



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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E A INTENSIDADE DOS SINTOMAS
CLIMATÉRICOS NA PÓS-MENOPAUSA**

Renata Morato Santos

**Rio de Janeiro
Agosto de 2014**



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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E A INTENSIDADE DOS SINTOMAS
CLIMATÉRICOS NA PÓS-MENOPAUSA**

Renata Morato Santos

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientador: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

**Rio de Janeiro
Agosto de 2014**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

S231a Santos, Renata Morato.

Associação entre depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos na pós-menopausa. / Renata Morato Santos. - Rio de Janeiro, 2014.
91f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

Orientadora: Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro

Bibliografia: f. 52-58

1. Pós-menopausa. 2. Depressão. 3. Climatério. I. Título.

CDD 22.ed. 618.175

Dedico aos meus pais, Antonio e Elizabeth, exemplos de esforço e coragem.

Ao meu marido, André, pelo apoio, compreensão e cumplicidade.

À minha filha, Alice, meu grande estímulo.

Sem vocês não teria conseguido terminar essa etapa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Dra. Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro, pelo auxílio e apoio e por ser uma grande incentivadora da minha vida acadêmica.

À Vânia Mattos Fonseca e Cláudia Neto, pela grande disposição em me auxiliar nos momentos de dificuldade e pelas valiosas contribuições e sugestões no meu exame de qualificação.

À Leila C. Soares Brollo e Maria Auxiliadora Gomes, por aceitarem fazer parte da minha banca e contribuírem com os seus conhecimentos.

Às amigas Emille Capistrano e Kathiussa Dombeck, que muito me ajudaram nessa longa jornada e foram essenciais para a conclusão deste estudo no árduo trabalho durante a coleta de dados.

Aos professores e secretários da Pós-graduação em Saúde da criança e da mulher, por todo ensinamento e contribuição para o enriquecimento do meu trabalho na área de saúde pública.

À Vanessa Chaffin e Saint Clair Gomes, por toda ajuda e dedicação durante a reta final das análises estatísticas.

Aos amigos, Ana Paula Filippe e Miguel Kamhaji, pelos ensinamento, carinho e dedicação durante toda minha formação. Vocês foram e são peças fundamentais na minha trajetória.

Aos amigos, Elaine Filippe e Luis Alberto, pelo apoio em diversos momentos da minha vida. Sempre presentes e dispostos a ajudar em qualquer situação.

Aos queridos, Vanda e Adilson Filippe, que são muito mais que especiais na minha vida. Obrigado pelo incentivo, apoio e confiança em toda minha trajetória.

Ao querido Junior *in memoriam*, que sempre me apoiou e que com certeza está torcendo por mim nesse momento.

Aos amigos, Maria Albina Catellani e Tomaz Pinheiro, pela confiança no meu trabalho, apoio e amizade. Exemplos de pessoas e profissionais a serem seguidos.

Aos meus amigos da MED UERJ, por fazerem toda a diferença na minha vida. Vocês são muito mais legais que a média. Amo vocês.

Aos meus pais, Antonio Luiz e Elizabeth Morato, meus grandes incentivadores desde o início. Sempre confiaram em mim e me apoiaram. Obrigado por tudo.

Às minhas irmãs, Luiza e Fernanda, que sempre me ajudaram em todos os momentos que precisei.

Aos meus familiares, que sempre acreditaram em mim e torceram pelo meu sucesso.

Ao meu marido, André Caetano, minha válvula de escape, meu grande companheiro nas horas mais difíceis e o responsável por ter me incentivado a chegar até aqui e não desistir. Meu porto seguro. Obrigado por todo amor, dedicação, incentivo, apoio, e, principalmente, paciência. Te Amo.

À minha filha, Alice, que nasceu no meio dessa jornada, e ao mesmo tempo que me desestabilizou, é o meu maior incentivo, razão do meu viver. À você, meu amor incondicional.

Às mulheres participantes desta pesquisa, pela atenção e por compartilharem suas experiências de vida: todo meu respeito e agradecimento.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, minha eterna gratidão. Ninguém alcança a vitória sozinho.

LISTA DE SIGLAS

CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MRS	<i>Menopause Rating Scale</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Módulos diagnósticos do MINI 5.0 (DSM-IV), versão brasileira.....	27
Tabela 2- Classificação do Índice de massa Corporal (IMC) para adultos.....	36
Tabela 3- Características Sócio-demográficas e clínicas das mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ.....	40
Tabela 4- Características Sócio-demográficas e clínicas das mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ de acordo com a intensidade dos sintomas climatéricos.....	40
Tabela 5- Análise Descritiva do MRS das mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ.....	42
Tabela 6- Associação entre a depressão e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de estilo de vida das mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ.....	42
Tabela 7- Risco estimado das variáveis associadas a depressão nas mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ.....	44

RESUMO

Objetivos: Identificar fatores associados a depressão nas mulheres na pós-menopausa e determinar a associação entre a depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, com 109 mulheres na pós-menopausa com idade entre 45 e 65 anos atendidas no ambulatório de ginecologia de uma instituição no Rio de Janeiro. As participantes responderam um questionário com dados sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida, o *Menopause Rating Scale* (MRS) e o *Mental International Neuropsychiatric Interview* (MINI).

Resultados: A média de idade das participantes foi 57,5 (DP:4,6) anos. A prevalência de depressão foi de 20,2%. A análise de regressão logística revelou que a depressão na pós-menopausa está associada com os sintomas climatéricos severos (OR:17,6) e com a história de depressão prévia (OR:3,9).

Conclusão: Nossa casuística evidenciou que o histórico de depressão e os sintomas climatéricos severos estão associados com uma maior prevalência de depressão nas mulheres na pós-menopausa.

Palavras chaves: Pós-menopausa, depressão, climatério

ABSTRACT

Objective: This study aims to assess the factors associated with depression in postmenopausal women and to establish the association between depression and intensity of menopausal symptoms.

Methods: In this cross-sectional study, 109 postmenopausal women aged 45 to 65 years attending in a gynecological outpatient unit in Rio de Janeiro were asked to fill out a questionnaire containing sociodemographic, clinical and life style data, the Menopause Rating Scale (MRS) and *Mental International Neuropsychiatric Interview* (MINI).

Results: The mean age of the participants was 57,5 (4,6) years. The prevalence of depression among postmenopausal women was 20.2%. The logistic regression analysis revealed that depression in postmenopausal women was associated with severe menopausal symptoms (OR: 17,6) and lifetime history of depression (OR:3,9).

Conclusion: In our sample, lifetime history of depression and severe menopausal symptoms are associated with high level of prevalence of depression in postmenopausal.

Key words: Postmenopause, depression, climacteric

“Nunca deixe que lhe digam
Que não vale a pena acreditar no sonho que se têm
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança.”

Renato Russo

SUMÁRIO

1- Introdução	13
2- Justificativa	16
3- Objetivos	18
3.1- Objetivo Geral.....	18
3.2- Objetivos Específicos.....	18
4- Quadro Teórico.....	19
4.1- Climatério.....	19
4.2- Sintomas Climatéricos na Pós-Menopausa.....	21
4.2.1- Síndrome Climatérica.....	21
4.2.2- Avaliação dos sintomas climatéricos: Menopause Rating Scale	22
4.3- Depressão.....	23
4.3.1- Transtorno depressivo maior	23
4.4.2- Diagnóstico.....	25
4.3.2- Depressão e Pós-menopausa.....	27
5- Métodos.....	31
5.1- Desenho do Estudo.....	31
5.2- Amostra.....	31
5.3- Coleta de Dados.....	32
5.4- Variáveis.....	33
5.4.1- Sócio-demográficas.....	33
5.4.2- Clínicas.....	34
5.4.3- Estado Nutricional.....	35
5.4.4- Hábito de Vida.....	36
5.4.5- Intensidade dos Sintomas Climatéricos.....	37

5.4.6- Depressão.....	37
5.5- Processamento e Análise dos Dados.....	38
5.6- Questões éticas.....	38
6- Resultados.....	39
7- Discussão.....	44
8- Conclusão.....	51
9- Referências Bibliográficas.....	52
10- Apêndice A- Ficha de Coleta de Dados.....	59
11- Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
12- Anexo B- (IPAQ) Questionário Internacional de Atividade Física	67
13- Anexo C- Menopause Rating Scale (MRS).....	68
14- Anexo D- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	69

1- INTRODUÇÃO

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, sendo a menopausa um importante marco dessa fase. Esse período é caracterizado pela diminuição gradual da produção dos hormônios sexuais femininos até a cessação definitiva dos ciclos menstruais e pode ser dividido em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.¹

A síndrome climatérica é composta por uma ampla variedade de sintomas e a frequência e intensidade com que eles ocorrem diferem nas mulheres de acordo com os grupos etários, étnicos-raciais, níveis sócio-econômicos e culturais. Enquanto algumas mulheres passam pelo climatério sem queixas ou necessidade de uso de medicações, outras apresentam sintomas que variam na sua diversidade e intensidade.²

Os sintomas vasomotores e a atrofia urogenital estão diretamente relacionados com o hipoestrogenismo, entretanto não há um consenso sobre a existência de uma verdadeira síndrome psicoafetiva associada aos baixos níveis de estrogênio. Muitos fatores interferem com a gênese dos quadros psíquicos nesse período e a sua relação com a falência ovariana parece não ser direta. Os distúrbios neuropsíquicos mais prevalentes no climatério são as alterações do humor, como irritabilidade, labilidade emocional, episódios frequentes de choro imotivado, ansiedade, humor deprimido, falta de motivação, insônia e dificuldade de concentração e memorização.^{2,3}

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente e pode ser observado após a publicação do *The Global Burden of Disease*. Utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com incapacidade e do número de anos perdidos por morte prematura causada

por doença, esse estudo verificou que doenças crônicas como a depressão e os transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, as complicações perinatais e as doenças infectocontagiosas como causa de carga de doença.^{3,4}

De acordo com a OMS, embora os transtornos mentais representem apenas pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Entre as dez principais causas de incapacitação, cinco são transtornos psiquiátricos e a depressão é o que apresenta a maior prevalência.⁴

A depressão é a doença que mais causa incapacitação em mulheres, interferindo na qualidade de vida e elevando a demanda por serviços de saúde. Na pós-menopausa, o aumento da sua prevalência é questionável e o resultado dos estudos são contraditórios.^{5,6}

O estudo que avaliou uma população de mulheres no climatério na cidade de Campinas (SP), evidenciou alta prevalência de sintomas psicológicos nas pacientes estudadas e a maior intensidade desses sintomas relacionava-se com a maior procura por atendimento médico. Esse achado reforçou os resultados encontrados em estudos de diferentes partes do mundo que já haviam relatado que os graus de ansiedade, irritabilidade e depressão estão entre as principais características das mulheres que buscam tratamento especializado nessa fase.^{7,8}

A relação entre sintomas depressivos e o estado menopausal tem sido objeto de intensa discussão. Estudos recentes têm demonstrado uma relação positiva entre os sintomas depressivos e a severidade das manifestações do climatério, de modo que quanto maior a intensidade dos sintomas menopausais, mais severos são os sintomas depressivos.⁹

Considerando que a menopausa ocorre em torno dos 50 anos e que a expectativa de vida da mulher brasileira aumentou nas últimas décadas, atingindo 77,3 anos em 2010, as mulheres estão vivendo um terço de suas vidas na pós-menopausa. Esse aumento progressivo da expectativa de vida associado ao aumento da proporção de idosos na população brasileira desencadeou um interesse crescente pelas questões relacionadas à saúde no envelhecimento feminino. A pós-menopausa é uma fase da vida onde é fundamental que haja um acompanhamento sistemático visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.^{2,10,11}

Atualmente, as mulheres representam a maior parcela da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Identificar doenças que afetam mulheres no processo de envelhecimento interferindo na sua qualidade de vida e seus fatores de risco permitirá introduzir programas de prevenção e tratamento, objetivando reduzir as taxas de morbimortalidade e, conseqüentemente, reduzir os gastos em saúde pública.⁶

2- JUSTIFICATIVA

O Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo. Esse processo, que vem ocorrendo desde a década de 1960, tem provocado uma mudança na estrutura etária e no panorama epidemiológico da população brasileira, gerando novos desafios à saúde pública e exigindo políticas adequadas para a parcela da população em crescimento.^{12,13}

Com o aumento da expectativa de vida feminina, as mulheres têm vivido cada vez mais tempo na pós-menopausa. Desse modo, a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres merecem atenção especial para que, nesse período, possam viver de maneira tão saudável quanto em outras etapas de suas vidas.²

Estudos epidemiológicos têm mostrado que milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental e que esse número tem aumentado progressivamente. Nesse contexto, a depressão tem assumido posição de destaque e se tornado um importante problema de saúde pública, em função da sua prevalência e das suas implicações na saúde e na qualidade de vida do indivíduo.^{6,14,15}

A depressão é a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Apesar de se tratar de uma doença com maior prevalência na idade reprodutiva, muitas pesquisas têm estudado a sua associação com a menopausa. A literatura diverge em relação a prevalência de depressão no climatério e a inconsistência desses resultados talvez possa ser atribuída a diferença entre as amostras estudadas.^{3,16}

Estudos realizados em ambulatórios de ginecologia especializados na menopausa mostraram prevalências elevadas de depressão, fato não observado em estudos epidemiológicos de base populacional. Sabendo que a procura pelo atendimento

especializado em menopausa está relacionada, principalmente, com a sintomatologia climatérica e que, portanto, a amostra coletada nesses ambulatórios exclui a maioria das mulheres assintomáticas, tem sido sugerido que haja alguma relação entre a depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos.^{7,16}

Perante as contradições em relação a prevalência de depressão na pós-menopausa, novos estudos são necessários para esclarecer essa associação. A existência de uma maior prevalência de depressão nessa fase reforçaria a necessidade de inserir o cuidado em saúde mental na atenção da mulher na pós-menopausa.¹⁷

No Brasil, ainda não há uma rotina de inclusão de instrumentos de detecção de depressão na assistência clínica devido à falta de conhecimento em sua utilização e ao tempo de aplicação das escalas. Apesar da melhoria nos tratamentos disponíveis, a depressão continua subdiagnosticada e tratada de forma inadequada.⁵

Diante das implicações negativas dos sintomas depressivos na vida da mulher na pós-menopausa, diversos estudos têm procurado identificar possíveis fatores associados à depressão, visando desenvolver estratégias efetivas para a sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.¹⁸

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

- Verificar a associação entre depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos em mulheres na pós-menopausa

3.2- Objetivos Específicos

- Identificar fatores associados com a depressão nas mulheres na pós-menopausa

4- QUADRO TEÓRICO

4.1- Climatério

A perda da função ovariana geralmente é um processo gradual, de duração variável e culmina com a cessação dos ciclos menstruais. Esse período, conhecido como climatério, representa a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da mulher, se inicia por volta dos 40 anos e estende-se até os 65 anos de idade. É caracterizado pelo estabelecimento de um estado fisiológico de hipoestrogenismo progressivo, responsável por importantes mudanças na vida da mulher.^{19,20}

De acordo com a OMS, o climatério compreende 3 fases: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa começa em torno dos 40 anos e se estende até o início da irregularidade menstrual ou do aparecimento dos sintomas vasomotores. A peri-menopausa é um período variável, que antecede a menopausa em 2 a 8 anos, iniciando-se com o aparecimento dos sintomas climatéricos e terminando 1 ano após a menopausa. A pós-menopausa representa o período de vida da mulher que sucede a menopausa.¹⁹

A menopausa é definida como a ausência permanente de menstruação por um período mínimo de 12 meses, sem causa patológica ou psicológica evidente. Ela representa um evento pontual do processo natural do envelhecimento, reconhecido como a última menstruação, e é o marco divisor das fases do climatério. Seu diagnóstico é sempre retrospectivo e essencialmente clínico, sendo feito somente após um período de amenorréia de 1 ano. Exames laboratoriais, como a dosagem do hormônio folículo estimulante (FSH), têm pouco valor, se fazendo necessários em raras ocasiões. A determinação sérica do FSH só deve ser solicitada em situações especiais,

tais como suspeita de falência ovariana prematura ou quando há dúvidas quanto ao diagnóstico de menopausa em pacientes hysterectomizadas.²¹

A idade da ocorrência da menopausa é geneticamente programada, porém pode ser influenciada por alguns fatores como paridade, tabagismo, nutrição, fatores socioeconômicos e culturais. Na mulher brasileira, a idade média da menopausa é de 51,3 anos, sendo considerada precoce quando ocorre antes dos 40 anos e tardia após os 55 anos.^{1,22}

Embora o climatério e a menopausa sejam eventos fisiológicos da vida da mulher, eles cursam com importantes mudanças que repercutem na sua saúde geral, podendo alterar sua qualidade de vida. Definido o conceito de saúde como um estado de bem estar emocional, físico e social, qualidade de vida, então, é um estado que permite ao indivíduo continuar a viver confortavelmente, segundo os seus padrões, de modo a manter o equilíbrio fisiológico, psicológico e social no cuidado de vida diário.²³

As principais repercussões sobre a saúde da mulher na pós-menopausa são de causas multifatoriais e decorrem tanto da diminuição fisiológica do estrogênio quanto das alterações secundárias às mudanças no estilo de vida e ao próprio processo de envelhecimento. O progressivo declínio da produção hormonal ovariana desencadeia o aparecimento de alguns dos principais sintomas da síndrome climatérica, especialmente os vasomotores e os decorrentes da atrofia urogenital. Em contrapartida, a associação do hipoestrogenismo com outros sintomas, tais como as dificuldades cognitivas, a instabilidade emocional e o humor deprimido, ainda é controversa.^{21,24}

Mudanças biopsicossociais decorrentes do envelhecimento, como a perda da fertilidade, as mudanças familiares e das perspectivas de vida, além das reações psicológicas a própria cessação da menstruação, parecem também estar envolvidas no desenvolvimento dos sintomas neuropsíquicos da pós-menopausa.^{23,25}

4.2- Sintomas Climatéricos na Pós-menopausa

4.2.1-- Síndrome Climatérica

A síndrome do climatério corresponde a um conjunto de manifestações clínicas que as mulheres experimentam durante essa fase e que podem interferir nas suas atividades diárias e na qualidade de vida. Clinicamente, a resposta às mudanças impostas pelo climatério pode variar na dependência de diversos fatores, desde os níveis hormonais basais até a forma como a mulher vivencia estas mudanças.^{2,26}

Os sintomas vasomotores - fogachos e sudorese noturna - representam a principal queixa das mulheres na pós-menopausa, manifestando-se como a sensação transitória e súbita de calor, principalmente em tronco, face e pescoço, associado a rubor facial e sudorese intensa. São mais frequentes à noite, podem ser leves ou intensos e ocorrer esporadicamente ou várias vezes ao dia. Estudos mostram que a prevalência dos fogachos varia de 18% a 74% de acordo com a população estudada.²⁷

As alterações urogenitais são caracterizadas pelo processo atrófico que se desenvolve após alguns anos de hipoestrogenismo. Sintomas como ressecamento vaginal, dispaurenia, disúria, urgência miccional e infecções urinárias de repetição são queixas comuns na pós-menopausa e apresentam impacto no desenvolvimento da disfunção sexual.^{2,28}

Embora a correlação das alterações neuropsíquicas com o hipoestrogenismo seja controversa, vários sintomas psíquicos são comuns nessa fase e incluem labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, baixa auto-estima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Alguns sintomas neurovegetativos também podem

ser encontrados tais como insônia, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga, muitas vezes relacionados a etiologias diversas.²

4.2.2- Avaliação dos Sintomas Climatéricos: Menopause Rating Scale

A menopausa é um fenômeno biológico que tem um importante impacto na vida da mulher. A forma como é percebida e encarada por cada mulher depende de diversos fatores. Existe uma ampla variação na frequência e intensidade com que as mulheres de diferentes grupos etários, étnicos-raciais, níveis socioeconômicos e culturais referem a ocorrência de sintomas associados ao climatério. Nas culturas que desvalorizam a velhice e cultuam a juventude, por exemplo, as reações à menopausa são mais negativas e podem potencializar um processo mais sintomático.^{2,29}

Com o objetivo de avaliar quantitativamente a síndrome climatérica e seu impacto na qualidade de vida, foram criados instrumentos específicos que têm como princípio o somatório ponderal dos sintomas climatéricos, expressando de forma numérica a intensidade da sintomatologia. O *Menopause Rating Scale* (MRS) é uma escala de avaliação menopausal, desenvolvida na Alemanha no início dos anos 90, validada para a língua portuguesa e reconhecida para uso no Brasil.³⁰ É considerado um importante índice de avaliação dos sintomas climatéricos, muito utilizado em publicações científicas, composto por 11 questões distribuídas em 3 domínios: somato-vegetativo, psicológico e urogenital (Anexo C).³¹

Os sintomas somato-vegetativos incluem as questões relacionadas aos fogachos, desconforto no coração, problemas com o sono e problemas musculares e articulares; o domínio psicológico engloba as questões sobre humor deprimido, ansiedade, irritabilidade e exaustão física e mental; os sintomas urogenitais referem-se às questões

sobre problemas de bexiga, problemas sexuais e ressecamento vaginal. Cada questão é avaliada em uma escala que varia de acordo com a sua intensidade, sendo zero (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) e 4 (muito severo).³¹

A pontuação do MRS por domínios é realizada através do somatório da intensidade de todos os sintomas de cada domínio e o escore total do MRS é obtido através do somatório da pontuação de cada domínio. A intensidade geral da sintomatologia climatérica é categorizada segundo a severidade dos sintomas em: sintomatologia ausente ou ocasional (0-4 pontos), leve (5-8 pontos), moderada (9-16 pontos) e severa (>16 pontos). Quanto maior a pontuação obtida, mais severa a sintomatologia e pior a qualidade de vida da mulher.^{31,32,33}

4.3- Depressão

4.3.1- Transtorno depressivo maior

Estudos epidemiológicos têm mostrado que milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de doença mental e que esse número tem aumentado de modo progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Segundo o Relatório Mundial de Saúde, a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se entre si para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis (DCNT), incluindo os distúrbios psiquiátricos, causas cada vez mais importantes de morbimortalidade. Nos últimos anos, as DCNT se tornaram uma prioridade na área de saúde pública no Brasil por representarem a principal causa de mortalidade e de carga de doença.^{5,6,34}

Schramm et al avaliaram os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs – *disability adjusted life years*) e mostraram que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% da carga de doença no Brasil, sendo que nesse grupo os transtornos psiquiátricos detiveram a maior parcela de participação.¹⁸

Dentre as doenças psiquiátricas, a depressão tem papel de destaque. Segundo a OMS, no ano 2000, a depressão foi a principal causa de incapacidade e o quarto fator contribuinte para a carga de doença global.⁵

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), o conceito de transtorno depressivo maior, comumente chamado de depressão, é bastante abrangente e leva em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais. O DSM-IV define que a depressão maior requer a) pelo menos duas semanas de humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, acompanhado de b) pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão a partir de uma lista que inclui alterações em apetite, peso, sono (insônia ou hipersonia) ou atividade psicomotora (retardo ou agitação observados); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade de pensar, concentrar-se ou de tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Tais sintomas devem c) ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio ao episódio da pessoa. Os sintomas devem d) persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas, e causar e) sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Além disso, os sintomas não devem ser f) causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica.^{35,36}

Apesar da importância que o transtorno depressivo vem assumindo no mundo moderno, a depressão ainda é subdiagnosticada. O diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado tanto pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la quanto pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde. Embora já existam disponíveis diversos instrumentos para o seu diagnóstico, a falta de conhecimento na sua utilização e o tempo necessário para sua aplicação parecem ser fatores limitantes do seu uso na prática clínica.⁵

4.3.2- Diagnóstico

Fazer o diagnóstico de depressão e medir a gravidade dos sintomas depressivos relatados são tarefas distintas. Do ponto de vista psiquiátrico e psicométrico, conceitos tão diferentes como depressão e sintomas depressivos freqüentemente são assumidos como sinônimos. Raramente, os estudos que avaliam mulheres na pós-menopausa apresentam entrevistas clínicas estandarizadas para o diagnóstico de depressão.³⁷

A medida dos sintomas depressivos por meio de escalas é tanto um recurso de auxílio ao clínico quanto um meio utilizado em pesquisas para avaliar as características depressivas na população.³⁸

Algumas escalas e inventários de depressão como *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D), Escala de depressão de Hamilton e o inventário de depressão de Beck são utilizados para quantificar sintomas depressivos e podem auxiliar no diagnóstico a partir de pontos de corte específicos. Quanto maior o escore desses instrumentos, mais severos são os sintomas depressivos. Entretanto, mesmo quando um instrumento psicométrico validado é utilizado como medida de humor, existe uma confusão entre um escore elevado de humor deprimido e o diagnóstico de depressão

como doença. O diagnóstico de depressão só pode ser feito ou descartado por meio de instrumento padronizado baseado em um critério operacional definido.^{37,38}

Diversos instrumentos diagnósticos padronizados e amplamente utilizados em psiquiatria foram elaborados para permitir a coleta precisa e exaustiva de dados clínicos e de diagnósticos durante a realização de pesquisas. Sua utilização na prática clínica, entretanto, é bastante limitada pela necessidade de um treinamento extensivo dos utilizadores e pela longa duração das entrevistas que podem demorar de 1h30 a 3h.³⁹

Nesse contexto, pesquisadores desenvolveram o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) como uma alternativa mais econômica para a seleção de pacientes em ensaios clínicos e para ser utilizado na prática clínica. Trata-se de um questionário mais simples e breve que os instrumentos utilizados habitualmente em pesquisas, porém mais abrangente do que os instrumentos de triagem.⁽⁴⁰⁾

O MINI é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (15 a 30 minutos), explorando de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do DSM-IV. Apresenta uma qualidade psicométrica semelhante as das entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas, porém permite uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação dos transtornos mentais.⁽³⁹⁻⁴³⁾

O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, conforme observado na tabela 1, com prioridade na exploração dos transtornos atuais. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas algumas estratégias como respostas dicotômicas (sim/não) em todas as questões e algoritmos integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.³⁹

Atualmente, o MINI já está disponível em aproximadamente 30 versões, incluindo a tradução brasileira da versão mais atual, MINI 5.0.³⁹

Tabela 1 – Módulos diagnósticos do MINI 5.0 (DSM-IV), versão brasileira.

Módulos	Períodos Explorados
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>OPCIONAL</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>OPCIONAL</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira <u>OPCIONAL</u>

FONTE: M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current

4.3.3- Depressão e Pós-menopausa

A relação entre sintomas depressivos e o estado menopausal tem sido objeto de intensa controvérsia. No Brasil, estudos em clínicas especializadas indicam alta

prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres climatéricas. De Lorenzi et al. encontraram 73,2% de melancolia ou tristeza utilizando o índice menopausal de Kupperman, um dos instrumentos mais utilizados por ginecologistas para avaliação da sintomatologia climatérica.²⁴ Recentemente, Veras et al. utilizando o MINI, apontaram prevalências significativas de transtorno de ansiedade (34,9%) e de depressão maior (31,4%) no ambulatório de menopausa. Entretanto, essas altas prevalências não se confirmam em estudos de base populacional.¹⁶

O exato mecanismo pelo qual as alterações durante a perimenopausa podem influenciar no humor é desconhecida, entretanto diversas teorias têm sido propostas para explicar as potenciais causas.⁴⁶

Muitos fatores interferem com a gênese dos quadros psíquicos no climatério. A relação entre a falência ovariana e tais sintomas parece não ser direta. A maior tendência à depressão nesse período tem sido atribuída ao medo de envelhecer e à percepção de proximidade da morte, sentimentos agravados pela sensação de inutilidade ou carência afetiva. O climatério é uma fase de transição física e social, coincidindo com a independência dos filhos, divórcio, problemas de saúde, morte de familiares e a aposentadoria, circunstâncias que requerem ajustes emocionais difíceis para a mulher. A presença desses fatores psicossociais negativos nesse período é uma possível explicação para o aumento da incidência de sintomas depressivos nessa fase.^{47,48}

Outra teoria para esse aumento é a que sugere que a depressão no climatério representa uma síndrome afetiva com base neurobiológica secundária a queda dos níveis estrogênicos. Existem evidências da ação dos hormônios sexuais sobre a fisiologia cerebral. O estrogênio é um hormônio que parece influenciar nos níveis de alguns neurotransmissores cerebrais que têm implicações na fisiopatologia da depressão, particularmente a serotonina. Essa teoria se apóia em estudos que observaram maiores

taxas de depressão em mulheres com menopausa abrupta em comparação com mulheres com história de menopausa natural.^{49,50}

Uma outra hipótese seria a teoria dominó que sugere que as alterações do humor são secundárias aos distúrbios do sono induzidos pelos sintomas somato-vegetativos do climatério, especialmente os fogachos e a sudorese noturna.⁵¹

Muitos trabalhos estudam a depressão na pós-menopausa e alguns fatores de risco têm sido associados com o seu desenvolvimento nessa fase, incluindo história prévia de depressão e de síndrome pré-menstrual, atitudes negativas em relação à menopausa, presença de comorbidades clínicas, uso de terapia de reposição hormonal (TRH) e estilo de vida.⁵²

Um estudo realizado com mulheres entre 45 e 59 anos, observou que o desenvolvimento de sintomas depressivos foi maior nas pacientes com um histórico de eventos que afetam a vida de uma forma negativa e entre aquelas com IMC maior ou igual a 25 kg/m².⁵³

Na literatura, alguns trabalhos evidenciaram que a história de depressão durante a idade reprodutiva também parece conferir um risco maior de desenvolvimento de depressão durante a perimenopausa.⁵⁴⁻⁵⁶ Outros estudos têm documentado a relação entre depressão, sintomas vasomotores e atividade física, entretanto os seus resultados são contraditórios. Enquanto uns relataram menor prevalência e intensidade dos sintomas vasomotores nas mulheres praticantes de atividade física^{57,58}, outros não encontram tal associação.^{59,60}

Em relação a TRH, os estudos também são contraditórios.^{55, 61-64} Com a falta de dados consistentes entre a associação da TRH com os sintomas depressivos, nos Estados Unidos, a *Food and Drug Administration* (FDA) não aprova o uso de estrogênio para o tratamento de transtornos psiquiátricos como a depressão.⁵³

Estudos recentes têm demonstrado uma relação positiva entre os sintomas depressivos e a severidade das manifestações do climatério, de modo que quanto maior a intensidade dos sintomas menopausais, mais severos são os sintomas depressivos.⁹

Pérez-Lopez et al analisando mulheres na pós-menopausa, encontraram uma correlação entre o humor deprimido e a intensidade dos sintomas climatéricos. Segundo esse estudo, os maiores escores dos sintomas depressivos avaliados pelo CESD-10 estavam associados com a maior intensidade dos sintomas climatéricos.⁶⁵

Os sintomas vasomotores estão fortemente correlacionados com os sintomas depressivos. Embora alguns estudos sugiram que o humor deprimido na menopausa seja secundário aos fogachos, a associação temporal entre esses sintomas não é clara.^{45,66,67}

De acordo com o *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN), mais mulheres relataram depressão na transição menopausal e nos primeiros anos da pós-menopausa do que na pré-menopausa, mesmo após o ajuste para fatores demográficos, psicossociais, comportamentais e de saúde. Os resultados desses estudos suportam a teoria de que a mudança do ambiente hormonal é um dos vários fatores associados aos sintomas físicos e psicológicos que ocorrem na transição da menopausa, apoiando o conceito de que a transição menopausal é uma janela de vulnerabilidade.⁶⁶⁻⁶⁸

5- METODOLOGIA

5.1- Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional de delineamento transversal, com coleta de dados primários e secundários de uma amostra de mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF).

5.2- Amostra

A população do estudo foi composta por uma amostra de conveniência de 109 mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia geral, uroginecologia e endocrinologia feminina do IFF no período de setembro de 2013 a dezembro de 2013. Foram selecionadas semanalmente, por ordem de chegada, 2 a 3 mulheres de cada ambulatório.

Na composição da amostra foram considerados critérios de inclusão: idade entre 45 e 65 anos e estar na pós-menopausa. A pós-menopausa foi definida como um período de amenorréia de, no mínimo, 12 meses consecutivos em mulheres com útero intacto ou como dosagem do FSH maior que 40 UI/ml em mulheres histerectomizadas.^{2,19}

Os critérios de exclusão foram: doença da tireóide não controlada ou sem acompanhamento e mulher histerectomizada sem dosagem de FSH para confirmar o estado menopausal.

O cálculo amostral teve como base o estudo de Silva et al. (2008), que analisou a prevalência de depressão nas mulheres climatéricas e os fatores associados e encontrou uma associação ($p < 0,05$) entre a depressão e os sintomas vasomotores.¹⁷ Este estudo mostrou uma prevalência de depressão de 41,1% no grupo de pacientes com sintomas vasomotores comparado com 15,8% no grupo sem esses sintomas. Considerando a depressão como desfecho e os sintomas vasomotores como exposição, calculou-se no software EPI-INFO o tamanho da amostra necessário para detectar esta diferença com poder de 80% e nível de confiança de 95%, totalizando 112 pacientes sendo 56 expostos e 56 não expostos.

5.3- Coleta de Dados

Após a consulta ginecológica, as mulheres que cumpriam os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo e encaminhadas individualmente a uma sala reservada onde foram informadas sobre as justificativas, os objetivos e os métodos da pesquisa.

As mulheres que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e foram submetidas a aplicação de um questionário estruturado com perguntas fechadas (Apêndice A) contendo os dados sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida. Um estudo piloto foi realizado com 16 mulheres para determinar a facilidade de uso e compreensão desse questionário. A prática de atividade física foi determinada através da aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – Anexo B), instrumento validado para o uso no Brasil.⁶⁹ Em seguida foi aplicado o MRS (Anexo C) para a avaliação da intensidade

dos sintomas climatéricos e o MINI (Anexo D) para diagnosticar as mulheres com depressão.

Após responderem os questionários, as pacientes ainda foram submetidas a uma avaliação antropométrica com aferição do peso e altura para o cálculo do IMC e determinação do estado nutricional.

Por último, quando necessário, o prontuário de cada participante foi utilizado para a coleta de informações que porventura a paciente não soubesse informar durante entrevista como por exemplo o nome das medicações em uso.

5.4- Variáveis Independentes

5.4.1 Sócio-Demográficas

Idade: a investigação foi realizada por meio da pesquisa do mês e ano de nascimento. A idade foi calculada em anos completos em relação à data da pesquisa.⁷⁰

Estado Civil: casado para a pessoa que tem o estado civil de casada ou encontra-se em união estável; divorciado para a pessoa que tem o estado civil de divorciada, homologado por decisão judicial; viúvo para a pessoa que tem o estado civil de viúva; solteiro para a pessoa que tem o estado civil de solteira.⁷⁰ Para análise dessa variável foi considerado a presença de relacionamento atual e as mulheres foram agrupadas da seguinte forma: com parceiro ou sem parceiro.

Nível de escolaridade: a coleta deste avaliou o número de anos de estudo completo, tendo como faixas < 5 anos de estudos; 5- 9 anos de estudos; > 9 anos.

Ocupação: considerou-se ocupação, cargo, ou ofício, a função ou profissão exercida pela pessoa, neste contexto iremos apenas classificar em trabalhando sim ou não.

Renda familiar per capita: foi considerado como o rendimento mensal familiar (a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família) dividido pelo número de moradores residentes no domicílio.⁴⁹ O valor foi expresso em número de salários mínimos vigente em reais.

5.4.2- Clínicas

Idade da menopausa: foi classificada em anos completos, corresponde à idade em que ocorreu a última menstruação, seguida por um período mínimo de 12 meses de amenorréia.

Tempo de pós-menopausa: definido como o número de anos que a mulher está na pós-menopausa. Corresponde a diferença, em anos completos, entre a idade atual e a idade da última menstruação.

Tipo de menopausa: corresponde a causa da mulher ter entrado na menopausa: natural, cirúrgica ou outro motivo.

Histerectomia: as paciente foram interrogadas quanto a realização de histerectomia prévia.

Nível de FSH: Este dado foi coletado no prontuário para o diagnóstico de falência ovariana em mulheres histerectomizadas. Mulheres com níveis de FSH ≤ 40 mUI/ml foram excluídas do estudo, por não estarem no período de pós-menopausa.²

Terapia de reposição hormonal: as mulheres foram questionadas quanto ao uso atual ou pregresso, bem como o tipo de hormônio e tempo de uso.

Comorbidades clínicas: as paciente foram interrogadas em relação a presença das doenças atuais que apresentam.

Uso de Antidepressivo: as pacientes foram questionadas quanto ao uso dessas medicações e caso não soubessem, essa informação era pesquisada no prontuário.

Episódio prévio de depressão: foi investigado a ocorrência de episódios depressivos diagnosticados ao longo da vida, incluindo no período pós-parto.

História familiar de depressão: foi investigado a existência de parente de primeiro ou segundo grau com diagnóstico atual ou prévio de depressão.

5.4.3 - Estado Nutricional

As mulheres foram submetidas a avaliação antropométrica para aferição do peso e altura, cálculo do IMC e determinação do estado nutricional.

Para o cálculo do peso, as mulheres ficaram descalças e vestindo apenas o mínimo possível de roupas, conforme recomendado por Frisancho. As mulheres permaneceram eretas, no centro da balança, com os braços esticados ao lado do corpo, sem se movimentar e o peso será medido. A balança utilizada foi da marca Filizola®, com capacidade de 180 kg e escala de divisão de 100g.^{71,72}

Para o cálculo da estatura, as mulheres ficaram descalças, com os braços ao longo do corpo ereto e com cinco pontos encostados na parede: calcanhar, panturrilha, quadril, ombros e cabeça, respeitando-se o plano horizontal de Frankfurt, mantendo os olhos fixos a um plano horizontal, paralelo ao chão. Foi utilizado um estadiômetro da marca Wiso®, com extensão de 200 cm e variação de 0,05cm, com a parte superior fixada a uma parede sem rodapé, a 2m do chão.⁷³

O IMC foi calculado através da fórmula peso dividido pela altura elevada ao quadrado, (kg/m^2). Os resultados foram avaliados para a determinação do estado nutricional, de acordo com a classificação da OMS (2000) para adultos, conforme descrito, na tabela 1.⁷⁴

Tabela 2: Classificação do Índice de massa Corporal para adultos

IMC (kg/m^2)	Classificação
<18,5	Magreza
18,5-24,9	Eutrofia
25,0-29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidade grau I
35,0-39,9	Obesidade grau II
>40,0	Obesidade grau III

FONTE: Organização Mundial de Saúde 2000.

5.4.4- Hábitos de vida

Tabagismo: as mulheres foram questionadas sobre o hábito de fumar atual, sendo consideradas não fumantes e fumantes, em caso de fumantes foram perguntados quantos cigarros ao dia são consumidos.

Etilismo: o consumo de álcool foi medido por doses. A quantidade de etanol por dose varia entre os países, mas no Brasil cada dose de bebida alcoólica equivale a 14g de etanol. Foi avaliado o tipo, a frequência e a dose.⁷⁰ Foi considerado etilismo freqüente, pacientes com história de ingestão alcoólica de pelo menos uma dose semanal.

Atividade física: O nível de atividade física foi determinado através da aplicação do IPAQ.⁶⁹ As mulheres classificadas como ativas pelo IPAQ foram consideradas como praticantes regulares de atividade física, enquanto as pacientes classificadas como irregularmente ativas ou sedentárias foram agrupadas como não praticantes de atividade física regular.

5.4.5- Intensidade dos sintomas climatéricos

Os sintomas climatéricos foram avaliados através do MRS, um instrumento validado e reconhecido para uso no Brasil, composto de 11 questões distribuídas em 3 domínios. Cada sintoma pode ser classificado pela sua ausência e/ou intensidade em: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=severo e 4=muito severo. O escore total do MRS foi obtido através do somatório da pontuação de cada sintoma.³¹ A intensidade geral da sintomatologia climatérica foi categorizada segundo a severidade dos sintomas utilizando como ponto de corte o escore total de 16.⁶⁵ As pacientes com MRS total > 16 representam o grupo de mulheres com sintomas climatéricos severos.

5.4.6- Depressão

O diagnóstico de depressão foi avaliado através da aplicação do MINI, uma entrevista diagnóstica padronizada breve, destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa à classificação diagnóstica dos entrevistados de acordo com os critérios do DSM-IV. A versão utilizada foi o MINI 5.0 em português e foram consideradas com depressão, as mulheres que preencherem os critérios diagnósticos do módulo de episódio depressivo maior do MINI.³⁹

5.5- Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram transcritos e armazenados no programa *Microsoft Excel* versão 2007 e as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science- SPSS* versão 17.0.

As variáveis contínuas foram descritas por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (percentil 25th e 75th).

Para as variáveis categóricas foi realizada análise bivariada através do teste Qui-Quadrado adotando intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Utilizou-se o p valor < 0,05 para significância estatística. A depressão foi considerada a variável dependente e as demais variáveis foram consideradas independentes.

Em seguida, foi realizada a análise de regressão logística incluindo as seguintes variáveis: idade, estado civil, anos de estudo, ocupação, tempo de menopausa, presença de comorbidades, etilismo, IMC, MRS total e seus domínios, prática de atividade física regular, história prévia de depressão e história familiar de depressão.

5.6- Questões Éticas

O projeto “Associação entre depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos na pós-menopausa” está inserido na linha de pesquisa “Envelhecimento da mulher: estudo das co-morbidades de maior prevalência na mulher na pós-menopausa, visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida” e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, sob o código de registro CAAE 03498812.7.0000.5269, parecer número 359.174.

As mulheres elegíveis para o estudo, foram informadas em linguagem acessível das justificativas, dos objetivos e dos métodos da pesquisa, e convidadas a participar. As pacientes que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ficando uma via em poder da participante e outra com a pesquisadora responsável, à disposição do Comitê de Ética.

Foi garantida a liberdade à recusa de participação na pesquisa, assim como a retirada do estudo, em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. A identidade das participantes foi mantida em sigilo, a fim de assegurar a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

6- RESULTADOS

Durante o nosso estudo, foram selecionadas 112 mulheres na pós-menopausa, sendo três excluídas por falta de dados para a análise estatística. A amostra final foi composta por 109 mulheres, dentre as quais 38,5% (n=42) apresentavam sintomas climatéricos severos (MRS > 16).

As participantes da pesquisa possuíam, em média, 57,5 (DP = 4,6) anos de idade, 8,1 (DP= 3,3) anos de escolaridade e R\$869,56 de renda mensal per capita, o equivalente a 1,28 salários mínimos. A maioria das mulheres era branca (44%), casada (61,5%), católica (59,6%) e trabalhava (54,1%). As características sócio demográficas, clínicas e de estilo de vida das participantes na amostra total e de acordo com a intensidade dos sintomas climatéricos estão descritas na tabela 3 e 4.

Tabela 3: Características Sócio-demográficas e clínicas das mulheres na pós-menopausa atendidas nos ambulatórios de ginecologia do IFF/ FIOCRUZ

Características	População Total (N=109)	
	Média (DP)	Mediana (25 th – 75 th)*
Idade (anos)	57,5 (4,6)	58 (54 – 61)
Anos de estudo (anos)	8,1 (3,3)	8 (5 – 11)
Renda per capita (R\$)	874,5 (974,5)	650 (450 – 1000)
Idade da Menopausa (anos)	49,0 (4,9)	50 (46 – 52)
Tempo de Menopausa (anos)	8,5 (5,2)	9 (4 – 12)
IMC (Kg/m ²)	28,5 (4,7)	27,9 (25,7 – 30,8)

* Dados foram expressos como mediana com percentis 25th e 75th entre parênteses

Tabela 4: Características Sócio-demográficas e clínicas das mulheres na pós-menopausa de acordo com a intensidade dos sintomas climatéricos

Características	MRS ≤ 16 (N=67)		MRS > 16 (N=42)	
	Média	(DP)	Média	(DP)
Idade (anos)	57,4	(4,9)	57,5	(4,2)
Anos de estudo (anos)	8,7	(3,1)	7,2	(3,5)
Renda per capita (R\$)	942,9	(1203,6)	754,3	(378,1)
Idade da Menopausa (anos)	48,52	(4,9)	49,8	(4,9)
Tempo de Menopausa (anos)	8,9	(5,5)	7,3	(4,2)
IMC (Kg/m ²)	28,7	(4,8)	28,1	(4,5)

Em relação a menopausa, as médias da idade da menopausa e do tempo de menopausa foram 49 (DP:4,9) e 8,5 (DP:5,2) anos, respectivamente. A maioria (96,3%) entrou na menopausa de forma natural, 15,6% eram hysterectomizadas e 3,7% apresentaram menopausa precoce. Somente 4 mulheres do estudo (3,7%) faziam uso de terapia de reposição hormonal e dentre as mulheres que não usavam, 21,9% eram ex-usuárias e haviam interrompido o uso há pelo menos 1 ano.

A análise do estilo de vida revelou que 54,1% das mulheres praticavam atividade física regular, 13,8% eram tabagistas e 17,4% ingeriam bebida alcoólica semanalmente, embora nenhuma tenha sido classificada como dependente pelo *MINI*.

Nosso estudo, verificou um elevado número de mulheres portadoras de doenças crônicas (80,7%), destacando-se o sobrepeso e obesidade presente em 84 mulheres (77%) e a hipertensão arterial em 64 mulheres (58,7%). Em relação aos distúrbios psiquiátricos, a depressão foi a doença mais prevalente (20,2%) seguida do transtorno de ansiedade generalizado (19,3 %), sendo a prevalência do transtorno depressivo significativamente maior nas mulheres com sintomas climatéricos de maior intensidade.

Nas mulheres com $MRS \leq 16$, a depressão foi encontrada em 4,5% das pacientes, enquanto no grupo com sintomas severos ($MRS > 16$) a prevalência foi de 45,2%.

A análise do MRS revelou um escore total médio no grupo com $MRS \leq 16$ de 7,52 (DP: 4,35) e no grupo com $MRS > 16$ de 24,40 (DP: 5,70). Analisando os escores do MRS por domínios, observamos que os domínios com maiores pontuações foram diferentes nos dois grupos. Enquanto nas mulheres com $MRS \leq 16$ o domínio com maior média de pontuação foi o referente aos sintomas somato-vegetativos, no grupo com $MRS > 16$ a maior média foi observada no domínio psicológico. (Tabela 5)

Do total de mulheres participantes da pesquisa, 11,9% faziam acompanhamento psiquiátrico, 15,6% referiram uso de antidepressivo, 20,2% apresentavam história de depressão prévia e 29,4 % tinham história familiar de depressão.

Tabela 5: Análise Descritiva do MRS

MRS	<u>População Total</u>		<u>MRS ≤ 16</u>		<u>MRS > 16</u>	
	Média (DP)	Mediana (25th-75th)*	Média (DP)	Mediana (25th-75th)*	Média (DP)	Mediana (25th-75th)*
Total	14,03 (9,59)	12 (6 – 21)	7,52 (4,35)	8 (4 – 9,5)	24,40 (5,70)	23 (19 – 29)
Domínio Somático	5,08 (3,96)	4 (2 – 8)	2,82 (2,56)	2 (1 – 4)	8,69 (2,98)	9 (7 – 10)
Domínio Psicológico	4,96 (4,33)	4 (1 – 7)	2,31 (2,03)	2 (1 – 3)	9,19 (3,59)	8 (7 – 11,7)
Domínio Urogenital	3,98 (3,10)	3 (1 – 6)	2,38 (2,30)	2 (1 – 3,5)	6,52 (2,45)	7 (4 – 8)

* Dados foram expressos como mediana com percentis 25th e 75th entre parênteses

A análise bivariada utilizando o teste Qui-quadrado encontrou associação estatística ($p < 0,05$) entre a depressão e as variáveis estado civil, IMC, sintomas climatéricos severos, história prévia e história familiar de depressão. (tabela 6) Em seguida, todas as variáveis independentes do estudo foram incluídas no modelo de regressão logística e a análise multivariada encontrou no modelo final associação significativa de depressão ($p < 0,05$) apenas com história de depressão prévia (OR: 3,9) e sintomas climatéricos severos (OR: 17,6). (Tabela7)

Tabela 6: Associação entre a depressão e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de estilo de vida

Características	Depressão				P valor *
	Não (n = 87)		Sim (n = 22)		
	n	(%)	n	(%)	
Idade					
45 – 49	7	(8,1)	1	(4,5)	0,824
50 – 54	16	(18,4)	4	(18,2)	
55 – 59	27	(31,0)	9	(40,9)	
60 – 65	37	(41,5)	8	(36,4)	
Estado civil					
Sem parceiro	39	(44,8)	3	(13,6)	0,007
Com parceiro	48	(55,2)	19	(86,4)	

Características	Depressão				P valor *
	Não (n = 87)		Sim (n = 22)		
	n	(%)	n	(%)	
Anos de Estudo					
<5	15	(17,2)	6	(27,2)	0,530
5 – 9	40	(46,0)	8	(36,4)	
≥ 10	32	(36,8)	8	(36,4)	
Trabalhando					
Sim	47	(54,0)	12	(54,5)	0,965
Não	40	(46,0)	10	(45,5)	
Renda Per capita (salário mínimo/ pessoa)					
<1	47	(54,0)	16	(72,7)	0,120
1-2	28	(32,2)	6	(27,3)	
>2	12	(13,8)	0	(0,0)	
Tempo de Menopausa (anos)					
< 5	25	(28,7)	5	(22,7)	0,629
5-10	30	(34,5)	10	(45,5)	
>10	32	(36,8)	7	(31,8)	
Co-morbidades					
Ausente	17	(19,6)	4	(18,2)	0,232
1	39	(44,8)	6	(27,3)	
≥2	31	(35,6)	12	(54,5)	
Etilismo					
Sim	14	(16,1)	5	(22,7)	0,127
Não	73	(83,9)	17	(77,3)	
IMC (Kg/m²)					
< 25	16	(18,4)	9	(40,9)	0,025
≥ 25	71	(81,6)	13	(59,1)	
Atividade Física Regular					
Sim	51	(58,6)	8	(36,4)	0,061
Não	36	(41,4)	14	(63,6)	
Depressão Prévia					
Sim	13	(14,9)	9	(40,9)	0,007
Não	74	(85,1)	13	(59,1)	
História familiar de Depressão					
Sim	21	(24,1)	11	(50,0)	0,017
Não	66	(75,9)	11	(50,0)	
MRS total					
≤ 16	64	(73,6)	3	(13,6)	0,000
> 16	23	(26,4)	19	(83,4)	

* Diferença estatística entre os grupos (Teste Qui- Quadrado)

Tabela 7: Risco estimado das variáveis associadas a depressão na pós-menopausa

Variável	Odds Ratio	IC 95%
História de Depressão Prévia	3,9	1,4 – 11,1
Sintomas Climatéricos Severos (MRS > 16)	17,6	4,8 – 65,2

7- DISCUSSÃO

O presente estudo procurou analisar os fatores relacionados com o transtorno depressivo nas mulheres na pós-menopausa. Na literatura existe muita discussão em relação a prevalência de depressão nas mulheres no climatério. Diversos estudos têm mostrados prevalências que variam em torno de 15 a 50%.^{9,46,61,63,67, 75-78} No nosso estudo, a prevalência de depressão encontrada foi de 20,2%.

Fernandes e Rozenthal, analisando 151 mulheres com idade entre 40 e 65 anos no ambulatório de ginecologia de um serviço de atendimento primário, encontraram a presença de sintomas depressivos significativos em 21,2% da sua amostra, valor semelhante ao encontrado no nosso estudo.³⁸ Outros estudos nacionais, realizados em clínicas especializadas na menopausa, encontraram prevalências de depressão maiores. Veras et al em um estudo realizado no ambulatório de menopausa de uma instituição no Rio de Janeiro encontrou 31,4% de mulheres deprimidas no climatério, enquanto Silva et al acompanhando mulheres na peri e pós-menopausa no ambulatório de climatério no Maranhão encontrou 34,3% de mulheres com depressão.^{16,17}

Os achados desses estudos, corroboram os achados da literatura que evidenciam que os estudos realizados em ambulatórios especializados na menopausa têm encontrado prevalências de depressão maiores do que as observados na população geral.

Como a procura pelo atendimento especializado ocorre, principalmente, devido a sintomatologia climatérica, os estudos realizados nesses locais, excluem a maioria das mulheres assintomáticas ou com sintomas leves e, portanto, amostra coletada apresenta um viés de seleção por incluir uma população naturalmente mais sintomática. Dessa forma, a diferença encontrada na prevalência de depressão nesses estudos pode estar relacionada a associação entre a depressão e os sintomas climatéricos.

A maioria dos fatores sócio-demográficos, clínicos e de estilo de vida analisados na nossa amostra não apresentou associação com a depressão. Apesar da análise bivariada identificar associação estatística ($p < 0,05$) com o estado civil, IMC, história familiar de depressão, sintomas climatéricos severos e episódio de depressão prévio, após o modelo de regressão logística somente os sintomas climatéricos severos e a história prévia de depressão apresentaram associação com o diagnóstico de depressão atual.

Freeman *et al* em um estudo prospectivo de 4 anos concluíram que mulheres com história de depressão tinham um risco significativamente maior de desenvolver sintomas depressivos na transição menopausal do que mulheres sem história prévia.⁵⁴ No nosso estudo, as mulheres com história prévia de depressão apresentaram um risco 3,9 vezes maior de desenvolver depressão na pós-menopausa quando comparadas as mulheres sem histórico prévio, corroborando os achados da literatura.

Recentemente, uma revisão de estudos epidemiológicos mostrou que mulheres com passado de depressão prévia apresentam uma probabilidade cinco vezes maior de desenvolver depressão no período de transição menopausal.⁶⁶ Entretanto, apesar da história prévia representar um importante fator de risco para depressão no climatério, outros estudos têm identificado maior prevalência de sintomas depressivos nessa fase

inclusive em mulheres sem passado de depressão, mostrando que existem outras variáveis envolvidas.

Cohen et al acompanhando mulheres na pré-menopausa com idade entre 36 e 45 anos, identificaram que no grupo de mulheres sem história prévia de depressão, as que entraram na perimenopausa eram quase duas vezes mais propensas a desenvolver sintomas depressivos do que as mulheres que permaneceram na pré-menopausa. O aumento do risco de depressão durante a perimenopausa foi ainda maior entre as mulheres que relataram sintomas vasomotores.⁵⁵

Blümel et al reportaram em seu estudo que os sintomas vasomotores estão significativamente associados com o aumento do risco de depressão (OR=8.1; IC: 95%; P< 0.001) durante a transição menopausal.⁷⁹ Esse estudo reforça os resultados encontrados por Joffe et al que relataram que mulheres com sintomas vasomotores durante a perimenopausa tinham quatro vezes mais probabilidade de ficarem deprimidas do que aquelas sem as ondas de calor, independentemente do histórico de depressão.⁶¹

Avis et al, em um estudo observacional prospectivo, evidenciaram que os fogachos e a sudorese noturna estão significativamente associados com os sintomas depressivos (P= 0.04) e tem um efeito independente dos distúrbios do sono.⁵¹

Um estudo recente, realizado com mulheres na pós-menopausa atendidas para a realização do seu *check up* ginecológico anual, procurou identificar associação entre o humor deprimido, a resiliência e sintomas climatéricos. Embora esse estudo tenha utilizado para avaliação do humor deprimido uma escala de sintomas depressivos (CES-D) e não um instrumento diagnóstico para depressão, ele identificou a mesma associação que o nosso estudo em relação a depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos. O resultado encontrado foi uma associação positiva entre os maiores escores no CES-D (humor deprimido) e os sintomas climatéricos severos (MRS > 16).

No nosso estudo, a análise multivariada evidenciou que as mulheres com sintomas climatéricos severos (MRS > 16) apresentavam um risco muito maior (OR: 17,6) de depressão na pós menopausa quando comparadas com as mulheres com escore total do MRS < 16.⁶⁵

Pérez-Lopez et al, nesse mesmo estudo, identificaram uma relação do humor deprimido e da prática regular de atividade física com uma baixa e alta resiliência, respectivamente.⁶⁵ A resiliência caracteriza-se pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo da vida, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural.⁸⁰ Esses resultados sugerem que o exercício pode contribuir para o aumento da resiliência e, conseqüentemente, melhorar a resposta ao tratamento das mulheres com humor deprimido. Na nossa amostra não foi identificada associação entre a depressão e atividade física. Na literatura, alguns estudos observaram associação^{63,81}, enquanto outros acharam resultados similares ao nosso.⁸²

Sternfeld et al observaram fortes evidências de que 12 semanas de exercício aeróbico de intensidade moderada não aliviam os sintomas vasomotores, mas podem resultar em pequenas melhorias na qualidade do sono, insônia e depressão em mulheres sedentárias de meia idade.⁶⁰

Thurston et al analisando os dados do *Harvard Study of Moods and Cycles* não encontraram associação significativa entre atividade física e sintomas vasomotores na população como um todo, mas nas mulheres com história de depressão prévia, a prática de atividade física foi associada a uma diminuição do risco desses sintomas em relação as mulheres sedentárias. Essa associação não foi observada nas mulheres sem história de depressão prévia.⁵⁹ Como diversos estudos têm mostrado associação entre os sintomas climatéricos e a depressão, pode ser que as medidas adotadas para a melhora

desses sintomas, como atividade física e TRH, interferiram de forma positiva, melhorando os sintomas depressivos. No nosso estudo, em função do baixo número de mulheres que faziam uso de TRH, não foi possível avaliar sua associação com a depressão.

Na literatura, existem muitos estudos que apontam uma associação entre IMC e a depressão.^{54,81,83,84} Timur et al, em um estudo recente, mostrou que mulheres com idade entre 45 e 59 anos com o $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ apresentaram um risco de desenvolver sintomas depressivos 2 vezes maior do que as mulheres com $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$.⁵³ Nos nossos resultados, apesar da associação encontrada entre o IMC e a depressão com o teste Qui-quadrado, ela não se confirmou no modelo final da regressão logística.

Algumas limitações do presente estudo devem ser apontadas. A amostra foi coletada em ambulatórios do serviço de ginecologia de um hospital terciário, que acompanha mulheres encaminhadas do serviço básico por algum motivo específico e não faz acompanhamento de rotina das mulheres. Como o ambulatório de endocrinologia feminina acompanha mulheres sintomáticas no climatério, o de uroginecologia acompanha mulheres com queixas urinárias e o de ginecologia geral, mulheres no pré e pós operatório de cirurgias ginecológicas, nossa amostra trata-se de uma subpopulação com características peculiares, em função dos vieses que motivaram a procura por atendimento. Por esse motivo, os dados encontrados não podem ser extrapolados para a população geral de mulheres na pós-menopausa.

Outra limitação, foram os dados obtidos em relação a história familiar. Como sabemos que muitas pessoas escondem o diagnóstico de doenças psiquiátricas, as mulheres da pesquisa de uma forma geral, não tinham certeza em relação a esse dado referente aos seus familiares, logo essa informação pode ser inadequada devido ao viés de informação. Embora na análise bivariada essa variável tenha apresentado associação, após a regressão logística, tal associação não se confirmou.

Devemos ressaltar ainda, que a metodologia utilizada, um estudo transversal, não permite estabelecer uma relação causal entre as variáveis estudadas. Dessa maneira, quando analisamos a depressão e os sintomas climatéricos não podemos afirmar a relação temporal entre eles.

Segundo Melby et al, mulheres com sintomas depressivos moderados a graves apresentaram maior probabilidade de relatar sintomas vasomotores do que as mulheres assintomáticas ou com sintomas depressivos leves. É possível que a sintomatologia depressiva aumente a incidência desses sintomas climatéricos, ou pelo menos o relato deles. Por outro lado, também pode ser que os sintomas vasomotores piorem os sintomas depressivos.⁸⁵

Fremann et al, em um estudo prospectivo que acompanhou mulheres na fase do climatério, procurou identificar se o humor deprimido ocorria antes ou após o início das ondas de calor. Foram inseridas no estudo mulheres sem queixas prévias de fogachos e de sintomas depressivos. Após 10 anos de acompanhamento, observou-se que 9% apresentaram depressão sem fogachos, 26% queixaram-se apenas de fogachos, 41% apresentaram fogachos e depressão e 24% permaneceram assintomáticas. Dentre as mulheres que apresentaram ambos os sintomas, a maioria (57%) relatou humor deprimido antes do aparecimento dos fogachos (RR 2,1; IC: 95%; 1.5-2.9), ao contrário do que se esperava, apresentando um intervalo de aproximadamente 1 ano e meio entre o relato de humor deprimido e de fogachos. Este estudo verificou que tanto os fogachos quanto os sintomas depressivos ocorreram no início da transição para a menopausa e que os sintomas depressivos geralmente precedem as ondas de calor em mulheres previamente assintomáticas.⁶⁷

A relação entre a depressão e o climatério é bastante complexa. Não há ainda uma resposta definitiva para perguntas em relação ao aumento do risco de depressão em

torno da menopausa. No entanto, reconhecendo que a depressão é uma doença que interfere na vida da mulher, a identificação dos fatores de risco para o seu desenvolvimento nas mulheres na pós-menopausa, permitirá desenvolver estratégias efetivas para a sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Nosso trabalho, evidenciou que mulheres na pós-menopausa com história prévia de depressão e sintomas climatéricos severos têm um risco maior de serem deprimidas. Sabendo que a depressão se trata de uma doença que compromete a qualidade de vida, a formação de profissionais de saúde capacitados para atender essa população em crescimento se faz necessária para que essas mulheres sejam atendidas de forma adequada e possam viver de forma saudável durante a pós-menopausa.

8- CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que a severidade dos sintomas climatéricos e a história prévia de depressão estão associados com a presença de transtorno depressivo na pós-menopausa. Embora, esse estudo não permita estabelecer uma relação de causalidade entre os sintomas climatéricos e a depressão, seus resultados mostraram que as mulheres com sintomas climatéricos mais severos e com história de depressão prévia apresentam um risco maior de serem deprimidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Febrasgo. Manual de Orientação do Climatério. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Coordenação Geral César Eduardo Fernandes. 2010
- 2- Brasil. 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, 2008.192 p.
- 3- Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clín 2006; 33 (2): 43-54.
- 4- Lopez AD, Murray CC. The Global Burden of Disease 1990-2020. Nat Med 1998; 4 (11): 1241-1243.
- 5- Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC et al . Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev Psiq Clín 2012; 39(6):194-197.
- 6- Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LC, Jansen K, Souza LDM, Pinheiro RT, Silva RA Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2011; 33(2):103-108.
- 7- Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Rev Saude Publica 2003; 37(6):735-742.
- 8- Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Rev Saude Publica 2002; 36(4):484-490.
- 9- Wang HL, LaForce CB, Tang SM, Wu WR, Chen CH. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. Maturitas 2013; 75(4): 355–360
- 10- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Indicadores de Saúde 2011. Secretaria executiva Datasus [acesso em junho 2013]. Informações disponíveis em: <<http://www.datasus.gov.br>>
- 11- Lorenzi DRS, Catan LB ET al. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant 2009; 9 (4): 459-466.
- 12- Carvalho IS, Coelho VLD . Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. Psico-USF 2006; 11(1):113-122.
- 13- Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública 2012, 28(2):208-209

- 14- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9(90)
- 15- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Ceasar CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública* 2006; 22(8):1639-48.
- 16- 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 RS* 2006; 28(2):130-134
- 17- Silva MNM, Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Navarro PAAS. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(2):150-154.
- 18- Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Cien Saúde Coletiva* 2004; 9: 897–908.
- 19- World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization; 1996 (Technical Report Series 866).
- 20- Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climateric* 1999; 2 (4): 284-286
- 21- Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med* 2002; 59(4): 15-21.
- 22- Pedro AO, Pinto-Neto AM, Paiva LHSC, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):17-25.
- 23- Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli VR. Tratado de Ginecologia- Condutas e Rotinas da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ USP. São Paulo: Ed Revinter, 2005
- 24- Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(1): 12-19.
- 25- Nievas AF, Furegato AR, Lannetta O, Santos JLF. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(4): 274-279.
- 26- Apolinário JC, Meirelles RMR, Coutinho W, Pova LC. Associação Entre Traços de Personalidade e Sintomas Depressivos em Mulheres com Síndrome do Climatério. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45(4): 383-389.
- 27- Scowitz IKT, Santos IS, Silveira MF. Prevalence and factors associated with hot flashes in climacteric and post-climacteric women. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):469-481

- 28- Pastore LM *et al.* Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 2004; 49(4): 292–303.
- 29- Fagulha T, Gonçalves B. Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia [online]*. 2005, 19(1): 19-38.
- 30- Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:28.
- 31- Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, Thai DM. The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:45.
- 32- Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Júnior JE, Amaral RLG, Gonçalves AKS. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(7): 329-334.
- 33- Tairova OS, Lorenzi 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):135-145
- 34- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* 2011 Publicado Online DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
- 35- Parker G, Brotchie H. Major depression invites major concerns. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(1): S3-S6.
- 36- Del Porto JA. Conceito e Diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr [online]* 1999; 21(1): 06-11.
- 37- Demetrio FN, Vieira Filho AHG. Efeito da terapia de reposição estrogênica no humor em mulheres menopausadas. *Rev Psiq Clínica* 2001; 28(2).
www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n2/artigos/art72.htm
- 38- Fernandes RCL, Rozenhal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(3)
- 39- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3): 106-115.
- 40- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59(20): 22-33.

- 41- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12(5) : 232-241.
- 42- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 (5): 224-231.
- 43- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13(1): 26-34.
- 44- Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington (DC): APA; 1994.
- 45- Llana P, García-Portilla MP, Llana-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas* 2012; 71 (2) 120–130.
- 46- Clayton A, Guico-Pabia C. Recognition of depression among women presenting with menopausal symptoms. *Menopause* 2008; 15 (4): 758-767
- 47- Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 312-317.
- 48- Rasgon N, Shelton S, Halbreich U. Perimenopausal mental disorders: epidemiology and phenomenology. *CNS Spectr* 2005;10(6): 471-478.
- 49- Cone RI, Davis GA, Goy RW. Effects of ovarian steroids on serotonin metabolism within grossly dissected and microdissected brain regions of the ovariectomized rat. *Brain Res Bull* 1981; 7(6): 639-644.
- 50- Schmidt PJ, Rubinow DR. Menopause-related affective disorders: a justification for further study. *Am J Psychiatry* 1991;148(7): 844-852.
- 51- Avis NE, Crawford S, Stellato R, Longcope C. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric* 2001; 4(3):243-249.
- 52- Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood Disorders and Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26(2):279-294.
- 53- Timur S, Sahin NH. The Prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause* 2010; 17 (3): 545-551.

- 54- Freeman EW et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (1): 62-70.
- 55- Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (4):385-390.
- 56- Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4 (3): 214-220.
- 57- Ivarsson T, Spetz AC, Hammar M. Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas* 1998; 29 (2):139-146.
- 58- Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152 (5):463-473.
- 59- Thurston RC, Joffe H, Soares CN, Harlow BL. Physical activity and risk of vasomotor symptoms in women with and without a history of depression: results from the Harvard Study of Moods and Cycles. *Menopause* 2006; 13 (04): 553-560
- 60- Sternfeld B, Guthrie KA et al. Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled Trial. *Menopause* 2013; 21(04): 330- 338
- 61- Joffe H, Hall JE, Soares CN, et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause* 2002; 9 (6):392-398.
- 62- Miller AM, Sorokin O, Wilbur J, et al. Demographic characteristics, menopausal status, and depression in midlife immigrant women. *Womens Health Issues* 2004; 14(6):227-234.
- 63- Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at mid- life. *Psychosom Med* 2001; 63 (4): 603-608.
- 64- Soares CN, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of Estradiol for the Treatment of Depressive Disorders in Perimenopausal Women: A Double-blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (6): 529-534.
- 65- Pérez-López FR, Pérez-Roncero G, Fernández-Iñarrea J, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Llana P. Resilience, depressed mood, and menopausal symptoms in postmenopausal women. *Menopause* 2013. [Epub ahead of print] DOI: 10.1097/gme.0b013e31829479bb
- 66- Freeman EW. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause* 2010; 17 (4): 823-827.

- 67- Freeman EW, Sammel MD, Lin H. Temporal associations of hot flashes and depression in the transition to menopause. *Menopause* 2009; 16(4): 728-734.
- 68- Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007; 103(1-3): 267-272.
- 69- Matsudo S, Araújo T et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Física e Saúde* 2001; 6 (2): 5- 18
- 70- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2011, Rio de Janeiro, 2012.
- 71- Frisancho AR. Anthropometric standarts for the assessment of growth and nutritional status. USA: The University Michigan Press, 1990.
- 72- World Health Organization (WHO). Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry physical status. Geneva: World Health Organization, 1995.
- 73- Lohman TG, Roche, AF, Martorell R. Antrophometric Standardization Reference Manual. Champaing: Human Kinetics Books, 1988.
- 74- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256
- 75- Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, et al. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001; 91(9):1435-1442.
- 76- Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (4):375-382.
- 77- Pérez JAM, Garcia FC, Palacios S, et al. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009; 62:30-36.
- 78- Wojnar M, Drózd W, Araszkievicz A, et al. Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland. *Arch Women Ment Health* 2003; 6:193-201.
- 79- Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004;49:205-210.
- 80- Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciênc. saúde coletiva* 2009,14 (2):

497-506.

- 81- Brown JP, Gallicchio L, Flaws JA, et al. Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. *Maturitas* 2009;62:184-189.
- 82- Conroy MB, Simkin-Silverman LR, Pettee KK, et al. Lapses and psychosocial factors related to physical activity in early postmenopause. *Med Sci Sports Exerc* 2007;1858-1866.
- 83- Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell ES. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause* 2008;15:223-32
- 84- Soares CN. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? *Menopause* 2008;15:207-209.
- 85- Melby MK, Anderson D, Sievert LL, Obermeyer CM. Methods used in cross-cultural comparisons of vasomotor symptoms and their determinants. *Maturitas* 2011;70:110-9.

APÊNDICE A: FICHA DE COLETA DE DADOS

Número de Identificação: |_|_|_|_|

Data da avaliação: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_| Número do Prontuário:

Local da coleta: Ambulatório _____

DADOS PESSOAIS

1- Nome: _____

2- Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: |_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

3- Telefone: Casa: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Celular: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Trabalho: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

4- Data de Nascimento: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

5- Etnia: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

6- Estado Civil: () Casado () Divorciado () Viúvo () Solteiro

7- Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Umbanda e Candomblé
() Outras religiões. Qual: _____ () Sem religião

8- Você estudou até que série?

Série: _____ Grau: _____ Anos de estudo: _____

() Não sabe ler e escrever

() Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto

() Ensino superior completo () Ensino superior incompleto

() Pós-graduação completa () Pós-graduação incompleta

9- Qual a sua ocupação atualmente?

() Trabalhando. Qual a ocupação? _____

() Aposentada e /ou Pensionista

() Desempregada

10- Quantas pessoas residem na mesma casa que a senhora? |_|_| pessoas.

11- Somando o salário destas pessoas (incluindo pessoas que trabalham aposentadorias, benefícios do INSS, bolsa família e outros programas do governo), qual a renda bruta mensal da família? R\$ |_|_|_|. |_|_|_|_|,00

VARIÁVEIS CLÍNICAS

13- Quantas vezes a senhora ficou grávida? (Incluindo todas as gestações, mesmo que tenha ocorrido aborto ou a criança tenha nascido morta)

Número de gestações: |_|_|_|

14- Quantos partos você teve? |_|_|_|

15- Número de filhos vivos: |_|_|_|

16- Com qual idade a senhora parou de menstruar? |_|_|_| anos

Caso a mulher não lembre, faça esta pergunta:

17- Há quanto tempo você não menstrua? |_|_|_| anos

18- Tempo de menopausa: |_|_|_| anos

19- Qual o motivo que você parou de menstruar?

() Menopausa natural () Cirurgia para a retirada do útero

() Outro Qual? _____

20- A senhora já realizou alguma cirurgia pélvica?

() Histerectomia () Ooforectomia Unilateral () Ooforectomia Bilateral

() cirurgia de bexiga () Outra Qual? _____

21- Você já usou Terapia de Reposição Hormonal? () Sim () Não

Em caso de afirmativa: () Usa atualmente () Ex-usuária

Em caso de ex-usuária há quanto tempo que parou de usar? |_|_|_| meses.

22- Você já usou algum tratamento diferente de hormônio para tratar a menopausa?

() sim Qual? _____ () não

Em caso afirmativo: () Usa atualmente () Ex-usuária

Em caso de ex-usuária, há quanto tempo que parou de usar? |_|_| meses

23- A Senhora tem alguma dessas doenças:

i- () Hipotireoidismo

ii- () Hipertireoidismo

iii- () Hipertensão arterial

iv- () Câncer

v- () Diabetes Mellitus

vi- () Doença Cardiovascular

vii- () Doença neurológicas (AVE, esclerose múltipla, lesão medular)

viii- () Depressão, se sim: |_| não tratando |_| tratando com medicamento
|_| tratando sem medicamento (psicoterapia)

ix- () Ansiedade, se sim: |_| não tratando |_| tratando com medicamento
|_| tratando sem medicamento (psicoterapia)

x- () Outra doença: _____

24- A senhora utiliza medicamentos para controle da:

() Ansiedade (ansiolíticos)

() Depressão

() Hipertensão Arterial

() Diabetes Mellitus

() Dislipidemia

() Doença cardiovascular

() Doença da tireóide

() Outra: _____

Nome dos medicamentos:

Doença	Remédio
Ansiedade	
Depressão	
HAS	
Diabetes	
Dislipidemia	
Doença da tireóide	
Doença Cardiovascular	
Outra	

25- A senhora já teve depressão alguma vez na vida? () sim () não

26- A senhora teve depressão após algum dos seus partos? () sim () não

27- Alguém na sua família tem ou já teve depressão?

() sim. Quem? _____ () não

28- Você faz acompanhamento com algum psiquiatra? () sim () não

HÁBITOS DE VIDA

28- Você tem hábito de fumar?

() Não fumante () Fumante

Em média, quantos cigarros ou maço fuma por dia? |_|_| cigarros |_|_| maços

Há quanto tempo fuma? |_|_| anos |_|_| meses

29- Você tem o hábito de ingerir bebida alcoólica?

() Não, nunca bebi

() Não, mas já bebi: Durante |_|_| anos Parou |_|_| anos |_|_| meses

() Sim: Há quanto tempo? |_|_| anos |_|_| meses

Tipos	Frequência	Quantidade (Copos)	Quantidade (Garrafas)	Quantidade (Latas)
Cerveja				
Vinho				
Destilados				

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso |_|_|_|, |_| Kg Altura |_|_|_|, |_| cm IMC |_|_|, |_|_| Kg/m²

AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE CLIMATÉRICA - MRS

Escore Total do MRS: |_|_| () Ausente () Leve () Moderado () Severo

Escore por domínio do MRS

Sintomas somáticos: |_|_| Sintomas psicológicos: |_|_| Sintomas Urogenitais: |_|_|

DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO - APLICAÇÃO DO MINI

Transtorno Depressivo Maior |_| sim |_| não

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: Envelhecimento da mulher: estudo das comorbidades de maior prevalência na mulher pós-menopausa, visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

Pesquisadora responsável: Dra. Lizanka Paola Figueiredo marinho

Instituição responsável: Instituto Fernandes Figueira

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 – 4º andar – flamengo – rio de janeiro / telefone: 2554-1700

Prezada senhora, Convidamos a Sra. a participar voluntariamente de nossa pesquisa “ENVELHECIMENTO DA MULHER: ESTUDO DAS COMORBIDADES DE MAIOR PREVALÊNCIA NA MULHER PÓS-MENOPAUSA, VISANDO UM ENVELHECIMENTO COM MELHOR QUALIDADE DE VIDA”.

Este é um projeto de pesquisa realizado pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF). A finalidade deste estudo é estudar as doenças que mais ocorrem na pós-menopausa, visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e estima-se que no Brasil, em 2020, o número de idosos será superior a 30 milhões de pessoas. Além disso, o maior crescimento da população idosa está no grupo mais velho, ou seja, acima de 80 anos e representado principalmente pelas mulheres. Com isso as mulheres estão vivenciando mais a menopausa. A menopausa é um período marcado por alterações hormonais. Essas alterações podem levar a distúrbios endócrinos e funcionais, tais como disfunção sexual, sintomas como ondas de calor, perda da libido, maior risco de ganho de peso, doenças cardíacas, osteoporose e entre outros.

Objetivos do estudo

A pesquisa tem como objetivo geral estudar as doenças que mais ocorrem na mulher na pós-menopausa, visando um envelhecimento com melhor qualidade de vida. Dessa forma, os objetivos específicos serão os descritos abaixo.

- Traçar o perfil antropométrico e metabólico de pacientes em atendimento no ambulatório de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira (IFF) desde 1999 até 2009;
- Avaliar os fatores relacionados à incidência de fraturas em mulheres na pós-menopausa acompanhados em uma unidade básica de saúde;
- Avaliar a associação entre níveis de vitamina D e o câncer de mama no climatério;
- Investigar se existe maior frequência de dor nas costas em mulheres com diminuição de vitamina D na pós-menopausa do que em mulheres com níveis normais de vitamina D na pós-menopausa;
- Identificar a prevalência de síndrome metabólica entre mulheres no climatério com diagnóstico de câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do Instituto Fernandes Figueira nos últimos 10 anos;
- Determinar a prevalência de síndrome dos ovários policísticos (SOP) em mulheres na pós-menopausa com síndrome metabólica atendidas no ambulatório de ginecologia endócrina do Instituto Fernandes Figueira (IFF);
- Determinar a prevalência de alterações de cálcio (hipocalciúria e hipercalcúria) em casos de osteoporose pós-menopausa;
- Correlacionar à influência do consumo alimentar, avaliado por diferentes instrumentos de inquérito dietético, com os marcadores de risco da síndrome metabólica em mulheres no período da peri e pós menopausa;
- Comparar a densidade mineral óssea e a qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa que realizam atividade física, com aquelas que não realizam atividade física;
- Determinar o impacto de um programa de treinamento na qualidade de vida da mulher no período da menopausa.
- Pesquisar o papel da síndrome metabólica no câncer de mama;
- Analisar os significados que mulheres ex-obesas submetidas à cirurgia bariátrica e a plástica reconstrutora atribuem às modificações ocorridas nos seus corpos;
- Determinar a prevalência da insuficiência/deficiência de vitamina D em mulheres idosas residentes na cidade do Rio de Janeiro e sua relação com a densidade mineral de vértebras e colo do fêmur.
- Avaliar a relação entre a Síndrome Metabólica e a gravidade dos sintomas menopausais em mulheres na pós-menopausa.
- Verificar a associação entre a Disfunção Sexual e Síndrome Metabólica em mulheres na pós-menopausa.
- Verificar a associação entre os níveis de vitamina D e marcadores inflamatórios em mulheres na pós-menopausa portadoras diabetes mellitus tipo 2.

- Verificar a prevalência de depressão nas mulheres na pós-menopausa e fatores associados

Como será feito o estudo

Se a senhora concordar em participar do estudo, serão realizados exames de rotina como verificar peso, altura, exames de sangue, além de a senhora responder um questionário contendo informações socioeconômicas e sobre sua saúde. A sua participação neste estudo não vai interferir em nada nos atendimentos do seu médico.

Benefícios esperados

Se a senhora participar do estudo estará contribuindo de forma efetiva para estudos que envolvam a mulher na pós-menopausa e as doenças que mais ocorrem nessa fase de vida (síndrome metabólica, diabetes, obesidade, câncer de mama, dor nas costas, depressão entre outras), e desta forma, com os resultados obtidos no mesmo poderá proporcionar uma melhor qualidade de vida durante o envelhecimento. Caso seja encontrada alguma alteração nos seus exames, a informação será repassada para seu médico responsável.

Riscos esperados

O risco da sua participação neste trabalho pode ser alguma dor no momento da coleta do seu sangue e/ou o surgimento eventual de hematoma no seu braço. Isto desaparecerá em 24 à 72 h após o mesmo, sem maiores problemas à sua saúde.

Liberdade de recusar

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. A senhora terá total liberdade para recusar a participação na pesquisa e poderá sair do estudo quando desejar, assim como poderá ter acesso aos resultados. Caso a senhora não deseje participar, isso não vai atrapalhar em nada no seu atendimento e tratamento neste hospital.

Confidencialidade

Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que seu nome não será associado às análises realizadas. Quando houver armazenamento de amostras de sangue, estas serão por código, respeitando a confidencialidade, sendo as mesmas utilizadas somente para o atual projeto. Caso sua amostra fique armazenada por mais de 5 anos, ou seja, utilizada para outro fim, um novo termo de consentimento livre e esclarecido deve ser assinado de acordo com a resolução vigente no país 346/2007. Os resultados serão divulgados em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas, e demais meios de divulgação científica sem a citação do seu nome.

Em caso de dúvidas

Caso tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, pergunte ao profissional que está lhe atendendo. A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessário, antes, durante e depois da realização da pesquisa. Se a senhora concordar em participar e desejar ter outras informações poderá contatar a responsável técnica pela pesquisa no Instituto Fernandes Figueira: Dra. Lizanka Paola Figueiredo Marinheiro no telefone 2554-1700, Departamento de Ginecologia.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEPIFF).

Eu, _____ abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

Assinatura da voluntária

Data da Assinatura

Assinatura do responsável

Data da Assinatura

Profª Drª Lizanka P. Figueiredo Marinheiro

Av. Rui Barbosa, 716 Flamengo / RJ

Tel.: 2554-1813

Email: lizanka@globo.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPIFF

Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ – RJ/MS

Av. Rui Barbosa, 716 – 1º andar Prédio de Genética Médica

Flamengo – RJ CEP: 22.250-020 – Tel. 2554-1730

cepiff@iff.fiocruz.br

ANEXO B: QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
(IPAQ)

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

- FORMA CURTA -

Nome: _____
 Data: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: F () M ()
 Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não
 Quantas horas você trabalha por dia: _____
 Quantos anos completos você estudou: _____
 De forma geral sua saúde está:
 () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL, USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

ANEXO C- MENOPAUSE RATING SCALE (MRS)

Qual desses sintomas e em que intensidade você diria que sente atualmente?

Menopause Rating Scale (MRS)					
	Nenhum (0)	Pouco severo (1)	Moderado (2)	Severo (3)	Muito Severo (4)
1. Falta de ar, suores, calores					
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)					
3. Problemas de sono (dificuldade em consiliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)					
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)					
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)					
6. Ansiedade (impaciência, pânico)					
7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)					
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)					
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)					
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)					

FONTE: HEINEMANN, POTTHOFF E SCHNEIDER (2003).

ANEXO D- *MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW 5.0*

(Versão brasileira – tradução: Patrícia Amorim)

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LEGRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail : p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
	b Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
	b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
	c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
	d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
	e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
	f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

***DISTIMIA
ATUAL***

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE**
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM” b Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 ε	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM” b Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
<i>Ataques Póstrans em Sintomas Vida inteira</i>				

→. IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				

SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.

H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?

→
NÃO SIM

H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6

H6 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2

I3 Durante o último mês:

a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	

I4 Durante o último mês:

a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4	→ NÃO	SIM	

I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
----	---	-----	-----	----

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM
*ABUSO DE ÁLCOOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→	NÃO SIM
----	--	---	------------

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Cannabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | |
|---|--|------------|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO SIM | 5 |

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
**DEPENDÊNCIA DE
 SUBSTÂNCIAS(S)
 ATUAL**

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
 VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO **➔** SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO SIM
**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)
 ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→	NÃO	SIM
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→	NÃO	SIM
	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA		

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	➔ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	➔ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	➔ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	➔ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	➔ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8				
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9				
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10				
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11				
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12				
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13				
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14				
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL	
NÃO	SIM							
BULIMIA NERVOSA ATUAL								
	N7 É COTADA "SIM" ?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL	
NÃO	SIM							
ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL								

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
		NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	NÃO	SIM	

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**