.286 mulheres na pós-menopausa coreanas que 25% das mulheres que usavam terapia de reposição hormonal (TRH) apresentavam depressão e ideação suicida, 20% tinham apenas ideação suicida, 20% tinham apenas depressão e pouco mais de 15% não tinham ideação ou depressão suicida. Ju et al. (47) realizaram um estudo transversal utilizando dados da Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição da Coreia (2008–2012), composta por 6.621 indivíduos com 40 anos ou mais. Os autores associaram a falha no controle de peso à ideação suicida. Os dados mostraram que, entre os obesos, 9,4% dos homens tiveram ideação suicida em oposição a 20,6% das mulheres, também o comportamento foi semelhante entre os participantes com sobrepeso, onde 10% dos homens tiveram ideação suicida, em contraste com 17,5% das mulheres. Observou-se que os participantes que experimentaram tentativas frustradas de controlar o peso também apresentaram maior probabilidade de relatar pensamentos suicidas.

Estudos sobre a prevalência de ideação suicida, pensamentos suicidas e suicídio não são muito expressivos e mostram que não há consenso sobre as fases climatéricas com maior risco para tais condições. A relação entre ideação

suicida e climatério ainda não é totalmente clara, considerando a variedade de fatores e condições biopsicossociais que podem desencadear pensamentos suicidas (26). No entanto, embora não possamos afirmar que a redução dos níveis de estrogênio leva à depressão, devemos considerar que fatores metabólicos e hormonais podem estar associados ao aumento da regulação do humor, levando ao aumento do risco de depressão durante a menopausa (133) e aumento do risco de ideação suicida.

Ideação suicida, pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio são sintomas de doença mental grave e risco de suicídio. Fatores que podem contribuir para o início ou aumento do risco de suicídio são muito variados e também complexos. Na literatura, frequentemente encontramos esse risco associado a transtornos do humor, presença de comorbidades graves, diagnóstico de transtorno depressivo maior e queda acentuada nos níveis de estrogênio e progesterona. Os estudos transversais analisados indicaram diagnóstico de ideação suicida ou comportamento suicida usando diferentes instrumentos de autorrelato ou entrevistas clínicas. A pré - menopausa e a perimenopausa estavam relacionadas a um maior risco de ideação suicida e depressão, enquanto a pós-menopausa estava relacionada a um maior risco de suicídio. Um único estudo constatou que a TRH em andamento por mais de 10 anos pode aumentar o risco de ideação suicida entre mulheres na pós-menopausa. Estudos coreanos mostraram uma prevalência de ideação suicida em torno de 20%, enquanto estudos ocidentais mostraram prevalência entre 1% e 12%. Diferentes estudos demonstraram que fatores sociais como renda, empregabilidade e questões psicológicas, como auto-estima e auto-imagem,

podem ser fatores importantes para o risco de suicídio. Devido à gravidade do problema e à variedade de fatores que podem causar esse problema, é necessário acompanhar com frequência e de forma individualizada as mulheres que possam apresentar esse risco.

Considerações finais

As mulheres mostram uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais ao longo da vida (169), mostrando cerca de duas vezes o risco de desenvolver depressão do que os homens (8). Na menopausa, a diminuição dos níveis de estrogênio pode se correlacionar com o aumento dos sintomas de humor, sintomas físicos e sintomas psicóticos (169), mostrando que os transtornos mentais podem seguir os estágios do climatério e merecem atenção. Fatores demográficos e psicossociais, altos níveis de ansiedade e estresse, diagnóstico prévio de depressão e condições físicas de saúde também estão entre os preditores mais citados e possíveis de depressão e ideação suicida no climatério (4,28,113). Além disso, o que torna o climatério um período mais complicado pode não ser exatamente a gravidade dos sintomas do climatério, mas a percepção dessa gravidade pela mulher. Silva et al.(169), revelaram uma alta prevalência de autopercepção de saúde negativa (saúde regular ou ruim) entre mulheres na menopausa, com um aumento na prevalência de pior autopercepção de saúde em relação às mulheres na pós-menopausa. Esses aspectos expressam a característica biopsicossocial do climatério, ou seja, diferentes fatores que podem atuar ao mesmo tempo,

tornando o climatério um período de maior vulnerabilidade ao aparecimento de transtornos do humor (4).

Apesar das inegáveis mudanças e turbulências vivenciadas durante o climatério feminino, apontadas e discutidas por várias pesquisadoras, ainda temos uma certa falta de rigor metodológico que põe em dúvida a relação entre transtornos mentais comuns e climatério. Destacamos aqui as diferentes ferramentas e métodos de diagnóstico utilizados, bem como culturas e tamanhos de amostras. A variabilidade dos fatores associados ao longo do período climatérico também são fatores fortemente associados à depressão, ansiedade e ideação suicida em outros períodos da vida, não sendo, portanto, um climatério exclusivo. Portanto, enfatizamos que as diferenças culturais, demográficas e metodológicas entre as amostras, bem como a variedade de fatores biopsicossociais estudados, característicos desta fase da vida das mulheres, geram muitas incertezas sobre a relação exata entre depressão, ansiedade e ideação suicida com o climatério. Isso exige mais pesquisas e maior rigor metodológico nos estudos de saúde mental das mulheres durante o climatério.

Embora o climatério seja uma parte natural da vida de uma mulher, a literatura em todo o mundo aponta para muitos problemas durante esse período (2). É importante que os pesquisadores contextualizem o período climatérico, não atribuindo a presença de sintomas neuropsíquicos, como depressão, ansiedade e ideação suicida, exclusivamente a alterações hormonais e físicas. Fatores socioculturais e demográficos, o papel das mulheres em uma determinada sociedade e a representação social do

envelhecimento são questões que merecem atenção. Da mesma forma, aspectos psicossociais estão intimamente envolvidos no problema das mudanças causadas pelo climatério, uma maior vulnerabilidade hormonal associada aos estressores da vida pode enfraquecer as mulheres. Eventos estressantes também podem prejudicar a qualidade do sono ou sobrepor a presença de distúrbios do sono, por exemplo. Todos esses aspectos e como eles se relacionam podem tornar o climatério um período mais ou menos crítico para as mulheres. A janela de vulnerabilidade que se abre no climatério feminino não parece ser apenas hormonal, porque as mulheres de meia-idade também sofrem conflitos de outras ordens, o que exige um olhar multidisciplinar e abrangente e uma análise cuidadosa, para não racionalizar demais algo que também é subjetivo. Em diálogo com Bremer et al. (128), consideramos que cada mulher experimenta mudanças biopsicossociais em todo o climatério de maneira muito particular, merecendo, portanto, assistência personalizada, humanizada e única, a fim de ter como objetivo a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da mulher.

Naturalmente, o climatério é configurado como um período de vulnerabilidades e uma visão biopsicossocial parece ser a mais apropriada para entender a natureza das relações entre tantos sintomas e fatores associados. Portanto, é importante destacar que a mulher no climatério precisa ser entendida em toda a sua dimensão de sintomas, percepções e cuidados. Para cuidar da saúde da mulher na menopausa, é necessário entender a saúde como completo bem-estar de uma pessoa, promovendo a atenção aos sintomas físicos, mentais e sociais. Essa visão converge com a

definição de saúde da OMS, considerada física, mental e socialmente como um estado completo de bem-estar, harmonizando-se com o meio ambiente. Portanto, não há como ignorar a promoção do bem-estar mental; além disso, deve ser considerada uma prioridade, assim como a prevenção de transtornos mentais, diagnóstico, tratamento e reabilitação (58).

Concluindo nossa discussão, consideramos que o climatério pode ter uma grande importância na saúde da mulher no campo da epidemiologia e saúde pública e recomendamos o monitoramento da depressão, ansiedade e ideação suicida como rotina ambulatorial, permitindo avaliações diagnósticas regulares e garantia humanizada e preventiva Cuidado. Além disso, um maior conhecimento sobre a saúde mental das mulheres na menopausa pode possibilitar intervenções adequadas e promover a manutenção da saúde mental e da qualidade de vida das mulheres. Da mesma forma, pode reduzir custos no sistema de saúde em emergências hospitalares, buscando a rede de atenção primária através de casos de depressão maior, ataques de ansiedade, ideação suicida, tentativas de suicídio e o próprio suicídio.

Artigo 2: A Relação entre Depressão, Ansiedade, Ideação Suicida, Estresse e Sono em Mulheres na Pós-menopausa: fatores associados

Cristina Maria Duarte Wigg^{1,2,3}; Amanda Oliveira de Carvalho^{1,3}; Ana Cristina da Silva^{1,3}; Ligia Maria Rosalino Martins^{1,3}; Vanessa Lemos da Costa Soares^{1,3}; Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro^{3,4}

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicometria, Rio de Janeiro RJ, Brasil;

2 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Setor de Neuropsicologia, Rio de Janeiro RJ, Brasil;

3 Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Rio de Janeiro RJ, Brasil;

4 Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Ambulatório de endocrinologia ginecológica, Rio de Janeiro RJ, Brasil.

Correspondence: Cristina Maria Duarte Wigg; Setor de Neuropsicologia, Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; Av.Venceslau Braz, 95; 22290-140 Rio de Janeiro RJ, Brasil; E-mail: cristinawigg@psicologia.ufrj.br, cristina.wigg@gmail.com.

Conflict to interest: There is no conflict of interest to declare

Support: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) for the support. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC; Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação – PIBITI.

Resumo: Os estudos vêm mostrando as implicações dos sintomas neuropsíquicos para a manutenção da saúde mental da mulher durante o climatério, destacando a pós-menopausa como uma fase menopausa-relacionada que merece atenção, visto o aumento da expectativa de vida e a permanência por mais anos nesta fase da vida. Desta forma, o objetivo do estudo foi estudar os sintomas neuropsíquicos mais prevalentes na pós-menopausa, identificando as associações que estabelecem entre si e com outros fatores. Foram estudadas 123 mulheres ambulatorialmente, utilizando um questionário para coleta de dados, escalas de sintomas menopausais e neuropsíquicos. Para caracterização da amostra foram estudadas as prevalências das variáveis sociodemográficas, clínicas e neuropsíquicas. Foram analisadas correlações bivariadas e análise de redes e fluxos. Os resultados mostraram importantes correlações entre os sintomas estudados e a insônia se mostrou uma variável influente. Fatores clínicos, sociodemográficos e socioeconômicos são importantes na contextualização da pós-menopausa. A partir dos resultados encontrados propomos avaliação e acompanhamento regular dos sintomas neuropsíquicos nos ambulatórios do climatério e recomendamos atenção à insônia, como importante fator influente e a combinação entre fatores de diferentes naturezas, como possível agravo à saúde mental da mulher.

Palavras-chave: Pós-menopausa; Transtornos mentais, Transtornos do sono; Estresse psicológico, Saúde da mulher.

Introdução

A presença de sintomas neuropsíquicos em torno do climatério, como depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida, neuroticismo, foram de em vários estudos (23–26,28,63), e tem despertado grande preocupação. Todos esses sintomas em torno do período do climatério, combinados ou não, podem exigir muito esforço para serem superados, pondo em risco a saúde mental da mulher (26). Além disso, a associação entre eles pode aumentar o risco de depressão e ideação suicida, considerando a maior vulnerabilidade da mulher no climatério (4).

Fatores de naturezas diferentes podem estar relacionados ao surgimento ou agravamento de sintomas neuropsíquicos durante o climatério, como biológicos, psicossociais e sociais (4,63). As mudanças no ambiente hormonal acarretam em sintomas vasomotores e físicos (2), que podem abrir uma “janela de vulnerabilidade” para depressão e desordens psiquiátricas, podendo representar o começo de um quadro de depressão ou um episódio recorrente (4). Além disso, eventos importantes podem estar presentes na experiência climatérica feminina, como o início da aposentadoria, a saída dos filhos de casa, relacionamentos conjugais estagnados, sensação de vazio resultante da perda de juventude, atratividade e falta de papéis sociais e profissionais (2).

Vários estudos têm verificado que fatores biológicos, sociais e psicológicos podem contribuir significativamente para o surgimento de um quadro depressivo (4,63). A saúde física, ansiedade, idade e status menopausal têm sido estudados como possíveis fatores associados à depressão mais grave entre mulheres no climatério (28). A ansiedade, além de fortemente associada com depressão, tem sido um dos sintomas neuropsíquicos de maior prevalência no climatério (23). Ademais, insônia (23,34,35), estresse (42) e ideação suicida (25,28,31,32) também são entre os sintomas neuropsíquicos mais estudados, mantendo associações com sintomas vasomotores, clínicos, psicossociais e socioculturais (25,28,31,32,35).

Considerando a prevalência de sintomas neuropsíquicos no climatério e o relacionamento que estabelecem entre si e com fatores biológicos e psicossociais (63), desenvolvemos o presente estudo com o objetivo de identificar a relação entre depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida e sono em mulheres na pós-menopausa e fatores associados. Além disso, houve grande interesse em contribuir com achados epidemiológicos e da saúde pública em relação à saúde da mulher na meia-idade.

Métodos

Desenho do estudo e participantes

Este foi um estudo transversal, aprovado pelo comitê de ética local, que incluiu 123 mulheres climatéricas do ambulatório do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Fernandes Figueira, Fundação

Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. As participantes foram mulheres na pós-menopausa, com 45 anos ou mais, diagnosticadas clinicamente pelo setor de endocrinologia ginecológica e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As mulheres incluídas tinham pelo menos 12 meses consecutivos sem menstruar. Foram excluídas as mulheres na pós-menopausa com histórico de câncer, doença neurológica ou psiquiátrica ativa e/ou doença crônica incapacitante.

Procedimentos e instrumentos

Cada participante respondeu a um questionário constando de dados clínicos, sociodemográficos e econômicos. Durante a aplicação do questionário as participantes tiveram que responder aos itens do Índice Menopausal de Kupperman-Blatt (IMK) e da Escala de Classificação da Menopausa (MRS). Em seguida, foram aplicados o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI II), o Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). O PSQI (158,159) inclui 19 perguntas que são combinadas para formar 7 componentes: (1) qualidade do sono - percepções individuais sobre a qualidade do sono; (2) latência do sono - tempo necessário para iniciar o sono; (3) duração do sono - duração do sono ou quanto tempo o indivíduo permanece adormecido; (4) eficiência habitual do sono - a relação entre o número de horas dormidas e o número de horas restantes na cama (não necessariamente adormecido); (5) distúrbios do sono - presença de situações que comprometem as horas de sono; (6) medicação para dormir - analisa o uso de medicação para dormir e (7)

disfunção diurna - distúrbios e sonolência durante o dia, referindo-se a mudanças na disposição para a realização de atividades rotineiras. Cada componente é pontuado de 0 a 3. Os sete componentes combinados formam uma pontuação global que varia de 0 a 21, onde 0 indica nenhuma dificuldade e 21 indica dificuldade grave. Uma pontuação global ≥ 5 distingue “mal” e “bom” dormidor (158,159). Os sintomas de depressão da semana anterior foram avaliados pelo BDI II (156). A depressão foi definida por um escore ≥ 14 , onde: 14-19, 20-28 e 29-63 indicam depressão leve, moderada e grave, respectivamente (156). Os sintomas de ansiedade da semana anterior foram avaliados pelo BAI (155). A ansiedade foi definida pelo escore ≥ 10 , onde: 10-16, 17-29 e 30-63 indicam ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente (155). O item 9 do BDI II (suicídio) fornece um índice de ideação suicida na semana anterior. Este item varia de 0 a 3 (0 = Não tenho pensamentos de me matar; 1 = Tenho pensamentos de me matar, mas não os realizaria; 2 = Gostaria de me matar; 3 = Eu me mataria se eu tivesse a chance). O item 9 do BDI foi utilizado em outro estudo (160) para fornecer um índice de ideação suicida. O ISSL (157) visa identificar objetivamente os sintomas que o indivíduo apresenta, avaliando se ele apresenta sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e o estágio em que se encontra. Apresenta um modelo quadrifásico de estresse, com relação aos efeitos do estresse são capazes de se manifestar tanto na área somática quanto na cognitiva e aparecem em sequência e gradação de seriedade à medida que as fases de estresse pioram. É composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). O quadro 1

corresponde à fase de alerta. Consiste em 12 sintomas físicos e três psicológicos, nos quais o entrevistado indica F1 ou P1 para os sintomas físicos ou psicológicos que ele experimentou nas últimas 24 horas. O quadro 2 é usada para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase exaustão). Os sintomas listados são típicos para cada estágio. O quadro 2 é dividido em duas partes, mostrando a divisão entre as fases de resistência e quase exaustão. Esse quadro é composto por dez sintomas físicos e cinco psicológicos, nos quais o entrevistado marca com F2 e P2 os sintomas experimentados na última semana. O quadro 3, que corresponde à fase de exaustão, é composto por 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, e o respondente indica com F3 ou P3 os sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica, sendo os sintomas frequentemente repetidos, diferindo apenas em intensidade e seriedade. O número de sintomas físicos é maior que os psicológicos e varia de fase para fase, pois a resposta ao estresse é assim constituída e é por isso que não é possível simplesmente usar o número total de sintomas marcados para o diagnóstico, sendo necessário consultar a avaliação das tabelas. O IMK (152,153) foi desenvolvido em 1953 e tem sido usado em muitos estudos para avaliar a gravidade dos sintomas da menopausa (152,153). O índice inclui 11 sintomas. Cada categoria é calculada em uma escala de quatro pontos em que zero é igual a assintomático e quatro, severamente sintomático. O total de pontos para cada item avalia a gravidade dos sintomas da menopausa que podem variar de 0 a 51 pontos, quanto maior a pontuação, mais grave a queixa. O grau de intensidade dos sintomas da menopausa foi avaliado pelo

IMK, a partir do ponto de corte >19. O ítem “insônia” foi utilizado para indicar o sintoma neuropsíquico com ponto de corte = 1 e o ítem “ondas de calor” foi utilizado como variável clínica “fogachos”, com ponto de corte = 1. A escala MRS (154) para medir o índice da menopausa é composta por 11 sintomas, divididos em somático-vegetativo (falta de ar, sudorese, calor; desconforto no coração; problemas no sono; problemas musculares/articulares); psicológico (humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental); urogenital (problemas sexuais, problemas da bexiga, secura vaginal). Neste estudo, apenas o sintoma "problemas sexuais" da MRS foi utilizado. Os instrumentos aplicados já eram adaptados e padronizados para uso na população brasileira.

Análise Estatística

Para caracterização da amostra, foram obtidas as frequências absolutas e relativas do grupo estudado para cada variável sociodemográfica, clínica e neuropsíquica (Tabela 1). Posteriormente, as mulheres foram divididas em 2 grupos para cada sintoma neuropsíquico no formato “com depressão” e “sem depressão”; “com ansiedade” e “sem ansiedade”; “com ideação suicida” e “sem ideação suicida”, “com estresse” e “sem estresse” e “com insônia” e “sem insônia”.

Com o objetivo de analisar dados acerca das relações dos sintomas neuropsíquicos entre si e com variáveis clínicas foi empregado o ambiente R (161) na versão 3.5.1. Pacotes que foram empregados para a análise de dados inclui o pacote psych (162), qgraph (163) e lsmfit (164). O primeiro passo da

análise de dados consistiu em obter as correlações bivariadas para as variáveis, que conforme apresentam caráter dicotômico, podem ser analisadas através do emprego do coeficiente de correlação de Pearson que assume fórmula semelhante ao coeficiente Phi quando ambas as variáveis são dicotômicas. Por fim foram empregados modelos de rede considerando modelos ising para a estimativa de redes com variáveis dicotômicas. Considerando os coeficientes Phi e o p valor, associações fortes, positivas e significativas foram consideradas a partir do $\Phi = +40$ à $+69$.

Os modelos de rede são obtidos através de são estimados através da probabilidade conjunta condicionada das variáveis do sistema de variáveis definido em análise. Seu objetivo é a representação de uma rede composta por nodos (variáveis) conectados por arestas (associações) probabilísticas. Desta forma, bordas verdes representam associações positivas para as variáveis conectadas. Cada aresta é dotada de uma magnitude ou intensidade. São disponibilizados também os limiares, que indicam quando uma determinada variável apresenta maior probabilidade de se manifestar em um determinado sistema (165).

Uma última informação analisada nas redes consiste nos coeficientes de centralidade, apresentados na forma de até três indicadores. Strength (força) consiste em um dos índices de centralidade mais estáveis. É obtido de acordo com a intensidade de todas as arestas ligadas a um determinado nodo. Assim, o nodo com o somatório de maior magnitude de arestas seria mais influente em uma rede. Para closeness (proximidade), a centralidade é calculada considerando o caminho mais curto entre um nodo e o resto da rede.

Betweenness ou entrelace, indica nodos que oferecem densidade para a rede. Isso significa que se forem removidos, acabam por aumentar a distância entre as variáveis em uma determinada vizinhança. O gráfico de centralidade é obtido com estatística Z. Nodos com centralidade = 0 consistem em nodos de centralidade média. Nodos com centralidade superior a zero, apresentam maior influência do que a média do sistema (165).

Resultados

Predominaram no estudo mulheres entre os 45 e 64 (67%), pretas/pardas (67%), com mais de 9 anos de estudo (71%), sintomas menopausais leves (53%), insônia (58%), fogachos (63%). Problemas sexuais não foram predominantes (33%). A maioria das mulheres não fazia qualquer tipo de tratamento (ansiolíticos/antidepressivos (75%), tratamento de reposição hormonal – TRH (92%) e psicoterapia (87%)), eram religiosas (98%) e não haviam sofrido violência (física, psicológica ou sexual) (76%). A presença de sintomas neuropsíquicos prevaleceu, com destaque para o estresse, com prevalência de 75% (Tabela 1).

A comparação entre variáveis sociodemográficas e clínicas (Tabelas 2 e 3) mostrou: características sociodemográficas comuns a todos os grupos com ou sem sintomas : “pardas/pretas”, “ninho vazio”, “com atividade remunerada”, “com mais de 9 anos de estudo”, “com religião” e “sem histórico de violência”. Especificidades: “faixa etária”, “viver com companheiro”, “renda familiar” e “classe econômica” (Grupo “com insônia” e “sem estresse”: prevaleceram mulheres “a partir de 65 anos”; Grupo “ideação suicida”: prevaleceram

mulheres vivendo “sem companheiro”; Grupos “sem depressão”, “sem estresse” e “sem ansiedade”: prevaleceram mulheres vivendo “sem companheiro”; Grupo “com depressão”: prevaleceram mulheres “com renda familiar até 2 salários mínimos”; Grupos com sintomas: em todos prevaleceram mulheres das classes “D-E e C2”). Características clínicas comuns a todos os grupos com ou sem sintomas: “não faziam THR” nem “psicoterapia”. Todos os grupos com sintomas neuropsíquicos mostraram “sintomas menopausais moderados à grave”, “fogachos” e “insônia”. Os grupos “sem ansiedade”, “sem depressão” e “sem ideação” também mostraram prevalência maior de fogachos. No grupo “sem ideação suicida” também prevaleceu “insônia”. Entretanto, no grupo “com ideação suicida”, além dos “fogachos”, “insônia”, “sintomas menopausais moderados à grave” prevaleceram mulheres com “uso de ansiolíticos/antidepressivos” e “problemas sexuais”.

A análise correlacional das variáveis clínicas e neuropsíquicas (Tabela 4), identificou associações fortes, positivas e significativas entre estresse e depressão; ansiedade e distúrbios do sono; estresse e ansiedade; depressão e latência do sono; depressão e disfunção diurna e ansiedade e latência do sono. Uma forte associação foi encontrada entre psicoterapia e uso de antidepressivo. Ansiedade e depressão mostraram uma associação moderada, positiva e significativa. Na análise entre variáveis clínicas, neuropsíquicas e do sono (PSQI) (Tabela 5), foram identificadas associações fortes, positivas e significativas entre insônia e latência do sono; insônia e PSQI global; intensidade dos sintomas menopausais e PSQI global; depressão e latência do sono; depressão e disfunção diurna; depressão e PSQI global; ansiedade e

latência do sono; ansiedade e distúrbios do sono. Ideação suicida, TRH e histórico de violência mostraram apenas correlações fracas ou próximas de zero com as categorias do sono pelo PSQI.

Nas redes, as associações entre variáveis muito fracas foram eliminadas do gráfico por não serem diferentes de zero (uso de ansiolíticos, uso de antidepressivos, TRH, psicoterapia e intensidade dos sintomas menopausais). Histórico de violência e eficiência habitual do sono foram removidas do gráfico por descontinuidade. A variável ideação suicida também foi retirada da rede 1 (Figura 1), por ser um nodo oriundo de um item da escala de depressão (BDI II), presente na rede. Outra análise gráfica considerando ideação suicida como variável alvo do sistema no lugar da BDI II (Rede 2 e Fluxo 2, Figuras 2 e 4). A rede 2 (Figura 2) considerou ideação suicida como variável alvo do sistema no lugar de depressão.

Em primeiro lugar, foram observadas as arestas de maior intensidade nos gráficos de rede e fluxos (Figuras 1,2,3 e 4). Isso ofereceu pistas sobre quais foram os relacionamentos de maior importância. A partir das análises das redes 1 e 2 (Figuras 1 e 2) , foi possível verificar que as arestas que mantiveram uma conexão mais forte foram “insônia e latência do sono”; “ansiedade e distúrbios do sono”; “insônia e fogachos”; “ansiedade e disfunção diurna”; “estresse e ansiedade”; “insônia e duração do sono”; “latência e duração do sono”; “insônia e estresse”. “Depressão e disfunção diurna”; “depressão e estresse” e “depressão e latência do sono”, surgiram apenas na rede 1, visto que a rede 2 tratava apenas de ideação, que não estabeleceu conexão forte com nenhuma variável. Outras conexões moderadas e

específicas de cada rede foram identificadas como “insônia e uso de medicamento para dormir (rede 1)” e “ansiedade e latência do sono” (rede 2). Os nodos mediadores entre outras variáveis na rede 1 foram insônia, estresse, depressão, ansiedade e latência do sono. Na rede 2 (Figura 2) foram ansiedade, insônia e estresse. A variável ideação suicida mostrou baixa expressividade na rede.

Na análise do fluxo 1 (Figura 3), depressão como variável alvo, depressão estabeleceu forte ligação com estresse, latência e disfunção diurna, mostrando relações mais indiretas, mas não menos importantes com ansiedade, distúrbios do sono e insônia. No fluxo 2 (Figura 4), ideação suicida a partir do estresse e da disfunção diurna, estabeleceu uma relação indireta com ansiedade, que por sua vez apresentou forte ligação com estresse, disfunção diurna e distúrbios do sono. Esse fluxo pode mostrar uma forte probabilidade de que associações entre estresse, sono (disfunção diurna e distúrbios do sono) e ansiedade sejam importantes na compreensão da ideação suicida em mulheres na pós-menopausa. A partir das outras associações e relacionamentos verificamos que ansiedade, estresse e sono também estabeleceram relacionamentos com depressão.

Os coeficientes de centralidade (Figura 5) mostraram indicadores de maior força (Strength), proximidade (Closeness) e entrelace (Betweenness). A variável insônia apresentou a maior probabilidade de exercer influência sobre as demais variáveis da rede, revelando ser o sintoma neuropsíquico de maior força, proximidade e entrelace, seguida por ansiedade, latência do sono,

estresse e depressão. Os demais nodos não se expressaram, mostrando baixa força, proximidade e entrelace.

Discussão

Mulheres na pós-menopausa têm mostrado presença de depressão, ansiedade, estresse e ideação suicida, entretanto nem sempre é possível identificar a relação desses sintomas com status menopausal (23,26,40,42,63,119). Além disso, o envelhecimento e a idade também tem sido um fator preditor para desordens mentais (27,28,106). Nesse contexto, nosso estudo verificou importantes dados de prevalência e associação acerca da depressão, ansiedade, estresse, insônia e ideação suicida em mulheres na pós-menopausa.

O estresse foi o sintoma neuropsíquico mais prevalente do estudo (75%) mediando o relacionamento entre “ansiedade e problemas com o sono (insônia e disfunção diurna)” e entre “problemas com sono (disfunção diurna e latência do sono), depressão e ansiedade”. Além disso, foram identificadas associações positivas entre estresse e sintomas menopausais (0,46;p<0,01), estresse e depressão (0,59;p<0,01) e estresse e ansiedade (0,46;p<0,01). Estudos vêm revelando alta prevalência de estresse em mulheres de meia idade que se encontram na menopausa (40). Ademais, tem sido verificado que mulheres na pós-menopausa apresentam um valor médio de estresse significativamente maior em comparação às mulheres na pré-menopausa e nas usuárias de ansiolítico (42). Sintomas psicológicos e relacionamentos interpessoais ruins no trabalho, fatores profissionais, familiares, pessoais e de

saúde acarretam níveis consideráveis de estresse no climatério (40). Lee et al (31), encontraram dados que indicam que o estresse e o apoio social afetam diretamente a depressão em mulheres, representando um importante fator de risco. Cuadros et al (134), identificaram associação entre “estresse e insônia e Erez et al (127) encontrou correlações positivas entre depressão e estresse ($r = 0,60$; $p < 0,01$) e entre estresse e ansiedade ($r = 0,53$; $p < 0,01$).

Ansiedade (47%) foi mediadora dos relacionamentos entre o estresse e problemas com o sono (disfunção diurna, distúrbio do sono e insônia) e mostrou associação moderada com depressão. Os sintomas atrelados ao climatério feminino podem variar diante das diferenças individuais e culturais, porém, estudos atuais apontam a ansiedade como um dos sintomas mais frequentes nesse período da vida da mulher (119). Jafari F, et al (119) verificou que as mulheres na pós-menopausa apresentaram níveis mais altos de ansiedade em comparação às mulheres na pré-menopausa. Segundo Weiss et al (28), o nível de ansiedade de uma mulher pode ser um forte preditor da probabilidade de ter depressão grave, incluindo pensamentos de morte ou suicídio.

Depressão mostrou ser uma variável influente no estudo, mediando problemas com sono (disfunção diurna e latência do sono) e estresse. Nosso estudo mostrou alta prevalência de depressão (41%) e associação moderada e significativa com ansiedade. Discute-se que uma “janela de vulnerabilidade” pode representar o começo de um quadro de depressão, episódio recorrente ou desordens psiquiátricas (4,6,24,168). Tal fenômeno pode deixar a mulher mais susceptível a desenvolver sintomas psicológicos como mudanças de

humor, tristeza, frustração, falta de motivação ou interesse, diminuição da energia, desesperança, dificuldade de concentração, dificuldade de tomar decisões, irritabilidade, intolerância, nervosismo, ansiedade e baixa autoestima (6). Identificamos no grupo das mulheres deprimidas uma predominância de mulheres com baixa renda familiar, indicando mais dificuldades financeiras que as demais, esse é um indicador de depressão (4,27) e um importante fator de risco de ordem psicossocial e sociocultural para depressão (4,63).

Em relação à ideação suicida, nosso estudo encontrou uma prevalência de 11% entre as mulheres na pós-menopausa. Estudos realizados no oriente e no ocidente tem encontrado prevalências em torno de 20% (25,31) e entre 1% e 12% (28,32), respectivamente. Os estudos foram realizados em diferentes fases menopausa-relacionadas. Weiss et al (28) verificaram que o nível de ansiedade da mulher foi o mais forte preditor da probabilidade de ter depressão grave, incluindo pensamentos de morte ou suicídio. Verificamos que ideação suicida manteve relacionamento direto moderado com estresse e disfunção diurna do sono e ligação indireta com ansiedade, que mostrou relacionamento com distúrbios do sono e estresse. Quando estudamos o grupo com ideação suicida foi possível perceber que essas mulheres mostraram maior sofrimento psíquico e apresentaram maior uso de ansiolíticos/antidepressivos e também problemas sexuais, um problema não identificado em nenhum outro grupo com ou sem sintomas neuropsíquicos. Além disso, em relação aos fatores sociodemográficos foi possível perceber que o grupo com ideação suicida mostrou prevalência de mulheres vivendo sem companheiro e sem os filhos (ninho vazio), o que ao se combinar poderia

gerar maior sensação de solidão e sofrimento psíquico (40). Ideação suicida não se manifestou como variável mediadora, podendo ter sido o resultado de relações entre problemas do sono, depressão, ansiedade e estresse, tendo como mediadores outros fatores não estudados aqui nas redes e fluxos, como por exemplo os fatores sociodemográficos e econômicos.

A insônia, além de muito prevalente (47%), mostrou-se como a mais importante variável mediadora, expressando um importante relacionamento entre “fogachos e estresse”; “depressão e ansiedade” e “fogachos, estresse e ansiedade” (35), exercendo uma provável influência sob os demais sintomas estudados. Considerada como um sintoma vasomotor e neuropsíquico muito prevalente no climatério (23,34), a insônia frequentemente está associada a sintomas vasomotores e aos fatores psicossociais (35). Além disso, a exposição à insônia aumenta a vulnerabilidade da mulher aos comprometimentos físicos e emocionais (36). Estudos têm buscado verificar se a presença de fogachos e suores noturnos pode interferir no sono, determinando o aparecimento de condições depressivas e ansiosas (Teoria do Efeito Dominó) a longo prazo (44).

Nosso estudo revelou que fatores socioculturais como classe socioeconômica, renda familiar, estado marital e ninho vazio podem, isoladas ou associadas representar um fator de risco para sintomas neuropsíquicos (40,63). Da mesma forma, a intensidade dos sintomas menopausais, insônia e fogachos, se mostraram importantes na presença dos sintomas neuropsíquicos (23,34,35). Em termos de ligação e conectividade, insônia foi a variável mais

influyente, com maior força, proximidade e entrelace entre as demais variáveis avaliadas.

Finalizando nossa discussão, consideramos os grupos com sintomas neuropsíquicos de maior risco para sofrimento psíquico, depressão grave e ideação suicida, por terem apresentado fatores que, avaliados segundo atualização do conhecimento clínico sobre a “Janela de Vulnerabilidade” no climatério (4), são indicadores de risco aumentado para depressão, como fatores sociodemográficos e socioeconômicos (pardas/pretas (72%); ninho vazio (58%); classe socioeconômica menos favorecida (100%) e psicossociais (presença de associações fortes, positivas e significativas entre depressão e estresse (0,59%; $p < 0,01$) e ansiedade e estresse (0,46%; $p < 0,01$). Da mesma forma, mostraram elevadas prevalências de fatores relacionados à “janela de vulnerabilidades (sintomas menopausais moderados à grave (M=70%); insônia (M=74%); fogachos (M=75%)).

O presente estudo sofreu algumas limitações. O número de mulheres na pós-menopausa ($n = 123$) pode ter afetado algumas análises. Outra questão foi a própria população da amostra ser derivada de um único ambulatório de saúde. Um outro aspecto foi a respeito de como os dados foram coletados. Foi realizada uma única sessão e embora tivéssemos controlado vieses, pode ter ocorrido fadiga. Investigações posteriores utilizando amostras maiores podem resultar em dados mais consistentes, eliminando quaisquer dúvidas sobre a relação que alguns conjuntos de variáveis estabeleceram com relação aos sintomas neuropsíquicos avaliados. Apesar de suas limitações, consideramos este estudo o primeiro a relacionar depressão, ansiedade, estresse, ideação

suicida e sono e seus componentes em um grupo de mulheres na pós-menopausa. Além disso, nossos achados foram muito coerentes com a literatura.

Conclusão

Fatores sociodemográficos e psicossociais devem ser considerados na contextualização da saúde mental da mulher na pós-menopausa. Em relação à assistência, especialmente da mulher na pós-menopausa, sugerimos uma escuta diferenciada do profissional de saúde, para compreender melhor a inserção social da mulher. Além disso, recomendamos avaliações regulares e personalizadas em saúde mental, permitindo diagnósticos neuropsíquicos preventivos, e integrando o acompanhamento nos ambulatórios do climatério.

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e neuropsíquicas da amostra

Características Sociodemográficas		%	Características Clínicas e Neuropsíquicas		f	%	Características Clínicas e Neuropsíquicas		f	%
Idade			Uso de ansiolítico /antidepressivo				Ansiedade (BAI)			
45-64 anos	82	67%	Sim	31	25%	Sim	58	47%		
+65 anos	41	33%	Não	92	75%	Não	65	53%		
Raça/Cor			Terapia Hormonal (TRH)				Qualidade Subjetiva do Sono (PSQI)			
Pardas e Pretas	83	67%	Sim	10	8%	Muito boa/Boa	74	60%		
Branças	40	33%	Não	113	92%	Muito ruim/Ruim	49	40%		
Status Marital			Faz psicoterapia				Latência do Sono (PSQI)			
Com companheiro	64	52%	Sim	16	13%	Muito boa/Boa	58	47%		
Sem companheiro	59	48%	Não	107	87%	Muito ruim/Ruim	65	53%		
Ninho Vazio			Sintomas menopausais (IBMK)				Duração do Sono (PSQI)			
Sim	73	59%	Leves	65	53%	Muito boa/Boa	77	63%		
Não	50	41%	Moderados a grave	58	47%	Muito ruim/Ruim	46	37%		
Exerce atividade remunerada			Fogachos (IBMK)				Eficiência Habitual do Sono (PSQI)			
Sim	76	62%	Sim	78	63%	Muito boa/Boa	81	66%		
Não	47	38%	Não	45	37%	Muito ruim/Ruim	42	34%		
Anos de Estudo			Insônia (IBMK)				Distúrbios do Sono (PSQI)			
Analfabetas até Ensino Fundamental Completo	36	29%	Sim	71	58%	Muito boa/Boa	59	48%		
Ensino Médio Incompleto até Pós-Graduação	87	71%	Não	52	42%	Muito ruim/Ruim	64	52%		
Religião			Problemas sexuais (MRS)				Uso de Medicamentos para dormir (PSQI)			
Sim	120	98%	Sim	41	33%	Muito boa/Boa***	95	77%		
Não	3	2%	Não	82	67%	Muito ruim/Ruim****	28	23%		
Renda Familiar*			Estresse (ISSL)				Disfunção Diurna (PSQI)			
Até 2 salários mínimos	52	42%	Sim	93	76%	Muito boa/Boa	93	76%		
2 ou mais salários mínimos	71	58%	Não	30	24%	Muito ruim/Ruim	30	24%		
Classe Socioeconômica (CCEB)**			Ideação Suicida (Item 9-BDI II)				PSQI Global			
Classes C1, B2, B1 e A	64	52%	Sim	13	11%	Boa	33	27%		
Classes D-E e C2	59	48%	Não	110	89%	Ruim	36	29%		

Histórico de Violência			Depressão (BDI-II)			Presença de distúrbio do sono		54	44%
Sim	29	24%	Sim	51	41%				
Não	94	76%	Não	72	59%				
TOTAL	123	100%	TOTAL	123	100%	TOTAL	123	100%	

*Baseado no salário mínimo de 2019 **Classificação do Critério de Classificação Econômica do Brasil ***medicamento nenhuma vez ou menos de uma vez na semana nos últimos 3 meses ****medicamento uma a duas vezes ou 3 a mais vezes na semana nos últimos 3 meses.

erapia de reposição hormonal (TRH), Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IBMK), Menopause Rating Scale (MRS), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Depressão de Beck – 2ª Edição (BDI-II), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

Tabela 2. Características sociodemográficas das mulheres com e sem sintomas neuropsíquicos

Características Sociodemográficas	Com insônia		Sem insônia		Com estresse		Sem estresse		Com ansiedade		Sem ansiedade		Com depressão		Sem depressão		Com ideação		Sem ideação	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Idade																				
45-64 anos	22	31%	19	37%	69	74%	13	43%	42	72%	40	62%	43	84%	39	54%	12	92%	70	64%
+65 anos	49	69%	33	63%	24	26%	17	57%	16	28%	25	38%	8	16%	33	46%	1	8%	40	36%
Raça/Cor																				
Pardas e Pretas	53	75%	30	58%	65	70%	18	60%	41	71%	42	65%	34	67%	49	68%	10	77%	73	66%
Branças	18	25%	22	42%	28	30%	12	40%	17	29%	23	35%	17	33%	23	32%	3	23%	37	34%

				%		%		%		%										
Status Marital																				
Com companheiro	37	52%	27	52%	50	54%	14	47%	33	57%	31	48%	28	55%	36	50%	6	46%	58	53%
Sem companheiro	34	48%	25	48%	43	46%	16	53%	25	43%	34	52%	23	45%	36	50%	7	54%	52	47%
Ninho Vazio																				
Sim	41	58%	32	62%	55	59%	18	60%	36	62%	37	57%	29	57%	44	61%	7	54%	66	60%
Não	30	42%	20	38%	38	41%	12	40%	22	38%	28	43%	22	43%	28	39%	6	46%	44	40%
Exerce atividade remunerada																				
Sim	39	55%	37	71%	58	62%	18	60%	37	64%	39	60%	29	57%	47	65%	9	69%	67	61%
Não	32	45%	15	29%	35	38%	12	40%	21	36%	26	40%	22	43%	25	35%	4	31%	43	39%
Anos de Estudo																				
Analfabetas até Ensino Fundamental Completo	22	31%	14	27%	26	28%	10	33%	17	29%	19	29%	19	37%	17	24%	5	38%	31	29%
Ensino Médio Incompleto até Pós-Graduação	49	69%	38	73%	67	72%	20	67%	41	71%	46	71%	32	63%	55	76%	8	62%	79	72%
Religião																				
Sim	69	97%	51	98%	91	98%	29	97%	57	98%	63	97%	50	98%	70	97%	13	100%	107	97%
Não	2	3%	1	2%	2	2%	1	3%	1	2%	2	3%	1	2%	2	3%	0	0%	3	3%
Renda Familiar*																				
Até 2 salários mínimos	34	48%	18	35	41	44	11	37	27	47	25	38%	26	51%	26	36%	6	46%	46	42%

2 ou mais salários mínimos	37	52%	34	65 %	52	56 %	19	63 %	31	53 %	40	62%	25	49%	46	64%	7	54%	64	58%
Classe Socioeconômica (CCEB)**																				
Classes C1, B2, B1 e A	35	49%	29	56 %	45	48 %	19	63 %	26	45 %	38	58%	25	49%	39	54%	5	38%	59	54%
Classes D-E e C2	36	51%	23	44 %	48	52 %	11	37 %	32	55 %	21	32%	26	51%	33	46%	8	62%	51	46%
Histórico de Violência																				
Sim	18	25%	11	21 %	22	24 %	7	23 %	16	28 %	13	20%	12	24%	17	24%	4	31%	25	23%
Não	53	75%	41	79 %	71	76 %	23	77 %	42	72 %	52	80%	39	76%	55	76%	9	69%	85	77%
TOTAL	71	100%	52	100 %	93	100 %	30	100 %	58	100 %	65	100%	51	100%	72	100%	13	100%	110	100%

Tabela 3. Características clínicas dos grupos com e sem sintomas neuropsíquicos

Características Clínicas	Com insônia		Sem insônia		Com estresse		Sem estresse		Com ansiedade		Sem ansiedade		Com depressão		Sem depressão		Com ideação		Sem ideação	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Ansiolítico/antidepressivo																				
Sim	20	28%	11	21 %	26	28%	5	17%	18	31%	13	20%	17	33%	14	19%	7	54%	24	22%
Não	51	72%	41	79 %	67	72%	25	83%	40	69%	52	80%	34	67%	58	81%	6	46%	86	78%
Terapia Hormonal (TRH)																				

Sim	7	10%	3	58%	8	9%	2	7%	5	9%	5	8%	4	8%	12	17%	2	15%	8	7%	
Não	64	90%	49	94%	85	91%	28	93%	53	91%	60	92%	47	92%	60	83%	11	85%	102	93%	
Psicoterapia																					
Sim	10	14%	6	12%	15	16%	1	3%	10	17%	6	9%	10	20%	6	8%	6	46%	10	9%	
Não	61	86%	46	88%	78	84%	29	97%	48	83%	59	90%	41	80%	66	92%	7	54%	100	91%	
Sintomas menopausais (IBMK)																					
Leves	21	30%	44	85%	39	42%	26	87%	16	28%	49	75%	14	27%	51	71%	3	23%	62	56%	
Moderados a grave	50	70%	8	15%	54	58%	4	13%	42	72%	16	25%	37	73%	21	29%	10	77%	48	44%	
Fogachos (IBMK)																					
Sim	55	77%	23	44%	67	72%	11	37%	43	74%	35	54%	37	73%	41	57%	10	77%	68	62%	
Não	16	23%	29	56%	26	28%	19	63%	15	26%	30	46%	14	27%	31	43%	3	23%	42	38%	
Insônia (IBMK)																					
Sim	-	-	-	-	62	67%	9	30%	45	78%	26	40%	39	76%	32	44%	10	77%	61	55%	
Não	-	-	-	-	31	33%	21	70%	13	22%	39	60%	12	24%	40	56%	3	23%	49	45%	
Problemas sexuais (MRS)																					
Sim	29	41%	12	23%	38	41%	3	10%	24	41%	17	26%	24	47%	17	24%	8	62%	33	30%	
Não	42	59%	40	77%	55	59%	27	90%	34	59%	48	74%	27	53%	55	76%	5	38%	77	70%	

TOTAL	71	100%	52	100	93	100%	30	100%	58	100%	65	100%	51	100%	72	100%	13	100%	110	100%
--------------	----	------	----	-----	----	------	----	------	----	------	----	------	----	------	----	------	----	------	-----	------

Tabela 4. Matriz correlacional de medidas clínicas e neuropsíquicas (N = 123)

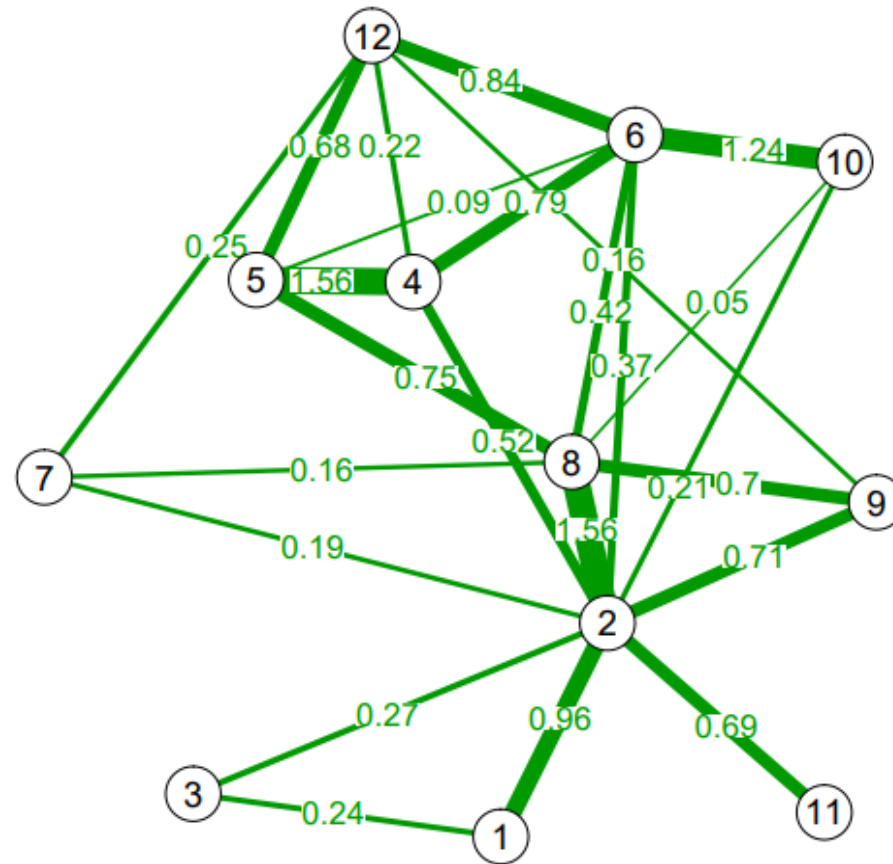
	Fogachos (IBMK)	Insônia (IMBK)	Problemas Sexuais (MRS)	Sintomas Menopausais (IMBK)	Estresse (Fase Exaustão - ISSL)	Ideação Suicida (Item 9 - BDI-II)	Depressão (DBI-II)	Ansiedade (BAI)	Ansiolítico	Antidepressivo	Reposição Hormonal (TRH)	Psicoterapia	Histórico de Violência
Fogachos (IBMK)	1												
Insônia (IMBK)	0,34**	1											
Problemas Sexuais (MRS)	0,28*	0,1*	1										
Sintomas Menopausais (IMBK)	0,51**	0,57**	0,26**	1									
Estresse (Fase Exaustão - ISSL)	0,22*	0,38**	0,28**	0,46**	1								
Ideação Suicida (Item 9 - BDI-II)	0,09	0,13	0,20*	0,20*	0,30**	1							
Depressão (DBI-II)	0,15	0,31**	0,24**	0,39**	0,59**	0,35	1						
Ansiedade (BAI)	0,21*	0,37**	0,16	0,44**	0,46**	0,15	0,39**	1					
Ansiolítico	-0,03	0,02	0,06	0,15	0,21*	0,27**	0,16	0,06	1				
Antidepressivo	-0,23**	0,04	0,12	0,00	0,14	0,21*	0,09	0,09	0,29**	1			
Reposição Hormonal (TRH)	0,01	0,07	0,10	0,07	0,11	0,09	-0,00	0,01	0,27**	0,03	1		
Psicoterapia	-0,15	0,03	-0,01	0,02	0,11	0,33**	0,16	0,11	0,28**	0,57**	0,06	1	
Histórico de Violência	0,06	0,04	-0,02	0,01	0,07	0,05	-0,00	0,08	0,01	0,08	-0,02	0,18*	1

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; Fogachos e insônia como sintomas menopausais (IMK); Problemas sexuais como sintoma menopausal (MRS); Intensidade dos Sintomas Menopausais (Score total IMK); Depressão (Sintoma Neuropsíquico/BDI II); Ansiedade (Sintoma Neuropsíquico/BAI); Ideação Suicida (Sintoma Neuropsíquico/Ítem 9 BDI II); Estresse (Sintoma Neuropsíquico/ISSL)

Tabela 5. Matriz correlacional de medidas clínicas, neuropsíquicas e do sono (PSQI) (N=123)

	Qualidade Subjetiva do Sono	Latência do sono	Duração do sono	Eficiência Habitual do Sono	Distúrbios do Sono	Medicamentos para dormir	Disfunção diurna	PSQI Global
Fogachos (IBMK)	0,07	0,19*	0,09		0,30**	-0,08	0,09	0,11
Insônia (IMBK)	0,33**	0,57**	0,35**		0,31**	0,25**	0,26**	0,56**
Problemas Sexuais (MRS)	0,08*	0,04	-0,08		0,24**	0,00	0,18*	0,06
Sintomas Menopausais (IMBK)	0,17*	0,37**	0,17*		0,03	0,16	0,31**	0,42**
Estresse (Fase Exaustão - ISSL)	0,21*	0,33**	0,06*	0,14	0,32**	0,19*	0,38**	0,31**
Ideação Suicida (Item 9 - BDI-II)	0,20*	0,21*	0,00	0,03	0,01	0,13	0,28**	0,22*
Depressão (DBI-II)	0,31**	0,43**	0,06*	0,10	0,12	0,15	0,42**	0,41**
Ansiedade (BAI)	0,24**	0,40**	0,11	0,09	0,49**	0,04	0,38**	0,34**
Ansiolítico	0,03	-0,02	0,02	-0,17	-0,09	0,35**	0,15	0,10
Antidepressivo	0,01	0,08	-0,00	-0,01	-0,12	0,31**	0,11	0,13
Reposição Hormonal (TRH)	0,00	-0,07	0,01	-0,08	-0,00	0,05	0,16	-0,05
Psicoterapia	0,07	0,17	0,00	0,03	-0,00	0,32**	0,10	0,15
Histórico de Violência	0,16	-0,01	0,08	0,09	0,08	0,12	0,07	0,12

*p<0.05 ; **p<0.01; Qualidade Subjetiva do Sono; Latência do Sono; (Duração do Sono; Eficiência Habitual do Sono; Distúrbios do Sono; Medicamentos para Dormir; Disfunção do Sono e Escore Global /PSQI)



- 1: Fogachos (IBMK)
- 2: Insônia (IBMK)
- 3: Problemas Sexuais (MRS)
- 4: Fase de Exaustão (ISSL)
- 5: Depressão (BDI-II)
- 6: Ansiedade (BAI)
- 7: Qualidade Subjetiva do Sono (PSQI)
- 8: Latência do Sono (PSQI)
- 9: Duração do Sono (PSQI)
- 10: Distúrbios do Sono (PSQI)
- 11: Medicamentos para dormir (PSQI)
- 12: Disfunção Diurna (PSQI)

Figura 1. Rede 1

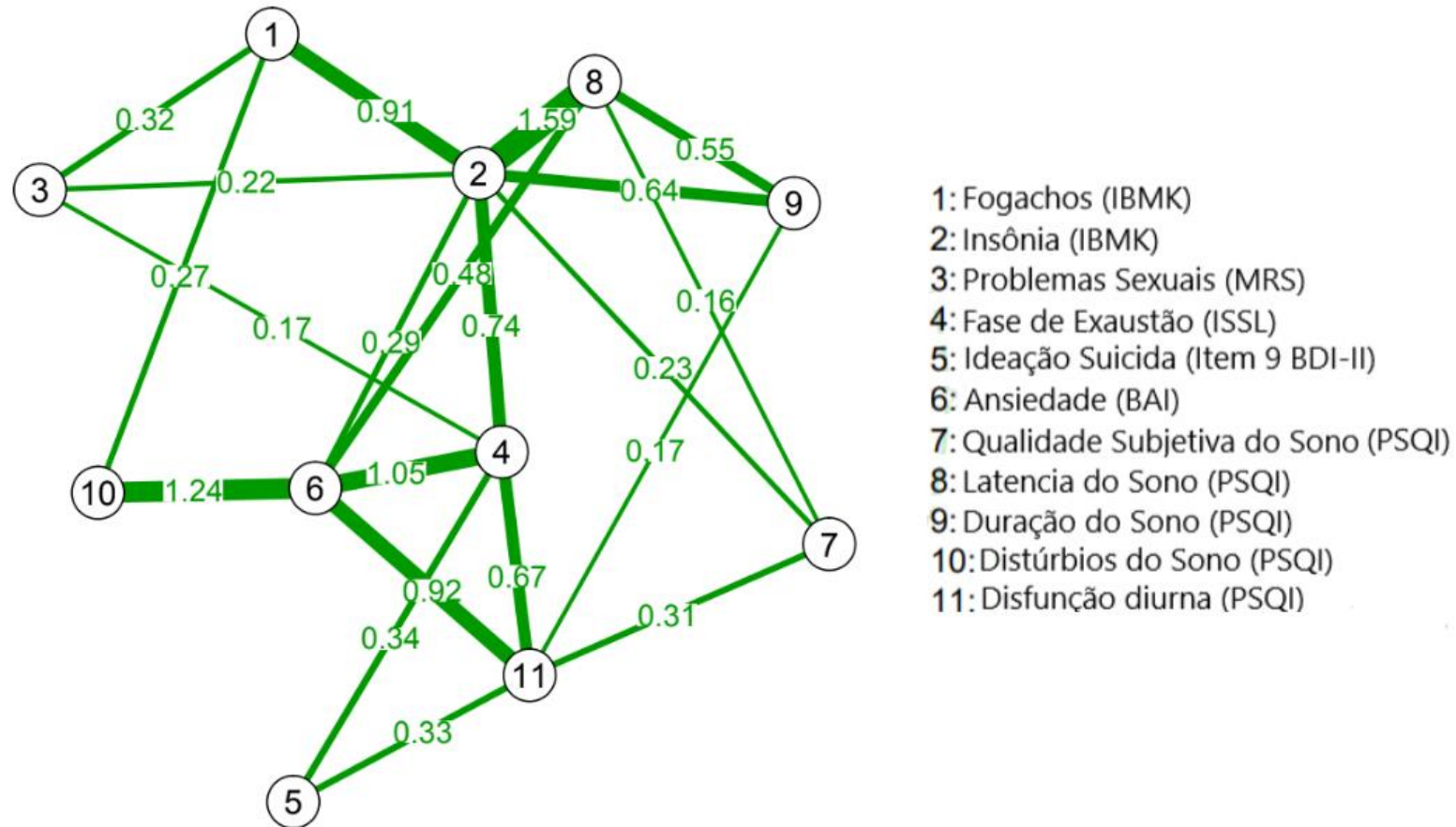


Figura 2. Rede 2 (Substituindo Depressão_BDI II por Ideação Suicida_Item 9 BDI-II)

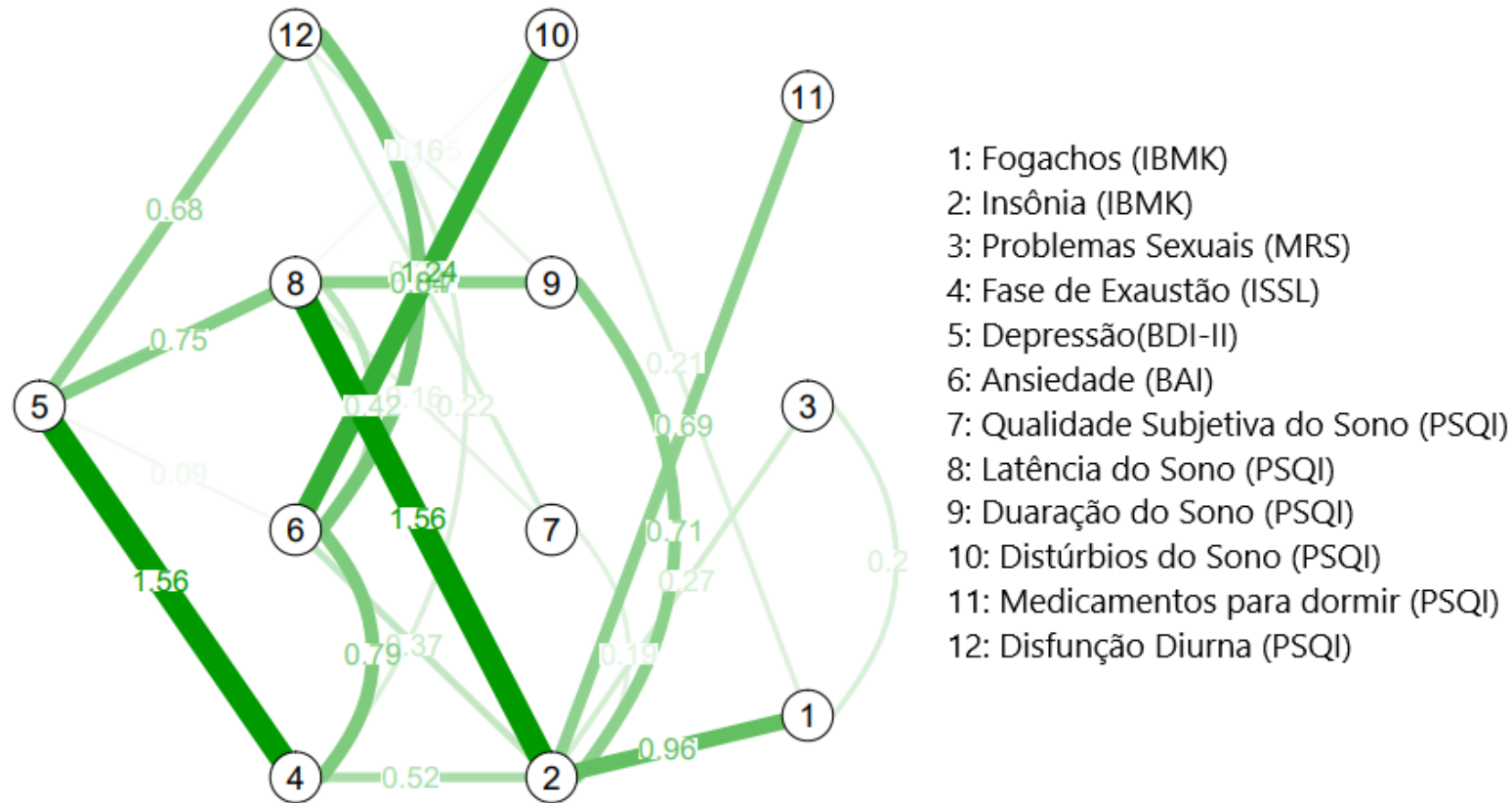


Figura 3. Fluxo 1 (Variável alvo: BDI II)

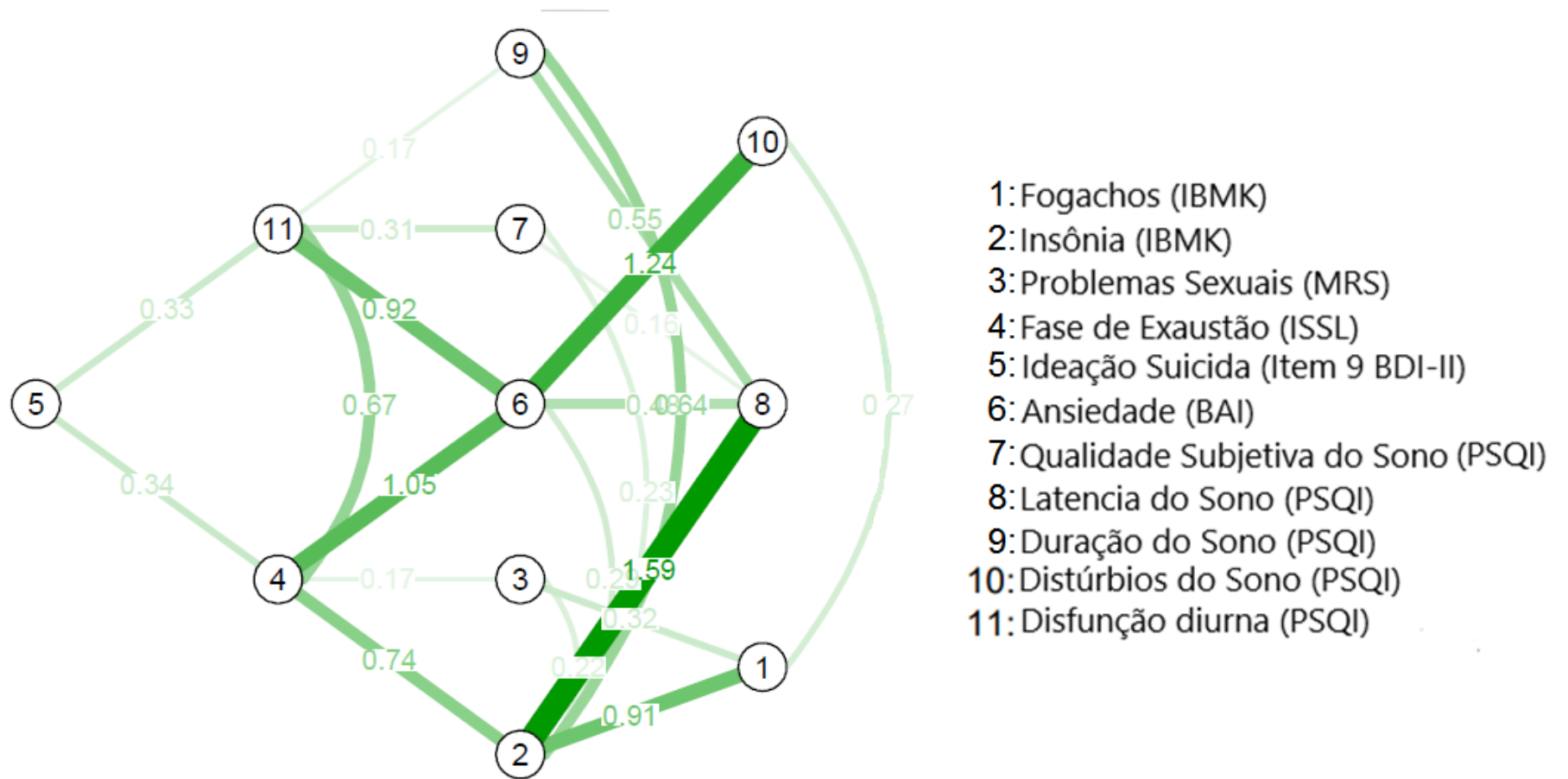


Figura 4. Fluxo 2 (Variável alvo: Ideação Suicida_Item 9 BDI-II)

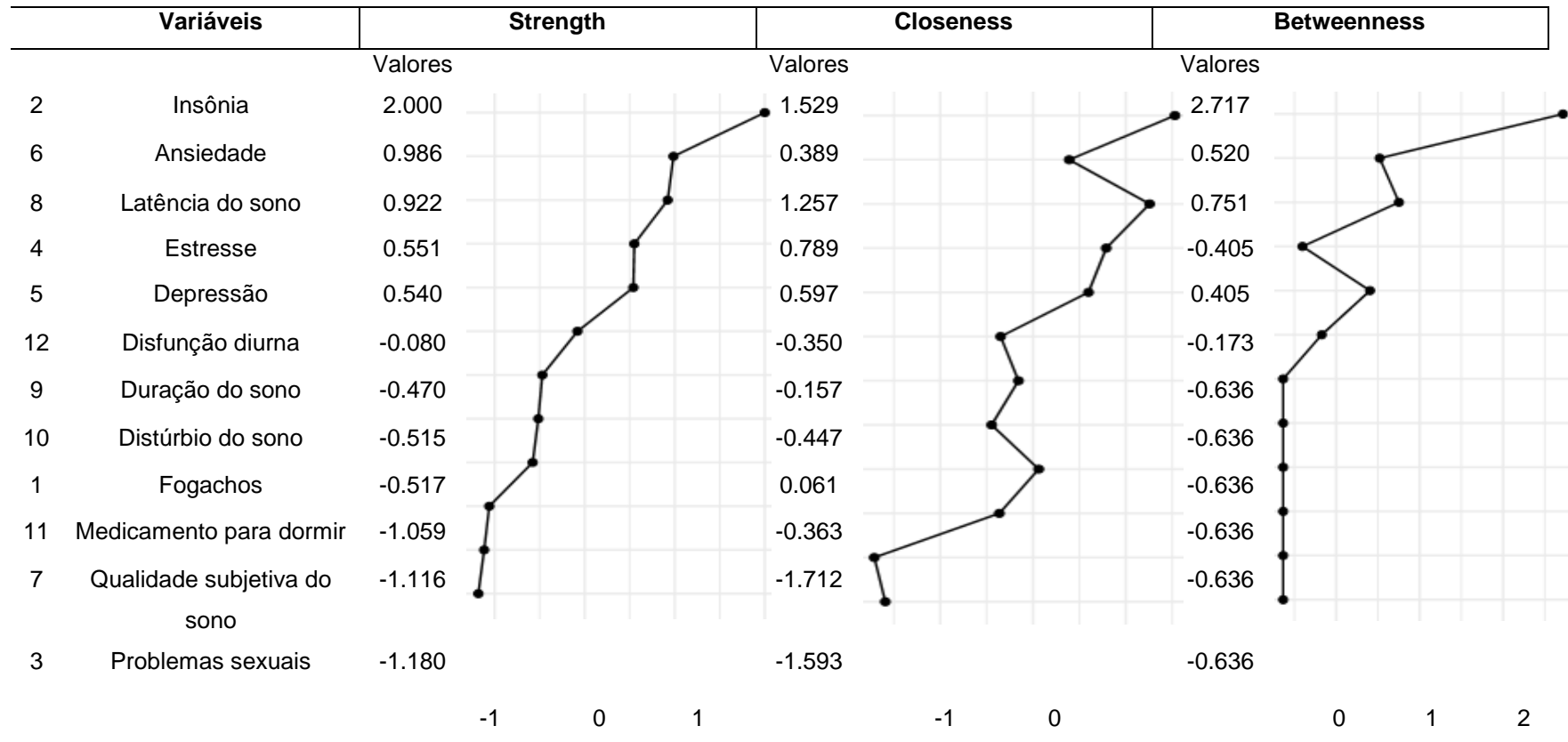


Figura 5. Coeficiente de centralidade

Cartilha: Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas Neuropsíquicos no Climatério

Como produto desta tese foi elaborada uma cartilha intitulada “Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas Neuropsíquicos no Climatério”, que teve como objetivo viabilizar de forma clara e simples informações acerca da saúde mental no climatério, buscamos atingir não só o público feminino, mas, também, profissionais de saúde e toda a comunidade, visando à promoção de saúde e o fomento de uma conscientização sobre a importância de se falar em saúde mental e climatério.

A base para a construção da cartilha deu-se através dos achados desta pesquisa, da análise de artigos científicos, consulta em manuais de instituições de saúde, políticas públicas voltadas para a mulher e de saúde mental. Para conceituar Climatério utilizamos, por exemplo, a terminologia da Sociedade Internacional de Menopausa (IMS). Além disso, utilizamos outros dispositivos de informação como sites e cartilhas que dialogam sobre as duas temáticas.

CAPÍTULO 3

Conclusão Geral

A presente Tese teve como objetivo principal o estudo da prevalência, correlatos e indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino. O estudo buscou contribuir com mais conhecimentos acerca da saúde mental da mulher no climatério, tendo produzido o Artigo 1, o Artigo 2 e a Cartilha informativa. O estudo viabilizou os resultados do exame neuropsicológico às mulheres que participaram da pesquisa e contribuiu com o planejamento e elaboração de um curso de capacitação para servidores do SUS. Além disso, os resultados obtidos podem ser relevantes para a reflexão sobre novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) para a mulher no climatério.

O primeiro estudo (Artigo 1) foi de revisão narrativa e foi uma etapa fundamental da tese. O estudo permitiu discutir características das fases menopausa-relacionadas e discorrer acerca da depressão, ansiedade e ideação suicida no climatério. A revisão narrativa teve como objetivo discutir estudos acerca da prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida no climatério, analisando os métodos diagnósticos utilizados e as associações mais citadas. Foi possível concluir que depressão e ansiedade são desordens muito comuns e bem discutidas no meio científico, mas ideação suicida, apesar de prevalências em torno dos 12%, não tem sido suficientemente estudada. Além disso, essas desordens estão sempre associadas entre si e com outros fatores, biológicos, psicossociais sociodemográficos, por exemplo. Essa

questão demandou uma abordagem mais contextualizada do climatério, evidenciando a importância do modelo explicativo biopsicossocial. A revisão permitiu enriquecer a fundamentação do Artigo 2.

A partir do Artigo 2 buscou-se investigar a prevalência e associações de sintomas neuropsíquicos entre si e com fatores sociodemográficos e clínicos em mulheres na pós-menopausa (Artigo 2: A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa). Esse artigo foi escrito para publicação na revista "Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia". Desta forma, o Artigo 2 foi um estudo de corte transversal, de prevalência e associação, tendo estudado 123 mulheres do ambulatório de endocrinologia climatérica. Os resultados revelaram associações fortes, positivas e significativas importantes que ocorreram entre sintomas "menopausais e estresse" (0,46%; $p < 0,01$), "depressão e estresse" (0,56%; $p < 0,01$), "ansiedade e sintomas menopausais" (0,44%; $p < 0,01$) e "ansiedade e estresse" (0,46%; $p < 0,01$). Associações fortes, positivas e significativas também ocorreram entre "insônia e sintomas menopausais" (0,57%; $p < 0,01$). O estresse estabeleceu relação com sintomas menopausais, depressão e ansiedade. Ansiedade estabeleceu relação com estresse, nos revelando uma tríade de associações entre esses sintomas. Analisando as redes e os gráficos de centralidade, pode-se verificar que os sintomas mais influentes foram insônia, ansiedade, estresse e depressão, do mais influente para o menos influente. A insônia foi o sintoma mais central e exerceu provavelmente, mais força, proximidade e entrelace, demonstrando ser um sintoma central na dinâmica de relacionamentos neuropsíquicos e clínicos. De

forma indireta, insônia, ansiedade, estresse e depressão mantiveram uma conectividade com ideação suicida. Ademais, a insônia mostrou forte probabilidade de estar associada aos fogachos. Insônia mostrou forte, positiva e significativa associação com sintomas menopausais, o que nos pareceu esperado. A partir da análise qualitativa das frequências relativas entre grupos com e sem sintomas neuropsíquicos foi possível levantar pontos muito importantes no contexto sociodemográfico e clínico, que poderão orientar futuros estudos. Observamos, por exemplo, que em todos os grupos com sintomas neuropsíquicos (insônia, depressão, ansiedade, estresse e ideação suicida) prevaleceram mulheres de classes socioeconômicas menos favorecidas, enquanto que em todos os grupos sem sintomas prevaleceram mulheres de classes mais favorecidas. O grupo com depressão foi o único dentre todos os demais (com e sem sintomas), onde predominaram mulheres com renda familiar até dois salários mínimos. Além disso, o grupo com ideação suicida foi o único grupo dentre todos (com e sem sintomas) onde predominaram mulheres com uso de ansiolíticos/antidepressivos e com problemas sexuais. Verificamos ainda que no grupo com ideação suicida predominaram mulheres que vivem sem companheiro e sem a presença dos filhos em casa (ninho vazio), ao contrário do ocorreu com todos os demais grupos (com e sem sintoma), onde prevaleceram mulheres que vivem com companheiros, embora o ninho estivesse vazio. Um outro dado importante foi sobre sintomas menopausais, com destaque para fogachos e insônia. Em todos os grupos com sintomas neuropsíquicos predominaram mulheres com sintomas menopausais de moderados a graves e fogachos, enquanto em todos

os grupos sem sintomas predominaram apenas os sintomas menopausais leves. Nos grupos sem depressão, sem ansiedade e sem ideação suicida também predominaram mulheres com fogachos. Predominaram mulheres com insônia em todos os grupos com sintomas neuropsíquicos, mas não em todos os grupos sem sintomas neuropsíquicos. A exceção foi para o grupo “sem ideação suicida”. Com base nas características da nossa amostra, consideramos que fatores sociodemográficos e econômicos, além dos biológicos e psicossociais, mantêm uma relação muito próxima e forte com sintomas neuropsíquicos na pós-menopausa. Além da importância dos outros achados, destacamos que a depressão tem sido largamente associada com as mudanças no ambiente hormonal, mas na amostra estudada de mulheres na pós-menopausa, foi possível perceber que a combinação de fatores como viver só (sem companheiro e filhos), problemas sexuais, insônia, fogachos e sintomas menopausais de moderados a graves, pode representar importante fator de risco para ideação suicida e possível suicídio.

Finalizamos considerando que os grupos com sintomas neuropsíquicos mostraram maior risco para sofrimento psíquico, depressão grave e ideação suicida. Esses grupos apresentaram prevalências elevadas de fatores que, avaliados segundo atualização do conhecimento clínico sobre a “Janela de Vulnerabilidade” no climatério” (4), são indicadores de risco aumentado para depressão, como fatores sociodemográficos e socioeconômicos (pardas/pretas (72%); ninho vazio (58%); classe socioeconômica menos favorecida (100%) e psicossociais (presença de associações fortes, positivas e significativas entre depressão e estresse(0,59%; $p<0,01$) e ansiedade e estresse (0,46%; $p<0,01$)).

Da mesma forma, mostraram elevadas prevalências de fatores relacionados à “janela de vulnerabilidades (sintomas menopausais moderados à grave (M=70%); insônia (M=74%); fogachos (M=75%)).

Concluimos defendendo que, apesar das limitações do estudo, os resultados encontrados poderão contribuir com a literatura científica, além de viabilizarem novas pesquisas. Além disso, sugerimos que novos estudos explorem a dinâmica de relacionamentos entre sintomas neuropsíquicos e fatores associados, como sociodemográficos, econômicos e clínicos, dando destaque ao estatus marital, ninho vazio, renda familiar, presença de problemas sexuais, insônia, fogachos, sintomas menopausais. Em relação à assistência, especialmente da mulher na pós-menopausa, recomendamos uma escuta diferenciada e avaliações regulares e personalizadas, permitindo diagnósticos neuropsíquicos preventivos, compondo o acompanhamento nos ambulatórios do climatério.

REFERÊNCIAS

1. Utian WH. The International Menopause menopause-related terminology definitions. *Climacteric*. 1º de janeiro de 1999;2(4):284–6.
2. Bień A, Rzońca E, Iwanowicz-Palus G, Pańczyk-Szeptuch M. The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. *Int J Environ Res Public Health*. abril de 2015;12(4):3835–46.
3. Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G, Bien A. Determinant factors of health in rural women in their perimenopausal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [Internet]. 2013 [citado 2 de dezembro de 2019];20(1).
4. Soares CN. Depression and Menopause: An Update on Current Knowledge and Clinical Management for this Critical Window. *Med Clin North Am*. julho de 2019;103(4):651–67.
5. Soares CN. Anxiety and the menopausal transition: managing your expectations. *Menopause*. maio de 2013;20(5):481–2.
6. Llaneza P, García-Portilla MP, Llaneza-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. fevereiro de 2012;71(2):120–30.
7. Timur S, Sahin NH. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*. junho de 2010;17(3):545–51.
8. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 Years. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 1º de setembro de 2011;38(3):609–25.
9. Hunter MS, Liao KL, Hunter M. A psychological analysis of menopausal hot flashes. *Br J Clin Psychol*. novembro de 1995;34(4):589–99.
10. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Soc Sci Med*. dezembro de 2002;55(11):1975–88.
11. Ballinger CB. Psychiatric Aspects of the Menopause. *The British Journal of Psychiatry*. junho de 1990;156(6):773–87.
12. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas*. dezembro de 2016;94:149–54.
13. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol*. abril de 2007;21(2):261–74.

14. Humeniuk E, Bojar I, Owoc A, Wojtyła A, Fronczak A. Psychosocial conditioning of depressive disorders in post-menopausal women. *Ann Agric Environ Med*. 2011;18(2):441–5.
15. Wang H-L, Booth-LaForce C, Tang S-M, Wu W-R, Chen C-H. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri-and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*. 2013;75(4):355–60.
16. Chou C-H, Ko H-C, Wu JY-W, Chang F-M, Tung Y-Y. Effect of previous diagnoses of depression, menopause status, vasomotor symptoms, and neuroticism on depressive symptoms among climacteric women: A 30-month follow-up. *Taiwan J Obstet Gynecol*. setembro de 2015;54(4):385–9.
17. de Kruif M, Spijker AT, Molendijk ML. Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *J Affect Disord*. dezembro de 2016;206:174–80.
18. Fernandes R de CL, Silva KS da, Bonan C, Zahar SEV, Marinheiro LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad saúde pública*. setembro de 2009;25(9):1883–93.
19. Flores-Ramos M, Alcauter S, López-Titla M, Bernal-Santamaría N, Calva-Coraza E, Edden R a. E. Testosterone is related to GABA+ levels in the posterior-cingulate in unmedicated depressed women during reproductive life. *J Affect Disord*. 01 de 2019;242:143–9.
20. Georgakis MK, Thomopoulos TP, Diamantaras A-A, Kalogirou EI, Skalkidou A, Daskalopoulou SS, et al. Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. fevereiro de 2016;73(2):139–49.
21. Kornstein SG, Young EA, Harvey AT, Wisniewski SR, Barkin JL, Thase ME, et al. The influence of menopause status and postmenopausal use of hormone therapy on presentation of major depression in women. *Menopause*. julho de 2010;17(4):828–39.
22. Lee J.E., Moon J.H. Depressive mood is more associated with insomnia in postmenopausal women. *Climacteric*. 2016;19((Lee J.E.) Seoul National University Hospital, South Korea):79.
23. Polisseni AF, de Araújo DAC, Polisseni F, Mourão Junior CA, Polisseni J, Fernandes ES, et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. junho de 2009;31(3):117–23.

24. Soares CN. Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):239–54.
25. Wie JH, Nam SK, Ko HS, Shin JC, Park IY, Lee Y. The association between abortion experience and postmenopausal suicidal ideation and mental health: Results from the 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Taiwan J Obstet Gynecol.* janeiro de 2019;58(1):153–8.
26. Wigg C. A Brief Review of Neuropsychic Symptoms Associated with the Female Climacteric: Depression and Mental Health. *JNSK* [Internet]. 22 de setembro de 2017 [citado 2 de dezembro de 2019];7(4). Disponível em: <https://medcraveonline.com/JNSK/a-brief-review-of-neuropsychic-symptoms-associated-with-the-female-climacteric-depression-and-mental-health.html>
27. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017 p. 24 p.
28. Weiss SJ, Simeonova DI, Kimmel MC, Battle CL, Maki PM, Flynn HA. Anxiety and physical health problems increase the odds of women having more severe symptoms of depression. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(3):491–9.
29. World Health Organization. The World health report : 1998 : Life in the 21st century : a vision for all : report of the Director-General. Rapport sur la santé dans le monde : 1998: La vie au 21e siècle : une perspective pour tous : rapport du Directeur général [Internet]. 1998; Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>
30. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *J Psychiatr Res.* março de 2010;44(4):209–14.
31. Lee J-Y, Park Y-K, Cho K-H, Kim S-M, Choi Y-S, Kim D-H, et al. Suicidal ideation among postmenopausal women on hormone replacement therapy: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V) from 2010 to 2012. *J Affect Disord.* 1º de janeiro de 2016;189:214–9.
32. Usall J, Pinto-Meza A, Fernández A, Graaf R de, Demyttenaere K, Alonso J, et al. Suicide ideation across reproductive life cycle of women Results from a European epidemiological study. *Journal of Affective Disorders.* 1º de julho de 2009;116(1):144–7.
33. Hahn C, Oh JH, Joo S-H, Jeong J-E, Chae J-H, Lee C-U, et al. Association between mental health status and bone mineral density: Analysis of the 2008-2010 Korea national health and nutrition examination survey. *PLoS ONE.* 2017;12(11):e0187425.

34. Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M, Kato K, Matsushima E, Kubota T. Insomnia in Japanese peri- and postmenopausal women. *Climacteric*. outubro de 2010;13(5):479–86.
35. Baker FC, Willoughby AR, Sassoon SA, Colrain IM, de Zambotti M. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology*. outubro de 2015;60:96–104.
36. Zaslavsky O, LaCroix AZ, Hale L, Tindle H, Shochat T. Longitudinal changes in insomnia status and incidence of physical, emotional, or mixed impairment in postmenopausal women participating in the Women's Health Initiative (WHI) study. *Sleep Med*. março de 2015;16(3):364–71.
37. Polo-Kantola P. Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas*. 1º de março de 2011;68(3):224–32.
38. Guérin E, Goldfield G, Prud'homme D. Trajectories of mood and stress and relationships with protective factors during the transition to menopause: results using latent class growth modeling in a Canadian cohort. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(6):733–45.
39. Abdelrahman RY, Abushaikha LA, al-Motlaq MA. Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. *Qual Life Res*. fevereiro de 2014;23(1):167–73.
40. Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *J Midwifery Womens Health*. agosto de 2010;55(4):328–34.
41. Gujski M, Pinkas J, Juńczyk T, Pawełczak-Barszczowska A, Raczkiewicz D, Owoc A, et al. Stress at the place of work and cognitive functions among women performing intellectual work during peri- and post-menopausal period. *Int J Occup Med Environ Health*. 6 de outubro de 2017;30(6):943–61.
42. Rossi M, Janjetic M, Ferreyra M, Garaicoechea A, Matioli M, Vásquez F, et al. Relación entre estado nutricional, consumo de alimentos no nutritivos y percepción de estrés en mujeres perimenopáusicas. *Rev chil nutr*. 2018;45(2):105–11.
43. Matsuzaki K, Uemura H, Yasui T. Associations of menopausal symptoms with job-related stress factors in nurses in Japan. *Maturitas*. setembro de 2014;79(1):77–85.
44. Soares CN. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause*. abril de 2008;15(2):207–209.
45. Greendale GA, Wight RG, Huang M-H, Avis N, Gold EB, Joffe H, et al. Menopause-associated Symptoms and Cognitive Performance: Results From the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol*. 1º de junho de 2010;171(11):1214–24.

46. Kim B, Kang E-S, Fava M, Mischoulon D, Soskin D, Yu B-H, et al. Follicle-stimulating hormone (FSH), current suicidal ideation and attempt in female patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*. 30 de dezembro de 2013;210(3):951–6.
47. Ju YJ, Han K-T, Lee T-H, Kim W, Park JH, Park E-C. Association between weight control failure and suicidal ideation in overweight and obese adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 15 de março de 2016;16(1):259.
48. Lui Filho JF. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *CEP*. 2015; 13083:881.
49. Galvão LLLF, Farias MCS, Azevedo PRM de, Vilar MJP, Azevedo GD de. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2007;53(5):414–20.
50. Capistrano EJM, Dombek K, da Costa ACC, Marinheiro LPF. Factors associated with the severity of menopausal symptoms in postmenopausal Brazilian women. *Reprodução&Climatério*. 2015;30(2):70–6.
51. WHO. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. 125 p. (OMS, Serie de informes técnicos; 866).
52. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
53. Weber MT, Maki PM, McDermott MP. Cognition and mood in perimenopause: a systematic review and meta-analysis. *J Steroid Biochem Mol Biol*. julho de 2014;142:90–8.
54. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. 2008
55. Santos RM. Associação entre depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos na pós-menopausa. 2014 [citado 2 de dezembro de 2019]
56. Silva M-NM da, Brito LMO, Chein MB da C, Brito LGO, Navarro PA de AS. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008;30(2):150–4.
57. Bener A. Depression, anxiety and stress [DASS21] symptoms in menopausal Arab women: Shedding more light on a complex relationship. *Eur Psychiat*. abril de 2017;41:S523–4.

58. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope [Internet]. 2001
59. Yangın HB, Sözer GA, Şengün N, Kukulcu K. The relationship between depression and sexual function in menopause period. *Maturitas*. 2008;61(3):233–7.
60. Li Y, Yu Q, Ma L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*. 2008;61(3):238–42.
61. Sahingoz M, Uguz F, Gezginc K. Prevalence and Related Factors of Mood and Anxiety Disorders in a Clinical Sample of Postmenopausal Women. *Perspect Psychiatr Care*. outubro de 2011;47(4):213–9.
62. Catalano A, Martino G, Bellone F, Gaudio A, Lasco C, Langher V, et al. Anxiety levels predict fracture risk in postmenopausal women assessed for osteoporosis. *Menopause-J N Am Menopause Soc*. outubro de 2018;25(10):1110–5.
63. Azizi M., Fooladi E., Abdollahi F., Elyasi F. Biopsychosocial risk factors of depression in the menopausal transition: A narrative review. *Iran J Psychiatr Behav Sci* [Internet]. 2018;12(4)
64. Malacara JM, Canto de Cetina T, Bassol S, González N, Cacique L, Vera-Ramírez ML, et al. Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico. *Maturitas*. 30 de setembro de 2002;43(1):11–9.
65. De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27(1):7–11.
66. Serrão C. (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*. janeiro de 2008;26(1):15–23.
67. Veloso LC, Maranhão RMS, Lopes VMLV. Alterações biopsicossociais na mulher climatérica: uma revisão bibliográfica. *Revista Interdisciplinar*. 9 de outubro de 2013;6(3):187-194–194.
68. Quiroga A, Larroy C, González-Castro P. Climacteric symptoms and their relation to feminine self-concept. *Climacteric*. 2017;20(3):274–9.
69. Reis LM dos, Moura AL, Haddad M do CL, Vannuchi MTO, Smanioto FN. INFLUÊNCIA DO CLIMATÉRIO NO PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 30 de junho de 2011

70. WHO Scientific Group on Research on the Menopause, World Health Organization. Research on the menopause: report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 8 to 12 December 1980]. 1981
71. Mondul AM, Rodriguez C, Jacobs EJ, Calle EE. Age at natural menopause and cause-specific mortality. *American journal of epidemiology*. 2005;162(11):1089–97.
72. Wu X, Cai H, Kallianpur A, Gao Y-T, Yang G, Chow W-H, et al. Age at menarche and natural menopause and number of reproductive years in association with mortality: results from a median follow-up of 11.2 years among 31,955 naturally menopausal Chinese women. *PloS one*. 2014;9(8).
73. Hinz A, Finck C, Gómez Y, Daig I, Glaesmer H, Singer S. Anxiety and depression in the general population in Colombia: reference values of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(1):41–9.
74. Bernardini MA, Petti MAN, Pistelli L, Massaguer AA, da Motta ELA, Baracat EC. INTRODUÇÃO E DEFINIÇÕES-CLIMATÉRIO, PERIMENOPAUSA E MENOPAUSA.
75. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martinez MA, Salinas AM, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*. maio de 2010;281(5):879–85.
76. Valença CN, Nascimento Filho JM do, Germano RM. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde e Sociedade*. junho de 2010;19(2):273–85.
77. Freitas ER, Barbosa AJG. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2015;67(3):112–24.
78. Oppermann K, Fuchs SC, Donato G, Bastos CA, Spritzer PM. Physical, psychological, and menopause-related symptoms and minor psychiatric disorders in a community-based sample of Brazilian Pré-menopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *Menopause*. 2012;19(3):355–60.
79. Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Menopausal symptoms: do life events predict severity of symptoms in peri-and post-menopause? *Maturitas*. 2012;72(4):324–31.
80. Maggio Da Fonseca A, Bagnoli VR, Souza MA, Azevedo RS, Couto Junior EDB, Soares Junior JM, et al. Impact of age and body mass on the intensity of menopausal symptoms in 5968 Brazilian women. *Gynecological Endocrinology*. 2013;29(2):116–8.

81. Lee SW, Jo HH, Kim MR, Kwon DJ, You YO, Kim JH. Association between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2012;285(2):541–8.
82. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM de, Martinez EZ. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010;32:247–53.
83. Polisseni ÁF, Alves ACR, Miranda DB, de Souza Pires L, Benfica TMS, dos Reis Nunes T. Viver melhor-uma experiência de educação em saúde no climatério. *Revista de APS*. 2008;11(2):207–207.
84. Lorenzi DRSD, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev bras enferm*. abril de 2009;62(2):287–93.
85. Dalal PK, Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian Journal of Psychiatry*. 7 de janeiro de 2015;57(6):222.
86. Real GA, Jiménez JLL, González CG. Climatério, saúde e depressão, uma abordagem psicossocial: Estudo exploratório com um grupo de mulheres da cidade do México. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2017;20(1):09–23.
87. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. agosto de 1981;19(8):787–805.
88. Rostosky SS, Travis CB. Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984–1994. *Psychology of Women Quarterly*. 1996;20(2):285–312.
89. Reynolds F. Psychological responses to menopausal hot flushes: Implications of a qualitative study for counselling interventions. *Counselling Psychology Quarterly*. 1º de setembro de 1997;10(3):309–21.
90. Good BJ. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press; 1993.
91. Chornesky A. Multicultural perspectives on menopause and the climacteric. *Affilia*. 1998;13(1):31–46.
92. Zahar SEV, Aldrighi JM, Tostes M de A, Russomano F, Zahar LO. Avaliação de qualidade de vida na menopausa. *Reprodução e Climatério*. 2001;16(3):163–6.
93. Hunter M, O’Dea I. Cognitive appraisal of the menopause: The menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychology Health & Medicine - PSYCHOL HEALTH MED*. 1º de fevereiro de 2001;6:65–76.
94. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Human reproduction update*. 2005;11(5):495–512.

95. Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, Stika CS, Thurston RC, Clark CT, et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids, and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: a novel heuristic model. *Am J Psychiatry*. 1º de março de 2015;172(3):227–36.
96. *The Social and Psychological Origins of the Climacteric Syndrome*. By J. G. Greene. (Pp. 247; illustrated; £16.50.) Gower Publishing: Aldershot. 1985. *Psychological Medicine*. novembro de 1985;15(4):906–906.
97. Hunter MS. 3 Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillière's clinical endocrinology and metabolism*. 1993;7(1):33–45.
98. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. *Journal of menopausal medicine*. 2014;20(3):118–25.
99. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause*. janeiro de 2013;20(1):22–7.
100. Hanisch LJ, Hantsoo L, Freeman EW, Sullivan GM, Coyne JC. Hot flashes and panic attacks: a comparison of symptomatology, neurobiology, treatment, and a role for cognition. *Psychol Bull*. março de 2008;134(2):247–69.
101. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(9):953–9.
102. Moreira MA, Brait LL. As alterações biopsicossociais no climatério e a inter-relação com a qualidade de vida: um estudo de revisão integrativa. *Memorialidades*. 2015;11(21):57–84.
103. Natari RB, Clavarino AM, McGuire TM, Dingle KD, Hollingworth SA. The bidirectional relationship between vasomotor symptoms and depression across the menopausal transition: a systematic review of longitudinal studies. *Menopause*. janeiro de 2018;25(1):109–20.
104. Worsley R, Bell R, Kulkarni J, Davis SR. The association between vasomotor symptoms and depression during perimenopause: a systematic review. *Maturitas*. fevereiro de 2014; 77(2):111–7.
105. Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. julho de 2012; 38(5):301–11.
106. Sesma Pardo E, Finkle J, Gonzalez Torres MÁ, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: una revisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. dezembro de 2013; 33(120):681–91.
107. Park S, Choi N-K. Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study. *J Affect Disord*. 01 de 2019; 248:13–7.

108. Jung SJ, Shin A, Kang D. Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from Health Examinees Study (HEXA). *J Affect Disord.* 15 de novembro de 2015;187:127–35.
109. Zong Y, Tang Y, Xue Y, Ding H, Li Z, He D, et al. Depression is associated with increased incidence of osteoporotic thoracolumbar fracture in postmenopausal women: a prospective study. *Eur Spine J.* 2016;25(11):3418–23.
110. Wang Z, Zhang A, Zhao B, Gan J, Wang G, Gao F, et al. GABA+ levels in postmenopausal women with mild-to-moderate depression: A preliminary study. *Medicine (Baltimore).* setembro de 2016;95(39):e4918.
111. Zang H, He L, Chen Y, Ge J, Yao Y. The association of depression status with menopause symptoms among rural midlife women in China. *Afr Health Sci.* março de 2016;16(1):97–104.
112. Perquier F, Lasfargues A, Mesrine S, Clavel-Chapelon F, Fagherazzi G. Body-size throughout life and risk of depression in postmenopausal women: findings from the E3N cohort. *Obesity (Silver Spring).* agosto de 2014;22(8):1926–34.
113. Wariso BA, Guerrieri GM, Thompson K, Koziol DE, Haq N, Martinez PE, et al. Depression during the menopause transition: impact on quality of life, social adjustment, and disability. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(2):273–82.
114. Jadresic M. E. Climaterio: depresión y alteraciones del ánimo. *Rev MédClín Condes.* janeiro de 2009;20(1):61–5.
115. Vousoura E, Spyropoulou AC, Koundi KL, Tzavara C, Verdeli H, Paparrigopoulos T, et al. Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women. *Menopause.* outubro de 2015;22(10):1053–7.
116. Murphy MM, Verjee MA, Bener A, Gerber LM. The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric.* outubro de 2013;16(5):550–4.
117. Kalmbach DA, Pillai V, Kingsberg SA, Ciesla JA. The Transaction Between Depression and Anxiety Symptoms and Sexual Functioning: A Prospective Study of Pré-menopausal, Healthy Women. *Arch Sex Behav.* agosto de 2015;44(6):1635–49.
118. Bryant C, Judd FK, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: a systematic review. *J Affect Disord.* julho de 2012;139(2):141–8.

119. Jafari F, Hadizadeh MH, Zabihi R, Ganji K. Comparison of depression, anxiety, quality of life, vitality and mental health between Pré-menopausal and postmenopausal women. *Climacteric*. dezembro de 2014;17(6):660–5.
120. Sahingoz M, Uguz F, Gezginc K. Prevalence and related factors of mood and anxiety disorders in a clinical sample of postmenopausal women. *Perspect Psychiatr Care*. outubro de 2011;47(4):213–9.
121. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, et al. Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri- and postmenopausal women. *J Obstet Gynaecol Res*. maio de 2013;39(5):1007–13.
122. Pereira WMP, Schmitt ACB, Buchalla CM, Reis AOA, Aldrighi JM. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. *Rev bras crescimentodesenvolv hum*. abril de 2009;19(1):89–97.
123. Yisma E, Eshetu N, Ly S, Dessalegn B. Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Womens Health* [Internet]. 8 de dezembro de 2017 [citado 29 de setembro de 2019];17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721600/>
124. Menezes DV, Oliveira ME de, Menezes DV, Oliveira ME de. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. *Fisioterapia em Movimento*. junho de 2016;29(2):219–28.
125. Freeman EW, Sammel MD. Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: evidence from the Penn Ovarian Aging cohort. *Menopause*. 2016;23(9):942–9.
126. Nunez-Pizarro JL, Gonzalez-Luna A, Mezones-Holguin E, Blumel JE, Baron G, Bencosme A, et al. Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: analysis of a multicenter Latin American cross-sectional study. *Menopause-J N Am Menopause Soc*. junho de 2017;24(6):645–52.
127. Erez HB, Weller A, Vaisman N, Kreitler S. The relationship of depression, anxiety and stress with low bone mineral density in post-menopausal women. *Arch Osteoporos*. 2012;7:247–55.
128. Bremer E, Jallo N, Rodgers B, Kinser P, Dautovich N. Anxiety in Menopause: A Distinctly Different Syndrome? *The Journal for Nurse Practitioners*. 2019;15(5):374–8.
129. Muslic L, Jokic-Begic N. The experience of perimenopausal distress: examining the role of anxiety and anxiety sensitivity. *J PsychosomatObstet Gynecol*. 2016;37(1):26–32.
130. Enggune M, Purba E, Kakumboti SN. THE ANXIETY OF PERIMENOPAUSE WOMEN IN FACING MENOPAUSE. *Journal of Maternity*

Care and Reproductive Health [Internet]. 13 de fevereiro de 2019 [citado 11 de novembro de 2019];2(1). Disponível em: <http://www.mcrhjournal.or.id/index.php/jmcrh/article/view/63>

131. Silva CB da, Busnello GF, Adamy EK, Zanutelli S dos S. Atuação de enfermeiros na atenção às mulheres no climatério. *Rev enferm UFPE on line*. janeiro de 2015;9(1,supl):312–8.

132. Kim M, Paik JK, Kang R, Kim SY, Lee S-H, Lee JH. Increased oxidative stress in normal-weight postmenopausal women with metabolic syndrome compared with metabolically healthy overweight/obese individuals. *Metab Clin Exp*. abril de 2013;62(4):554–60.

133. Berent-Spillson A, Marsh C, Persad C, Randolph J, Zubieta J-K, Smith Y. Metabolic and hormone influences on emotion processing during menopause. *Psychoneuroendocrinology*. 1º de fevereiro de 2017;76:218–25.

134. Cuadros JL, Fernandez-Alonso AM, Cuadros-Celorrio AM, Fernandez-Luzon N, Guadix-Peinado MJ, del Cid-Martin N, et al. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. *Maturitas*. agosto de 2012;72(4):367–72.

135. Guerin E, Goldfield G, Prud'homme D. Trajectories of mood and stress and relationships with protective factors during the transition to menopause: results using latent class growth modeling in a Canadian cohort. *Arch Womens Ment Health*. dezembro de 2017;20(6):733–45.

136. Rossi M, Janjetic M, Ferreyra M, Garaicoechea A, Matioli M, Vasquez F, et al. Relationship between nutritional status, consumption of non - nutritive foods and stress perception in perimenopausal women. *Rev Chil Nutr*. 2018;45(2):105–11.

137. Guérin E, Biagé A, Goldfield G, Prud'homme D. Physical activity and perceptions of stress during the menopause transition: A longitudinal study. *J Health Psychol*. agosto de 2017;1359105316683787–1359105316683787.

138. Matsuzaki K, Uemura H, Yasui T. Associations of menopausal symptoms with job-related stress factors in nurses in Japan. *Maturitas*. setembro de 2014;79(1):77–85.

139. Guerin E, Biage A, Goldfield G, Prud'homme D. Physical activity and perceptions of stress during the menopause transition: A longitudinal study. *J Health Psychol*. maio de 2019;24(6):799–811.

140. Falconi AM, Gold EB, Janssen I. The longitudinal relation of stress during the menopausal transition to fibrinogen concentrations: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2016;23(5):518–27.

141. Chokroverty S. Overview of sleep & sleep disorders. *Indian J Med Res*. fevereiro de 2010;131:126–40.

142. Bonnet MH, Arand DL. We are chronically sleep deprived. *Sleep*. dezembro de 1995;18(10):908–11.
143. Gulyani S, Salas RE, Gamaldo CE. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (Part 1: insomnia and circadian rhythm disorders). *Chest*. dezembro de 2012;142(6):1659–68.
144. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine*. 2008;4(05):487–504.
145. Okun ML, Roberts JM, Marsland AL, Hall M. How disturbed sleep may be a risk factor for adverse pregnancy outcomes a hypothesis. *Obstetrical & gynecological survey*. 2009;64(4):273.
146. Maruichi MD, Takamune DM, Otani VHO. Avaliação da prevalência de insomnia associada a medidas de higiene do sono em usuários do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. :4.
147. Woods N.F., Mitchell E. Stress urinary incontinence during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the seattle midlife women’s health study. *Climacteric*. 2011;14((Woods N.F.; Mitchell E.) University of Washington, United States):91–2.
148. Baker FC, de Zambotti M, Willoughby AR, Sasso SA, Claudatos S, Inkelis S, et al. Prominent sleep disturbance confirmed with objective polysomnographic recordings in women who develop insomnia in the approach to menopause. *Menopause-J N Am Menopause Soc*. dezembro de 2015;22(12):1368–9.
149. Lima AM, Rocha JSB, Reis VMCP, Silveira MF, Caldeira AP, Freitas RF, et al. Loss of quality of sleep and associated factors among menopausal Women/Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatericas. *Ciencia & saudecoletiva*. 2019;24(7):2667–79.
150. Sasso SA, de Zambotti M, Colrain IM, Baker FC. Association between personality traits and DSM-IV diagnosis of insomnia in peri- and postmenopausal women. *Menopause-J N Am Menopause Soc*. junho de 2014;21(6):602–11.
151. Rother ET. Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(2):v–vi.
152. KUPPERMAN HS, BLATT MH, WIESBADER H, FILLER W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab*. junho de 1953;13(6):688–703.

153. Sousa RL de, Sousa ESS, Silva JCB, Filizola RG. Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kupperman. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2000;22(8):481–7.
154. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 30 de julho de 2003;1:28–28.
155. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
156. Beck A, Steer R, Brown G. Manual do Inventário de depressão de Beck-BDI-II. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011;
157. Lipp MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000;76.
158. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. 2008;
159. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry res*. 1989;28(2):193–213.
160. Wigg CMD, Filgueiras A, Gomes M da M. The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2014; 72(5):344–8.
161. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing, version 3.0. 2. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2013. 2019;
162. Revelle WR. *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*. 2017
163. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ, Schmittmann VD, Borsboom D. qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*. 2012;48(4):1–18.
164. van Borkulo CD, Epskamp S, Robitzsch A. IsingFit: Fitting Ising models using the eLasso method. R package version 02 0. 2014;
165. Costantini G, Epskamp S, Borsboom D, Perugini M, Möttus R, Waldorp LJ, et al. State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data in R. *Journal of Research in Personality*. 2015;54:13–29.
166. Souza SS de, Santos RL dos, Santos ADF dos, Barbosa M de O, Lemos ICS, Machado M de FAS. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma

unidade básica de saúde. *Reprodução & Climatério*. 1º de maio de 2017;32(2):85–9.

167. Silva JKM da, Freire MBB, Nascimento EGCD. O conhecimento como estratégia de enfrentar os desafios de conviver com o climatério. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa* [Internet]. 18 de setembro de 2019

168. Friedman SH, Prakash C, Moller-Olsen C. Psychiatric considerations in menopause: Women's risk of psychiatric symptoms and disorders is increased during menopause [Internet]. *Current Psychiatry*. 2018

169. Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*. maio de 2018;23(5):1611–20.

170. Soares CN. Depression in peri- and postmenopausal women: prevalence, pathophysiology and pharmacological management. *Drugs Aging*. setembro de 2013;30(9):677–85.

APÊNDICE A – Artigo no Prelo

Depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric: a narrative review

ABSTRACT

Climacteric is the period in a woman's life cycle that involves perimenopause, menopause and postmenopause. It represents the end of the reproductive period and the beginning of female aging in the biological sense. Over the past 10 years, an emphasis has been placed on the study of mental health in the female climacteric. Studies about the prevalence of depression, anxiety, suicidal ideation and association with different factors have shown important results on the relevance of these disorders during female climacteric. Considering the importance of these findings in the field of public health and epidemiology, we conducted a narrative review aiming to discuss the current knowledge about the prevalence of depression, anxiety and suicidal ideation in the female climacteric, analyzing methods and results in different studies, selected from a literature review between 2009 and 2019, in the Pubmed, Lilacs, Embase, Web of Science and Google Scholar databases. Our results showed that the methodology, cultural and sociodemographic differences, as well as a variety of biopsychosocial factors studied, generate some uncertainties about the exact relationship between depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric. We conclude that more research, greater methodological rigor, more accurate results and a biopsychosocial view are needed and urgent for effective interventions, cost reduction in mental health care, as well as prevention and control of depression, anxiety and suicide in climacteric.

Keywords: Climacteric; Depression; Anxiety; Suicidal ideation, Women's health.

Depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério: uma revisão narrativa.

RESUMO

O climatério é um período do ciclo de vida da mulher que envolve perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. Representa o fim do período reprodutivo e o início do envelhecimento feminino, no sentido biológico. Nos últimos 10 anos, uma ênfase foi dada ao estudo da saúde mental no climatério feminino. Estudos sobre a prevalência de depressão, ansiedade, ideação suicida e de associação com diferentes fatores tem mostrado importantes resultados sobre a relevância dessas desordens durante o climatério feminino. Considerando a importância desses achados no campo da saúde pública e da epidemiologia, realizamos uma revisão narrativa com o objetivo de discutir o conhecimento atual acerca da prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida no climatério feminino, analisando métodos e resultados em diferentes estudos, selecionados a partir de uma revisão da literatura entre 2009 e 2019, nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Embase e Web of Science e no Google Scholar. Nossos resultados mostraram que a metodologia, diferenças culturais e sociodemográficas, bem como uma variedade de fatores biopsicossociais estudados, geram algumas incertezas sobre a exata relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida e climatério feminino. Concluímos que uma visão biopsicossocial, mais pesquisas, maior rigor metodológico, resultados mais precisos, são necessários e urgentes para efetivas intervenções, redução de custos na assistência em saúde mental e para a prevenção e o controle da depressão, ansiedade e suicídio no climatério.

Palavras-chave: Climatério; Depressão; Ansiedade; Ideação suicida; Saúde da mulher

Depresión, ansiedad, ideación suicida y climaterio: una revisión narrativa

RESUMEN

Climaterio es un periodo del ciclo de vida de una mujer que implica perimenopausia, menopausia y posmenopausia. Representa el final del período reproductivo y el comienzo del envejecimiento femenino en el sentido biológico. En los últimos 10 años, se ha puesto énfasis en el estudio de la salud mental en el climaterio femenino. Los estudios sobre la prevalencia de depresión, ansiedad, ideación suicida y asociación con diferentes factores han mostrado resultados importantes sobre la relevancia de estos trastornos durante el climaterio femenino. Considerando la importancia de estos hallazgos en el campo de la salud pública y la epidemiología, realizamos una revisión narrativa con el objetivo discutir El conocimiento actual sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e ideación suicida en El climaterio femenino, analizando métodos y resultados en diferentes estudios, seleccionados de un revisión de literatura entre 2009 y 2019, en las bases de datos Pubmed, Lilacs, Embase, Web of Science y Google Scholar. Nuestros resultados mostraron que la metodología, las diferencias culturales y sociodemográficas, así como una variedad de factores biopsicosociales estudiados, generan algunas incertidumbres sobre la relación exacta entre depresión, ansiedad, ideación suicida y climaterio femenino. Concluimos que una visión biopsicosocial, más investigación, mayor rigor metodológico, resultados más precisos y urgentes para intervenciones efectivas, reducción de costos en la atención de salud mental y para la prevención y control de la depresión, la ansiedad y el suicidio en el climaterio.

Palabras llave: Climaterio; Depresión; Ansiedad; Ideación suicida; Salud de la mujer.

Historical Background

The term "climacteric", originated from the Greek "Klimakter", means "critical point in human life"(Reis et al., 2011). The use of the term climacteric was discussed in 1980 by the WHO Scientific Group on Menopause Research (WHO Scientific Group on Research on the Menopause & World Health Organization, 1981) aiming to verify if the term would be appropriate to describe the phases and periods around menopause. However, according to World Health Organization (WHO, 1996), the phases and periods around menopause were not being defined and applied with the necessary consistency, and the term climacteric was causing some confusion (WHO, 1996). Therefore, the International Menopause Society (IMS), considering reducing the different terms used in the field of menopause research and ensuring a standardized definition of the various terms referring to menopause and climacteric, has commissioned a project from the Council of Affiliated Menopause Societies (CAMS) with participation of an expert group from the major regions of the world. Despite the WHO recommendation, the decision was to maintain the use of the term climacteric and defined it "*as the aging phase of women that marks the transition from the reproductive to the non-reproductive state, incorporating perimenopause and extending over a variable period longer before and after perimenopause*" (Utian, 1999). As a justification, the IMS considered that the term climacteric was being used for generations, and adequately describes the menopause-related phases (Utian, 1999).

After that, Utian (1999) published a list of menopause-related definitions, as approved by the Board of the International Menopause Society in October 1999. The recommendation aimed to internationally standardize terms to avoid terminological misinformation and the misuse of menopause-related terms. The list includes all terms specified by WHO (1996) and also the terms *Climacteric* and *Climacteric syndrome*. The term *Climacteric* was defined: "*The phase in the aging of women marking the transition from the reproductive phase to the non-reproductive state. This phase incorporates the perimenopause, by extending for a longer variable period before and after the perimenopause*" (Utian, 1999).

The IMS (Utian, 1999) and WHO (1996) defined the phases of the menstrual cycle in: premenopause, perimenopause, menopause, and postmenopause. Premenopause can be understood as a period of menstrual regularity, which covers the last twelve months until menopause, or the entire reproductive period, until the final menstrual period. When menstrual cycles become irregular and shorter, with longer gaps between cycles, perimenopause begins. Perimenopause was defined as the period before menopause, when biological, endocrinological and clinical changes occur, and the first year after menopause. Menopause is the phase in which permanent cessation of menstruation occurs due to loss of ovarian follicular activity, representing the phase of the last 12 consecutive months without menstruation and occurring with final menstrual period, around 50 year-old women. There is no good biological marker that determines menopause. After the last 12 consecutive months without menstruation, postmenopause begins, representing final menstrual period, regardless of whether menopause has been induced or spontaneous (Utian, 1999; WHO, 1996). Based on the IMS recommendation, these phases make up the definition of climacteric.

During the climacteric, as a consequence of the gradual decrease in estrogen levels, vasomotor and physical symptoms appear, such as hot flushes, night sweats, sleep disorders, cardiovascular problems, urogenital atrophy, osteoporosis, among others (Bień et al., 2015; Iwanowicz-Palus et al., 2013). Some other important events that may be present in female climacteric experience are the beginning of retirement, the departure of children from home, stagnant marital relationships, feeling of emptiness resulting from the loss of their youth, attractiveness, and lack of social and professional roles (Bień et al., 2015; Iwanowicz-Palus et al., 2013). Similarly, the presence of depression, anxiety, stress, suicidal ideation, neuroticism, as well as memory and attention deficits have been described in several studies (Chou et al., 2015; de Kruif et al., 2016; Fernandes et al., 2009; Flores-Ramos et al., 2019; Georgakis et al., 2016; Kornstein et al., 2010; Lee J.E. & Moon J.H., 2016; Polisseni et al., 2009; Soares, 2017; Wie et al., 2019; Wigg, 2017). All of these occurrences, combined or not, may require great effort to overcome, endangering woman's mental health (Wigg, 2017).

In addition, depression and anxiety have been the most commonly cited mental disorders in female climacteric mental health studies (Chou et al., 2015; de Kruif et al., 2016; Fernandes et al., 2009; Flores-Ramos et al., 2019; Georgakis et al., 2016; Kornstein et al., 2010; Lee J.E. & Moon J.H., 2016; Polisseni et al., 2009; Soares, 2017, 2019; Wie et al., 2019; Wigg, 2017). According to the WHO (2017), depression and anxiety are common mental disorders due to their high occurrence in the world population, and their highest prevalence is among women, with a peak between 55 and 74 years and between 35 and 54 years, respectively. Age has been studied as one of the factors associated with the most severe depression among women, such as physical health, anxiety and hormonal status (Weiss et al., 2016).

Other factors, besides age and gender, appear to contribute to the incidence of common mental disorders such as poverty, unemployment, death of a loved one or a relationship breakdown, physical illness and problems caused by alcohol and drug use. Common mental disorders lead to considerable losses in health and daily living activity, reducing productivity and increasing government costs for public health (WHO, 2017). Therefore, sociocultural, demographic and economic factors need to be studied within the climacteric period because they may overlap with climacteric symptoms, increasing the risk of depression and anxiety (Soares, 2019).

Although WHO (1996) defines *menopause* as a natural and biological life phase and not a pathological process, the *climacteric* is often experienced as pathological and with significant losses (Freitas & Barbosa, 2015; Souza et al., 2017), moreover producing an experience marked by the interaction of biological, psychological and social factors that influence women's well-being and quality of life (Bień et al., 2015; Iwanowicz-Palus et al., 2013). In this context, climacteric represents a period of important changes in women's lives, and is not always experienced naturally. In addition, with increased life expectancy, women have been living through postmenopause longer. With this, postmenopause became more important and aroused the interest of researchers and specialists in women's public health policies (World Health Organization, 1998). According to WHO (2005), by 2030 around 1.2 billion women will be in menopause, reaching an annual margin of 47 million.

From the nature and the participation of factors that are related to the climacteric, explanatory models were formulated about the relationship between the climacteric, health and illness and associated factors. In general, four models that seek to explain the discomfort and problematization involved in the female climacteric are identified. The first one is the biomedical model, involving biological or physical symptoms of an endocrine dysfunction (Bergner et al., 1981; Rostosky & Travis, 1996) and a treatment that can compensate for hormonal losses (Reynolds, 1997). The second is the sociocultural model that understands the climacteric as a natural and minor turbulent process, with discomforts that arise from cultural construction, associated with stereotypes and attitudes related to aging and the loss of social roles (Hunter & O’Dea, 2001). Climacteric and aging are confused and the idea of aging is anticipated (Serrão, 2008). The third model is the psychosocial one, whose approach deals with the vulnerability present in the climacteric, determined by hormonal factors and factors that generate stress, such as the empty nest syndrome, absence of a partner at home, grief, conflicts and health problems, among others. Additionally, stress factors, combined with hormonal vulnerability, are seen as more important for the onset of depressive symptoms than hypoestrogenism itself (Gordon et al., 2015; Greene, 1985). Finally, the biopsychosocial model has a broader view of health, highlighting the importance of biological, cultural and psychosocial factors in order to maintain women's health. In such a way that the conflict experienced by women in the climacteric is determined by several determinants: biological, cultural and psychosocial (Greenblum et al., 2013; Hanisch et al., 2008).

Considering that climacteric may not be a calm period for women's health and the importance of better understanding the participation of the factors that have been related to the emergence and worsening of mood disorders and anxiety in the climacteric, we conducted a narrative review in the field of epidemiology and public health, on depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric. The aim was to present the current state of knowledge about the theme; highlighting prevalence data, diagnostic tools and methods used, and associations between physical, psychological, sociodemographic and economic factors.

Method

The present study was a narrative review, defined by Rother (2007) as a broad-issue publication, detailing description and discussion of the state of the art of a given subject. Narratives do not present replicable methodologies or quantitative answers to specific questions, but they can add to the debate, raising questions and collaborating in the capture and updating of knowledge about the theme (Rother, 2007).

Thus, a non-systematic literature review was conducted from June to December 2019. PubMed, Web of Science, Lilacs, Embase and a Google Scholar search tool were used as a scientific database. A search was performed with the descriptors "climacteric", "menopause", "perimenopause", "Pré-menopausal", "postmenopausal", "depression", "anxiety" and "suicide", in addition to the value of the suffix. As a way of delimiting the search, search filters related to the period of publication (2009-2019) were used; language of publication (English, Portuguese and Spanish); and gender of the studied population (female). The selected materials were thoroughly read and critically analyzed. Google Scholar alerts have been added according to the requirements described above.

Results and Discussion

Depression in the female climacteric

According to WHO, depressive disorders are characterized by sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, fatigue feelings, and poor concentration. Depression can be long-lasting or recurrent, substantially impairing an individual's ability to function at work or school or cope with daily life. At its most severe state, depression can lead to suicide. Depressive disorders include two main sub-categories: major depressive disorder / depressive episode and dysthymia (WHO, 2017).

During female climacteric, depressive symptoms are very common and changes in menopausal status throughout a woman's life may be associated with an increased risk of depressive symptoms (Georgakis et al., 2016; Natari et al., 2018; Soares, 2019; Wigg, 2017; Worsley et al., 2014). Campagne (2012), pointed to the

existence of a “window of vulnerability” for depression during the menopausal transition, where an increase in the intensity of depressive symptoms is observed, although there is no clear evidence to associate menopause to depressive disorder. Age can be considered a predictor of depression (Weiss et al., 2016; WHO, 2017), aging increases the frequency of depressive symptoms, and in the women’s case, the menopausal status has been studied as a risk factor for depressive symptoms (Bromberger & Kravitz, 2011; de Kruif et al., 2016). The influence of aging on depression is related to hormonal changes and their impact on women's biochemical profile (Weiss et al., 2016), but may also be related to psychological and social aspects that occur in the same period of life (Sesma Pardo et al., 2013).

Cross-sectional studies have been using different instruments to measure the degree and prevalence of depression. Eastern studies such as Park & Choi (2019) used the Korean version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), a 9-item questionnaire answered by 1.372 postmenopausal Korean women whose average age was 63.4 years and the prevalence was 10.6%. Jung, Shin & Kang (2015) used the Korean version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in 60.114 women over 52 years, finding a depression prevalence rate of 5.9%. Zong et al (2016) evaluated 1397 postmenopausal Chinese women over 50, using the “Beck Depression Inventory (BDI)”, having considered as a cutoff point higher scores and the prevalence found was 35.4%. Wang et al. (2016) applied the Hamilton Depression Scale (HAMD) to 32 postmenopausal Chinese women, with an average age of 53.9 years, having confirmed a previous diagnosis of depression in 19 women and 59.4% of prevalence. Zang et al. (2016) used the “Self-ranting Depression Scale (SDS) - Zung method” to study depression in 743 women between 40 and 60 years before, peri and postmenopause, and found a prevalence of 11.4%. In Taiwan, Chou et al (2015) in a study of 190 women between 40 and 60 years old, used the Ko's Depression Inventory (KDI) and found a prevalence of 7.9%.

In western cross-sectional research, Perquier, Lasfargues, Mesrine, Clavel-Chapelon, & Fagherazzi (2014) studied 41.114 French women with an average age of 63.9 years through the French version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and applied the cut-off point of 23 and found a prevalence of 15.4%. Wariso et al (2017) conducted a study with 141 perimenopausal American

women aged 40 to 60 using the American version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and as a significant outcome for depression severity above moderate (score above 16). The results showed previous depression in 90 women and a prevalence of 63.8% was verified. Weiss et al (2016) used the “Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report” on a sample of 298 women with a mean age of 43. Results showed that 37.5% of the sample showed severe or very severe symptoms of depression, while 62.5% had between no depressive symptoms and moderate symptoms of depression. Factors such as age, physical morbidity and anxiety correctly predicted 76% of cases, whether or not they had symptoms of severe depression. Polisseni et al. (2009) conducted a study with 93 Brazilian women, 31 premenopausal, 32 perimenopausal and 30 postmenopausal. The author applied the “Beck Depression Inventory (BDI)” with the cut-off point 15. The results pointed to a prevalence of 22.6% of Pré-menopausal depression, 46.9% of perimenopause and 40% of postmenopausal depression, considering on the total sample, the prevalence was 36.8%.

A tendency towards a higher prevalence of depression among western women can also be observed, ranging from 15.4% (Perquier et al., 2014) to 37.5% (Weiss et al., 2016) when the studied sample does not possess a previous diagnosis of depression, and confirms 63.8% prevalence when there is a previous diagnosis (Wariso et al., 2017). The prevalence of depression in oriental women has been lower, ranging from 5.9% (Jung et al., 2015) to 11.4% (Zang et al., 2016), in the case of absence of previous diagnosis. However, a prevalence of 54.9% has been reported in women previously diagnosed with depression (Zong et al., 2016). Studies on depression in western and eastern women seem to say that previous diagnosis of depression is a risk factor for higher prevalence of depression in the climacteric.

Besides the previous history of mood instability or depressive symptoms, other risk factors for the onset of climacteric depression have been reported (Jadresic M., 2009; Sesma Pardo et al., 2013; Wariso et al., 2017; Zong et al., 2016). Such as: history of premenstrual syndrome, prolonged perimenopause (more than 27 months), vasomotor symptoms, surgical menopause (hysterectomy or oophorectomy) (Azizi M. et al., 2018; Jadresic M., 2009; Sesma Pardo et al., 2013); lower socioeconomic and educational level (Jadresic M., 2009; Sesma Pardo et al., 2013); chronic diseases (Azizi

M. et al., 2018; Jadresic M., 2009); insomnia, anxiety sexual and urogenital problems (Sesma Pardo et al., 2013); history of postpartum depression, thyroid dysfunction and having suffered significant losses (such as becoming widowed or divorced) (Jadresic M., 2009). Some of these risk factors are considered as common symptoms of the perimenopause period and are related to typical hormonal changes of this period due to falling estrogen levels and fluctuations in estradiol levels that affect serotonin levels (Sesma Pardo et al., 2013). Among these factors are vasomotor symptoms, sleep disorders, sexual difficulties, loss of bone mineral density, and impaired cognitive function. Estrogen levels also influence noradrenaline and dopamine levels, which are decreased in depressive conditions, and there are receptors of estrogen in the hypothalamus, pituitary gland and limbic system, indicating that estrogen may directly influence mood (Jadresic M., 2009). The type of menopause can also influence the occurrence of depression, as women who have experienced surgical menopause are more prone to depression (Azizi M. et al., 2018). In this case, the fall of estrogen is even more sudden (Jadresic M., 2009).

Comorbidity between anxiety, anxiety disorders and depression is noticeable during climacteric. Anxiety disorders usually precede depression and have also been shown to be good predictors of major depression episodes (Weiss et al., 2016). Women with anxiety may have up to four times higher risk of depression, while depressed women with up to five times higher risk of anxiety and the occurrence of depression and anxiety are significantly related to the presence of moderate climacteric symptoms (Polisseni et al., 2009). Sleep disturbances related to hot flashes and night sweats may also influence the occurrence of depression (Azizi M. et al., 2018) and insomnia has a strong relationship with depression (Polisseni et al., 2009). Vasomotor symptoms are related to difficulties in maintaining sleep because they cause discomfort and various sleep interruptions, while depression is related to difficulty in falling asleep (sleep latency) and also awakening very early (Vousoura et al., 2015).

Severe health conditions (cancer, chronic pain, among others) may be present during menopause, influencing the occurrence of depressive symptoms and higher risk of suicide (Campagne, 2012; Weiss et al., 2016). Substance abuse can also be related to depressive symptoms, equally for medications (antidepressants, anxiolytics, contraceptives, etc.) as well as for the use of consumer drugs such as alcohol and

tobacco, since alcohol dependence is a confirmed predictor of depression because it reduces serotonin activity (Campagne, 2012).

In addition to physical symptoms, subjective complaints such as “feeling old” are common, especially when symptoms associated with climacteric such as joint pain or stiffness manifest themselves (Sesma Pardo et al., 2013). Dissatisfaction with body image is also related to depression (Campagne, 2012). Perquier et al (2014) found an association between overweight in women aged 35 to 40 years with the occurrence of depression. Women who were overweight throughout their lives were more likely to develop depression in the climacteric period. Psychosocial factors also influence the onset of depressive symptoms and depressive symptoms contribute significantly to the decline in quality of life, as climacteric is a period of experiences that may contribute to the development of depression (Wariso et al., 2017). The climacteric period is prone to negative experiences such as loss of important affective relationships, separation, divorce or widowhood, death of parents and children leaving home (empty nest syndrome) (Jadresic M., 2009). Women with lower socioeconomic and educational status tend to have a higher risk of depression and the need to return to work to supplement their income after retiring is a predictor of depression symptoms (Jadresic M., 2009). Being unemployed is also a risk factor for depression (Campagne, 2012). Depressive symptoms may be related to a negative attitude towards the experience of menopause, as well as perceived social support (Sesma Pardo et al., 2013).

According to Murphy, Verjee, Bener, & Gerber (2013) Qatar's climacteric women consider menopause an emotional time when they need to feel cared for and welcomed by their family, turn to their relationship with their husbands and express the fear that they will remarry or no longer find them attractive. They see the protection they receive in their homes as positive and believe that the experiences of Western women at this stage are quite different in the way that they have a more independent lifestyle. Sesma Pardo et al. (2013) pointed out the importance of considering women's cultural environment, depressive symptoms may be more frequent in societies where menopause has more negative social connotations, such as in Europe, where aging is not perceived as good for women. In contrast to what happens in Japan, where the aging woman is valued, women are given greater respect and authority.

Good social and family support, as well as job satisfaction can be a protective factor for women, the quality of the relationship with the partner is very important in this regard, emotionally and sexually, as changes in estradiol levels can affect the sexual experience (Sesma Pardo et al., 2013). Kalmbach, Pillai, Kingsberg, & Ciesla (2015) demonstrated that affective symptoms such as anxiety and depression can be predictors of sexual difficulties. The severity of depressive symptoms can lead a woman to anhedonia, where subjective sexual desire as well as natural lubrication may be impaired.

Climacteric is identified as a risk factor for depression. Biological aging is associated with hormonal changes that alter the woman's biochemical profile, creating what some authors call the “window of vulnerability” (Campagne, 2012; Soares, 2019), during which, an increase in the intensity of depressive symptoms is observed, although the evidence of association between menopause and depression are not entirely clear. The climacteric phases that comprise perimenopause, menopause and postmenopause are also frequently marked by important social and psychological changes and these can also be related to the occurrence of depression. The different cross-sectional studies analyzed in this review aimed to measure the degree and prevalence of depression in climacteric women using various instruments, so from these studies it was possible to verify a higher prevalence of depression in western climacteric women, which seems to indicate the relevance of the context for the emergence of depression. The prevalence in western samples (15.4% to 37.5%) was higher than in oriental samples (5.9% to 11.4%), likely occurring cultural and sociodemographic influence. Studies also indicated that previous history of depression is a significant predictor of depression during menopause-related phases. Another important point in the study of depression in these samples was the variety of risk factors, ranging from clinical factors such as hormonal fluctuations, vasomotor symptoms, surgical menopause (caused by hysterectomy or oophorectomy), comorbidities with serious diseases such as cancer and osteoporosis, to neuropsychic factors such as high levels of anxiety and insomnia, as well as factors such as substance abuse, social vulnerability and self-esteem issues. Given the complexity of the factors that can lead climacteric women to a depressive condition and the possible existence of a greater biological vulnerability for this condition to be established, the

ideal is that women in the climacteric are assisted in a personalized way, in order to enable the prevention of depression, considering the specificities of each case.

Anxiety in the female climacteric

"Anxiety" is a general term capable of encompassing important distinctions between anxiety symptoms and anxiety disorders. Anxiety symptoms include several manifestations such as concerns, fears and physiological arousals that cause discomfort to the individual (Bryant et al., 2012). In the WHO definition "anxiety disorders refer to a group of mental disorders characterized by feelings of anxiety and fear, including generalised anxiety disorder (GAD), panic disorder, phobias, social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). As with depression, symptoms can range from mild to severe. The duration of symptoms typically experienced by people with anxiety disorders makes it more a chronic than an episodic disorder." (WHO, 2017)

In female climacteric, anxiety is one of the most frequent and relevant neuropsychic symptoms (Jafari et al., 2014; Nunez-Pizarro et al., 2017; Sahingoz et al., 2011; Yisma et al., 2017). In a study on mood disorders in postmenopausal women, based on the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition (DSM IV), a prevalence of 23.8% of anxiety disorders was observed, and generalized anxiety disorder was the most prevalent (15.6% of cases) (Sahingoz et al., 2011). The results of the multicenter and cross-sectional study by Núñez-Pizarro JL et al. (2017), conducted in postmenopausal women between 40 and 59 years old, from 11 Latin American countries, indicated the prevalence of anxiety symptoms in 61.9% of the sample, using the scale "The Goldberg Depression and Anxiety Scale". In a cross-sectional study with Pré-menopausal and postmenopausal women using the Zung Anxiety Scale (ZAS), Jafari et al. (2014) found 49.5% of anxiety among the 218 women studied. Using the same instrument and phases of the climacteric, Freeman & Sammel (2016) identified 36.6% of anxiety in their longitudinal study with 233 women. Another instrument used to assess the symptom was the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), used in cross-sectional studies by

Polisseni et al. (2009) and Terauchi et al. (2013), and the prevalence of anxiety was 53.7% and 14.3%, respectively.

Studies suggest that climacteric is a period of high risk for anxiety onset or worsening, bearing rates higher than those found in the general female population (Bryant et al., 2012; Jafari et al., 2014; Sahingoz et al., 2011; Terauchi et al., 2013). According to Pereira, Schmitt, Buchalla, Reis, & Aldrighi (2009), at this stage of life, women become more vulnerable to anxious conditions, which may be associated with the progressive reduction over the years of physiological levels of estrogen, a steroid of anxiolytic action. In this cross-sectional study of 749 women from all climacteric phases, the Beck Anxiety Inventory (BAI) was used and identified a prevalence of 16.6% of anxiety (Pereira et al., 2009).

Regarding the relationship between anxiety and menopausal status, the relationship of anxiety with a specific period, most strongly associated with postmenopause, has been highlighted. Catalano et al. (2018) studied 192 postmenopausal women with the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA) and identified the presence of anxiety in 18.5% of them, also pointing out that anxiety levels are significantly related to the age of women, age of menopause and time of menopause. Jafari et al. (2014), in a study on the comparison of depression, anxiety, quality of life, vitality and mental health between Pré-menopausal and postmenopausal women, found that postmenopausal women had higher levels of anxiety compared to women in Pré-menopausal.

Yisma et al (2017), studying 226 Ethiopian women in perimenopause and postmenopause, found that somatic symptoms were the most prevalent (65.9%), followed by psychological (46.0%) and urogenital symptoms (30.5%). These authors indicated that the most common specific symptoms were hot flashes (65.9%), difficulty falling asleep (50.0%), depressive moods (46.0%), irritability (45.1%) and anxiety (39.8%). An analysis by Terauchi et al(2013) on the associations between anxiety and somatic, urinary and vasomotor symptoms, indicated stronger correlations between somatic symptom scores and anxiety scores than urinary or vasomotor symptoms. In a Brazilian study, using a cross-sectional methodology with 184 women in the climacteric phases, the most prevalent menopausal symptoms were nervousness (73.9%), skin

changes (66.8%), anxiety (60.9%), hot flashes (57.6%), hair loss (49.5%) and hypertension (26.1%) (Menezes et al., 2016). Freeman & Sammel (2016) observed through longitudinal analysis that 72% of the women evaluated had moderate to severe hot flashes. These authors also pointed out that the levels of this symptom were significantly associated with anxiety scores. In this analysis, somatic anxiety scores significantly predicted the risk of hot flashes, with an increase in the risk of presenting this symptom by 69% for each point increased in the average somatic anxiety scores. The affective dimension of anxiety did not present significant correlation with the manifestations of hot flashes.

The study by Catalano et al. (2018) conducted with 192 postmenopausal women, with a mean age of 67.5, analyzed the impact of anxiety levels on bone health, identifying evidence that anxiety is a predictive factor in the reduction of bone mineral density. In this sense, Erez, Weller, Vaisman, & Kreitler (2012) analyzed the relationship between depression, anxiety, stress and bone mineral density in a cross-sectional study with 135 postmenopausal women. The results indicated strong evidence of an association between depression and bone mineral density; and partial evidence of correlation between anxiety, stress and reduced bone mineral density. The authors also observed significant positive correlations between anxiety, depression and stress symptoms, data corroborated by Catalano et al. (2018), who also identified a significant association between anxiety symptoms and depressive symptoms.

From the presented scenario, it is emphasized that climacteric women live particular experiences, so that the broad understanding of the symptoms manifested in this period contributes to the improvement of these women's quality of life, especially considering that anxiety is associated with distress and impairment of quality of life in this phase (Bremer et al., 2019; Jafari et al., 2014; Muslic & Jokic-Begic, 2016; Nunez-Pizarro et al., 2017; Polisseni et al., 2009). According to Muslic & Jokic-Begic (2016), the presence of traits of anxiety and sensitivity to anxiety may play an important role in predicting distress experiences during climacteric. Adequate prior guidance on the possibility of manifestations of anxiety may represent an instrument of intervention and reduction of indices of this symptom during female climacteric (Bremer et al., 2019; Enggune et al., 2019; J. K. M. da Silva et al., 2019).

Anxiety is one of the most prevalent symptoms in climacteric, and postmenopause can be considered the phase where anxiety symptoms are most strongly associated. The studies analyzed in this review were predominantly cross-sectional, with samples of postmenopausal women. In addition, self-administered measuring instruments were predominantly used to assess anxiety symptoms and not anxiety disorders. The results generally suggested that the climacteric is a period of high risk for the onset or worsening of anxiety, and showed a prevalence of anxiety symptoms around 40%. Regarding menopausal symptoms, the strongest correlations were between anxiety and somatic symptoms, especially hot flashes, which may have somatic anxiety as a risk factor. Other factors significantly associated with anxiety were stress, depression, quality of life, and bone mineral density. Women live very particular experiences during climacteric and the presence of anxiety symptoms is associated with distress and poorer quality of life.

Suicidal ideation, Suicide attempts and Suicide in the female climacteric

Suicidal ideation, as well as the risk of suicide, is a serious and complex multifactorial mental disorder. In women, suicidal behavior is often associated with age, high level of stress, presence of depression symptoms, high level of anxiety, oscillations and decrease in hormonal status, alcohol use, smoking, poor physical activity, absence of work activity, presence of chronic diseases, body mass index, low level of education and household income. Regarding marital status, in general, there is a greater risk among women who are not married or do not live with a partner. Pre-existing mental health problems, including mood disorders, also show an important association with suicidal ideation (Baca-Garcia et al., 2010; Flores-Ramos et al., 2019; Hahn et al., 2017; Ju et al., 2016; Kim et al., 2013; Lee et al., 2016; Usall et al., 2009; Weiss et al., 2016; Wie et al., 2019).

Oscillations in the estrogen level, typical of the climacteric period, affect the serotonergic and noradrenergic systems and may cause changes in mood, cognition and behavior (Lee et al., 2016). Low estrogen level results in decreased serotonergic function and increased impulsivity and the risk of suicidal ideation and behavior (Baca-Garcia et al., 2010; Lee et al., 2016). Studies differ regarding the climacteric period

where the risk of suicide becomes more prevalent, some have observed that postmenopausal women are at higher risk of suicide than younger women (Wie et al., 2019). Other studies have indicated that the risk of developing depression is greater during perimenopause and found a greater association between suicidal ideation and perimenopause than in any other phase of female climacteric (Usall et al., 2009).

Kornstein et al. (2010), found that Pré-menopausal and perimenopausal women were approximately twice as likely to report a past suicide attempt than postmenopausal women. However, Lee et al. (2016) found that postmenopausal women receiving HRT, especially for more than 10 years, showed increased suicidal ideation compared with postmenopausal women without HRT. The authors recommended that physicians should pay attention to mood symptoms and suicidal ideation in postmenopausal women with HRT.

The diagnosis of ideation or suicidal behavior in the climacteric has been made from different instruments and clinical models. One of the criteria used has been the previous clinical diagnosis (Lee et al., 2016) or the diagnosis made by the psychiatrist at the time of the study, using the DSM-IV criteria (Flores-Ramos et al., 2019). Many studies have applied self-report interviews or self-reported questionnaires (Hahn et al., 2017; Ju et al., 2016; Kim et al., 2013; Lee et al., 2016; Usall et al., 2009; Weiss et al., 2016; Wie et al., 2019). Among the validated instruments used were the “Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report”, with strong correlation with the Hamilton Rating Scale for Depression (Weiss et al., 2016); the Spanish version of the “Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)” (Baca-Garcia et al., 2010); Holmes and Rahe's social adjustment scale (Baca-Garcia et al., 2010); Barratt Impulsiveness Scale - modified version (Baca-Garcia et al., 2010); “Brown – Goodwin Aggression Scale” (Baca-Garcia et al., 2010); Beck's Suicidal Intent Scale (Baca-Garcia et al., 2010); “17-item Hamilton depression rating scale” (Flores-Ramos et al., 2019) and the Korean version of the “Mini International Neuropsychiatric Interview's (M.I.N.I.) suicidality module” (Kim et al., 2013).

The presence of mood disorders or comorbid mood (Usall et al., 2009) and anxiety disorders (Usall et al., 2009; Weiss et al., 2016) were also associated with increased likelihood of suicidal ideation. Usall et al. (2009) in his study of 21.425 pre,

peri and postmenopausal women from Belgium, France, Germany, Italy, Netherlands, and Spain, found that 7,8% women in perimenopause reported suicidal ideation as opposed to 1% of women in postmenopause. Weiss et al (2016), in her study of 298 pre and postmenopausal American women, found that women at high risk of suicide also had a high rate of anxiety, while those at low risk of suicide had a lower anxiety score. The results indicate that a woman's level of anxiety was the strongest predictor of her likelihood of having severe depression, including thoughts of death or suicide. The authors found another significant predictor of severe depression, which was the number of reported physical health problems. The health problems most associated with the risk of severe depression were stomach ulcers / diseases, neurological disorders and back pain. The study did not point to hormonal status as a significant predictor of reported suicidal ideations or attempts, as 12% of all perimenopausal women were classified in risk of suicide as well as 18,5% of all Pré-menopausal women who reported regular menstruation. However, the authors noted that 33% of women who had their ovaries or uterus surgically removed were in the high-risk suicide group, while no pregnant women were in this group. Other authors have found that suicide risks increase due to low estrogen and progesterone levels (Baca-Garcia et al., 2010).

Studies using samples from middle-aged Korean women highlighted the association of different factors with suicidal behavior. Hahn et al (2017) analyzed a sample of 4.010 postmenopausal Korean women, where 22.1% had depression and 27.4% suicidal ideation and analyzed 4.836 Pré-menopausal South Korean women, where 16.4% had depression and 18.5% had suicidal ideation. In this study, mental health problems such as depression and suicidal ideation were strongly associated with loss of bone mineral density (BMD) in both groups. Wie et al (2019) found in a study of 5.131 postmenopausal Korean women that 21% reported suicidal ideation, while 0.8% reported attempted suicide during the year of study. In this study, the correlation between abortion and suicidal ideation or suicide attempt was more significant among women who experienced induced abortion 3 times or more. The influence of hormonal status on suicidal ideation was analyzed by Lee et al (2016) who observed in a sample of 2.286 Korean postmenopausal women that 25% of women using hormone replacement therapy (HRT) had both depression and suicidal ideation, 20% had only suicidal ideation, 20% had only depression and just over 15% had no suicidal ideation

or depression. Ju et al. (2016), conducted a cross-sectional study using data from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2008–2012) consisting of 6,621 individuals 40 years of age or older. The authors associated weight control failure with suicidal ideation. The data showed that, among obese participants, 9.4% of men had suicidal ideation as opposed to 20.6% of women, also the behavior was similar among overweight participants, where 10% of men had suicidal ideation, in contrast to 17.5% of women. It was observed that participants who had experienced unsuccessful attempts to control weight were also more likely to report suicidal thoughts.

Studies on the prevalence of suicidal ideation, suicidal thoughts and suicide are not very expressive, and show that there is no consensus on climacteric phases at higher risk for such conditions. The relationship between suicidal ideation and climacteric is still not entirely clear, considering the variety of biopsychosocial factors and conditions that could spark suicidal thoughts (Wigg, 2017). However, although we may not state that lowering estrogen levels leads to depression, we must consider that metabolic and hormonal factors may be associated with increased mood regulation, leading to increased risk for depression during menopause (Berent-Spillson et al., 2017), and increased risk of suicidal ideation.

Suicidal ideation, suicidal thoughts or suicide attempts are symptoms of severe mental illness and risk of suicide. Factors that may contribute to the onset or increased risk of suicide are very varied and also complex. In the literature, we often find this risk associated with mood disorders, the presence of severe comorbidities, the diagnosis of major depressive disorder and a sharp drop in estrogen and progesterone levels. The cross-sectional studies analyzed indicated diagnosis of suicidal ideation or suicidal behavior using different self-report instruments or clinical interviews. Premenopause and perimenopause were related to a higher risk of suicidal ideation and depression, while postmenopause was related to a higher risk of suicide. A single study found that ongoing HRT for more than 10 years may increase the risk of suicidal ideation among postmenopausal women. Korean studies showed a prevalence of suicidal ideation around 20% while western studies showed prevalence between 1% and 12%. Different studies have shown that social factors such as income, employability as well as psychological issues such as self-esteem and self-image may be important factors for suicide risk. Due to the severity of the problem and the variety of factors that can cause

such a problem, it is necessary to follow up frequently and in an individualized way, women who may present this risk.

Final considerations

Women show a greater vulnerability to develop lifespan mental disorders (Friedman et al., 2018), showing around twice the risk of developing depression than men (Bromberger & Kravitz, 2011). In menopause, decreasing estrogen levels may correlate with increased mood symptoms, physical symptoms, and psychotic symptoms (Friedman et al., 2018), showing that mental disorders can follow the climacteric stages and deserve attention. Demographic and psychosocial factors, high levels of anxiety and stress, previous diagnosis of depression and physical health conditions are also among the most cited and possible predictors of depression and suicidal ideation in the climacteric (Soares, 2019; Wariso et al., 2017; Weiss et al., 2016). In addition, what makes the climacteric a more complicated period may be not exactly the severity of climacteric symptoms but the woman's perception of this severity. Silva et al. (2018), revealed a high prevalence of negative self-perceived health (regular or poor health) among menopausal women, with an increase in the prevalence of worse self-perceived health in relation to postmenopausal women. These aspects express the biopsychosocial characteristic of climacteric, that is, different factors that can act at the same time, making climacteric a period of greater vulnerability to the onset of mood disorders (Soares, 2019).

Despite the undeniable changes and turbulences experienced during the female climacteric, pointed out and discussed by several researchers, we still have a certain lack of methodological rigor that casts doubt on the relationship between common mental disorders and climacteric. We highlight here the different diagnostic tools and methods used, as well as cultures and sample sizes. The variability of factors associated throughout the climacteric period are also factors that are strongly associated with depression, anxiety and suicidal ideation in other periods of life, thus not being an exclusive climacteric. Therefore, we emphasize that the cultural, demographic and methodology differences between samples, as well as the variety of biopsychosocial factors studied, characteristic of this phase of women's life, generate many uncertainties

about the exact relationship between depression, anxiety and suicidal ideation with climacteric. This calls for more research and greater methodological rigor in women's mental health studies during climacteric.

Although climacteric is a natural part of a woman's life, literature worldwide points to many problems during this period (Bień et al., 2015). It is important that researchers contextualize the climacteric period, not attributing the presence of neuropsychic symptoms, such as depression, anxiety and suicidal ideation, exclusively to hormonal and physical changes. Socio-cultural and demographic factors, the role of women in a given society and the social representation of aging, are issues that deserve attention. Likewise, psychosocial aspects are intimately involved in the problem of changes caused by climacteric, a greater hormonal vulnerability associated with life stressors can weaken women. Stressful events can also impair sleep quality, or overlap the presence of sleep disorders, for example. All these aspects and how they relate can make the climacteric a more or less critical period for women. The window of vulnerability that opens up in the female climacteric does not seem to be just hormonal, because middle-aged women experience conflicts of other orders as well, which requires a multidisciplinary, comprehensive look and careful analysis, in order not to over-rationalize something which is also subjective. In dialogue with Bremer et al. (2019), we consider that each woman experiences biopsychosocial changes throughout the climacteric in a very particular way, therefore deserving personalized, humanized and unique assistance, in order to have as a goal the promotion of the woman's well-being and quality of life.

Naturally, the climacteric is configured as a period of vulnerabilities and a biopsychosocial view seems to be the most appropriate to understand the nature of the relationships among so many symptoms and associated factors. Therefore, it is important to highlight that the woman in climacteric needs to be understood in all its dimension of symptoms, perceptions and care. To take care of the health of women in menopause it is necessary to understand health as complete well-being of a person, promoting attention to physical, mental and social symptoms. This view converges with the WHO definition of health (World Health Organization, 1993), considered physically, mentally, and socially as a complete state of well-being, harmonizing with the environment. Therefore, there is no way to ignore the promotion of mental well-

being, moreover it should be considered a priority, as well as the prevention of mental disorders, diagnosis, treatment and rehabilitation (World Health Organization, 2001).

Concluding our discussion, we consider that climacteric can have a major importance in women's health in the field of epidemiology and public health and we recommend the monitoring of depression, anxiety and suicidal ideation as an outpatient routine, allowing regular diagnostic evaluations and guaranteed humanized and preventive care. In addition, greater knowledge about the mental health of women in menopause can enable proper interventions and promote the maintenance of mental health and quality of life for women. Likewise, it can reduce costs in the health system with hospital emergencies by seeking the primary care network through cases of major depression, anxiety attacks, suicidal ideation, suicide attempts and suicide itself.

Referências

- Azizi M., Fooladi E., Abdollahi F., & Elyasi F. (2018). Biopsychosocial risk factors of depression in the menopausal transition: A narrative review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4). Embase. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.12928>
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Ceverino, A., Perez-Rodriguez, M. M., Navarro-Jimenez, R., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J., de Leon, J., & Oquendo, M. A. (2010). Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.08.004>
- Berent-Spillson, A., Marsh, C., Persad, C., Randolph, J., Zubieta, J.-K., & Smith, Y. (2017). Metabolic and hormone influences on emotion processing during menopause. *Psychoneuroendocrinology*, 76, 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.026>
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787–805. <https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>
- Bień, A., Rzońca, E., Iwanowicz-Palus, G., & Pańczyk-Szeptuch, M. (2015). The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3835–3846. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403835>

- Bremer, E., Jallo, N., Rodgers, B., Kinser, P., & Dautovich, N. (2019). Anxiety in Menopause: A Distinctly Different Syndrome? *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 374–378. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.01.018>
- Bromberger, J. T., & Kravitz, H. M. (2011). Mood and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 Years. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 38(3), 609–625. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.011>
- Bryant, C., Judd, F. K., & Hickey, M. (2012). Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.055>
- Campagne, D. M. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: El primer paso. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 38(5), 301–311. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.12.010>
- Catalano, A., Martino, G., Bellone, F., Gaudio, A., Lasco, C., Langher, V., Lasco, A., & Morabito, N. (2018). Anxiety levels predict fracture risk in postmenopausal women assessed for osteoporosis. *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society*, 25(10), 1110–1115. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001123>
- Chou, C.-H., Ko, H.-C., Wu, J. Y.-W., Chang, F.-M., & Tung, Y.-Y. (2015). Effect of previous diagnoses of depression, menopause status, vasomotor symptoms, and neuroticism on depressive symptoms among climacteric women: A 30-month follow-up. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 54(4), 385–389. MEDLINE.
- de Kruif, M., Spijker, A. T., & Molendijk, M. L. (2016). Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.040>
- Enggune, M., Purba, E., & Kakumboti, S. N. (2019). THE ANXIETY OF PERIMENOPAUSE WOMEN IN FACING MENOPAUSE. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*, 2(1). <https://doi.org/10.24198/jmcrh.v2i1.63>
- Erez, H. B., Weller, A., Vaisman, N., & Kreitler, S. (2012). The relationship of depression, anxiety and stress with low bone mineral density in post-menopausal women. *Archives of Osteoporosis*, 7, 247–255. <https://doi.org/10.1007/s11657-012-0105-0>
- Fernandes, R. de C. L., Silva, K. S. da, Bonan, C., Zahar, S. E. V., & Marinheiro, L. P. F. (2009). Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad. saúde pública*, 25(9), 1883–1893. LILACS.

- Flores-Ramos, M., Alcauter, S., López-Titla, M., Bernal-Santamaría, N., Calva-Coraza, E., & Edden, R. a. E. (2019). Testosterone is related to GABA+ levels in the posterior-cingulate in unmedicated depressed women during reproductive life. *Journal of Affective Disorders*, *242*, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.033>
- Freeman, E. W., & Sammel, M. D. (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: Evidence from the Penn Ovarian Aging cohort. *Menopause (New York, N.Y.)*, *23*(9), 942–949. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000662>
- Freitas, E. R., & Barbosa, A. J. G. (2015). Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *67*(3), 112–124.
- Friedman, S. H., Prakash, C., & Moller-Olsen, C. (2018, October 1). *Psychiatric considerations in menopause: Women's risk of psychiatric symptoms and disorders is increased during menopause*. *Current Psychiatry*. <https://link.galegroup.com/apps/doc/A562236762/HRCA?sid=lms>
- Georgakis, M. K., Thomopoulos, T. P., Diamantaras, A.-A., Kalogirou, E. I., Skalkidou, A., Daskalopoulou, S. S., & Petridou, E. T. (2016). Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *73*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2653>
- Gordon, J. L., Girdler, S. S., Meltzer-Brody, S. E., Stika, C. S., Thurston, R. C., Clark, C. T., Prairie, B. A., Moses-Kolko, E., Joffe, H., & Wisner, K. L. (2015). Ovarian Hormone Fluctuation, Neurosteroids, and HPA Axis Dysregulation in Perimenopausal Depression: A Novel Heuristic Model. *American Journal of Psychiatry*, *172*(3), 227–236. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070918>
- Greenblum, C. A., Rowe, M. A., Neff, D. F., & Greenblum, J. S. (2013). Midlife women: Symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause (New York, N.Y.)*, *20*(1), 22–27. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31825a2a91>
- Hahn, C., Oh, J. H., Joo, S.-H., Jeong, J.-E., Chae, J.-H., Lee, C.-U., & Kim, T.-S. (2017). Association between mental health status and bone mineral density: Analysis of the 2008-2010 Korea national health and nutrition examination survey. *PLoS One*, *12*(11), e0187425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187425>
- Hanisch, L. J., Hantsoo, L., Freeman, E. W., Sullivan, G. M., & Coyne, J. C. (2008). Hot flashes and panic attacks: A comparison of symptomatology, neurobiology, treatment, and a role for cognition. *Psychological Bulletin*, *134*(2), 247–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.247>

- Hunter, M., & O’Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: The menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychology Health & Medicine - PSYCHOL HEALTH MED*, 6, 65–76. <https://doi.org/10.1080/13548500020021937>
- Iwanowicz-Palus, G. J., Stadnicka, G., & Bien, A. (2013). Determinant factors of health in rural women in their perimenopausal period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(1). <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.agro-2e2cdd07-673e-47b5-8bda-b85628eb1618>
- Jadresic M., E. (2009). Climaterio: Depresión y alteraciones del ánimo. *Rev. Méd. Clín. Condes*, 20(1), 61–65. LILACS.
- Jafari, F., Hadizadeh, M. H., Zabihi, R., & Ganji, K. (2014). Comparison of depression, anxiety, quality of life, vitality and mental health between Pré-menopausal and postmenopausal women. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 17(6), 660–665. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.905528>
- Ju, Y. J., Han, K.-T., Lee, T.-H., Kim, W., Park, J. H., & Park, E.-C. (2016). Association between weight control failure and suicidal ideation in overweight and obese adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2940-1>
- Jung, S. J., Shin, A., & Kang, D. (2015). Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from Health Examinees Study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*, 187, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.047>
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., Kingsberg, S. A., & Ciesla, J. A. (2015). The Transaction Between Depression and Anxiety Symptoms and Sexual Functioning: A Prospective Study of Pré-menopausal, Healthy Women. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1635–1649. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0381-4>
- Kim, B., Kang, E.-S., Fava, M., Mischoulon, D., Soskin, D., Yu, B.-H., Lee, D., Lee, D.-Y., Park, H.-D., & Jeon, H. J. (2013). Follicle-stimulating hormone (FSH), current suicidal ideation and attempt in female patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 210(3), 951–956. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.057>
- Kornstein, S. G., Young, E. A., Harvey, A. T., Wisniewski, S. R., Barkin, J. L., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Nierenberg, A. A., & Rush, A. J. (2010). The influence of menopause status and postmenopausal use of hormone therapy on presentation of major depression in women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 17(4), 828–839. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181d770a8>

- Lee J.E., & Moon J.H. (2016). Depressive mood is more associated with insomnia in postmenopausal women. *Climacteric*, 19((Lee J.E.) Seoul National University Hospital, South Korea), 79. Embase. <https://doi.org/10.1080/13697137.2016.1242242>
- Lee, J.-Y., Park, Y.-K., Cho, K.-H., Kim, S.-M., Choi, Y.-S., Kim, D.-H., Nam, G.-E., Han, K.-D., & Kim, Y.-H. (2016). Suicidal ideation among postmenopausal women on hormone replacement therapy: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V) from 2010 to 2012. *Journal of Affective Disorders*, 189, 214–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.068>
- Menezes, D. V., Oliveira, M. E. de, Menezes, D. V., & Oliveira, M. E. de. (2016). Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. *Fisioterapia Em Movimento*, 29(2), 219–228. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.029.002.A001>
- Murphy, M. M., Verjee, M. A., Bener, A., & Gerber, L. M. (2013). The hopeless age? A qualitative exploration of the experience of menopause in Arab women in Qatar. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 16(5), 550–554. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.771330>
- Muslic, L., & Jokic-Begic, N. (2016). The experience of perimenopausal distress: Examining the role of anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 26–32. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1127348>
- Natari, R. B., Clavarino, A. M., McGuire, T. M., Dingle, K. D., & Hollingworth, S. A. (2018). The bidirectional relationship between vasomotor symptoms and depression across the menopausal transition: A systematic review of longitudinal studies. *Menopause (New York, N.Y.)*, 25(1), 109–120. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000949>
- Nunez-Pizarro, J. L., Gonzalez-Luna, A., Mezones-Holguin, E., Blumel, J. E., Baron, G., Bencosme, A., Benitez, Z., Bravo, L. M., Calle, A., Flores, D., Espinoza, M. T., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Martino, M., Lima, S., Monterrosa, A., Mostajo, D., Ojeda, E., Onatra, W., ... Chedraui, P. (2017). Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: Analysis of a multicenter Latin American cross-sectional study. *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society*, 24(6), 645–652. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000813>
- Park, S., & Choi, N.-K. (2019). Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 248, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.081>

- Pereira, W. M. P., Schmitt, A. C. B., Buchalla, C. M., Reis, A. O. A., & Aldrighi, J. M. (2009). Ansiedade no climatério: Prevalência e fatores associados. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*, *19*(1), 89–97. LILACS.
- Perquier, F., Lasfargues, A., Mesrine, S., Clavel-Chapelon, F., & Fagherazzi, G. (2014). Body-size throughout life and risk of depression in postmenopausal women: Findings from the E3N cohort. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *22*(8), 1926–1934. <https://doi.org/10.1002/oby.20799>
- Polisseni, A. F., de Araújo, D. A. C., Polisseni, F., Mourão Junior, C. A., Polisseni, J., Fernandes, E. S., & Guerra, M. de O. (2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: Fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*, *31*(3), 117–123. MEDLINE.
- Reis, L. M. dos, Moura, A. L., Haddad, M. do C. L., Vannuchi, M. T. O., & Smanioto, F. N. (2011). INFLUÊNCIA DO CLIMATÉRIO NO PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO. *Cogitare Enfermagem*, *16*(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v16i2.20444>
- Reynolds, F. (1997). Psychological responses to menopausal hot flushes: Implications of a qualitative study for counselling interventions. *Counselling Psychology Quarterly*, *10*(3), 309–321. <https://doi.org/10.1080/09515079708254182>
- Rostosky, S. S., & Travis, C. B. (1996). Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984–1994. *Psychology of Women Quarterly*, *20*(2), 285–312. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00471.x>
- Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, *20*(2), v–vi.
- Sahingoz, M., Uguz, F., & Gezginc, K. (2011). Prevalence and Related Factors of Mood and Anxiety Disorders in a Clinical Sample of Postmenopausal Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, *47*(4), 213–219. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00296.x>
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, *26*(1), 15–23.
- Sesma Pardo, E., Finkle, J., Gonzalez Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2013). Depresión perimenopáusica: Una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr*, *33*(120), 681–691. IBECs.
- Silva, J. K. M. da, Freire, M. B. B., & Nascimento, E. G. C. D. (2019). O conhecimento como estratégia de enfrentar os desafios de conviver com o climatério. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*, *1*(1). <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/view/5369>

- Silva, V. H., Rocha, J. S. B., & Caldeira, A. P. (2018). Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1611–1620. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
- Soares, C. N. (2017). Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 239–254. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.007>
- Soares, C. N. (2019). Depression and Menopause: An Update on Current Knowledge and Clinical Management for this Critical Window. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 651–667. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.001>
- Souza, S. S. de, Santos, R. L. dos, Santos, A. D. F. dos, Barbosa, M. de O., Lemos, I. C. S., & Machado, M. de F. A. S. (2017). Mulher e climatério: Concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. *Reprodução & Climatério*, 32(2), 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2017.01.001>
- Terauchi, M., Hiramitsu, S., Akiyoshi, M., Owa, Y., Kato, K., Obayashi, S., Matsushima, E., & Kubota, T. (2013). Associations among depression, anxiety and somatic symptoms in peri- and postmenopausal women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(5), 1007–1013. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.02064.x>
- The Social and Psychological Origins of the Climacteric Syndrome. By J. G. Greene. (Pp. 247; illustrated; £16.50.) Gower Publishing: Aldershot. 1985. (1985). *Psychological Medicine*, 15(4), 906–906. <https://doi.org/10.1017/S0033291700005298>
- Usall, J., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Graaf, R. de, Demyttenaere, K., Alonso, J., Girolamo, G. de, Lepine, J. P., Kovess, V., & Haro, J. M. (2009). Suicide ideation across reproductive life cycle of women Results from a European epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 116(1), 144–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.12.006>
- Utian, W. H. (1999). The International Menopause menopause-related terminology definitions. *Climacteric*, 2(4), 284–286. <https://doi.org/10.3109/13697139909038088>
- Vousoura, E., Spyropoulou, A. C., Koundi, K. L., Tzavara, C., Verdeli, H., Paparrigopoulos, T., Augoulea, A., Lambrinouadaki, I., & Zervas, I. M. (2015). Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 22(10), 1053–1057. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000442>
- Wang, Z., Zhang, A., Zhao, B., Gan, J., Wang, G., Gao, F., Liu, B., Gong, T., Liu, W., & Edden, R. A. E. (2016). GABA+ levels in postmenopausal women with mild-to-

- moderate depression: A preliminary study. *Medicine*, 95(39), e4918. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004918>
- Wariso, B. A., Guerrieri, G. M., Thompson, K., Koziol, D. E., Haq, N., Martinez, P. E., Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2017). Depression during the menopause transition: Impact on quality of life, social adjustment, and disability. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 273–282. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0701-x>
- Weiss, S. J., Simeonova, D. I., Kimmel, M. C., Battle, C. L., Maki, P. M., & Flynn, H. A. (2016). Anxiety and physical health problems increase the odds of women having more severe symptoms of depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 491–499. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0575-3>
- WHO. (1996). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un Grupo Científico de la OMS*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/232>
- WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (p. 24 p.) [Technical documents]. World Health Organization.
- WHO Scientific Group on Research on the Menopause, & World Health Organization. (1981). *Research on the menopause: Report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 8 to 12 December 1980]*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41526>
- Wie, J. H., Nam, S. K., Ko, H. S., Shin, J. C., Park, I. Y., & Lee, Y. (2019). The association between abortion experience and postmenopausal suicidal ideation and mental health: Results from the 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(1), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.028>
- Wigg, C. (2017). A Brief Review of Neuropsychic Symptoms Associated with the Female Climacteric: Depression and Mental Health. *Journal of Neurology & Stroke*, 7(4). <https://doi.org/10.15406/jnsk.2017.07.00248>
- World Health Organization. (1993). CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación. *CIM-10/ICD-10: Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43959>
- World Health Organization. (1998). The World health report: 1998: Life in the 21st century: A vision for all: Report of the Director-General. *Rapport sur la santé*


dans le monde : 1998: La vie au 21e siècle : une perspective pour tous : rapport du Directeur général. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>

- World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *The World Health Report : 2001 : Mental Health : New Understanding, New Hope*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Worsley, R., Bell, R., Kulkarni, J., & Davis, S. R. (2014). The association between vasomotor symptoms and depression during perimenopause: A systematic review. *Maturitas*, 77(2), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.11.007>
- Yisma, E., Eshetu, N., Ly, S., & Dessalegn, B. (2017). Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0484-x>
- Zang, H., He, L., Chen, Y., Ge, J., & Yao, Y. (2016). The association of depression status with menopause symptoms among rural midlife women in China. *African Health Sciences*, 16(1), 97–104. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i1.13>
- Zong, Y., Tang, Y., Xue, Y., Ding, H., Li, Z., He, D., Zhao, Y., & Wang, P. (2016). Depression is associated with increased incidence of osteoporotic thoracolumbar fracture in postmenopausal women: A prospective study. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 25(11), 3418–3423. <https://doi.org/10.1007/s00586-015-4033-8>

**APÊNDICE B – Cartilha “Aprendendo a lidar com a
depressão e outros sintomas neuropsíquicos no climatério”**

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação - PIBIT

Aprendendo a lidar com a depressão e outros sintomas neuropsíquicos no Climatério



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação - PIBIT

*Cartilha: Aprendendo a lidar com a Depressão e Outros Sintomas
Neuropsíquicos no Climatério*

Elaboração:

Cristina Maria Duarte Wigg - Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia da UFRJ. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz. (CRP: 05/12326)

Ana Cristina da Silva - Graduanda de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação - IFF/Fiocruz

Colaboração:

Vanessa Lemos da Costa Soares - Mestranda do Programa de Pós-graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher - IFF/Fiocruz

Amanda Oliveira de Carvalho - Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher - IFF/Fiocruz

Ligia M. Rosalino Martins - Graduanda de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - IFF/Fiocruz

Orientadora:

Profª Doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro - IFF/Fiocruz

Rio de Janeiro, 2020.

Índice

Apresentação

1. *O que é climatério?*
2. *Saúde mental e climatério*
 - 2.1 *Depressão*
 - 2.2 *Ansiedade*
 - 2.3 *Estresse*
 - 2.4 *Insônia*
 - 2.5 *Ideação suicida*
3. *Relação entre os sintomas neuropsíquicos*
4. *Políticas públicas de saúde mental e da mulher*
5. *Onde procurar orientação*
6. *Considerações finais*
7. *Bibliografia*

Apresentação

Esta cartilha é um produto do doutoramento da Prof^a Cristina Maria Duarte Wigg, a partir do desenvolvimento do subprojeto “A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa”, do projeto “Envelhecimento da mulher: estudo das comorbidades de maior prevalência da mulher na pós menopausa visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida” da Prof^a doutora Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, vinculado ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz -RJ). O subprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do IFF/Fiocruz, sob o parecer n^o 3.273.150, de 18 de abril de 2019.

O objetivo desta cartilha é levar informações relevantes de forma clara e objetiva para mulheres, profissionais de saúde e toda a sociedade acerca da saúde mental no climatério feminino através dos achados da pesquisa em questão, da análise de estudos científicos e demais meios de informação relacionados ao tema.

Aqui você irá encontrar informações sobre o que é o climatério e os possíveis fatores que podem influenciar na saúde mental de mulheres durante este período, apontando os principais sintomas neuropsíquicos, os dispositivos assistenciais disponíveis para o atendimento desse público e as políticas públicas existentes.

Agradecemos a cada mulher que aceitou participar da pesquisa supracitada, enriquecendo e colaborando para o aperfeiçoamento do nosso trabalho. Assim sendo, buscamos promover uma melhor qualidade de vida e bem estar para as mulheres através da visibilidade sobre os cuidados necessários e as possíveis mudanças neuropsicológicas nesta fase tão importante da vida. Reforçamos a importância do trabalho multiprofissional para melhor atender e acolhê-las e a contribuição para a democratização de informações, visando uma sociedade mais consciente e solidária.

O que é Climatério?

Você já ouviu falar em Climatério? Vamos conversar um pouco a respeito desse termo!

Segundo a Sociedade Internacional de Menopausa, climatério é uma fase que engloba todo o período reprodutivo da mulher (pré menopausa), iniciado com a menarca, até o não-reprodutivo, possuindo 4 fases: pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. Ao longo dos anos, o organismo feminino diminui progressivamente sua atividade folicular ovariana. Em determinado momento da vida da mulher acontece a perimenopausa, fase diagnosticada clinicamente pela irregularidade do ciclo menstrual. Não se tem uma idade definida para o início da perimenopausa, mas há uma estimativa que ela ocorra aproximadamente 2 anos antes da menopausa. Já a menopausa é caracterizada pelo fim definitivo da menstruação, reconhecida após passados 12 meses do último ciclo menstrual, consequência da perda total da atividade folicular ovariana, podendo ser considerada precoce quando ocorre antes dos 40 anos e tardia quando acontece após os 55 anos de idade.



A menopausa quando ocorre em condições “normais”, ou seja, não envolve condições de saúde e outros fatores que interferiram, é um processo natural do organismo feminino. Durante a perimenopausa e menopausa, que representam o envelhecimento biológico da mulher, algumas mudanças bioquímicas ocorrem, podendo gerar sintomas físicos e neuropsíquicos que trazem desconforto. Quando esse desconforto é percebido de forma significativa, com intensidade de sintomas menopausais e fatores associados, a mulher tende a encarar a menopausa como um processo de adoecimento.

O que é Climatério?

Os sintomas iniciais e mais relatados nessa fase são as ondas de calor e suores, seguidos de ansiedade, dores de cabeça, cansaço, dificuldade para dormir, palpitações, instabilidade emocional, estresse, problemas de memória, depressão, diminuição do desejo sexual, entre outros.



Alguns estudos apontam que o aumento de sintomas neste período da vida está mais relacionado a problemas socioculturais e psicológicos do que propriamente biológicos, sem, no entanto, excluir a interação entre esses fatores. Ao longo desta cartilha você encontrará maneiras de lidar com os sintomas e seus efeitos.

Saúde mental e climatério

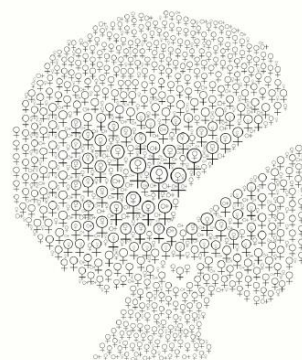
Segundo a Organização Mundial da Saúde, ter saúde vai muito além da ausência de doenças físicas ou mentais. A saúde envolve múltiplos fatores, como acesso à educação, informação, renda, condições de moradia e trabalho, alimentação, relações sociais, cultura, autoimagem, autoestima, acesso a serviços básicos de saneamento e saúde. Além disso, outras variáveis que nem sempre são levadas em consideração no processo de saúde-doença incluem a discriminação e os preconceitos (gênero, étnico, raça/cor, socioeconômicos, etc), sendo assim, a saúde engloba ter condições dignas de vida, equilíbrio social e saúde mental.

Fatores sociais enfrentados pela população feminina, como a discriminação e o racismo mostraram-se mais relacionados aos processos de adoecimento do que fatores biológicos, sendo mais agravante nas mulheres pretas que, segundo estatísticas, possuem maior vulnerabilidade social e pouco acesso à serviços de saúde e apoio. Em um quadro similar de dificuldade, as mulheres lésbicas também encontram inúmeras barreiras, tanto em relação ao preconceito social quanto ao atendimento ginecológico, sendo necessário políticas e ações de saúde que incluam suas necessidades e reconheçam sua orientação sexual com respeito.

A assistência de mulheres indígenas ainda é pouco analisada, mas sabe-se que a precariedade de serviços públicos de saúde também é um fator inerente a esse grupo, levando também, a necessidade de maior atenção e políticas de saúde. As mulheres com deficiência, em situação de prisão e portadoras de transtornos mentais também são alvos constantes de discriminação e merecem atenção humanizada do SUS, com estratégias e ações capacitadas que respeitem as diferenças de cada mulher.

Saúde mental e climatério

A violência contra a mulher é outro fator de agravo para a saúde e bem estar. Seja física, sexual ou psicológica, a violência atinge uma parcela grande da população feminina, sendo um problema de saúde pública gravíssimo e intimamente ligado a discriminação de gênero, provocando consequências psicológicas, físicas e muitas vezes fatais.



A expectativa de vida do povo brasileiro aumentou durante os anos, e o envelhecimento assumiu uma parte significativa da vida da população. Infelizmente, nossa cultura tende a olhar a velhice e o próprio processo de envelhecimento de forma negativa, principalmente em relação a mulher. A supervalorização de corpos belos e jovens é propagada massivamente, interferindo na forma como as mulheres veem e lidam com os próprios corpos e com as alterações que este processo traz. Os abalos na saúde física, mental e nas relações sociais são altamente influenciados por essa visão negativista. As mulheres índias, por exemplo, na maioria dos povos indígenas, são mais valorizadas após a menopausa, pois o envelhecimento é compreendido com respeito. Fato semelhante ocorre em países como a Índia e o Japão.

Saúde mental e climatério



É preciso entender que a velhice pode ter muitas limitações, mas não deve ser encarada de forma trágica como “fim da linha” e nem como um adoecimento.

É uma etapa da vida que pode ser vivida com saúde, possibilidades, ganhos e prazer.

As sociedades que desvalorizam o envelhecimento tendem a agravar a sintomatologia na fase do climatério

Além das mudanças físicas e endócrinas, como as alterações hormonais, que acontecem durante o climatério, outros fatores também influenciam o aparecimento de sintomas neuropsíquicos durante esta fase. Problemas pessoais, conjugais, familiares, profissionais, a saída dos filhos de casa, preocupação financeira, sobrecarga de trabalho, papel de cuidadora integral de parentes doentes, entre outros fatores levam a intensificação do sofrimento psicológico das mulheres. Os sintomas neuropsíquicos mais frequentes são: insônia, ansiedade, estresse, humor depressivo, indisposição, tristeza, perda de interesse, irritabilidade, falta de atenção, concentração e problemas de memória.

Saúde mental e climatério

É de extrema importância que as instituições e os profissionais de saúde entendam as mulheres climatéricas de forma integral (biopsicossocial), levando em consideração suas especificidades, experiências e seus hábitos de vida, a fim de proporcionar ações de prevenção, recuperação e promoção de saúde, atendimento multiprofissional capacitado e humanizado, acolhendo suas demandas sem minimizar queixas e muitas vezes patologizando-as. Além disso, promover estratégias e espaços para a psicoeducação dessas mulheres, tornando-as mais conscientes da etapa de vida que se encontram para agir sobre as próprias vidas de forma mais autônoma e tranquila.

Depressão

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V, os critérios para o diagnóstico de um transtorno de depressão maior (TDM), sem atribuição de efeitos de substâncias administradas ou outra condição médica, são: possuir 5 sintomas por um período de duas semanas consecutivas, representando mudanças ao funcionamento anterior, causando significativo prejuízo clínico, social, profissional e em outras áreas de importância para o sujeito. Os sintomas mais comuns e normalmente os primeiros a aparecer são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer.

Saúde mental e climatério

Depressão

Não existe um consenso sobre a relação entre transtornos psicossociais e climatério, mas se considera a influência da depressão na intensidade dos fogachos (ondas de calor) e na instabilidade emocional. Alguns estudos apontam que sintomas depressivos podem ocorrer tanto por flutuações hormonais quanto por aspectos socioculturais e econômicos, interferindo diretamente nos relacionamentos interpessoais, na autoestima e integração social.

Novamente vemos o peso da visão negativa do processo de envelhecimento, onde as mulheres sentem-se “velhas” e desvalorizadas, influenciando na presença da sintomatologia depressiva. Além disso, mulheres com história pregressa de depressão possuem maior probabilidade de apresentar o transtorno durante as fases do climatério.

Alguns sintomas que podem estar presentes em um transtorno depressivo

- Humor depressivo
- Alterações no peso e/ou apetite
- Fadiga, cansaço excessivo
- Agitação ou lentidão psicomotora
- Pessimismo
- Isolamento social
- Alterações no sono
(dormir muito ou pouco, ter dificuldades para iniciar e manter o sono)
- Desânimo, perda de interesse por atividades e/ou pessoais.
- Capacidade prejudicada de pensar e concentrar-se
- Sentimento de culpa, desvalorização, punição
- Ideação suicida e/ou tentativa suicida



Saúde mental e climatério

Depressão

Apresento sintomas depressivos. E agora?

É muito importante que você se conheça bem e entenda seus sentimentos e sua vivência atual. Algumas situações de vulnerabilidade levam a sensações desagradáveis de forma rotineira e é interessante tentar identificar o que está causando o humor depressivo. Problemas familiares, profissionais, nos relacionamentos, uma depressão não tratada de forma adequada no passado, podem ser fatores que influenciam os sentimentos atuais.

Além disso, deve-se investigar a possibilidade de outras condições médicas como, por exemplo, o hipotireoidismo que causa fadiga e humor depressivo, além de outros sintomas e deve ser tratado de forma adequada por um profissional. É imprescindível que você procure informações e profissionais de saúde para uma orientação mais apropriada.



Dicas legais!

- Procure profissional de saúde e faça acompanhamento psicoterapêutico adequado.
- Cultive e fortaleça amizades e redes de apoio (familiar, sociais, comunitários)
- Pratique atividade física regular. A prática de atividades físicas libera endorfinas que ajudam no manejo de depressão, ansiedade e estresse. Promove a manutenção da massa muscular e óssea, melhora a condição cardíocirculatória, traz bem estar, disposição e eleva sua autoestima.
- Mantenha-se ativa, fazendo atividades que gosta e lhe trazem prazer.
- Não se isole. Participe de atividades sociais, culturais e espirituais. Tenha lazer!
- Reconhecer seus gostos, necessidades e também suas limitações ajuda você a lidar melhor com situações desagradáveis.

Saúde mental e climatério

Ansiedade

As mulheres menopausadas podem sentir-se incompetentes, incapacitadas de desempenhar bem suas atividades, encarando sua experiência presente como um modo de adoecimento, já que nessa fase alguns agravos à saúde podem surgir como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, osteoporose e ganho de peso. A autoimagem da mulher torna-se abalada, levando a problemas com ansiedade e autoestima.

A ansiedade é um fenômeno que provoca no indivíduo certo desconforto, carregado de medos, preocupações, tensão muscular, vigilância e inquietações fisiológicas e mentais.

Ter momentos de ansiedade é normal e em algumas situações quase inevitáveis. Expectativas com um novo emprego, viagens, falar em público, a necessidade de realizar exames de saúde... Enfim, as situações são inúmeras e podem trazer sintomas de ansiedade impulsionando uma ação do sujeito de enfrentamento, fuga ou evitação frente ao evento causador do incômodo. Deve-se, no entanto, estar atenta quando a ansiedade se torna intensa e persistente, podendo torna-se patológica e levar a possíveis transtornos de ansiedade, que trazem consigo comprometimento no funcionamento do corpo e da mente.

As mulheres são mais afetadas por transtornos de ansiedade que os homens (proporção aproximada de 2:1) e segundo dados da OMS (2017), as taxas de prevalência são mais elevadas em mulheres com idade entre 30 e 54 anos. Outros estudos mostram que mulheres na fase de transição menopausal (perimenopausa) manifestam ansiedade e estresse com frequência, influenciando diretamente na qualidade de vida.

Saúde mental e climatério?

Ansiedade

Algumas queixas relacionadas a ansiedade

- Suor excessivo
- Medo que aconteça o pior
- Mal estar sem causa aparente
- Preocupação excessiva
- Dores de cabeça
- Tremores
- Nervosismo
- Batimentos acelerados do coração
- Respiração curta e rápida
- Dores musculares
- Desconforto/ alterações gastrointestinais
- Sensação de sufocação e/ou afogamento
- Insegurança

Como lidar com a ansiedade? Se a ansiedade está afetando sua qualidade de vida, procure profissionais da psicologia que irão saber te orientar e trabalhar de acordo com a sua demanda. A ansiedade pode estar ligada ao estresse constante, depressão e/ou sintomas vasomotores, comuns na menopausa.

Dicas legais!

- Tenha lazer!
- Pratique exercícios físicos regulares. Uma simples caminhada matinal já ajuda!
- Promova o autocuidado. Tenha tempo para você!
- Mude pensamentos negativos sobre si mesma
- Alimente-se de forma saudável.
- Desacelere
- Procure um/a profissional de psicologia
- Procure modos de relaxar e diminuir o estresse.

● Os fogachos costumam causar ansiedade em muitas mulheres. Se você é uma delas, então: evite ambientes abafados, bebidas alcoólicas e cafeinadas, comidas quentes e apimentadas, banhos muito quentes, pare de fumar; tome sempre bastante água, use roupas com tecidos leves, assim como, roupas leves de cama e travesseiro.

Saúde mental e climatério

Estresse

O estresse é conhecido como um processo de demanda ambiental que pode superar a capacidade de adaptação do sujeito, acarretando alterações biológicas e psicológicas, podendo levar ao aparecimento ou agravamento de problemas de saúde. A menopausa, por ser uma fase que traz mudanças fisiológicas importantes pela diminuição dos níveis hormonais, pode ser percebida como um período estressante e desadaptativo, ocasionando aumento considerado dos níveis de estresse com sintomas como: instabilidade emocional, irritabilidade, qualidade de sono prejudicada, entre outros que comprometem a qualidade de vida da mulher.

STRESS

O estresse pode ser dividido em fases.

A fase de Alerta é comumente apontada de forma positiva, pois motiva e prepara o indivíduo para adaptar-se e superar a situação causadora de estresse.

A fase de Resistência é determinada pela tentativa constante de tentar lidar com a situação estressante que persiste, a fim de adaptar-se a ela.

Saúde mental e climatério

Estresse

Caso a adaptação não ocorra, o processo pode evoluir e levar ao começo de uma exaustão frente a situação estressora. Já na fase de exaustão, um nível elevado de estresse se estabelece, complicando cada vez mais o estado do sujeito, aumentando as chances do desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos. Há ainda a fase de Quase-exaustão, que se encontra entre as fases de resistência e exaustão, onde o indivíduo não consegue mais resistir ao fator estressante mas ainda não atingiu o limite.

Algumas queixas relatadas por mulheres na menopausa foram:

- Boca seca
- Tensão muscular
- Insônia/dificuldade para dormir
- Problemas com memória/esquecimentos
- Desgaste físico constante
- Mudança de apetite
- Diminuição do desejo sexual
- Pensamento constante sobre um assunto
- Vontade de fugir de tudo
- Angústia ou ansiedade diária
- Sensibilidade emotiva excessiva



Saúde mental e climatério

Estresse

Sinto-me mais estressada agora que antigamente!

São inúmeros os fatores que podem desencadear estresse em nossas vidas. A urgência dos compromissos, uma vida acelerada, uma noite mal dormida, dificuldades financeiras, violência, problemas sociais, preocupações diversas, problemas familiares, de saúde e profissionais..... Não tem como elencar tantos motivos! Algumas situações acabam tirando o sossego de qualquer um, mas dependendo do problema, a forma como lidamos com ele definirá o nosso nível de estresse e como podemos gerenciar tais situações sem consequências físicas e psicológicas posteriores.

Dicas legais!

- Procure apoio familiar e de amigos. Manter e fortalecer laços de amizade são importantes
- Atividades físicas, sim senhora!
- Tenha lazer como algo fundamental na sua rotina
- Entenda melhor as razões que lhe causam estresse e tente manejar as situações de conflito
- Psicoterapia pode ser uma alternativa para você entender melhor os fatores que estão causando estresse diário na sua vida, descobrindo estratégias para lidar melhor com as situações, conferindo-lhe maior bem estar.
- Tente alguma técnica de relaxamento, como a meditação.
- O estresse pode desencadear problemas de atenção, concentração e memória. Sendo assim, mantenha sua mente ativa com leitura, jogos/atividades para estimular o cérebro (jogos de memória, quebra-cabeça, palavras cruzadas), aprender novas habilidades (idiomas, artesanato, etc).

Saúde mental e climatério

Insônia

Durante a menopausa muitas mulheres relatam dificuldade para dormir ou até mesmo insônia. Uma das queixas mais relacionadas a isso é a ocorrência de fogachos e sudorese noturna que acarreta na descontinuidade do sono. Ainda assim, muitas queixas como preocupações com filhos, problemas de saúde de parentes, problemas financeiros, aposentadoria, morte de entes queridos, entre outros, podem prejudicar a qualidade de sono das mulheres nessa etapa da vida. Alguns estudos apontam que a aproximação da menopausa acarreta em um aumento significativo na dificuldade de sono.

Nesta cartilha iremos focar no Transtorno de insônia, por ser uma das principais reclamações relacionadas ao sono nessa fase.

A insônia é um transtorno caracterizado pela insatisfação na qualidade e/ou quantidade do sono, levando a dificuldade para iniciar ou manter o sono.

Tais queixas são acompanhadas de sofrimento significativo e prejuízo funcional em diversas áreas da vida, como a social e profissional. A insônia pode ocorrer independentemente de qualquer condição médica ou comorbidade, mas normalmente se associa a sintomas vasomotores, dores crônicas e aspectos socioemocionais.



Saúde mental e climatério

Insônia

Dicas legais!

- *Mantenha o quarto confortável*
(silencioso, iluminação, ambiente arejado, etc)
- *Evite fazer atividades estimulantes,*
como assistir TV ou mexer no celular, perto da hora de dormir.
- *Evite refeições calóricas e gordurosas à noite, bem como bebidas com cafeína e o álcool.*
- *Mantenha um padrão de sono, buscando dormir e acordar sempre nos mesmos horários.*
 - *Encontre a melhor maneira para relaxar antes de deitar.*
Exemplos: meditação, técnica de respiração, ler um livro.

Saúde mental e climatério

Ideação suicida

Um sintoma neuropsíquico ainda pouco explorado nos estudos científicos é a Ideação suicida. Alterações hormonais podem interferir em algumas vias do cérebro (serotoninérgica e noradrenérgica) aumentando o risco de ideação ou comportamentos suicidas. Este sintoma é, geralmente, relacionado a transtornos de humor como a depressão e as mulheres são apontadas como o grupo mais vulnerável.

A ideação suicida é um transtorno grave que apresenta causas diversas como o alto nível de estresse, presença de depressão, alterações hormonais, renda familiar, baixo nível de escolaridade, não viver com companheiro/a, alto nível de ansiedade, hábitos de vida pouco saudáveis como o fumo, entre outras.

A ideação ou comportamento suicida deve ser tratado de forma emergencial e criteriosa pelas instituições de saúde, a fim de proporcionar serviços de prevenção e promoção de saúde voltados para os grupos de risco.

Se você conhece alguém que apresenta pensamentos ou comportamentos suicidas ofereça apoio. Busque conversar e ouvir essa pessoa com empatia e sem julgamentos. Alguém com ideação suicida tem dificuldades de enxergar sua vida com esperança e mesmo que os problemas sejam passageiros, enxergam com dificuldade uma saída. Então não julgue. Escute e demonstre que está do seu lado! O que essa pessoa mais precisa, além de tratamento adequado, é o suporte de amigos e família! E fique alerta frente a uma tentativa de suicídio. Procure atendimento emergencial imediatamente!



Saúde mental e climatério

Ideação suicida



Alguns sinais de que as coisas não vão bem:

- Tristeza profunda que dura vários dias
- Frases como: "Eu me mataria se tivesse oportunidade"; "Você ficaria melhor sem mim"; "Gostaria de sumir"; "Não vejo mais saída, eu desisto"
- Perda de interesse por suas atividades e/ou pessoas
 - Isolamento social
- Tentativas indiretas de suicídio como o uso abusivo de substâncias como álcool, medicamentos e outras drogas
 - Doação inexplicável de bens

Se você tem pensamentos sobre suicídio, procure ajuda! Converse com amigos e parentes, busque atendimento de saúde e profissionais especializados e faça o tratamento adequado. Além disso, procure mudar alguns hábitos de vida que afetam diretamente sua saúde, comprometendo sua qualidade de vida.

Lembre-se que você é uma pessoa importante e não está só!

Relação entre os sintomas neuropsíquicos*

Nesse tópico iremos falar brevemente sobre a relação que encontramos entre os sintomas neuropsíquicos e o climatério. Vamos lá!

Foi analisado em nossa pesquisa que os sintomas neuropsíquicos se associaram significativamente entre si, ou seja, a presença de um sintoma neuropsíquico pode favorecer o aparecimento e/ou agravamento de outro. Vimos, por exemplo, relações fortes entre estresse, depressão, ansiedade, insônia e sintomas menopausais. O destaque foi a insônia que se mostrou de modo expressivo nas relações entre sintomas neuropsíquicos e clínicos. Além disso, descobrimos fatores importantes sobre Ideação suicida: dentre as mulheres analisadas, 11% apresentaram pensamentos suicidas, possuindo problemas sexuais, não tinham companheiro e filhos morando no lar e todas faziam uso de ansiolíticos e antidepressivos.

Observamos que grande parte das mulheres que apresentaram sintomas menopausais moderados a graves e fogachos (ondas de calor) manifestaram sintomas neuropsíquicos, diferente de mulheres com sintomas menopausais leves.

Com base nas características das mulheres que participaram da pesquisa, pudemos analisar que fatores como classe econômica, renda familiar, problemas sexuais, aspectos biológicos e psicológicos associaram-se de forma significativa com os sintomas da menopausa, apontando, mais uma vez, a importância de se considerar a saúde da mulher de forma integral e humanizada, buscando a promoção de sua saúde e bem estar.

Por isso, se você apresenta alguns desses sintomas, procure ajuda de profissionais especializados e não deixe o problema se agravar. Cuide de você!

Políticas Públicas de saúde mental e da mulher

A saúde da mulher passou a ganhar uma atenção maior do Brasil no início do século XX, com antecedentes a partir da década de 70. Seu enfoque era restrito a assuntos relacionados a reprodução e saúde materna. Em 1983 foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado no ano seguinte pelo Ministério da Saúde. O PAISM passou a contemplar a saúde da mulher em todas as fases da vida, incluindo assim, o climatério. Iniciou-se, então, ações de atenção integral à saúde da mulher e em 1994 foi lançada a Norma de Assistência ao Climatério, ainda com muitas lacunas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde deu início a ações voltada para mulheres climatéricas, incluindo a temática na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Com o aumento da longevidade, é fundamental que se estabeleçam políticas e ações voltadas para a promoção de saúde e bem estar para as mulheres no climatério. A compreensão das necessidades da mulher deve ser levada em consideração para que um atendimento em saúde mental possa abranger todos os aspectos geracionais do sofrimento psicológico, atravessando questões de gênero, culturais e socioeconômicas.

Algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher envolvem: Um Sistema Único de Saúde capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, garantindo a promoção e os direitos a saúde integral; Alcance da PNAISM para todos os segmentos femininos e em todas as fases da vida, respeitando todas as diferenças e promovendo a inclusão; Conjunto de ações que visa garantir a promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde nos diferentes níveis de complexidade

Políticas Públicas de saúde mental e da mulher

Os objetivos da PNAISM voltados para saúde mental da mulher envolve qualificação da atenção à saúde mental das mulheres, aprimorar as informações acerca de mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; incluir as questões de gênero e raça em relação a atenção de mulheres portadoras de transtornos mentais. E promover uma integração com setores não governamentais, a fim de desenvolver políticas de atenção a essas mulheres. Em relação às mulheres no climatério e na terceira idade, o PNAISM objetiva a qualificação e a ampliação da atenção a mulheres climatéricas no SUS; Incentivo do enfoque de gênero e inclusão de especificidades da atenção à saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS.

Saiba mais sobre o PNAISM no link abaixo:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf



Políticas Públicas de saúde mental e da mulher

Outras políticas que você pode pesquisar:

- Política Nacional de Promoção da Saúde

2010: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

2018: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

- Política de saúde da pessoa idosa

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

- Estatuto do idoso

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741htm

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno Mental)

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

- Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (Política Nacional de prevenção a automutilação e suicídio).

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm

- Política Nacional de Humanização (PNH) –

HumanizaSUS <http://www.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>

- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha)

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm

Onde procurar orientação

Além do conhecimento das Políticas

Públicas de atenção à mulher, pessoa idosa e de Saúde mental, você pode procurar por assistência médica perto da sua casa. As unidades de saúde básica, como as Clínicas da Família são a “porta de entrada” para o atendimento do Sistema Único de Saúde. Nelas você encontrará profissionais capacitados para oferecer orientação acerca de suas queixas e dúvidas. Não tenha vergonha e nem receio de procurar ajuda!

Em caso de suspeita de transtorno mental você, também, poderá buscar auxílio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que abrange sua área residencial. O atendimento será feito conforme a sua demanda e contará com um atendimento multiprofissional (psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, entre outros). Psicoterapia, artesanatos e demais atividades podem ser incluídas no acompanhamento e tratamento.

Caso você não esteja enfrentando esses problemas/sintomas, mas conhece alguém que esteja passando por sofrimento mental, ofereça apoio e estimule a procura por tratamento adequado com um profissional da saúde. A comunidade tem um grande papel na inclusão social e na quebra de preconceitos que envolvem os portadores de transtornos mentais, seja em um nível leve ou mais grave.

Onde procurar orientação

TELEFONES ÚTEIS

- Disque Saúde => 136
 - Disque Idoso => 0800 644 1401
 - Central de Atendimento à Mulher => 180
 - CVV- Centro de Valorização da Vida (apoio emocional gratuito para prevenção de suicídio.) => 188 (24 horas, todos os dias)
- www.cvv.org.br (chat, email e endereços)

Documentos e sites para mais informações:

- Cartilha: *É tempo de se cuidar mais: material educativo para promover a saúde da mulher no climatério.*

LINK: http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_climaterio.pdf

- Cartilha de orientação sobre saúde mental

LINK: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secr-t-saude-df.pdf>

- Cartilha: *Direito à saúde mental*

LINK: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>

- Relatório: *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*

LINK: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

- Ministério da Saúde. *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos.*

LINK: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>

- Agenda da Mulher: *Elaborada pelo Ministério da Saúde em 2006, tem como objetivo trazer algumas dicas e informações sobre a saúde da mulher, oferecendo também um espaço para o preenchimento de informações acerca de seu histórico de saúde, facilitando o acompanhamento pela mulher e por profissionais de saúde. Você pode imprimir a sua no link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_mulher.pdf*

Considerações Finais

O climatério pode ser um processo doloroso para muitas mulheres estando muitas vezes ligados a forma como cada uma lida com o próprio processo de envelhecimento, por isso é importante que você busque acesso a informações detalhadas sobre esse período e acompanhamento com profissionais de saúde. O incentivo a ações de psicoeducação em saúde, por parte de instituições e profissionais é fundamental. Vimos que os aspectos relacionadas a sintomatologia que envolve o climatério, tanto físicos quanto neuropsíquicos, está relacionada intimamente ao contexto sociocultural que você vive; sua situação pessoal conjugal, saída dos filhos de casa “ninho vazio”, perdas de amigos e familiares, problemas financeiros, de saúde, profissional, psicológico, alteração hormonal.

A manutenção de bons hábitos como a prática de atividades corporais regulares, alimentação equilibrada, fortalecer laços familiares e de amizade, ter momentos de lazer, entre outros, pode ajudar inclusive na prevenção de problemas de saúde mais graves que podem surgir com o passar dos anos como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, obesidade e osteoporose.

Sendo assim, viva de forma plena todas as etapas da sua vida, orgulhe-se dos ensinamentos e experiências que vem adquirindo ao longo dos anos e prepare-se para novas experiências que virão. Busque ajuda quando quiser e precisar de orientação. O envelhecimento traz algumas limitações, mas também muitas possibilidades. Descubra as suas e viva, prezando sempre pelo seu bem estar e qualidade de vida!

Bibliografia

Abdelrahman RY, Abusbaikha LA, al-Motlaq MA. Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. *Qual Life Res.* 2014 Feb;23(1):167-73.

Baker FC, Willoughby AR, Sassoon SA, Colrain IM, de Zambotti M. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 96-104, 2015.

Bener A, Saleh NM, Bakir A e Bhugra D. Depression, anxiety and stress symptoms in menopausal Arab women: Shedding more light on a complex relationship. *Annals of Medical and Health Sciences Research.* Volume: 6 Edição: 4 Páginas: 224-231. Jul-Aug 2016

Bianchi MT, Kim S, Galvan T, White DP, Joffe H. Nocturnal Hot Flashes: Relationship to Objective Awakenings and Sleep Stage Transitions. *Journal of clinical sleep medicine - JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 12(7), 1003-9. 2016

Brasil. Ministério da Saúde. Política de Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. p.87-97. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf acesso em 15 Jan. 2020

Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: El primer paso. *SEMERGEN -Medicina de Familia*, 38(5), 301-311. 2012

Cuadros JL, et al. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause. *Maturitas.* 2012 Aug;72(4):367-72.

Erez HB, Weller A, Vaisman N, Kreitler, S. The relationship of depression, anxiety and stress with low bone mineral density in post-menopausal women. *Archives of Osteoporosis*, 7(1-2), 247-255, 2012.

Bibliografia

FEBRASGO. *Manual de Orientação em Climatério*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2010. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf> acesso em 20 Jan. 2020

Guérin E, Biagé A, Goldfield G e Prud'homme D. *Physical activity and perceptions of stress during the menopause transition: A longitudinal study*. *Journal of Health Psychology* 2019, Vol. 24(6) 799–811.

Guérin E, Goldfield G, Prud'homme D. *Trajectories of mood and stress and relationships with protective factors during the transition to menopause: results using latent class growth modeling in a Canadian cohort*. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Dec;20(6):733-745.

Goulart Junior E, Lipp MEN. *Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais*. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13, n. 4, p. 847-857, out./dez. 2008 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a23.pdf>> acesso em 03 Fev. 2020

International Menopause Society [website]. *Menopause Terminology*. Disponível em <<https://www.imsociety.org/index.php>> acesso 20 Jan. 2020

Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Souza TPB, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT. *Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado*. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100434&lng=pt&tlng=pt> acesso em 08 Fev. 2020

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. - 5. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed, 2014.

Ministério da Saúde. *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>> acesso em 20 Jan. 2020

Bibliografia

Ministério Público Federal/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha: Direito à Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental2012.pdf>> acesso em 28 Jan. 2020

Miranda JS, Ferreira MLSM, Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. Rev Bras Enferm. Brasília 2014 set-out;67(5):803-9. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500803>. acesso em 15 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670519>

Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. J Midwifery Womens Health. 2010 Jul-Aug;55(4):328-34.

Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Polisseni AF, de Araújo DAC, Polisseni F, Mourão Junior CA, Polisseni J, Fernandes ES, Guerra MO. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: Fatores associados. Rev Bras Ginecol Obstet, 31(3), 117-123, 2009

Rodolpho JRC, Hoga LAK. É tempo de se cuidar mais: material educativo para promover a saúde da mulher no climatério. Universidade de São Paulo - EEUSP. 1 ed. 2014. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_climaterio.pdf acesso em 15 Dez. 2019

Secretaria de Estado de Saúde Do Distrito Federal. Cartilha de Orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. 2009. Disponível em: <<https://www.portaldoenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secr-saude-df.pdf>> acesso em 14 Dez. 2019

Sesma Pardo E, Finkle J, Gonzalez Torres MÁ, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: Una revisión. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr, 33(120), 681-691. 2013

Bibliografia

Usall et al. Suicide ideation across reproductive life cycle of women: Results from a European epidemiological study. *Journal of Affective Disorders* 116 (2009). 144-147

Utian WH. The International Menopause menopause-related terminology definitions. *Climacteric*, 2(4), 284-286. 1999

Weiss S, Simeonova D, Kimmel M, Battle C, Maki P, Flynn H. Anxiety and physical health problems increase the odds of women having more severe symptoms of depression. *Arch Womens Ment Health* (2016) 19:491-499.

Wie JH, Nam SK, Ko HS, Shin JC, Park IY, Lee Y. The association between abortion experience and postmenopausal suicidal ideation and mental health: Results from the 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019 Jan;58(1): 153-158.

Wigg CMD, Carvalho AO, Soares VLC, Marinheiro LPF. Depression, anxiety, suicidal ideation and female climacteric: a narrative review. *Rev. Arquivos Brasileiros de Psicologia*. (no plero)

Wigg CMD, Carvalho AO, Silva AC, Martins LMR, Soares VLC, Marinheiro LPF. The relationship between depression, anxiety, stress, suicidal ideation and sleep in postmenopausal women: associated factors. (em submissão para *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*)

*Ilustrações: <https://pixabay.com/pt/>

ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/IFF



INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Projeto guarda chuva: Envelhecimento da mulher: estudo das co-morbidades de maior prevalência na mulher pós-menopausa, visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida. Sub-projeto: A relação entre climatério e depressão, ansiedade, estresse, insônia e cognição em mulheres na peri e pós-menopausa: fatores socioeconômicos, indicadores demográficos e atividades de vida diária.

Pesquisador: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 03498812.7.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.273.150

Apresentação do Projeto:

Resposta às pendências do parecer 3.245.355 de 04 de Abril de 2019.

O projeto faz parte de uma linha de pesquisa de climatério e morbidades A relação entre climatério e depressão, ansiedade, estresse, insônia e cognição em mulheres na peri e pós-menopausa: fatores socioeconômicos, indicadores demográficos e atividades de vida diária.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo da prevalência dos indicadores de sintomas neuropsíquicos no climatério feminino relação entre climatério e da correlação entre eles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliados adequadamente nesta versão de projeto e TCLE atendidas as recomendações de pareceres anteriores

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br



INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Continuação do Parecer: 3.273.150

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante conforme parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

A pesquisadora anexou Declaração de colaboração da Coordenação de Saúde Mental

Recomendações:

Foram atendidas segundo proposta de parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado as exigencias da Resol 466/12

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1297997_E3.pdf	15/04/2019 23:46:42		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_colaboracao_CoordenacaoSaudeMental.pdf	15/04/2019 23:43:06	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_conformeparecer_CEP2.pdf	12/04/2019 19:37:39	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_revisado_conformeparecer_CEP2.pdf	12/04/2019 19:37:20	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_colaboracao_nacional.pdf	12/04/2019 19:18:20	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_orientador.pdf	12/04/2019 19:17:44	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_chefia_ginecologia.pdf	12/04/2019 19:08:58	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_nova.pdf	26/02/2019 13:41:41	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e	Carta_registro_projeto_departamentode_pesquisaIFF.pdf	26/02/2019 13:38:49	Lizanka Paola Figueiredo	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br


INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Continuação do Parecer: 3.273.150

Infraestrutura	Carta_registro_projeto_departamentode_pesquisaIFF.pdf	26/02/2019 13:38:49	Marinheiro	Aceito
Parecer Anterior	CAAE_anterior.pdf	26/02/2019 13:38:07	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Outros	Questionario_climaterio.pdf	22/02/2019 13:07:32	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Outros	Termo_sigilo_TCMS.pdf	22/02/2019 13:06:56	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/02/2019 22:49:54	Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2019

Assinado por:
**Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))**
Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

ANEXO B - Decisão Editorial _ Aceite do Artigo 1

06/02/2020

Gmail - [arbp] Decisão editorial



Cristina Wigg <cris...@gmail.com>

[arbp] Decisão editorial

1 mensagem

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho Bicalho <noreply.ojs@scielo.org> 31 de janeiro de 2020 às 13:24
Para: Professor Cristina Maria Duarte Wigg <cris...@gmail.com>
Cc: Amanda Oliveira de Carvalho <amandaolice...@gmail.com>, Vanessa Lemos da Costa Soares <valemopsi...@gmail.com>, Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro <lizankapf...@gmail.com>

Prezadas autoras

Apoiado nas avaliações conduzidas pelos pares e nas reformulações posteriormente efetuadas a equipe editorial tomou a seguinte decisão em relação ao artigo submetido ao periódico Arquivos Brasileiros de Psicologia, "Depression, anxiety, suicidal ideation and climacteric: a critical analysis".

A decisão é: aceitar.

Agradecemos por publicar em Arquivos Brasileiros de Psicologia (Qualis A2) no ano em que completamos setenta e um anos de contribuição ao desenvolvimento científico da Psicologia brasileira.

Ressalto que, a partir deste momento do processo de tramitação, a editora responsável pelo andamento dos trabalhos será a professora Claudia Henschel.

Esta comunicação eletrônica é a comprovação de que o artigo encontra-se no prelo, aguardando a finalização do processo de editoração.

Atenciosamente

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho Bicalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Editor

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho Bicalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
ppbicalho@ufrj.br

Arquivos Brasileiros de Psicologia
<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/arbp>

ANEXO C – Normas Arquivos Brasileiros de Psicologia (Artigo 1)



ISSN 1809-5267 versão online
ISSN 0100-8692 versão impressa

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Normas para publicação](#)
- [Condições para submissão](#)
- [Patrocinadores](#)

[Normas para publicação](#)

A revista **Arquivos Brasileiros de Psicologia** é órgão oficial do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), editada com periodicidade quadrimestral sob a responsabilidade do Programa de Pós-graduação em Psicologia (IP-UFRJ). A **ABP** publica trabalhos inéditos em Psicologia e áreas afins, em português, espanhol, inglês ou francês, nas seguintes categorias:

Artigos contendo relatos de pesquisa com dados empíricos

Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica: máximo de 50.000 caracteres com espaços, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências.

Artigos com reflexões teóricas

Análise de construtos teóricos e reflexões relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento e avanço da Psicologia e áreas afins: máximo de 50.000 caracteres com espaços.

Relatos de experiência profissional

Artigo com descrição de experiência individual ou coletiva de proposta de intervenção pontual ou estudo de caso, contendo descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, análise de implicações conceituais, explicitando o contraponto teoria/prática e indicando com precisão as condições de realização da experiência relatada, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia e de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

Resenhas de livro

Apresentação e análise crítica de livros relevantes para a psicologia e áreas afins, nacionais ou estrangeiros, regularmente publicados no mercado editorial nos últimos dois anos. Não são necessários resumo e palavras-chave: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

Seção aberta

A Seção Aberta publica relatos de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas ou eventos culturais (p.e., conferências nacionais e internacionais); entrevistas; artigos internacionais, já publicados no exterior, mas inéditos no Brasil.

PROCEDIMENTOS PARA SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos, desde que de acordo com as normas para publicação, descritas abaixo, serão encaminhados a dois consultores ad hoc ou membros do Conselho Editorial para avaliação cega. Dois pareceres favoráveis indicarão a aceitação final para publicação. Em caso de pareceres contraditórios, um terceiro parecer será solicitado.

Os manuscritos a serem avaliados visando publicação devem ser submetidos exclusivamente via internet:

<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/arb>

O primeiro passo é cadastrar-se como autor no mesmo endereço. Em caso de artigos com múltipla autoria, os nomes de todos os autores deverão constar no metadados da submissão, obrigatoriamente. Para incluir mais de um autor, clicar em "incluir autor" e o campo ficará disponível para preenchimento.

Todo e qualquer texto encaminhado à Revista deve ser acompanhado de carta assinada **por todos os autores**, onde esteja explicitada a intenção de submissão ou nova submissão do trabalho para publicação e a declaração de responsabilidade pelos aspectos éticos e a autoria do trabalho. Igualmente, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, nem está em avaliação por outro periódico. Essa carta deve conter, ainda, autorização para reformulação de linguagem, se necessária para atender aos padrões da Revista. Os autores devem revelar eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa. De maneira semelhante, os autores devem revelar todas as fontes de financiamento envolvidas no trabalho. Devem garantir também que respeitaram a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas. Todos os documentos complementares devem ser anexados pelo sistema eletrônico de editoração, em arquivo de imagem ou de texto.

Artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos e/ou referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) deverão ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o que prevê a Resolução 196/96 do referido Conselho. Em textos contendo dados de casos clínicos, é preciso que se obtenha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esses documentos devem ser anexados no campo "incluir documento suplementar" do metadados.

Este periódico obedece ao sistema de avaliação por pares (*double blind review*), processo que preserva a identidade dos autores e consultores. Os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os textos submetidos serão inicialmente apreciados pela Comissão Editorial. No caso de não se adequarem às normas ou ao escopo do periódico serão excluídos do sistema e seus autores informados. Caso contrário, serão encaminhadas para avaliação pelos pares, de acordo com o seguinte procedimento:

1. Encaminhamento para emissão de parecer a dois consultores ad hoc ou a dois membros do Conselho Editorial da revista.
2. Recepção dos pareceres, com recomendação para aceitação (com ou sem modificações) ou recusa. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões com a maior brevidade possível (os pareceres serão disponibilizados para os autores, preservadas as identidades dos consultores).
3. As modificações realizadas pelos autores deverão constar nos manuscritos reformulados em cor diferente ou negrito.
4. Os manuscritos reformulados serão examinados pela Comissão Editorial que decidirá, com base nas recomendações dos consultores, pela aceitação para publicação, pela necessidade de reformulações adicionais ou pela recusa do manuscrito para publicação. Em caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização conforme os parâmetros editoriais da revista.
5. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito é sempre da Comissão Editorial.
6. A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos é daqueles que o escrevem.

oximadamente (16.800 caracteres a 50.000 caracteres), em espaçamento entrelinhas de 1,5. Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol, francês ou inglês;

ASPECTOS A RESPEITAR NO TEXTO SUBMETIDO

Os manuscritos poderão ser escritos em português, espanhol, francês ou inglês e conter resumos em português, inglês e espanhol; no caso de trabalhos em francês, incluirão igualmente resumo nessa língua. Os textos deverão respeitar as normas editoriais estabelecidas por este periódico, adaptadas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association (APA)*, de 2001 (www.apastyle.org):

- Formato Microsoft Word 97/2000/XP (.doc) ou OpenOffice.org 1.0 Text Document (.sxw);
- Extensão: 16.800 caracteres a 50.000 caracteres com espaços, de acordo com a categoria do artigo;

- Fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, margem mínima de 2,0 em todos os lados, justificado;
- Tabelas, gráficos e imagens (em formato JPEG) devem constar no corpo do texto, logo abaixo da referência feita (ex: de acordo com a Tabela 1 podemos afirmar que ...), não excedendo o limite máximo de 1Mb por imagem.
- No arquivo de texto, a primeira página deve apresentar a seguinte sequência: título em português, resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave. Em uma nova página, o texto a ser avaliado.
- Título em português em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em inglês em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em espanhol em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta);
- Resumo em português (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Palavras -chave em português: de três a cinco separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras -chave em inglês (Keywords): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras-chave em espanhol (Palabras clave): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta;
- Preenchimento obrigatório e completo dos "metadados da submissão", em português, inglês e espanhol. Para selecionar o metadados em inglês e espanhol, clicar o idioma escolhido no canto superior direito da página de **Arquivos Brasileiros de Psicologia**.
- Os tópicos, no corpo do texto, devem vir sempre em negrito e os subtópicos sem negrito. Em ambos, apenas a primeira letra deve vir em caixa alta (maiúscula). Não deverá haver nenhum tipo de numeração/marcação para os tópicos e subtópicos.
- Indicar obrigatoriamente, nos metadados, 'área do conhecimento acadêmico', palavras-chave e agências de financiamento, se houver.
- No corpo do texto, o itálico deve ser usado apenas para palavras estrangeiras e o negrito para destaque de palavras e títulos de livros, artigos ou textos citados.

Notas (se houver)

Por se tratar de uma revista eletrônica, o recurso "nota de rodapé" do Word só deve ser utilizado em casos relevantes que não caibam na sequência lógica do texto. Serão arroladas em rodapé, numeradas.

Serão arroladas em rodapé, numeradas e em sequência.

Citações

As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;

Ex: Dor (1991) ou Ansermet e Borie (2007), (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, pp.35-37) ou (Ansermet & Borie, 2007, p. 154).

- de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de "et al." e ano de publicação;

Ex: 1ª citação

Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto e Bonadio (2004)

(Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto, & Bonadio, 2004)

Citações subsequentes

Alves Filho et al. (2004) (Alves Filho et al., 2004)

Nas referências: Alves Filho, A. G., Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano Neto, M., & Bonadio, P.V. G. (2004). Pressupostos do gerenciamento da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288.

Ex: Costa et al. (2000)

No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação, logo após a citação, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

Referências

Indicar as que constam no texto e somente estas.

As **Referências** deverão ser relacionadas alfabeticamente, imediatamente após o final do texto, pelos últimos sobrenomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5ª edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA), de 2001.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada. Ex: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b).

-Livros e obras tomados na íntegra:

Baudrillard, J. (2002). *A troca impossível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Pasquali, L. (Org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LapPam/IBAPP.

-Capítulos de coletâneas:

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

-Artigos em periódicos científicos:

19/02/2020

Arq. bras. psicol. Instruções aos autores

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12, 419-428.

-Artigo de revista científica paginado por fascículo:

proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo, entre parênteses, imediatamente após o número do volume.

-Obra antiga e reeditada em data posterior:

Primeiramente o ano de publicação original, seguido pelo ano da publicação consultada. Ex: Freud (1905/1996).

-Nas referências:

Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3a ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Originalmente publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

-Teses ou dissertações não publicadas:

Cusatis Neto, R. (2007). Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 180pp.

-Autoria institucional:

American Psychological Association. (2001). *Publication manual* (5a ed.). Washington: Autor.

-Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)".

-Material obtido da internet:

Associação de Moradores de Vila Real (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Disponível em <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>. Acesso em 25 de agosto de 2004.

Precisamos vencer a dengue agora (s/d). Disponível em <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>. Acesso em 12 de junho de 2005.

Candiotto, C. (2007). *Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault*. *Kriterion*, 48(115). Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 de janeiro de 2008, doi: 10.1590/S0100-512X 2007000100012.

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). *Câncer no Brasil: dados dos registros de populacional*. Disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>. Acesso em 22 de fevereiro 2006.

VandenBos, G., Knapp, S. e Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Versão electrónica]. *Journal of Bibliographic Research*, 5: 117-123. Disponível em <http://jbr.org/articles.html>. Acesso em 13 de Outubro de 2001 .

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Certifico que a contribuição é *original* e referente à psicologia e/ou áreas afins;
2. Encontro-me ciente de que a contribuição submetida ao Conselho Editorial da Revista, desde que de acordo com as normas para publicação, será submetida a dois membros do Conselho Editorial ou consultores ad hoc para avaliação cega e ciente outrossim de que pequenas alterações ortográficas no texto poderão ser feitas a critério do Conselho Editorial da revista, sem consulta aos autores;
3. Na contribuição submetida consta carta assinada por todos os autores, scaneada e anexada no campo 'documento suplementar' (verificar em diretrizes para autores o conteúdo que deve conter a carta)?
4. Na contribuição submetida, no caso de artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos e/ou referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) consta a cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o que prevê a Resolução 196/96 do referido Conselho? Em textos contendo dados de casos clínicos, consta um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?
5. Na contribuição submetida consta, nesta ordem: título em português, resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave? Em uma nova página, o texto a ser avaliado?
6. Na contribuição submetida consta título em português, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
7. Na contribuição submetida consta título em inglês, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
8. Na contribuição consta título em espanhol, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
9. Na contribuição submetida consta resumo em português (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1.000 caracteres com espaços)?
10. Na contribuição submetida consta resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1.000 caracteres com espaços)?
11. Na contribuição submetida consta resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços)?
12. Na contribuição submetida constam palavras-chave em português: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
13. Na contribuição submetida constam palavras-chave em inglês: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
14. Na contribuição submetida constam palavras-chave em espanhol: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
15. Na contribuição submetida consta o preenchimento obrigatório do 'metadados da submissão' em português, inglês e espanhol?
16. Na contribuição submetida consta texto, sem qualquer identificação de autoria, seja no cabeçalho, seja no corpo do texto, ou nas propriedades do documento, para avaliação pelos consultores?
17. A contribuição submetida encontra-se rigorosamente de acordo com as normas de publicação exigidas por **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, segundo as Diretrizes do autor, encontradas na seção "Sobre" da Revista?

19/02/2020

Arq. bras. psicol. Instruções aos autores

18. Certifico que todos os autores do texto submetido estão cadastrados no sistema com seus respectivos dados biográficos.

Patrocinadores



Ministério
da Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia



[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

Todo conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Pasteur, 250 Fundos
Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha - Urca
22290-240 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil



arquivosbrap@psicologia.ufrj.br

**ANEXO D – Normas Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
(Artigo 2)**



ISSN 0100-7203 *printed version*

ISSN 1806-9339 *on-line version*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Scope and policy](#)
- [Preparing a manuscript for submission](#)
- [Submission of papers](#)
- [Manuscript checking items](#)

Scope and policy

All content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons License.

The material submitted for analysis cannot be simultaneously submitted for publication in other journals or previously published. In the selection of manuscripts for publication, are evaluated the originality, relevance of the theme, quality of the methodology used, and adequacy to the editorial standards adopted by the journal. The published material becomes intellectual property of the Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics and Febrasgo.

Manuscripts evaluation

The manuscripts submitted to the journal are received by the Editorial Office that checks the mandatory documentation and examines if the editorial norms contained in the Instructions to Authors have been fulfilled. If the process is in compliance, the manuscript is sent to the Editor-in-Chief, who will make a merit evaluation of the material. If the Editor-in-Chief concludes the work is in favorable scientific and technical conditions, the manuscript is forwarded to the Associate Editors, who will designate reviewers (double blind process) to evaluate it. Then, the reviewers' opinions and editor's instructions are sent to authors to inform them about changes to be made. Then, the authors resubmit the text with the suggested changes within the requested deadline. When resubmitting the manuscript, the requested corrections should be highlighted in yellow. In cases of disagreement with the suggestions, observations should be included in the comments balloons. Be assertive and punctual with the inquiry, and support the hypothesis with references.

IMPORTANT! Authors must comply with the deadlines, since non-attendance will result in delay of manuscript publication or even archiving of the process. At any point in the process of analysis and editing of the text, the authors may request the process suspension and withdrawal of the manuscript, except when it is accepted for publication. The concepts and statements contained in the articles are of the authors' responsibility.

Preparing a manuscript for submission

Mandatory submission documents

When submitting a manuscript to RBGO, attach the documents listed below on the ScholarOne submission platform. Note that not attaching the documents will result in cancellation of the submitted process.

Mandatory documentation for online submission:

- Authorization of copyright transfer signed by all authors (scanned and attached) [Model](#);
- In accordance with chapter XII.2 of Res. CNS 466/2012, in Brazil, research involving human subjects needs to inform the

registration number referring to the Certificate of Ethical Assessment (CAAE) or the approval number of the research (CEP/CONEP) in the Ethics Committee. International manuscripts must present local ethical documentation to proceed with the submission process;

- Cover Letter: written to justify the publication. The authors should be identified, together with the title of the team that intends to publish, origin institution of the authors and intention of publication;
- Title page;
- Manuscript.

Title Page

- Title of the manuscript in English with a maximum of 18 words; Authors' full name without abbreviations (maximum six); Corresponding author (full name, professional mailing address and contact email);
- Institutional affiliation of each author. Example: Faculty of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil;
- Conflicts of interest: authors should report any potential conflicts of interest whether political, economic, of resources for research execution or intellectual property;
- **Acknowledgements:** restricted to people and institutions that contributed to research development in a relevant way. Any financial support provided by development agencies or private companies should be mentioned in the section Acknowledgments. For Brazilian authors, RBGO requests the citation of CNPq, Capes, FAPESP and other financing agencies, together with the number of research process or granted scholarships.
- **Contributions:** according to the criteria for scientific authorship of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship credit must be based on three conditions met in full: 1. Substantial contributions to conception and design, data collection or analysis, and interpretation of data; 2. Writing of the article or critical review of the intellectual content; and 3. Final approval of the version to be published.

Manuscript

Instructions to Authors

The Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics publishes the following categories of manuscripts:

Original Articles, complete prospective, experimental or retrospective studies. Manuscripts containing original clinical or experimental research results have priority for publication.

Case Reports, of great interest and well documented from the clinical and laboratorial point of view. In the letter of referral, authors should indicate new or unexpected aspects in relation to already published cases. The text of Introduction and Discussion sections should be based on an updated bibliographic review.

Review Articles, including comprehensive reviews, meta-analysis or systematic reviews. Spontaneous contributions are accepted. The methods and procedures adopted for obtaining the text should be described, and based on recent references, including the current year. As this subject is still subject to controversy, the review should discuss the trends and lines of research under way. In addition to the text of the review, there should be an abstract and conclusions. See the 'Instructions to Authors' section for information on the text body and title page;

Letters to the Editor, dealing with editorial matters or not, but presenting relevant information to readers. Letters can be summarized

by the editor, but maintaining the main points. In case of criticism to published works, the letter is sent to the authors so their reply can be published simultaneously;

Editorial, only at the publisher's invitation.

Title

When writing a scientific article, the researcher should focus on the manuscript title, which is the business card of any publication. It should be elaborated very carefully, and preferably written only after the article finalization. A good title adequately describes the manuscript content. Generally it is not a phrase, because it does not contain the subject, only verbs and arranged objects. Titles rarely contain abbreviations, chemical formulas, adjectives, names of cities, among others. The title of manuscripts submitted to RBGO must contain a maximum of 18 words.

Abstract

The abstract should provide the context or basis for the study, establish the objectives, basic procedures, main outcomes and key findings. It should emphasize new and important aspects of the study or observations. Since the abstract is the only substantive part of the article indexed in many electronic databases, authors should ensure it reflects the article content in an accurate and highlighted manner. Do not use abbreviations, symbols and references in the abstract. In case of original articles from clinical trials, authors must inform the registration number at the end of the text.

Informational abstract of structured type of original articles

Abstracts of original articles submitted to RBGO must be structured in four sections and contain a maximum of 250 words:

Objective: What was done; the question posed by the investigator.

Methods: How it was done; the method, including the material used to achieve the objective.

Results: What was found, the main findings and, if necessary, the secondary findings.

Conclusion: The conclusions; the answer to the question asked.

Informational abstract of structured type of systematic review articles

Among the included items are the review objective to the question asked, data source, procedures for selecting the studies and data collection, the results and conclusions. The abstracts of systematic review articles submitted to RBGO must be structured in six sections and contain a maximum of 250 words:

Objective: Declare the main purpose of the article.

Data sources: Describe the data sources examined, including the date, indexing terms, and limitations.

Selection of studies: Specify the number of studies reviewed and the criteria used in their selection.

Data collection: Summarize the conduct used for data extraction and how it was used.

Data synthesis: State the main results of the review and the methods used to obtain them.

Conclusions: Indicate the main conclusions and their clinical usefulness.

Informational abstract of unstructured type of review articles, except systematic reviews and case studies

It shall contain the substance of the article, covering the purpose, method, results and conclusions or recommendations. It exposes enough details so readers can decide on the convenience of reading the full text (Limit of words: 150).

Keywords

The keywords of a scientific paper indicate the thematic content of the text they represent. The main objectives of the aforementioned terms are the thematic content identification, indexing of the work in databases, and rapid location and retrieval of contents. The keyword systems used by RBGO are DeCS (Health Sciences Descriptors - Lilacs Indexer) and MeSH (Medical Subject Headings - MEDLINE-PubMed Indexer). Please choose five descriptors that represent your work on these platforms.

Manuscript body (Manuscripts submitted to RBGO must have a maximum of 4000 words. Note that tables, charts and figures in the Results section and References are not counted).

Introduction

The **Introduction** section of a scientific article has the purpose of informing what was researched and the reason for the investigation. This part of the article prepares the reader to understand the investigation and justification of its realization. The content informed in this section should provide context or basis for the study (i.e. the nature of the problem and its importance); state the specific purpose, research objective, or hypothesis tested in the study or observation. The study objective usually has a more precise focus when formulated as a question. Both the primary and secondary objectives should be clear, and any analyzes in a pre-specified subgroup should be described; provide strictly relevant references only and do not include data or conclusions of the work being reported.

Methods

According to the Houaiss dictionary, **Methods** "is an organized, logical and systematic process of research". The method comprises the material and procedures adopted in the research in order to respond to the central research question. Structure the Methods section of RBGO starting with the study design; research scenario (place and period in which it was performed); sample of participants; data collection; intervention to be evaluated (if any) and the alternative intervention; statistical methods used and the ethical aspects of the study. When thinking about the writing of the study design, reflect if it is appropriate to achieve the research objective, if the data analysis reflects the design, and if what was expected with use of the design was achieved to research the theme. Following, the guidelines used in clinical or epidemiological research that should be included in the section Methods of manuscripts sent to RBGO:

Types of study (adapted from Pereira, 2014*):

Case Report (Case study): In-depth investigation of a situation in which one or a few people are included (usually up to ten);

Case series: A set of patients (for example, more than ten people) with the same diagnosis or undergoing the same intervention. In general, these are consecutive series of patients seen in a hospital or other health institution for a certain period. There is no internal control group formed simultaneously. The comparison is made with external controls. The name of external or historical control is given to the group used to compare the results, but that was not constituted at the same time within the study: for example, the case series is compared with patients from previous years.

Transversal (or Cross-sectional) study: Investigation to determine prevalence; examine the relationship between events (exposure, disease, and other variables of interest) at any given time. Cause and effect data are collected simultaneously: for example, the case series is compared with patients from previous years.

Case-control study: Particular form of etiological investigation of retrospective approach in which the search of causes starts from the effects. Groups of individuals, respectively with and without a particular health problem are compared in relation to past exposures in order to test the hypothesis that exposure to certain risk factors is the contributing cause of the disease. For example, individuals afflicted with low back pain are compared with an equal number of individuals (control group) of the same sex and age, but without low back pain.

Cohort study: Particular form of investigation of etiological factors in which the search of effects starts from the cause; therefore, the opposite of case-control studies. A group of people is identified, and pertinent information on the exposure of interest is collected, so the group can be monitored over time, checking those who do not develop the disease in focus, and if the prior exposure is related to occurrence of disease. For example, smokers are compared to nonsmoker controls; the incidence of bladder cancer is determined for each group.

Randomized study: This has the connotation of an experimental study to evaluate an intervention hence the synonym of *intervention study*. Can be performed in a clinical setting; sometimes referred to simply as clinical trial or clinical study. It is also conducted at the community level. In clinical trials, participants are randomly assigned to form groups called study (experimental) and control (or testimony), whether submitted or not to an intervention (for example, a drug or vaccine). Participants are monitored to verify the occurrence of outcome of interest. This way, the relationship between intervention and effect is examined under controlled observation conditions, usually with double-blind evaluation. In the case of a **randomized study**, inform the number of the Brazilian Registry of Clinical Trials (REBEC) and/or the number of the International Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS) on the title page.

Ecological study: Research performed with statistics: the unit of observation and analysis is not constituted of individuals, but of groups of individuals hence the synonyms: study of groups, aggregates, clusters, statistics or community. For example, research on the variation of mortality coefficients for diseases of the vascular system and per capita consumption of wine among European countries. **Systematic Review and Meta-analysis:** Type of review in which there is a clearly formulated question, explicit methods are used to critically identify, select and evaluate relevant research, and also to collect and analyze data from the studies included in the review. There is use of strategies to limit bias in the localization, selection, critical evaluation and synthesis of relevant studies on a given topic. Meta-analysis may or may not be part of the systematic review. Meta-analysis is the review of two or more studies to obtain a global, quantitative estimate of the question or hypothesis investigated; and employs statistical methods to combine the results of the studies used in the review.

Source: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Script for statistical review of original scientific papers

Study objective: Is the study objective sufficiently described, including pre-established hypotheses?

Design: Is the design appropriate to achieve the proposed objective?

Characteristics of the sample: Is there a satisfactory report on the selection of people for inclusion in the study? Has a satisfactory rate of responses (valid cases) been achieved? If participants were followed

up, was it long and complete enough? If there was a pairing (eg. of cases and controls), is it appropriate? How did you deal with missing data?

Data Collection (measurement of results): Were the measurement methods detailed for each variable of interest? Is there a description of comparability of the measurement methods used in the groups? Was there consideration of the validity and reproducibility of the methods used?

Sample size: Has adequate information on sample size calculation been provided? Is the logic used to determine the study size described, including practical and statistical considerations?

Statistical Methods: Was the statistical test used for each comparison informed? Indicate if the assumptions for use of the test were followed. Was there information about the methods used for any other analysis? For example, subgroup analysis and sensitivity analysis. Are the main results accompanied by accuracy of the estimate? Inform the p value and confidence interval. Was the alpha level informed? Indicate the alpha level below which the results are statistically significant. Was the beta error informed? Or indicate the statistical power of the sample. Has the adjustment been made to the main confounding factors? Were the reasons that explained the inclusion of some and the exclusion of others described? Is the difference found statistically significant? Make sure there are sufficient analyzes to show the statistically significant difference is not due to any bias (eg. lack of comparability between groups or distortion in data collection). If the difference found is significant, is it also relevant? Specify the clinically important minimal difference. Make clear the distinction between statistically relevant difference and relevant clinical difference. Is it a one- or two-tailed test? Provide this information if appropriate. What statistical program is used? Inform the reference where to find it, and the version used. **Abstract:** Does the abstract contain the proper article synthesis? **Recommendation on the article:** Is the article in acceptable statistical standard for publication? If not, can the article be accepted after proper review?

Source: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANT!

RBGO joined the initiative of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the EQUATOR Network, which are aimed to improve the presentation of research results. Check the following international guides:

Randomized clinical trial:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Observational studies in epidemiology:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Systematic reviews and meta-analysis:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Qualitative studies:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Results

The purpose of the **Results** section is to show the study findings. It is the original data obtained and synthesized by the author with the aim to answer the question that motivated the investigation. For the writing of the section, present the results in logical sequence in the text, tables and illustrations, first mentioning the most important findings. Do not repeat all information of the tables or illustrations in the text. Emphasize or summarize only important observations. Additional or

supplementary materials and technical details may be placed in an appendix where they will be accessible without interrupting the flow of the text. Alternatively, this information may be published only in the electronic version of the Journal. When data are summarized in the results section, provide numerical results not only in derived values (eg. percentages), but also in absolute values from which the derivatives were calculated, and specify the statistical methods used for their analysis. Use only the tables and figures necessary to explain the argument of the work and evaluate its foundation. When scientifically appropriate, include data analysis with variables such as age and sex. Do not exceed the maximum limit of five tables, five charts or five figures. Tables, charts and/or figures should be included in the body of the manuscript and do not count the requested limit of 4000 words.

ATTENTION!

In **Case Studies**, the **Methods** and **Results** sections should be replaced by the term **Case Description**.

Discussion

In the **Discussion** section, emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions derived therefrom. Do not repeat details of data or other information presented in the introduction or results sections. For experimental studies, it is useful to begin the discussion by briefly summarizing the main findings, comparing and contrasting the results with other relevant studies, stating the limitations of the study, and exploring the implications of the findings for future research and clinical practice. Avoid claiming precedence and referring to incomplete studies. Do not discuss data not directly related to the results of the presented study. Propose new hypotheses when justifiable, but qualify them clearly as such. In the last paragraph of the Discussion section, cite which information of your work contributes relatively to advancement of knowledge.

Conclusion

The **Conclusion** section has the function of relating the conclusions to the objectives of the study, but authors should avoid unfounded statements and conclusions not adequately supported by data. In particular, authors should avoid making statements about economic benefits and costs unless their original includes economic analysis and appropriate data.

References

A study is based on the results of other research that preceded it. Once published, it becomes support for future work on the subject. In the report of their research, authors state the references of prior works consulted that they deem pertinent to inform readers, hence the importance of choosing good References. Properly chosen references lend credibility to the report. They are a source for convincing readers of the validity of facts and arguments presented.

Attention! For manuscripts submitted to RBGO, authors should number the references in order of entry into the manuscript and use those numbers for text citations. Avoid excessive references by selecting the most relevant for each statement and giving preference to the most recent work. Do not use hard-to-reach quotations, such as abstracts of papers presented at congresses, theses or restricted publications (non-indexed). Seek to cite the primary and conventional references (articles in scientific journals and textbooks). Do not use references such as 'unpublished observations' and 'personal communication'. Authors' publications (self-citation) should be used only if there is a clear need and relationship with the topic. In this case, include in bibliographical references only original works published in regular journals (do not cite chapters or revisions). The number of references should be 35, in exception review articles. Authors are responsible for the accuracy of data contained in the references.

14/02/2020

Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - Instructions to authors

Please check the Vancouver to format your references.

*The Instructions to Authors of this journal were elaborated based in the literary work **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

Submission of papers

The articles must, necessarily, be submitted electronically, according to the instructions posted on the site:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

There is no fee for submission and review articles.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Adress: Brigadeiro Luiz Antonio Avenue, 3421, 01401-001, 903 room, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brazil. Phone: [+ 55 11 5573.4919](tel:+551155734919)

Email: editorial.office@febrasgo.org.br Home Page:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>

[\[Home\]](#) [\[About the journal\]](#) [\[Editorial Board\]](#) [\[Subscription\]](#)



All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3421, sala 903 - Jardim Paulista 01401-001 São Paulo
SP - Brasil Tel. (55 11) 5573-4919



editorial.office@febrasgo.org.br