

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de sintomas associados a transtornos psiquiátricos em mulheres pós-menopausa

Prevalence of symptoms associated with psychiatric disorders in postmenopausal women

Ana Claudia Duarte Andrade ¹, Laura Luzia Silva Lemos ¹, Clarissa Maria Ferreira Trzesniak ²

¹ Acadêmica do 6º ano da Faculdade de Medicina de Itajubá

² Professora da Faculdade de Medicina de Itajubá

Contato:

Ana Claudia Andrade

claudinha_mc1@yahoo.com.br

Prevalência de sintomas associados a transtornos psiquiátricos em mulheres pós-menopausa

RESUMO

Introdução: A transição da menopausa para os primeiros anos pós-menopausa conferem risco aumentado para transtornos e sintomas psiquiátricos. **Objetivo:** O objetivo da presente pesquisa foi avaliar a prevalência de sintomas psiquiátricos associados a transtornos mentais em mulheres pós-menopausa por meio da aplicação da escala *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R). **Método:** Estudo descritivo e transversal, realizado com 91 mulheres, pós-menopausa, que frequentavam um ambulatório municipal de Ginecologia e Obstetrícia da cidade de Itajubá (MG). Foi aplicada a escala SCL-90-R para identificar sintomas psicopatológicos e administrados o Questionário de Identificação Sociodemográfica, bem como o Critério de Classificação Econômica Brasil. Foi considerado significativo $p \leq 0,05$. **Resultados:** 13,0% das voluntárias apresentaram algum tipo de sintoma associado a transtornos psiquiátricos. 21,0% apresentaram sintomas depressivos, 19,7% sintomas de obsessividade e compulsividade, 18,6% sensibilidade interpessoal, 18,6% ideias paranoides, 17,5% somatização, 12% ansiedade fóbica, 10,9% ansiedade, 10,9% psicoticismo e 10,9% hostilidade. O uso de psicotrópicos mostrou-se aumentado em mulheres com pontuação mais elevada, quando comparadas às com baixa pontuação ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os sintomas depressivos foram os mais proeminentes na amostra, seguidos por sintomas de obsessividade e compulsividade, os quais se apresentaram mais frequentes que sintomas de ansiedade. O uso de psicotrópicos mostrou-se aumentado em voluntárias que já apresentavam maiores sintomas. A SCL-90-R se mostrou eficaz como instrumento para triagem inicial de sintomas nesta amostra, podendo de maneira rápida indicar possíveis pacientes que necessitem de acompanhamento psiquiátrico mais específico.

Palavras chave: Menopausa; Sintomas psíquicos; Depressão; Ansiedade

Prevalence of symptoms associated with psychiatric disorders in postmenopausal women

Abstract:

Introduction: It is considered that the transition from menopause to the early postmenopausal years could present an increased risk for psychiatric disorders.

Aim: The goal of the present study was to evaluate the prevalence of psychiatric symptoms correlated with mental disorders in postmenopausal women utilizing the scale known as Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). **Method:** The present study is a descriptive and cross-sectional research regarding 91 postmenopausal women that attended a local outpatient clinic of Gynecology and Obstetrics at Itajubá (MG). The SCL-90-R scale was applied to identify psychopathological symptoms and the Sociodemographic test was applied as well, along with the Brazilian Economic Classification Criterion. A $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** 13.0% of the volunteers presented some type of symptom associated with psychiatric disorders. 21.0% presented depressive symptoms, 19.7% had symptoms of obsessiveness and compulsivity, 18.6% had interpersonal sensitivity, 18.6% had paranoid ideas, 17.5% showed symptoms of somatization, 12% had phobic anxiety, 10.9% presented anxiety, 10.9% had psychoticism and 10.9% hostility. The present article highlighted that the use of psychotropic drugs was increased in women with higher scores when compared to those with lower scores ($p < 0.001$). **Conclusion:** Depressive symptoms were the most prominent, followed by symptoms of obsessiveness and compulsiveness, which were more usual than symptoms of anxiety. The use of psychotropic drugs was increased in volunteers who already presented greater symptoms. SCL-90-R demonstrated to be effective as an instrument for initial screening of symptoms, indicating, in a faster way, patients that could require more specific psychiatric follow-up.

Keywords: Menopause; Psychic symptoms; Depression; Anxiety

Introdução

A menopausa natural (ou pós-menacme) é definida pela Organização Mundial de Saúde como a cessação permanente da menstruação, determinada retrospectivamente após a mulher ter experimentado 12 meses de amenorreia sem qualquer outra causa patológica ou fisiológica óbvia ^{1,2}. Ocorre em idade média de 51 anos em mulheres normais e é um reflexo da depleção folicular ovariana completa ou quase completa, com hipoestrogenemia resultante e elevadas concentrações de hormônio folículo estimulante (FSH) ¹. A menopausa antes dos 40 anos é considerada anormal e é referida como insuficiência ovariana primária (insuficiência ovariana prematura). A transição da menopausa (ou perimenopausa) ocorre após os anos de reprodução; entretanto, antes da menopausa, sendo caracterizada por ciclos menstruais irregulares, alterações endócrinas e sintomas como *hot-flashes* ¹.

A transição da menopausa e os primeiros anos pós-menacme conferem risco aumentado para depressão maior e sintomas depressivos ^{3,4}. Estudos de coorte documentaram risco aumentado para depressão clínica (de 2 a 4 vezes) em todo o período de transição e início da pós-menopausa ³⁻⁶. A ansiedade é altamente prevalente durante a fase do período pós-menopáusicos, principalmente devido às mudanças hormonais. Outros aspectos também parecem explicar a associação entre ansiedade e qualidade de vida neste período, incluindo inflamação e presença de ondas de calor. No entanto, existem algumas controvérsias quanto à explicação da plausibilidade biológica e psicológicas dessas associações ⁷. Mulheres que vivem com esquizofrenia também podem ter risco aumentado de desenvolver ou experimentar piora dos sintomas psicóticos durante e após a menopausa ⁵.

Com intuito de investigar a prevalência de transtornos ou sintomas psiquiátricos associados a eles no período pós-menacme, bem como compreender e melhorar a qualidade de vida das mulheres nesse período, foram realizados diversos estudos descritos na literatura. Segundo Kwak *et al.*⁴, estima-se que 26% das mulheres experimentam o primeiro episódio de depressão de sua vida durante a menopausa; ainda, o risco de depressão aumenta durante a transição para esse período ⁸. A saúde mental é considerada um aspecto importante na saúde das mulheres e o estresse psicológico pode levar ao surgimento e à exacerbação de sintomas mentais e físicos, como depressão e ansiedade durante a menopausa ^{8,9}.

Kwak *et al.* evidenciaram que mulheres na menopausa apresentavam nível notavelmente mais alto de sintomas físicos e psicossomáticos do que um grupo de mulheres que não estavam vivenciando esse período. Outros estudos como os de Perich *et al.* afirmaram que a experiência da menopausa também é influenciada pelo contexto social e cultural, e pelo significado atribuído à mudança da menopausa pelas mulheres ^{5,8}. Ademais, Bener *et al.* concluíram que, dentre os sintomas orgânicos e psíquicos investigados, a depressão e ansiedade foram mais comuns entre mulheres pós-menopausa ⁷.

Um estudo realizado por meio de questionários na cidade de Campinas (SP) analisou 367 mulheres pós-menopausa e constatou prevalência de sintomas emocionais como nervosismo (81,7%), cefaleia (68,4%), irritabilidade (67,3%) e depressão (58,9%) ¹⁵. Outro artigo realizado com 87 mulheres no Rio de Janeiro observou prevalência de algum diagnóstico psiquiátrico (57%), com destaque para o Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG) (34,9%) e Depressão Maior (DM) (31,4%). Concluiu-se que a maioria das mulheres no período pós-menopausa com transtornos mentais apresentava ao menos dois diagnósticos (55,1%) diretamente ligados e consequentes, como TAG e DM, TAG e agorafobia e DM e agorafobia ¹³.

Uma maneira eficaz e eficiente de avaliar a prevalência de sintomas psíquicos em uma amostra é por meio da utilização do *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R). Trata-se de um inventário multidimensional de autoavaliação e fácil aplicabilidade, utilizado para diagnosticar sintomas psicopatológicos segundo nove dimensões, dentre elas ansiedade (An) e depressão (D) ¹⁰. A escala tem sido particularmente utilizada por psicólogos e psiquiatras em saúde mental, em ambientes médicos e educacionais e para propósito de pesquisas, podendo ser usada também como instrumento de avaliação do grau de intensidade do sintoma e sua dimensão ¹⁰. Considerando-se as colocações supracitadas, o objetivo da presente pesquisa foi avaliar a prevalência de sintomas psiquiátricos associados a transtornos mentais em mulheres pós-menopausa por meio da aplicação da escala *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R).

Métodos

O presente estudo, de caráter descritivo e transversal, avaliou a prevalência de sintomas associados a transtornos psiquiátricos em uma amostra de 91 mulheres pós-menopausa que frequentam ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia do município de Itajubá, Minas Gerais, e, segundo o censo do IBGE de 2018, possui população estimada de 96389 habitantes ¹⁸. Foram abordadas voluntárias que frequentam ambulatórios públicos localizados em regiões urbanas e rurais desta cidade.

O tamanho da amostra (n=91) foi estimado baseando-se nos dados de prevalência de 57% de algum diagnóstico psiquiátrico em mulheres atendidas em um ambulatório de menopausa do Rio Grande do Sul ¹³. Considerou-se um nível de significância $\alpha=0,05$ e precisão de estimativa absoluta de 10% ¹⁴.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 1**), foram realizadas as coletas de dados por meio do Questionário de Identificação (**Anexo 2**), do Critério de Classificação Econômica Brasil (**Anexo 3**) e da escala SCL-90-R (**Anexo 4**). A pesquisa foi realizada apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMIT (CEP, número do protocolo: 2.336.067), sendo o sigilo e a confiabilidade dos dados das pacientes mantidos e garantidos pela equipe pesquisadora a qual aplicou o referido questionário. Os instrumentos preenchidos foram mensalmente arquivados, analisados e tabulados ao final da pesquisa.

O Critério de Classificação Econômica Brasil foi desenvolvido e atualizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e enfatiza a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” ¹². Na presente pesquisa foi utilizada a versão 2014 para averiguar se há relação entre os possíveis sintomas psiquiátricos existentes na menopausa e o poder aquisitivo das mulheres investigadas¹². Esta utiliza como parâmetros o grau de escolaridade e itens domésticos para dividir a população nas seguintes classes econômicas: A1 (0,9% da população brasileira), A2 (4,1% da população brasileira), B1 (8,9% da população brasileira), B2 (15,7% da população brasileira), C1 (20,7% da população brasileira), C2 (21,8% da população brasileira), D (25,4% da população brasileira) e E (2,6% da população brasileira) ¹².

A escala SCL 90-R foi desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi ¹⁰, e adaptada à realidade brasileira por Lalone DT ¹⁰. É utilizada por profissionais da saúde com a finalidade de pesquisa, uma vez que reflete o nível de sintomas psicopatológicos atual de pessoas da comunidade e de pacientes psiquiátricos e clínicos ¹⁰. A escala foi utilizada para avaliar o nível de sintomas psicopatológicos de mulheres pós-menopausa, que apresentavam doença psiquiátrica anterior ou não. Cada questão reflete um auto-relato do momento atual, portanto, não se trata de um teste de personalidade com finalidade diagnóstica, mas sim de um instrumento inicial de triagem para sintomas associados a transtornos psiquiátricos ¹⁰.

A SCL 90-R possui 90 questões que devem ser respondidas segundo o grau de intensidade *Likert* de 5 pontos, que varia de 0 a 4 pontos (“nenhum pouco”, “um pouco”, “moderadamente”, “bastante” ou “muito”). Demanda de 12 a 15 minutos para ser respondida e pode ser autoaplicada ou aplicada por terceiro, sejam estes profissionais da saúde ou leigos ¹⁰. Nesta pesquisa, todos os instrumentos foram aplicados por acadêmicas do curso de Medicina em ambiente reservado.

A escala é composta por 9 dimensões primárias de sintomas, e cada uma delas abrange um conjunto específico de perguntas. São elas: Somatização (S) - $n=12$, Obsessividade e Compulsividade (OC) - $n=10$, Sensibilidade Interpessoal (SI) - $n=9$, Depressão (D) - $n=13$, Ansiedade (An) - $n=10$, Hostilidade (H) - $n=6$, Ansiedade Fóbica (AF) - $n=7$, Ideias Paranoias (IP) - $n=6$ e Psicoticismo (PS) - $n=10$. Além disso, a escala possui sete (7) itens adicionais que não fazem parte das nove dimensões. Entretanto, estes possuem significância clínica, visto que contribuem para o cálculo de escore global da escala e são utilizados na avaliação final ²⁰. A seguir, cada dimensão é especificamente definida:

1) S: representa sintomas emocionais e psíquicos que são apresentados como disfunção física. Exemplo, nó na garganta ^{10,22}.

2) OC: representa pensamentos e ações indesejadas, repetitivas e de difícil controle. Por exemplo, ter que repetir coisas para ter certeza de que foram feitas ^{10,22}.

3) Ps: representa sentimentos de afastamento, alucinações, pensamentos delirantes etc. O questionamento sobre “ter ideia de que alguém pode controlar seus pensamentos” é um dos itens abordados nesta dimensão ^{10, 22}.

- 4) SI: está voltada para sentimentos de inferioridade autodepreciação, inadequação, a e falta de autoconfiança ^{10,22}.
- 5) D: representa sintomas de auto-isolamento, desinteresse pela vida, desmotivação pessoal, pensamentos de autoextermínio, dentre outros ^{10, 22}.
- 6) An: é composta por sintomas que contribuem para o reconhecimento deste transtorno, dentre os quais tremores intensos, nervosismo, sentimentos de medo sem razão aparente e taquicardia não relacionada a causas orgânicas ²².
- 7) H: Faz menção a pensamentos, sentimentos ou ações que são características da antipatia, raiva e da adversidade ²².
- 8) AF: trata-se de uma resposta persistente de aversão a uma pessoa específica, local, objeto ou situação sem razão aparente ou racional que leva o indivíduo acometido a comportamentos de fuga e esquiva ²².
- 9) IP: suspeição e desconfiança generalizada em relação aos outros, cujos motivos são interpretados como malevolentes. São características fundamentais do pensamento projetivo, indiferença, dificuldade em confiar no outro, mania de grandeza, egocentrismo, insegurança ²².

Dentro da escala adicional, sete perguntas estão relacionadas a Perturbação do Sono, Perturbação de Apetite, Pensamentos de Morte e Sentimentos de Culpabilidade. As perturbações do sono podem culminar em mudanças significativas e deletérias no que diz respeito ao funcionamento físico, emocional, cognitivo, laborativa e social do indivíduo, além de comprometer persistentemente na qualidade de vida. Problemas para conciliar o sono, acordar de madrugada e sono sem descanso ou perturbado compõem esta dimensão ^{10, 20}.

Quanto à perturbação de apetite, comer demais ou muito pouco são manifestações relacionadas a este transtorno e fazem parte das perguntas contidas nesta pesquisa. As perturbações alimentares podem resultar em e relacionar-se a um conjunto de fatores, dentre os quais familiares, culturais, pessoais e emocionais. Se não tratada, pode persistir por anos, além de prejudicar substancialmente o bem-estar emocional e físico do indivíduo ²¹.

Os pensamentos e sentimentos de morte relacionam-se aos sinais e sintomas da síndrome depressiva²⁴. Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo é a

pergunta que abrange este item ¹⁰. Já sentimentos de culpabilidade tratam-se de um sentimento incômodo, de caráter autopunitivo, intrínseco do indivíduo, relacionado ao superego e desencadeado pela transgressão aos bons costumes, autoavaliação comportamental como sendo falha e relaciona-se a uma causa específica²³. As nove dimensões primárias e as sete questões adicionais completam noventa (90) questões.

O cálculo de cada uma das dimensões separadamente foi realizado da seguinte forma: somou-se as pontuações obtidas (0 a 4) em cada item referente à dimensão desejada, obtendo um valor o qual foi dividido pelo número total de itens contidos nesta dimensão. Caso a voluntária não tenha respondido a todos os itens de certa dimensão, dividiu-se pelo número de itens respondidos ^{10,11}.

Foi realizado também o cálculo de três índices globais, para comunicar de modo simples o nível ou intensidade de um distúrbio psicopatológico de cada participante da pesquisa^{10,11}. O primeiro é o Índice Global de Severidade (IGS), que indica a combinação do número de sintomas com a sua intensidade, Para tal, foi calculada a soma dos pontos obtidos nas nove dimensões sintomáticas e dos itens adicionais. O resultado obtido por meio desta operação foi dividido por 90 (se todos os itens foram respondidos) ^{10,11}. O segundo é o Total de Sintomas Positivos (TSP), que reflete apenas o número de sintomas apontados por cada participante da pesquisa. O cálculo foi realizado somando-se o total de pontos obtidos em cada escala clínica, nas questões que tiveram resposta diferente de zero (0) ^{10,11}. O terceiro índice global que utilizamos é o Índice de Sintomas Positivos (ISP), este indica o nível médio de distúrbio relatado para um sintoma. O cálculo foi realizado pela contagem do número de itens com notas de 1 a 4 e o total de itens obtido foi dividido pelo TSP ^{10,11}.

A nota de corte para cada uma das nove dimensões e para os índices globais foi baseada a partir de estudo de validação e adaptação da escala à realidade brasileira ¹¹. Foram adotados os seguintes valores de corte: S (1,74), OC (1,74), SI (1,70), D (1,65), An (1,75), H (1,59), AF (1,61), IP (1,89), Ps (1,43) e IGS (1,56).

Considerando-se o IGS, a amostra foi dividida entre mulheres com pontuação acima e abaixo da nota de corte (1,56). Posteriormente, os grupos foram comparados para verificar possíveis diferenças em relação às variáveis

sociodemográficas e clínicas. Para variáveis contínuas, a fim de garantir que análises paramétricas pudessem ser aplicadas, os dados foram submetidos aos testes Kolmogorov-Smirnov (para normalidade) e Levene (homogeneidade da variância), sendo todos os $p \geq 0,05$. Em seguida, foram realizados testes t de Student para amostras independentes. No caso de variáveis categóricas, foram realizados teste qui-quadrado e exato de Fisher. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Science*, IBM, versão 22.0.

Resultados

Quanto às mulheres que compuseram a amostra do estudo ($n=91$), a média geral de idade para voluntárias com pontuação $IGS \geq 1,56$ foi de $56,33 \pm 6,56$ anos. A idade média para voluntárias com pontuação $IGS < 1,56$ foi de $56,51 \pm 6,45$ anos. Em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC), observou-se que 32 mulheres (35,0%) apresentavam índice dentro da faixa considerada pré-obesidade para adultos (15,0 a $29,9 \text{ kg/m}^2$), 25 (27,4%) mulheres apresentavam índice dentro da faixa normoponderal para adultos ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$) e, no caso de seis entrevistadas, não foi possível realizar tal cálculo devido à falta de dados.

A maioria das mulheres ($n=60$) eram casadas (65,0%). As demais enquadravam-se nos seguintes estados civis: 15 viúvas (16,0%); oito separadas (8,7%); e oito solteiras (8,7%). Verificou-se que, dentre as mulheres $IGS < 1,56$, oito (10,2%) eram solteiras; 51 (64,5%) casadas; seis (7,6%) separadas e 14 (17,7%) eram viúvas. Em contrapartida, das mulheres tidas $IGS \geq 1,56$, nenhuma era solteira (0,0%), nove (75,0%) eram casadas, duas (16,7%) separadas (16,7%) e apenas uma (8,3%) viúva. Em relação a este quesito, também não houve diferenças significativas ($p=0,404$). Com relação ao critério socioeconômico, 54 (59,0%) mulheres pertenciam à classe C (C1+C2), 21 (23%) mulheres à classe B (B1+B2), 14 (15,0%) mulheres à classe D-E e apenas 2 (2,0%) mulheres à classe A (A1+A2).

Quanto à presença ou não de tensão pré-menstrual (TPM), das 91 voluntárias entrevistadas, 50 (54,9%) queixaram-se de TPM em seu período reprodutivo e 41 (45,1%) relataram que não apresentavam sintomas de TPM durante a idade fértil. Dentre as mulheres $IG < 1,56$, 41 (52,0%) apresentavam TPM e 38 (48,0%) não

apresentavam. Para as $IG \geq 1,56$, 9 (75%) apresentavam TPM e apenas 3 (25,0%) não apresentavam ($p=0,134$).

Em relação à vida sexual das voluntárias, das 79 mulheres $IGS < 1,56$, 42 (53,0%) apresentavam vida sexual ativa e 37 (47,0%) não apresentavam. Em contrapartida, dentre as 12 mulheres $IGS \geq 1,56$, 8 (67,0%) apresentavam vida sexual ativa e 4 (33,0%) não apresentavam ($p=0,381$). Também foi abordada neste estudo a prole das participantes demonstrando que, 85 (93,4%) mulheres tinham filhos e 6 (6,6%) não. Dentre as 79 participantes $IGS < 1,56$, 73 (92,4%) apresentavam filhos e 6 (7,6%) não apresentavam. Para as 12 $IGS \geq 1,56$, todas apresentavam filhos (100%) ($p = 0,323$).

A prática de atividade física entre as participantes também foi avaliada evidenciando que, das 91 mulheres entrevistadas, 36 (39,6%) praticavam algum tipo de exercício físico. Dentre às $IGS < 1,56$, 32 (40%) eram fisicamente ativas e 47 (60%) sedentárias. Em relação às $IGS \geq 1,56$, apenas 4 (33%) praticavam alguma atividade física e 8 (67%) não o faziam.

O uso de medicamentos psicotrópicos foi observado em 25 (27%) das 91 mulheres entrevistadas. Em relação às $IGS < 1,56$, 16 (20,3%) faziam uso de psicotrópicos e 63 (79,7%) não faziam. Em contrapartida, dentre as 12 voluntárias $IGS \geq 1,56$, 9 (75,0%) faziam uso desta classe de medicamento e apenas 3 (25,0%) não o faziam. Foi observado maior frequência de utilização de psicotrópicos entre mulheres com $IGS \geq 1,56$ ($p < 0,001$), conforme descrito na **tabela 1**.

Tabela 1. Grau de significância das variáveis

Variáveis	Grupo sintomático $IGS \geq 1,56$ ($n=12$)	Grupo não sintomático $IGS < 1,56$ ($n=79$)	Comparação sintomática P
Idade, média \pm DP (anos)	56,33 \pm 6,56	56,51 \pm 6,45	0,931
Índice de massa corporea, média \pm DP (kg/m^2)	25,68 \pm 4,16	25,68 \pm 9,52	0,999
Estado Civil			0,404
Solteiras, n (%)	0 (0)	8 (10,2%)	
Casadas, n (%)	9 (75%)	51 (64,5%)	
Divorciadas, n (%)	2 (16,7%)	6 (7,6%)	
Viúva, n (%)	1 (8,3%)	14 (17,7%)	
Tensão pré-menstrual (TPM)			0,134

Presentes, n (%)	9 (75%)	4 (52%)	
Ausentes, n (%)	3 (25%)	38 (48%)	
Vida sexual ativa			0,381
Sim, n (%)	8 (67%)	42 (53%)	
Não, n (%)	4 (33%)	37 (47%)	
Pratica atividade física			0,636
Sim, n (%)	4(33%)	32 (40%)	
Não, n (%)	8 (67%)	47 (60%)	
Possuem filhos			0,323
Sim, n (%)	12 (100%)	73 (92,4%)	
Não, n (%)	0 (0)	6 (7,6%)	
Uso de psicotr3picos			< 0,001
Sim, n (%)	9 (75%)	16 (20,3%)	
Não, n (%)	3 (25%)	63 (79,7%)	

DP, desvio padr3o; n, quantidade; IGS, 3ndice global de severidade; $p \leq 0,05$, n3vel de signific3ncia

Com rela3o 3 escala SCL 90-R, 20 (21,0%) volunt3rias apresentaram alta preval3ncia de sintomas depressivos. Para a ansiedade, 10 (10,9%) mulheres apresentaram maior frequ3ncia de sintomas para este dist3rbio. Dezesesseis (17,5%) mulheres foram fortemente sintom3ticas para somatiza3o; para obsessividade e compulsividade, 18 (19,7%) integrantes mostraram alto grau desses sintomas. Quanto 3 sensibilidade interpessoal, 17 (18,6%) pontuaram acima da nota de corte para esta dimens3o. Dez (10,9%) mulheres, apresentaram altos 3ndices para hostilidade, bem como para psicoticismo. Onze (12,0%) mulheres apresentaram pontua3o acima da nota de corte para ansiedade f3bica, e 17 (18,6%) para ideias paranoides.

Para as perguntas adicionais, 62 (68,1%) mulheres n3o pontuaram para pensamentos de morte; 16 (17,5%) obtiveram pontua3o 1; 3 (3,0%), pontua3o 2; 4 (4,3%), pontua3o 3; e 6 (6,6%), pontua3o 4, ou seja, "muito frequente". Assim, 10,9 % das participantes apresentam algum comprometimento maior (pontuaram 3 e 4) neste aspecto. Em rela3o aos pensamentos de culpabilidade, das 91 participantes, 5 (5,4%) pontuaram 3 e 7 (7,6%) pontuaram 4. Dessa forma, 13,0% apresentou alta pontua3o (3 ou 4) relacionadas a este sintoma.

Os outros dois itens adicionais possuem mais de um questionamento. Para perturba3o do apetite, na pergunta 19 ("pouco apetite"), 15 (16,3%) participantes pontuaram 3 ou 4. Para a pergunta 60 ("comer demais"), 8 (8,6%) das mulheres responderam 3 ou 4. A respeito de sintomas de perturba3o do sono, h3 3 perguntas. Para a pergunta 44 ("problemas para dormir"), 31 (33,9%) mulheres

pontuaram 3 ou 4; para a pergunta 64 (“acordar muito cedo”), 39 (42,0%) mulheres pontuaram 3 ou 4; e, para a pergunta 66 (“sono que é sem descanso, ou perturbado”), 18 (19,6%) mulheres pontuaram 3 ou 4.

Discussão

No presente estudo foi observado que 13% de mulheres apresentavam alto índice de sintomas psiquiátricos diversos, sendo os mais relevantes, Depressão (21%), Obsessividade e Compulsividade (19,7%), Sensibilidade Interpessoal (17,5%), Ansiedade Fóbica (12%) e Ansiedade (10,9%). Diferentemente dos resultados obtidos nesta pesquisa, um trabalho realizado em um ambulatório de ginecologia no estado do Rio de Janeiro avaliou transtornos de humor em 86 mulheres em menopausa e constatou que 57% apresentam distúrbios, sendo a sua maioria transtorno de ansiedade generalizada (34,9%) e a depressão maior (31,4%)²⁵.

Segundo dados da literatura, acredita-se que a depressão é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens^{26, 27}. Um dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão são distúrbios hormonais²⁸. Os distúrbios são caracterizados por alterações no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, que possuem efeito direto em neurotransmissores relacionados ao declínio das concentrações de hormônios reprodutivos, particularmente o estrogênio. Este, por sua vez, está envolvido na susceptibilidade à depressão ou sensibilidade exacerbada às situações estressantes. A desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, ocorrida neste período, também contribui para esta modulação do estado de humor^{3,6}. Infere-se assim que mulheres em fase climatérica estão mais propensas a desenvolverem sintomas depressivos do que mulheres em menacme e pós-menacme. A literatura mostra que, no período pós-menacme, sem influência da progesterona, o índice de depressão entre mulheres torna-se igual ao de homens²⁹. Estima-se que 19% da população mundial apresente esse distúrbio²⁸. No estudo em questão, foram encontradas 21% de mulheres com sintomas depressivos.

Em outro trabalho realizado no Rio de Janeiro, com uma amostra de 86 mulheres pós-menacme, houve uma análise comparativa entre mulheres com algum transtorno depressivo-ansioso (GTDA) e grupo controle. Observou-se maior taxa de

somatização no GTDA [31]. De maneira semelhante, o presente estudo, possui alto índice para sintomas depressivos, o fato de o índice de somatização (17,5%) ser alto também é concordante.

Um estudo norte americano investigou a associação entre sintomas depressivos, estresse alimentar e peso em 423 mulheres pós-menopausa e 392 mulheres na pré-menopausa. Concluiu-se que tanto o estresse alimentar, levando à obesidade, quanto o *status* da menopausa contribuíram para o desenvolvimento de sintoma depressivo ³¹. Para o melhor de nosso conhecimento, a literatura brasileira pouco discorre sobre a relação entre transtornos psiquiátricos, IMC e pós-menopausa. Todavia, França et al., em um estudo realizado com 157 mulheres pós-menopausa com o objetivo de avaliar a prevalência de obesidade neste grupo, evidenciaram que o IMC médio das mulheres foi 28 kg/m². Segundo esse critério, a maioria apresentou algum grau de excesso de peso, sendo 35,0% risco de obesidade e 34,4% obesidade ³². Steiner et al., ao avaliarem o hábito alimentar e nutricional de mulheres na pós-menopausa e compará-los ao perfil antropométrico, faixa etária e tempo de menopausa, observaram que houve predominância de sobrepeso e obesidade quando verificado o perfil antropométrico das participantes, sendo que a média de IMC encontrada foi 29,0±5,6 kg/m². O presente estudo evidenciou uma média de 25,68±4,16 kg/m² para o IMC de mulheres IGS≥1,56, e 25,68±9,52 kg/m² para as mulheres IGS<1,56, ou seja, ambos evidenciaram um grau de sobrepeso, corroborando com as evidências expostas pelos artigos brasileiros descritos anteriormente. Entretanto, ao contrário do que foi observado por Schreiber e Dautovich ³¹, o presente trabalho não evidenciou relação entre a prevalência de sintomas depressivos ou psiquiátricos nas mulheres pós-menopausa e o IMC, haja vista que as médias para o IMC de ambos os grupos foram semelhantes.

Existem poucos registros na literatura a respeito da possível associação da TPM e a incidência de transtornos psiquiátricos na pós-menopausa. Um estudo transversal realizado na cidade de Juiz de Fora, que avaliou a incidência de depressão e ansiedade em mulheres climatéricas, afirmou que das 31 mulheres pós-menopausa da amostra, 40% apresentava-se com depressão e 50% sofriam de ansiedade. Em relação à ansiedade, o relato de antecedentes de TPM evidenciou um $p < 0,001$, confirmando a grande influência deste fator sobre a incidência de

ansiedade nesta fase da vida. Em contrapartida, o mesmo não foi observado para depressão neste período³⁴. Berlezi *et al.*, por meio de pesquisa observacional, transversal analítica, realizada no Rio Grande do Sul, com 112 mulheres pós-menopausa, inferiram que 74 (66,1%) mulheres apresentaram sintomas depressivos. Ademais, 100% das mulheres com sintomas depressivos relataram presença de TPM em idade fértil [35]. O presente estudo constatou que, dentre as mulheres $IGS < 1,56$, 52% apresentavam TPM durante o seu período reprodutivo; dentre as mulheres $IGS \geq 1,56$, 75% apresentavam TPM durante o menacme. Embora não se possa relacionar a TPM à maior presença de sintomas psiquiátricos neste estudo, a probabilidade de significância em relação à diferença dos dois grupos foi de 0,134. Possivelmente, se houvesse uma amostra maior, poderia haver diferença estatística, uma vez que, o grupo de mulheres sintomáticas com TPM se apresentou 3 vezes maior do que o número de mulheres sintomáticas que não possuíam TPM o que corroboraria com a literatura.

Na presente amostra, a maioria das mulheres apresentava vida sexual ativa. Há dados na literatura demonstrando que, no período pós-menacme, a satisfação sexual das mulheres pode cair devido à queda do estrogênio³⁵. Ressalta-se que a literatura apresenta dados controversos a respeito da vida sexual de mulheres na menopausa. Há vários trabalhos que demonstram que a frequência de atividade sexual no período de menopausa diminui³⁶. Outro estudo aponta a importância de vida sexual ativa para melhor qualidade de vida no período de menopausa³⁷. Neste estudo, entretanto, não houve relação entre a intensidade dos sintomas psiquiátricos na pós-menopausa e a vida sexual das participantes.

Um estudo caso-controle realizado com 197 mulheres na cidade de Caxias do Sul (RS) visou avaliar a influência da atividade física sob vários aspectos no período pós-menacme. Concluiu-se que as mulheres que praticavam exercícios físicos regulares possuíam melhor qualidade de vida, melhor estado de humor e memória, além de redução dos sintomas psicológicos³⁸. Gonçalves *et al.* realizaram pesquisa com finalidade de avaliar o impacto da atividade física na vida de 370 mulheres pós-idade fértil. Observou-se que a prática de atividade física esteve relacionada à melhora de sintomas como ansiedade e depressão³⁹. No presente estudo, contrariando os resultados obtidos em outras literaturas, não houve diferenças

estatísticas no que tange à prática de atividades físicas e a presença de sintomas psiquiátricos.

Entende-se por drogas psicotrópicas aquelas que atuam no cérebro, alterando de alguma maneira seu funcionamento ⁴⁰. No presente estudo, os psicotrópicos mais utilizados foram antidepressivos e benzodiazepínicos. Para o melhor de nosso conhecimento, não encontramos na literatura brasileira trabalhos que relacionassem a intensidade de sintomatologia psiquiátrica em pacientes pós-menacme que fazem uso desta classe de medicamentos. Na presente pesquisa, 75% das mulheres IGS \geq 1,56 faziam uso desta classe de medicamento, enquanto que no outro grupo o índice foi de 20,3%. Chama atenção a relevante presença de sintomas psiquiátricos em um grupo já medicado. Tal achado deixa os seguintes questionamentos: será a dosagem ou o tipo de medicação utilizados por estas mulheres ainda inadequadas para aliviar a sintomatologia apresentada? Mulheres medicadas com antidepressivo estão em uso de tal medicação para o tratamento de sintomas psiquiátricos ou para sintomas de climatério? Mulheres medicadas com benzodiazepínicos usam de forma correta? A literatura ressalta o uso crônico de benzodiazepínicos pela população, que acaba por trazer mais malefícios do que benefícios ⁴¹. Será a classe do medicamento utilizado ineficaz para os transtornos abordados? Um trabalho realizado no distrito federal evidencia que a atenção em saúde não ocorre de forma integral em mulheres pós-menacme, ou seja, na maioria dos casos esse grupo é mal assistido no quesito ginecologia x psiquiatria. Isso torna mais frequente o uso indevido, seja por subdosagem, uso crônico ou por indicação inadequada ⁴².

No presente estudo, foi utilizado como método de análise dos sintomas psiquiátricos a escala SCL 90-R, que é amplamente utilizada no meio científico nacional e internacional. Em muitos artigos, ela se apresenta como importante instrumento clínico para triagem de possíveis patologias psicológicas de diferentes dimensões. É válido ressaltar que esse instrumento avalia a intensidade de sintomas psicopatológicos atuais. Porém, o diagnóstico correto quanto à presença de transtornos psiquiátricos só pode ser realizado por médico psiquiatra, após consulta detalhada.

Conclusão

Conclui-se, com o presente estudo, que mulheres $IGS \geq 1,56$, na grande maioria, fazem uso de psicotrópicos. Esse dado mostrou-se surpreendente, uma vez que se esperaria que com o uso da medicação haveria melhora dos sintomas. Notou-se alta frequência de sintomas relacionados à obsessividade e compulsividade, bem como de depressão, reafirmando o descrito por outras literaturas. A SCL-90-R se mostrou eficaz como instrumento para triagem inicial de sintomas psiquiátricos nesta amostra, podendo de maneira rápida indicar possíveis pacientes que necessitem de acompanhamento psiquiátrico mais específico. Futuros estudos, com amostras maiores e possibilidade de confirmação de diagnóstico, são necessários para complementar os achados desta pesquisa.

Agradecimentos

As pesquisadoras gostariam de agradecer a Nathalia Souza Mazini, Giovanna Helena do Prado Orlandi Pereira e Lídia Wakabayashi Totoro, pelo auxílio na coleta de dados do presente estudo.

Referências

1. Casper RF, Barbieri RL, Crowley WF, Martin KA. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. [Internet]. UpToDate set 2017.
2. Rennó J, Demarque R, Lobo HR, Cavalsan JP, Silva AG. Women's mental health: psychiatric disorders related to reproductive cycl. Rev Debates Psiquiatr. 2012;2(6):6-11.
3. Marsh K, Bromberger JT, Crawford SL, Leung K, Kravitz HM, Randolph JF, Joffe H, et al. Lifelong estradiol exposure and risk of depressive symptoms during the transition to menopause and postmenopause. J North Am Menopause Soc. 2017;24(12):1351-9.
4. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Hange D, Gunnarsson R, Rembeck G. Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting-a randomized controlled trial. Maturitas. 2017;98:14-9.
5. Perich T, Ussher J, Meade T. Menopause and illness course in bipolar disorder: a systematic review. Bipolar Disord. 2017;1-10.

6. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Saúde Publica*. 2003;37(6):735-42.
7. Bener A, Saleh NM, Bakir A, Bhugra D. Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in Menopausal Arab Women: Shedding More Light on a Complex Relationship. *Ann Med Health Sci Res*. 2016;6(4):224.
8. Heidari M, Ghodusi M, Rafiei H, Sexual self-concept and Its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. *J Menopausal Med*. 2017;23(1):42-8.
9. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. *J Menopausal Med*. 2014;20:118-25.
10. Núñez-Pizarro JL, González-Luna A, Mezones-Holguín E, Blümel JE, Barón 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*. 2017; 24(6): 645-52.
11. Lalon DT. Escala de avaliação de sintomas-90-r. Scl-90-r: adaptação, precisão e validade [Tese]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2011.
12. Scribd. Attribution Non-Commercial (BY-NC) SCL 90-R Manual. 2013 [Internet] [Acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/153468150/SCL-90R>.
13. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa- ABEP. Critério de Classificação Econômico BRASIL: alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2014. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
14. Veras AB, Rassi A, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiquiatr*. 2006;28(2):1-12.
15. Lemeshow S, Hosmer DW Jr, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & SONS. 1990:1-243.
16. Heidari M, Shahbazi S, Ghodusi M. Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *J Midlife Health*. 2015;6:173-77.
17. Kulkarni J, Gavrilidis E, Thomas N, Hudaib AR, Worsley R, Thew C, et al. Tibolone improves depression in women through the menopause transition: a double-blind randomised controlled trial of adjunctive tibolone. *J Affect Disord*. 2018; doi: 10.1016/j.jad.2018.04.103.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Itajubá: população [Internet]. 2017 [Acesso em: 2018 Out 02]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajuba/panorama>.

19. Benjamin J. Sadock BJ, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria. In: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 536.
20. MULLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. psicol. (Campinas)* v.24 n.4 Campinas out./dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>.
21. Universidade D Comimbra. Perturbações alimentares [Internet]. [Acesso em: 2018 fev 08]. Disponível em: http://www.uc.pt/sasuc/ServicosApoioEstudantes/GAP/GAP_DICAS_Perturbacoes_Alimentares.pdf.
22. Chincalce JFI. Alexitimia e psicopatologia: estudo exploratório em alunos de psicologia. [Dissertação]. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário; 2009.
23. Aquino TAA, Medeiros B. Escala de culpabilidade: construção e validação de construto. *Porto Alegre: Aval Psicol.* 2009;8(1):77-86.
24. Santin A, Kruter B. Psiquiatria geral [Internet]. Síndrome da alteração do humor [Acesso em: 24 fev 2019]. Disponível em: <https://www.psiquiatriageral.com.br/psicopatologia/sindromehumor.htm>.
25. Veras AB, Rassi A, Valença, AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiquiatr.* 2006;28(2):130-4.
26. Fleck MPA, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MAA, et. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral) 2009.
27. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):617-23.
28. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção [Internet]. [Acesso em: 2019 fev 23]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>.
29. Chei Tung T, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiq Clín.* 2005;32(3):149-59.
30. Veras AB, Rassi A, Yukizaki LMG, Novo LD, Franco FS, Nardi AE. Impacto dos transtornos depressivos e ansiosos sobre as manifestações da menopausa. *Rev Psiquiatr.* 2007;29(3):315.

31. Schreiber DR, Dautovich DN. Depressive symptoms and weight in midlife women: the role of stress eating and menopause status. *Menopause*. 2017 24(10):1190-9.
32. França AP, Aldrighi JM, Marucci FN. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(1):65-73.
33. Polisseni AF. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(1):28-34.
34. Berlezi EM. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):273-83.
35. Vilarinho SMCS. Funcionamento e satisfação sexual feminina integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais [Tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2010.
36. Silva JCMP. Satisfação conjugal, desejo sexual, depressão, ansiedade e stresse em mulheres em menopausa e que não estão em menopausa [Dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2016.
37. DeLorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):312-7.
38. Tairova OS, DeLorenzi DRS. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):135-45.
39. Gonçalves AKS, Canário ACG, Cabral PUL, Silva RAH, Spyrides MHC, Giral PC, Spyrides Júnior J. Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(12):408-13.
40. Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Ansiolíticos ou tranquilizantes [Internet]. [Acesso em: 2019 fev 23]. Disponível em: https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm como ansiolíticos e antidepressivos.
41. Santos AB. Prescrições ginecológicas de antidepressivos e “vulnerabilidade” de mulheres à depressão: uma análise antropológica de produções de saberes médicos. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2015.
42. Moril ME; Coelho VLD; Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.9, pp.1825-1833.