



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **A depressão na mulher menopáusicas: um estudo na população da Cova da Beira**

**Ana Filipa Néri Fialho**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Vitor Manuel Branco e Silva Caeiro

Coorientador: José Alberto Fonseca Moutinho

**Covilhã, março de 2020**



## **Dedicatória**

Ao meu avô José, que certamente não poderia estar mais orgulhoso.  
Ao meu primo Nuno, por ser o meu maior exemplo de luta e determinação.  
Aos meus pais e à minha irmã, por serem sempre o meu porto seguro.  
Ao meu André, por todo o amor e pela presença em todos os momentos.

## Resumo

**Introdução:** Atualmente, ainda persiste muita controvérsia acerca da “depressão relacionada com a menopausa” e, inclusive, muitos estudos têm sido divergentes. Tal deve-se, essencialmente, a limitações metodológicas, tais como diferenças no desenho dos estudos, utilização de diferentes ferramentas de rastreio de sintomatologia depressiva, sobreposição de sintomatologia depressiva e sintomatologia típica da pós-menopausa e falta de consideração de circunstâncias que podem, até mais do que os fatores hormonais *per se*, potenciar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nesta etapa da vida da mulher, tais como condições médicas, mudança no papel social (reforma), falecimento de entes queridos ou sensação de “ninho vazio”.

**Objetivos:** Aferir se a pós-menopausa é *per se*, através de manifestações clínicas decorrentes do declínio estrogénico (perturbações do sono ou sintomas vasomotores), um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, assim como averiguar a importância de outros fatores descritos na literatura considerados como protetores (suporte emocional ou envolvimento em atividades lúdicas) ou como predisponentes (antecedentes psiquiátricos ou eventos adversos recentes) para a mesma.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo e correlacional realizado no ACeS Cova da Beira. Foi obtida uma amostra constituída por 125 elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos e que se encontravam na pós-menopausa. Cada participante preencheu, simultaneamente, uma escala de rastreio de sintomatologia depressiva, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), e um questionário que incluía vários fatores descritos na literatura como protetores ou predisponentes ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. O tratamento e análise dos dados fez-se com recurso ao software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.

**Resultados:** Quando analisados todos os fatores predisponentes simultaneamente, apenas as perturbações do sono e os eventos de vida adversos recentes predispunham ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Por outro lado, ao analisar concomitantemente os fatores protetores, o suporte emocional, a satisfação sexual e as atividades extraprofissionais lúdicas eram os únicos que protegiam as mulheres de sintomatologia depressiva.

**Discussão e Conclusões:** Considerando o déficit estrogénico como a causa dos distúrbios do sono em algumas mulheres pós-menopáusicas, podemos concluir que a menopausa é *per se* um fator predisponente a sintomatologia depressiva. Contudo, sendo este um estudo transversal que não acompanha a transição das mulheres pelos diferentes *status* menopáusicos nem quantifica a sintomatologia depressiva ao longo dos mesmos, e desconhecendo quer a qualidade do sono das mulheres nos outros períodos reprodutivos quer a verdadeira influência da pós-

menopausa nos distúrbios deste, não foi possível demonstrar que a menopausa seja um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

## **Palavras-chave**

Menopausa; Depressão; Fatores protetores; Fatores predisponentes; Escala CES-D.

## Abstract

**Introduction:** Currently, there is still a lot of controversy about the “depression related to menopause” and, in fact, many studies have been divergent. This is due, essentially, to methodological restrictions, such as differences in studies’ design, use of different and inadequate screening tools for depressive symptoms, overlap of depressive symptoms and typical postmenopausal symptoms and lack of consideration for circumstances that may, even more than hormonal factors *per se*, enhance the development of depressive symptoms at this stage of woman's life, like medical conditions, changes in social role (retirement), death of loved ones or empty nest.

**Aim:** To assess whether post-menopause is *per se*, through clinical manifestations of estrogenic decline (sleep disturbances or vasomotor symptoms), a predisposing factor to the development of depressive symptoms, as well as verify the importance of other factors described in the literature as protective (emotional support or involvement in recreational activities) or predisposing (psychiatric background or recent adverse events) to it.

**Methods:** Cross-sectional, descriptive and correlational study carried out at ACeS Cova da Beira. A sample was obtained, consisting of 125 female elements, aged between 55 and 75 years old and who were in post-menopause. Each participant filled out, simultaneously, a screening scale for depressive symptomatology, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), and a questionnaire that included several factors described in the literature as protective or predisposing to the development of depressive symptoms. Data treatment and analysis were performed using the statistical software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.

**Results:** When all the predisposing factors were analyzed simultaneously, only the sleep disturbances and the recent adverse life events predisposed to the development of depressive symptomatology. On the other hand, analyzing concomitantly the protective factors, emotional support, sexual satisfaction and the recreational extra-professional activities were the only ones that protected women from depressive symptoms.

**Discussion and Conclusions:** Considering post-menopause (ie, estrogen deficit) as the cause of sleep disturbances in some women in this period, we can conclude that it is *per se* a predisposing factor to depressive symptomatology. However, being this a cross-sectional study that does not follow the transition of women through the different menopausal *status* nor does it quantify depressive symptoms over the same, and not knowing the quality of sleep of women in other menopausal periods or the real influence of post-menopause on its disturbances, it is not possible to establish a reliable conclusion about the impact of post-menopause alone in the development of depressive symptoms.

## **Key words**

Menopause; Depression; Protective factors; Predisposing factors; CES-D scale.

# Índice

Dedicatória.....	iii
Resumo.....	iv
Palavras-chave.....	v
Abstract.....	vi
Key words.....	vii
Lista de tabelas.....	ix
Lista de acrónimos.....	xi
1. Introdução.....	1
1.1 Objetivos do estudo.....	2
1.1.1 Objetivos principais.....	2
1.1.2 Objetivos secundários.....	2
2. Materiais e métodos.....	3
2.1 Tipo de estudo.....	3
2.2 Seleção da amostra.....	3
2.3 Procedimento.....	3
2.4 Variáveis.....	4
2.5 Análise estatística.....	5
3. Resultados.....	7
3.1 Descrição da amostra.....	7
3.2 Fatores predisponentes.....	7
3.3 Modelo multivariado dos fatores predisponentes.....	12
3.4 Fatores protetores.....	13
3.5 Modelo multivariado dos fatores protetores.....	16
3.6 Comparação entre os centros de saúde do ACeS Cova da Beira.....	17
4. Discussão.....	19
5. Bibliografia.....	23
6. Anexos.....	25

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Dimensões da escala de depressão CES-D e respetivos itens.....	5
Tabela 2 - Estatística de consistência interna da escala CES-D.....	6
Tabela 3 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e estado civil.....	7
Tabela 4 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e escolaridade.....	7
Tabela 5 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida adversos na infância.....	8
Tabela 6 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e história pessoal de depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada.....	8
Tabela 7 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e história pessoal de depressão (sem ser pós-parto) diagnosticada e/ou tratada antes da menopausa.	9
Tabela 8 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menopausa cirúrgica.....	9
Tabela 9 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e sintomas vasomotores.....	10
Tabela 10 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e perturbações do sono.....	10
Tabela 11 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e tabagismo ativo.....	10
Tabela 12 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida adversos recentes.....	11
Tabela 13 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e atitude negativa perante o envelhecimento.....	11
Tabela 14 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e autoavaliação negativa do estado de saúde.....	12
Tabela 15 - Influência simultânea de todos os fatores predisponentes.....	12
Tabela 16 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e estado civil.....	13
Tabela 17 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menarca precoce.....	13
Tabela 18 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menopausa tardia.....	14
Tabela 19 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e terapia de reposição hormonal.....	14

Tabela 20 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e suporte emocional.....	14
Tabela 21 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e satisfação sexual.....	15
Tabela 22 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e atividades extraprofissionais de lazer.....	15
Tabela 23 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e prática de exercício físico regular.....	16
Tabela 24 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida positivos recentes.....	16
Tabela 25 - Influência simultânea de todos os fatores protetores.....	17
Tabela 26 - Comparação entre a escala de depressão CES-D e os Centros de Saúde.....	17

## **Lista de acrónimos e siglas**

OMS	Organização Mundial de Saúde
ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
OR	Odds Ratio
IC	Intervalo de Confiança
LS	Limite Superior
LI	Limite Inferior
p	Valor de Prova

# 1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva (1) e acarreta graves impactos negativos na dinâmica pessoal de quem é afetado, nomeadamente a nível laboral, familiar e social, (2) sendo ainda considerada a principal causa de morte por suicídio. (1)

Estudos epidemiológicos apontam para que 1 em cada 5 mulheres vá experienciar um episódio depressivo *major* no decorrer da sua vida, sendo os períodos de maior oscilação hormonal os mais propícios, tais como a fase lútea do ciclo menstrual, a gravidez ou a peri- e pós-menopausa. (3)

Por seu lado, a menopausa corresponde à cessação permanente da menstruação em decorrência do esgotamento folicular dos ovários (fisiológica). A sua definição é clínica e retrospectiva, pois implica amenorreia de um ano. Habitualmente ocorre entre os 45 e os 55 anos. A perimenopausa, período de tempo variável (entre 4 a 8 anos) que se estende até um ano após a menopausa, é marcada pela progressiva diminuição da produção ovárica de estrogénio e consequente aparecimento de sintomatologia característica (afrontamentos, suores noturnos, diminuição da libido, etc). Decorrente das alterações hormonais significativas, tem-se procurado investigar se a perimenopausa e a pós-menopausa são, por si só, fatores predisponentes ao desenvolvimento de perturbação depressiva *de novo* ou à sua recorrência, o que se verifica em muitas mulheres imediatamente antes ou logo após a menopausa. (6,7)

Apesar de muita pesquisa ter vindo a ser realizada, ainda persiste alguma controvérsia acerca da “depressão relacionada com a menopausa” e, inclusive, muitos estudos têm sido discordantes. (3,4) Um dos motivos que mais tem contribuído para a ausência de resultados sólidos são as limitações metodológicas, nomeadamente a falta de critérios *standard* para definir a perimenopausa, a utilização de ferramentas de rastreio de sintomatologia depressiva inadequadas e variáveis, diferenças substanciais no desenho dos estudos, a sobreposição de sintomatologia depressiva e sintomatologia típica da perimenopausa e pós-menopausa (problemas de sono, fadiga) e a falta de consideração de circunstâncias que podem, igualmente, condicionar o aparecimento de sintomatologia depressiva nesta etapa da vida, tais como condições médicas ou eventos de vida adversos (reforma, ninho vazio, cuidado a familiares). (3,4)

Mais recentemente, estudos longitudinais focados na sintomatologia depressiva demonstraram que, embora a maioria das mulheres não desenvolva perturbação depressiva *major* durante a pós-menopausa, este período da sua vida está associado a níveis elevados de sintomatologia

depressiva, independentemente de outros fatores demográficos, psicossociais, comportamentais e de saúde. (6)

## **1.1 Objetivos do estudo**

### **1.1.1 Objetivos principais**

Determinar a prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres menopáusicas residentes na Cova da Beira.

Aferir se a pós-menopausa, mediante as manifestações clínicas decorrentes de défices estrogénicos (como os sintomas vasomotores ou as perturbações do sono), é *per se* um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na amostra estudada.

### **1.1.2 Objetivos secundários**

Aferir a importância e contribuição de vários fatores, descritos na literatura como protetores (suporte emocional, atividades lúdicas prazerosas, entre outros) ou predisponentes (antecedentes psiquiátricos, eventos adversos recentes, entre outros) ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, para o desenvolvimento da mesma na amostra.

Averiguar a diferença na prevalência de sintomatologia depressiva entre a população da Covilhã, do Fundão e de Belmonte.

## **2. Materiais e métodos**

### **2.1 Tipo de estudo**

Este é um estudo transversal, descritivo e correlacional realizado no ACeS Cova da Beira, o qual compreende os Centros de Saúde da Covilhã, do Fundão e de Belmonte.

A investigação teve parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

### **2.2 Seleção da amostra**

Para a realização do presente estudo foi obtida uma amostra constituída por 125 elementos do sexo feminino. Tendo em conta a densidade populacional, foram selecionadas 50 mulheres na Covilhã, 50 no Fundão e 25 em Belmonte. Foi pedida a colaboração de mulheres que aguardavam consulta de Medicina Geral e Familiar e que preenchiam os critérios de inclusão do estudo até se obter o número pretendido de participantes.

Foram incluídas no estudo mulheres com idade compreendida entre os 55 e os 75 anos e que se encontravam no período pós-menopausa.

A participação de todos os elementos foi voluntária, tendo sido obtido previamente o consentimento informado escrito de todos eles. Todos os dados recolhidos são confidenciais de forma a garantir a privacidade de todas as participantes.

### **2.3 Procedimento**

O presente trabalho foi iniciado por uma fase de pesquisa, na qual se consultaram diversos artigos do arquivo de literatura médica *PubMed* utilizando as palavras *depression and menopause*, com o propósito de averiguar os fatores comprovadamente estabelecidos como predisponentes ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva em mulheres que transitaram para a pós-menopausa, bem como os eventuais fatores protetores. Elaborou-se, então, um questionário, com base nos mesmos, a aplicar à amostra de 125 mulheres pós-menopáusicas, com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos, nos Centros de Saúde da Covilhã, do Fundão e de Belmonte.

O questionário incluiu os antecedentes ginecológicos (idade da menarca e da menopausa, paridade, ooforectomia, TRH), antecedentes de patologia psiquiátrica (depressão pós-parto ou outra, medicação anti-depressiva), hábitos e estilo de vida (hábitos tabágicos e alcoólicos, atividade física, atividade sexual, atividades de lazer), sintomas característicos da peri e pós-menopausa (afrontamentos, suores noturnos, problemas de sono), a auto-perceção do estado

de saúde, o impacto do envelhecimento, bem como fatores psicossociais, nomeadamente o suporte emocional e eventos de vida marcantes recentes (ninho vazio, morte ou cuidado de familiares, reforma) ou na infância (divórcio dos pais, violência, abusos).

Simultaneamente com a aplicação do questionário foi entregue para preenchimento uma escala de rastreio de sintomatologia depressiva, a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), composta por 20 questões representativas das principais manifestações de perturbação depressiva, às quais são dadas respostas numa escala de 4 pontos (0-3) consoante a frequência com que os sintomas foram vividos na semana anterior. Foi utilizada a versão portuguesa da escala, validada em 2004 por Gonçalves e Fagulha.

Tanto a escala CES-D como o questionário foram aplicados verbalmente.

## **2.4 Variáveis**

O questionário aplicado compreendia questões referentes a fatores considerados na literatura como predisponentes ou protetores do desenvolvimento de sintomatologia depressiva em mulheres pós-menopáusicas.

Os fatores considerados predisponentes eram:

- Eventos de vida adversos na infância;
- Baixa escolaridade;
- Estado civil (solteira, divorciada ou viúva);
- História pessoal de perturbação depressiva antes da menopausa;
- Menopausa cirúrgica (ooforectomia);
- Sintomas vasomotores;
- Perturbações do sono;
- Hábitos tabágicos;
- Eventos de vida adversos recentes;
- Atitude negativa perante o envelhecimento;
- Auto-avaliação negativa do estado de saúde.

Os fatores considerados protetores eram:

- Estado civil (casada);
- Menarca precoce (<12A);
- Menopausa tardia (>52A);
- Terapia de reposição hormonal;
- Suporte emocional;
- Boa satisfação sexual;
- Atividades extra-profissionais de lazer;
- Prática de exercício físico regular;
- Eventos de vida positivos recentes.

A escala de rastreio de sintomatologia depressiva CES-D era composta por 20 questões distribuídas por 4 dimensões:

- Humor depressivo;
- Humor positivo;
- Sintomas somáticos e perda de energia ou atividade;
- Interpessoal.

## 2.5 Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22. Os métodos estatísticos utilizados foram a estatística descritiva, a análise de consistência interna da escala de rastreio CES-D e o teste do Qui-quadrado.

Para a análise da variável idade recorreu-se à estatística descritiva, utilizando-se medidas como a média e o desvio-padrão.

Avaliou-se a consistência interna da escala CES-D com recurso ao modelo Alfa de Cronbach, o qual mede a forma como um conjunto de itens representam uma determinada dimensão. Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado e um coeficiente de consistência interna entre 0,60 e 0,80 é considerado como aceitável, de acordo com Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnally (1978).

Tabela 1 - Dimensões da escala de depressão CES-D e respetivos itens

DIMENSÕES	Itens
Dimensão I - humor depressivo	1. Fiquei aborrecida com coisas que habitualmente não me aborrecem 3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com ajuda da família ou amigos 6. Senti-me deprimida 9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso 17. Tive ataques de choro 18. Senti-me triste
Dimensão II - humor positivo	4. Senti que valia tanto como os outros 8. Senti-me confiante no futuro 12. Senti-me feliz 16. Senti prazer ou gosto na vida
Dimensão III - sintomas somáticos e perda de energia ou atividade	2. Não me apeteceu comer / Estava sem apetite 5. Tive dificuldade em manter-me concentrada no que estava a fazer 7. Senti que tudo o que fazia era um esforço 10. Senti-me com medo 11. Dormi mal 13. Falei menos que o costume 20. Senti falta de energia
Dimensão IV - interpessoal	14. Senti-me sozinha 15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo 19. Senti que as pessoas não gostavam de mim

Tabela 2 - Estatística de consistência interna da escala CES-D

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de Itens</b>
Escala de sintomatologia depressiva CES-D	0,885	20
Dimensão I - humor depressivo	0,868	6
Dimensão II - humor positivo	0,768	4
Dimensão III - sintomas somáticos e perda de energia ou atividade	0,624	7
Dimensão IV - interpessoal	0,635	3

O valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para a escala CES-D e para a dimensão I, pelo que, para a escala e para esta dimensão podemos considerar os dados adequados como unidimensionais. O Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60 para as restantes dimensões II, III e IV, pelo que nessas dimensões podemos ainda considerar os dados aceitáveis como unidimensionais.

Portanto, a escala CES-D é adequada para medir a sintomatologia depressiva e pelo menos aceitável para medir as respetivas dimensões.

Recorreu-se ao teste do Qui-quadrado para estudar a relação entre duas variáveis qualitativas. Quando o valor de prova (p) é inferior a 5% (0,05) conclui-se que as duas variáveis estão relacionadas de forma estatisticamente significativa. Quando o valor de prova do teste é superior ao valor de referência de 5%, deduz-se que as variáveis não estão relacionadas.

## 3. Resultados

### 3.1 Descrição da amostra

Da amostra de 125 participantes do sexo feminino:

- 40%, correspondente a 50 participantes, são utentes do Centro de Saúde da Covilhã;
- 40%, correspondente a 50 participantes, são utentes do Centro de Saúde do Fundão;
- 20%, correspondente a 25 participantes, são utentes do Centro de Saúde de Belmonte.

Belmonte.

As participantes tinham idade compreendida entre os 55 e os 75 anos, com uma média de idade de 63 anos e um desvio-padrão de 5,84 anos.

### 3.2 Fatores predisponentes

#### 3.2.1 Estado civil (solteira, divorciada ou viúva)

Tabela 3 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e estado civil

Estado Civil	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado	
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva		
Solteira, Divorciada/ Separada, Viúva	N % no grupo	18 66,7%	9 33,3%	$\chi^2_{(1)}=0,140$
Casada/ União de facto	N % no grupo	69 70,4%	29 29,6%	$p=0,708$

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para o grupo “Solteira, Divorciada, Viúva”. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,140$ ;  $p=0,708$ ).

Portanto, podemos concluir que o estado civil “solteira, divorciada, viúva” não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

#### 3.2.2. Baixa escolaridade

Tabela 4 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e escolaridade

Escolaridade	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado	
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva		
2.º ciclo ou superior	N % no grupo	60 75,9%	19 24,1%	$\chi^2_{(1)}=4,090$
Até 1.º ciclo (baixa escolaridade)	N % no grupo	27 58,7%	19 41,3%	$p=0,043$ *

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para o grupo de escolaridade “Até 1.º ciclo”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=4,090$ ;  $p=0,043$ ).

Assim, podemos afirmar que ter baixa escolaridade foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.3 Eventos de vida adversos na infância

Tabela 5 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida adversos na infância

Eventos de vida adversos na infância	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	68	$\chi^2_{(1)}=0,733$
	% no grupo	71,6%	
Sim	N	19	$p=0,392$
	% no grupo	63,3%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem teve eventos de vida adversos na infância. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,733$ ;  $p=0,392$ ).

Logo, podemos deduzir que ter tido eventos de vida adversos na infância não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.4 História pessoal de perturbação depressiva antes da menopausa

#### 3.2.4.1 Depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada

Tabela 6 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e história pessoal de depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada

Teve alguma depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada?	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	77	$\chi^2_{(1)}=3,574$
	% no grupo	74,0%	
Sim	N	4	$p=0,059$
	% no grupo	44,4%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem teve alguma depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=3,574$ ;  $p=0,059$ ).

Portanto, podemos concluir que ter tido alguma depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.4.2 Depressão (sem ser pós-parto) diagnosticada e/ou tratada antes da menopausa

Tabela 7 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e história pessoal de depressão (sem ser pós-parto) diagnosticada e/ou tratada antes da menopausa

Teve alguma depressão (sem ser pós-parto)?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	72	27	$\chi^2_{(1)}=2,200$
	% no grupo	72,7%	27,3%	
Sim	N	15	11	p=0,138
	% no grupo	57,7%	42,3%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem teve alguma depressão (sem ser pós-parto) diagnosticada e/ou tratada antes da menopausa. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=2,200$ ; p=0,138).

Assim, podemos afirmar que ter tido alguma depressão (sem ser pós-parto) diagnosticada e/ou tratada antes da menopausa não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.5 Menopausa cirúrgica (ooforectomia)

Tabela 8 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menopausa cirúrgica

Fez alguma cirurgia para remoção dos ovários?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	67	27	$\chi^2_{(1)}=0,504$
	% no grupo	71,3%	28,7%	
Sim	N	20	11	p=0,478
	% no grupo	64,5%	35,5%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem fez ooforectomia. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,504$ ; p=0,478).

Portanto, podemos deduzir que ter antecedentes de menopausa cirúrgica não foi um fator que predispôs ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.6 Sintomas vasomotores

Tabela 9 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e sintomas vasomotores

Sintoma vasomotor da menopausa		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Nunca teve	N	28	10	$\chi^2_{(1)}=0,430$
	% no grupo	73,7%	26,3%	
Tem ou já teve	N	59	28	p=0,512
	% no grupo	67,8%	32,2%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem tem ou já teve algum sintoma vasomotor da menopausa. Porém, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,430$ ; p=0,512).

Logo, podemos concluir que ter sintomas vasomotores não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.7 Perturbações do sono

Tabela 10 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e perturbações do sono

Habitualmente acha que tem dificuldades em dormir?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	54	9	$\chi^2_{(1)}=15,588$
	% no grupo	85,7%	14,3%	
Sim	N	33	29	p=0,000 **
	% no grupo	53,2%	46,8%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem tem dificuldades em dormir, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=15,588$ ; p<0,001).

Assim, podemos deduzir que ter perturbações do sono foi um fator que predispôs ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.8 Hábitos tabágicos

Tabela 11 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e tabagismo ativo

Fuma?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Nunca fumei ou já fumei	N	76	36	$\chi^2_{(1)}=1,546$
	% no grupo	67,9%	32,1%	
Fumo	N	11	2	p=0,241
	% no grupo	84,6%	15,4%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem não fuma. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,546$ ;  $p=0,241$ ).

Portanto, podemos afirmar que o tabagismo ativo não foi um fator predisponente (nem protetor!) ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.9 Eventos de vida adversos recentes

Tabela 12 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida adversos recentes

Eventos de vida adversos recentes	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	54	$\chi^2_{(1)}=6,785$
	% no grupo	79,4%	
Sim	N	33	$p=0,009$ **
	% no grupo	57,9%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem teve eventos de vida adversos recentes, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=6,785$ ;  $p=0,009$ ).

Logo, podemos concluir que ter tido eventos de vida adversos recentes foi um fator que predispôs ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.10. Atitude negativa perante o envelhecimento

Tabela 13 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e atitude negativa perante o envelhecimento

Como a afeta psicologicamente o avançar da idade?	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não me afeta	N	48	$\chi^2_{(1)}=1,154$
	% no grupo	73,8%	
Afeta-me um pouco ou muito	N	39	$p=0,283$
	% no grupo	65,0%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem é afetado psicologicamente pelo avançar da idade. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,154$ ;  $p=0,283$ ).

Portanto, podemos afirmar que ter uma atitude negativa perante o envelhecimento não foi um fator predisponente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.2.11. Autoavaliação negativa do estado de saúde

Tabela 14 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e autoavaliação negativa do estado de saúde

Como avalia o seu estado de saúde no geral?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Bom	N	21	5	$\chi^2_{(1)}=1,936$
	% no grupo	80,8%	19,2%	
Razoável ou Mau	N	66	33	p=0,164
	% no grupo	66,7%	33,3%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem faz autoavaliação negativa do próprio estado de saúde. Porém, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,936$ ; p=0,164).

Assim, podemos deduzir que ter uma autoavaliação negativa do estado de saúde não foi um fator que predispôs ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

## 3.3 Modelo multivariado dos fatores predisponentes

Para este modelo, verificam-se 113 casos válidos, que correspondem a 90,4% da amostra, devido à existência de 12 casos com *missing values* para “Teve alguma depressão pós-parto diagnosticada e/ou tratada?”.

Na tabela apresentam-se os resultados da regressão, em termos de Odds Ratio, e respetivos Intervalos de Confiança a 95%, bem como a sua significância.

Tabela 15 - Influência simultânea de todos os fatores predisponentes

	OR	IC a 95% para OR		p
		LI	LS	
Estado Civil	0,887	0,205	3,840	0,872
Escolaridade	1,479	0,547	3,994	0,440
Eventos Adversos Infância	0,831	0,276	2,503	0,742
Depressão Pós-Parto	2,087	0,423	10,291	0,366
Depressão Sem Ser Pós-Parto	1,654	0,422	6,481	0,470
Hereditariedade	2,866	0,492	16,692	0,241
Menopausa Cirúrgica	0,902	0,276	2,948	0,864
Sintomas Vasomotores	1,528	0,481	4,852	0,472
Perturbações do Sono	5,372	1,780	16,212	** 0,003
Tabagismo Ativo	0,632	0,100	3,999	0,626
Eventos de Vida Adversos Recentes	3,617	1,308	9,996	* 0,013
Atitude Negativa Perante Envelhecimento	1,094	0,410	2,921	0,858
Autoavaliação Negativa Estado Saúde	2,424	0,570	10,320	0,231
Constante	,020			0,000

### Fatores Significantes:

- A probabilidade de ter sintomatologia depressiva aumenta em média por um fator de 5,372 para as que apresentam perturbações do sono, em comparação com as que não apresentam (OR=5,372, p=0,003, com um IC a 95% de [1,780, 16,212]).

- A probabilidade de ter sintomatologia depressiva aumenta em média por um fator de 3,617 para as que apresentam eventos de vida adversos recentes, em comparação com as que não apresentam (OR=3,617, p=0,013, com um IC a 95% de [1,308, 9,996]).

Portanto, globalmente, utilizando um modelo multivariado, podemos concluir que apenas as perturbações do sono e os eventos de vida adversos recentes foram fatores predisponentes ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

## 3.4 Fatores protetores

### 3.4.1 Estado civil (casada)

Tabela 16 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e estado civil

Estado Civil		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Casada/ União de facto	N % no grupo	69 70,4%	29 29,6%	$\chi^2_{(1)}=0,140$ p=0,708
Solteira, Divorciada/ Separada, Viúva	N % no grupo	18 66,7%	9 33,3%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para o grupo “Solteira, Divorciada, Viúva”. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,140$ ; p=0,708).

Assim, podemos concluir que o estado civil “casada/união de facto” não foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.2 Menarca precoce

Tabela 17 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menarca precoce

Com que idade começou a menstruar?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
12 anos ou mais	N % no grupo	63 70,0%	27 30,0%	$\chi^2_{(1)}=0,024$ p=0,876
Menos de 12 anos	N % no grupo	24 68,6%	11 31,4%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para o grupo que teve menarca precoce (antes dos 12 anos). Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,024$ ; p=0,876).

Portanto, podemos deduzir que ter tido menarca precoce não foi um fator protetor (nem predisponente!) do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.3 Menopausa tardia

Tabela 18 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e menopausa tardia

Com que idade deixou de menstruar?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Até 52 anos	N	66	29	$\chi^2_{(1)}=0,003$
	% no grupo	69,5%	30,5%	
Mais de 52 anos	N	21	9	p=0,956
	% no grupo	70,0%	30,0%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é ligeiramente superior para o grupo que não teve menopausa tardia (após 52 anos). Porém, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,003$ ; p=0,956).

Logo, podemos concluir que a menopausa tardia não foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.4 Terapia de reposição hormonal

Tabela 19 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e terapia de reposição hormonal

Medicação de reposição de hormonas?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Nunca fiz	N	65	25	$\chi^2_{(1)}=1,045$
	% no grupo	72,2%	27,8%	
Faço/ Já fiz	N	22	13	p=0,307
	% no grupo	62,9%	37,1%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para o grupo que já fez ou faz terapia de reposição hormonal. No entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,045$ ; p=0,307).

Portanto, podemos deduzir que ter feito/fazer terapia de reposição hormonal não foi um fator protetor (nem predisponente!) do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.5 Suporte emocional

Tabela 20 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e suporte emocional

Atualmente sente-se apoiada pela família e/ou amigos?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	4	10	$\chi^2_{(1)}=12,543$
	% no grupo	28,6%	71,4%	
Sim	N	83	28	p=0,000 **
	% no grupo	74,8%	25,2%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem não se sente apoiada pela família e/ou amigos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=12,543$ ;  $p<0,001$ ).

Assim, podemos concluir que ter suporte emocional foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.6 Satisfação sexual

Tabela 21 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e satisfação sexual

É sexualmente ativa? Como classifica a sua satisfação sexual?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não é/ Má	N	46	30	$\chi^2_{(1)}=7,544$
	% no grupo	60,5%	39,5%	
Razoável/ Boa	N	41	8	p=0,006 **
	% no grupo	83,7%	16,3%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem não é sexualmente ativa ou classifica a sua satisfação sexual como má, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=7,544$ ;  $p=0,006$ ).

Logo, podemos afirmar que ter satisfação sexual foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.7 Atividades extraprofissionais de lazer

Tabela 22 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e atividades extraprofissionais de lazer

Atualmente ocupação extra-profissional que lhe dê prazer?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	21	18	$\chi^2_{(1)}=6,649$
	% no grupo	53,8%	46,2%	
Sim	N	66	20	p=0,010 *
	% no grupo	76,7%	23,3%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem não tem atividades extraprofissionais lúdicas, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=6,649$ ;  $p=0,010$ ).

Portanto, podemos deduzir que ter atividades extraprofissionais lúdicas foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.8 Prática de exercício físico regular

Tabela 23 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e prática de exercício físico regular

Faz regularmente alguma atividade física?		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Nunca fiz/ Já fiz	N	60	24	$\chi^2_{(1)}=0,405$
	% no grupo	71,4%	28,6%	
Sim	N	27	14	$p=0,525$
	% no grupo	65,9%	34,1%	

A percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem faz regularmente alguma atividade física. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,405$ ;  $p=0,525$ ).

Assim, podemos afirmar que a prática de exercício físico regular não foi um fator protetor (nem predisponente!) do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.4.9 Eventos de vida positivos recentes

Tabela 24 - Relação entre a escala de depressão CES-D (em função do ponto de corte) e eventos de vida positivos recentes

Eventos de vida positivos recentes		Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
		Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Não	N	68	33	$\chi^2_{(1)}=1,285$
	% no grupo	67,3%	32,7%	
Sim	N	19	5	$p=0,257$
	% no grupo	79,2%	20,8%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para quem não teve eventos de vida positivos recentes. Porém, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,285$ ;  $p=0,257$ ).

Logo, podemos concluir que ter tido eventos de vida positivos recentes não foi um fator protetor do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

### 3.5 Modelo multivariado dos fatores protetores

Para este modelo, verificam-se 125 casos válidos, que correspondem a 100,0% da amostra.

Na tabela apresentam-se os resultados da regressão, em termos de Odds Ratio, e respetivos Intervalos de Confiança a 95%, bem como a sua significância.

Tabela 25 - Influência simultânea de todos os fatores protetores

	OR	IC a 95% para OR		p
		LI	LS	
Estado Civil	1,536	0,466	5,061	0,481
Menarca Precoce	1,322	0,475	3,677	0,593
Menopausa Tardia	1,632	0,549	4,848	0,378
Terapia Reposição Hormonal	3,047	1,138	8,157	* 0,027
Suporte Emocional	0,061	0,013	0,281	** 0,000
Satisfação Sexual	0,209	0,068	0,641	** 0,006
Atividades Extraprofissionais Lúdicas	0,307	0,118	0,801	* 0,016
Prática de Exercício Físico Regular	2,623	0,884	7,786	0,082
Eventos de Vida Positivos Recentes	0,466	0,129	1,692	0,246
Constante	6,273			0,042

#### Fatores Significantes:

- A probabilidade de ter sintomatologia depressiva diminui em média por um fator de 0,061 para as que apresentam suporte emocional, em comparação com as que não apresentam (OR=0,061,  $p < 0,001$ , com um IC a 95% de [0,013, 0,281]).

- A probabilidade de ter sintomatologia depressiva diminui em média por um fator de 0,209 para as que apresentam satisfação sexual, em comparação com as que não apresentam (OR=0,209,  $p = 0,006$ , com um IC a 95% de [0,068, 0,641]).

- A probabilidade de ter sintomatologia depressiva diminui em média por um fator de 0,307 para as que apresentam atividades extraprofissionais lúdicas, em comparação com as que não apresentam (OR=0,307,  $p = 0,016$ , com um IC a 95% de [0,118, 0,801]).

Portanto, globalmente, utilizando um modelo multivariado, podemos concluir que apenas o suporte emocional, a satisfação sexual e as atividades extraprofissionais lúdicas foram fatores protetores do desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Para além disso, a terapia de reposição hormonal, quando considerada simultaneamente com os restantes fatores protetores, foi um fator que predispôs a sintomatologia depressiva.

### 3.6 Comparação entre os centros de saúde do ACeS Cova da Beira

Tabela 26 - Comparação entre a escala de depressão CES-D e os Centros de Saúde

Centro de Saúde	Escala de depressão CES-D		Teste Qui-quadrado
	Sem sintomatologia	Sintomatologia depressiva	
Covilhã	N	36	$\chi^2_{(2)}=2,779$
	% no CS	72,0%	
Belmonte	N	20	p=0,249
	% no CS	80,0%	
Fundão	N	31	
	% no CS	62,0%	

Na amostra, a percentagem de sintomatologia depressiva é superior para a amostra do Fundão, seguida da amostra da Covilhã e inferior para a amostra de Belmonte. Contudo, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(2)}=2,779$ ; p=0,249).

Assim, podemos concluir que o desenvolvimento de sintomatologia depressiva não apresentou variações significativas entre as amostras dos centros de saúde do ACeS Cova da Beira.

## 4. Discussão

O presente estudo demonstrou que, em mulheres na pós-menopausa residentes na Cova da Beira, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 38 mulheres em 125 (30,4%).

A média de idades das mulheres entrevistadas foi de 63 anos, o que significa que a maioria estava na chamada menopausa tardia (6 anos após a menopausa).

Neste estudo foi averiguado o impacto de 11 fatores descritos na literatura como predisponentes e 9 fatores descritos como protetores, tomados isoladamente e em conjunto, no desenvolvimento de sintomatologia depressiva em mulheres pós-menopáusicas da região da Cova da Beira.

De entre os fatores predisponentes estudados, o estado civil solteira/divorciada/viúva, a ocorrência de eventos de vida adversos na infância, a existência de antecedentes pessoais de depressão prévia à menopausa (incluindo a depressão pós-parto), a presença de antecedentes cirúrgicos de ooforectomia (os quais podem ter induzido a menopausa), a ocorrência presente e/ou passada de sintomas vasomotores, a atitude negativa perante o envelhecimento e a avaliação negativa do próprio estado de saúde, embora associados, quando considerados isoladamente, a percentagens mais elevadas de sintomatologia depressiva relativamente à classe oposta da sua variável, não são fatores predisponentes nas mulheres pós-menopáusicas da Cova da Beira, uma vez que a diferença entre classes opostas não é estatisticamente significativa.

Apenas um baixo nível de escolaridade, a presença de dificuldades no sono e a ocorrência recente de eventos de vida adversos são fatores predisponentes quando considerados isoladamente e, após uma análise multivariada de todos estes fatores, as perturbações do sono e os eventos adversos recentes são os únicos fatores que predispõem a sintomatologia depressiva na amostra estudada e, conseqüentemente, na referida população.

Na conferência do *National Institute of Health* de 2005 ficou estabelecido, com base em estudos observacionais longitudinais e transversais, que a pós-menopausa é a causa dos distúrbios do sono em algumas mulheres neste período, permanecendo inconclusivo o papel dos sintomas vasomotores nestes distúrbios.(5) Assim, na amostra estudada, sendo as perturbações do sono o fator predisponente mais fortemente associado a sintomatologia depressiva, e estando os sintomas vasomotores associados a percentagens mais altas de sintomas depressivos, mas com valores não estatisticamente significativos, podemos afirmar que a pós-menopausa é um fator predisponente a sintomatologia depressiva nesta população e que as perturbações do sono são independentes da coexistência de sintomas vasomotores.

Estas conclusões vão de encontro ao estudo longitudinal conduzido por Bromberger et al., 2007, o qual demonstrou que, apesar da pós-menopausa ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, também outros fatores contribuem, alguns dos quais de forma ainda mais robusta, para elevados valores de sintomas depressivos, tais como o fraco suporte social/emocional e os eventos adversos stressantes.(6) No entanto, neste estudo foi feito um seguimento anual durante 5 anos, pelo que foi possível quantificar o impacto dos vários *status* menopáusicos *per se* (pré, peri e pós-menopausa) na sintomatologia depressiva (isto é, independentemente das perturbações do sono). Para além disto, a relação causa-efeito entre a sintomatologia depressiva e os problemas de sono permanece discutível, no sentido de poder ser bidirecional. Mais ainda, alguns outros estudos apontam que a menopausa não tem efeitos psicológicos significativos na maioria das mulheres, contribuindo ainda mais para a controvérsia da menopausa como fator predisponente.(7,8)

É de notar que os hábitos tabágicos ativos, embora referidos na literatura como um eventual fator predisponente, estão associados, nesta amostra, a menor percentagem de sintomatologia depressiva em comparação com as participantes que não fumam. No entanto, para além da diferença não ser estatisticamente significativa, o número de participantes fumadoras na amostra é de apenas 13, o que impede inferências para as mulheres pós-menopáusicas da Cova da Beira e limita a perceção do impacto deste fator, respetivamente. Além disto, há estudos que revelam que não há diferenças significativas entre as mulheres menopáusicas que desenvolvem e as que não desenvolvem sintomatologia depressiva no que concerne aos hábitos tabágicos. (11)

Quanto aos fatores protetores, o estado civil casado, a menopausa tardia e a ocorrência recente de eventos de vida positivos, embora associados a percentagens mais baixas de sintomatologia depressiva relativamente ao grupo oposto, não são fatores protetores nas mulheres pós-menopáusicas da Cova da Beira, visto não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Analisando todos os fatores simultaneamente, apenas a presença de suporte emocional, uma boa satisfação sexual e a existência de atividades extraprofissionais lúdicas são fatores protetores do desenvolvimento de sintomatologia depressiva na referida população.

Refira-se que, contrariamente ao estabelecido na maioria da literatura, o surgimento da menarca em idade precoce e a prática regular de exercício físico estão associados a maior percentagem de sintomatologia depressiva na amostra. Contudo, a diferença não é estatisticamente significativa, pelo que ambos os fatores não predispõem a sintomatologia depressiva na população estudada. Para além disso, segundo um estudo longitudinal que avaliou a relação entre o *status* reprodutivo das mulheres e a presença de episódios depressivos ao longo dos mesmos, bem como a influência de outros fatores nestes, a prática regular de

exercício físico não prediz o desenvolvimento de sintomatologia depressiva durante a menopausa. (11)

Para além destes fatores, também a terapia de reposição hormonal está associada a maior percentagem de sintomatologia depressiva e a diferença entre as mulheres pós-menopáusicas da região que fazem/já fizeram e as que nunca fizeram, considerando todos os fatores protetores concomitantemente, é estatisticamente significativa, o que vai igualmente de encontro ao estudo de Bromberger et al., 2007.(6) No entanto, este resultado poderia afigurar-se algo contraditório na medida em que a reposição hormonal já foi sugerida como uma abordagem terapêutica para os distúrbios de humor refratários na pós-menopausa, por evidenciar a potenciação de resposta aos antidepressivos.(9) Podemos estar perante um viés de estudo, uma vez que este é transversal e quantifica a sintomatologia depressiva corrente numa única ocasião. Partindo do pressuposto de que as mulheres que faziam TRH o faziam porque já estariam a experienciar efeitos adversos da privação estrogénica (por ex. sintomas vasomotores com ou sem perturbações do sono), com impacto no seu estado psicológico, podemos considerar que algumas dessas mulheres ainda se encontrariam, no momento do preenchimento da escala CES-D, a recuperar de tais consequências e, portanto, com níveis ainda elevados de sintomas depressivos. Não sendo um estudo longitudinal com *follow-up* ao longo do tempo, não será possível concluir se as mulheres que faziam TRH iriam apresentar, em avaliações posteriores, melhoria sintomática. Neste caso, os benefícios seriam mediante o alívio dos sintomas característicos da menopausa, uma vez que a TRH isoladamente não tem indicação para tratar sintomatologia depressiva. (9) Contudo, por outro lado, existem estudos que dão conta da inexistência de benefícios no humor da TRH em mulheres com elevada sintomatologia decorrente da deficiência de estrogénios, bem como na prevenção de perturbações de humor em mulheres previamente assintomáticas. (3)

Portanto, os resultados do presente estudo suportam a hipótese de que a pós-menopausa está associada a níveis elevados de sintomatologia depressiva, considerando este período de carência estrogénica como o principal responsável pelos distúrbios de sono nestas mulheres. Contudo, não se tratando de um estudo longitudinal que acompanha a transição das mulheres pelos diferentes *status* menopáusicos e que quantifica os sintomas depressivos durante os mesmos, e desconhecendo quer a qualidade do sono das mulheres nos outros períodos menopáusicos quer a verdadeira influência da pós-menopausa nos distúrbios deste, não é possível estabelecer uma conclusão acerca do impacto da pós-menopausa *per se* no desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Por outro lado, a falta de suporte emocional e os eventos de vida adversos estão fortemente relacionados a elevada sintomatologia depressiva, o que vai de encontro a inúmeros estudos publicados. (6,7)

Assim, mais do que o enfoque exclusivo no período pós-menopausa e nas consequências que advêm da privação estrogénica e que têm efeitos psicológicos prejudiciais, como as

perturbações do sono ou os sintomas vasomotores, deve dedicar-se também atenção às adversidades e eventos stressantes que podem surgir na vida das mulheres durante este período, nomeadamente o “ninho vazio”, a reforma e conseqüente perda de funções sociais, o surgimento de doenças crónicas ou até mesmo o cuidado a familiares, e que as podem tornar mais vulneráveis a apresentar sintomas depressivos. Para além disto, o suporte emocional, a satisfação pessoal e sexual a as atividades lúdicas foram os fatores protetores mais relevantes no estudo, pelo que os profissionais de Medicina Geral e Familiar, pela proximidade às utentes, devem valorizar medidas de aconselhamento neste sentido às mulheres na menopausa, bem como devem estabelecer um elo de ligação entre as utentes e outros profissionais de saúde sempre que considerem necessário, tais como psicólogos ou assistentes sociais.

Algumas limitações neste estudo devem ser consideradas. Em primeiro lugar, a amostra é constituída apenas por mulheres que recorreram a cuidados de saúde primários. Em segundo lugar, o valor preditivo positivo da escala CES-D (isto é, as mulheres com efetiva depressão *major* de entre todas as que têm valores de sintomatologia superior ao *cut-off*, o que alerta para a necessidade de maior vigilância e seguimento) é bastante baixo, o que induz a uma sobrevalorização dos sintomas.(4) Como já foi referido anteriormente, o facto do estudo não ser longitudinal e não permitir um *follow-up* em mais ocasiões torna inexequível concluir acerca do verdadeiro impacto do período pós-menopausa na sintomatologia depressiva, assim como impossibilita avaliar a evolução dos valores da escala de rastreio utilizada e a relação dessa eventual evolução com eventos importantes que tivessem surgido na vida da mulher. Por último, não foi inquirida a toma de medicamentos psicotrópicos nos elementos da amostra, os quais podem ser responsáveis pela subvalorização de sintomatologia depressiva.

Desta forma, mais estudos longitudinais são ainda necessários para se compreender a interação entre fatores biológicos/hormonais e sociais no surgimento de sintomatologia depressiva, sendo fundamental ultrapassar a limitação do viés de seleção da amostra, no sentido desta se aproximar o mais possível da população em causa.

## 5. Bibliografia

- (1) Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 2]  
Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- (2) Vivian-Taylor, J., Hickey, M. Menopause and depression: Is there a link? [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>
- (3) Soares, C N. Depression and Menopause [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.psc.2017.01.007>
- (4) Judd, F K., Hickey, M., Bryant, C. Depression and midlife: Are we overpathologising the menopause? [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 4]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21269707>
- (5) National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Management of Menopause-Related Symptoms [Internet] 2005 Jun 21 [cited 2020 Jan 7].  
Available from: <https://annals.org/aim/fullarticle/1143732/national-institutes-health-state-science-conference-statement-management-menopause-related>
- (6) Bromberger, J., Matthews, K., Schott, L., Brockwell, S., Avis, N., Kravitz, H., Everson-Rose, S., Gold, E., Sowers, M., Randolph, J. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the nation (SWAN) [Internet]. 2007 [cited 2020 Jan 4].  
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048765/>
- (7) Greene, J G., Cooke, D J. Life Stress and Symptoms at the Climacterium [Internet]. 1980 [cited 2020 Jan 7]. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1192/bjp.136.5.486>
- (8) Bromberger, J T., Matthews, K A. A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women [Internet]. 1996 [cited 2020 Jan 7]. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1037//0882-7974.11.2.207>
- (9) Stute, P., Spyropoulou, A., Karageorgiou, V., Cano, A., Bitzer, J., Ceausu, I., Lambrinouadaki, I. Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS Position Statement [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 7]. Available: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.11.002>
- (10) Soares, C N. Menopause and depression [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 18]. Available from: <https://sci-hub.se/10.1097/GME.0000000000000791>

(11) Schmidt, P J., Haq, N., Rubinow, D R. A Longitudinal Evaluation of the Relationship Between Reproductive Status and Mood in Perimenopausal Women [Internet]. 2004 [cited 2020 Jan 7]. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1176/appi.ajp.161.12.2238>

## Anexos

### Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

#### **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-031:ID1300**

Na sua reunião de 9 de julho de 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**A depressão na mulher menopáusicas - um estudo na população da Cova da Beira**”, da proponente **Ana Filipa Néri Fialho**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-031.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 06 de agosto de 2019

**JOSÉ ANTÓNIO  
MARTINEZ  
SOUTO DE  
OLIVEIRA** Assinado de forma  
digital por JOSÉ  
ANTÓNIO MARTINEZ  
SOUTO DE OLIVEIRA  
Dados: 2019.08.07  
12:10:07 +01'00'

(Presidente da Comissão de Ética)  
(Professor Emérito)

## Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da ARSC



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>Handwritten signature</i> 27 de 2019 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	--



Título: "A depressão na mulher menopáusica - um estudo na população da Cova da Beira"

Processo 65/2019

**ASSUNTO:**

Autores: Ana Filipa Néri Fialho – Estudante do 5º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; Vitor Manuel Branco e Silva Caeiro – Assistente Graduado de Ginecologia/Obstetria Hospital do Espírito Santo de Évora EPF, *Dr. João Reis Mendes* – Assistente Especialista em Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

O estudo que os investigadores se propõem desenvolver tem como objetivos: *Dr. Mário Riva* a relevância e do impacto que a transição das mulheres para o período da menopausa tem no desenvolvimento de sintomatologia depressiva; perceber quais são os fatores (psicossociais, hormonais, estilo de vida, antecedentes patológicos) que contribuem para desenvolvimento de sintomatologia depressiva, no período de menopausa; identificar se existem diferenças significativas relativas ao fenómeno em estudo na população do Fundão, da Covilhã e de Belmonte.

Trata-se de um estudo observacional, de natureza quantitativa, descritivo com recurso a questionário para a colheita de dados. O questionário tem duas partes: uma com questões que visam conhecer os antecedentes ginecológicos, antecedentes de patologia psiquiátrica (depressão), hábitos e estilo de vida, bem como fatores psicossociais, nomeadamente o suporte emocional. A segunda parte consiste numa escala para rastreio de sintomatologia depressiva (*center for epidemiologic studies depression scale* (CES-D), composta por 20 questões representativas dos principais aspetos da sintomatologia depressiva, às quais são dadas respostas numa escala de 4 pontos (0-3) consoante a frequência com que os sintomas foram vividos na semana anterior. Será usada uma versão portuguesa de 2004, validada. O questionário será aplicado a uma amostra de aproximadamente 200 mulheres menopáusicas, com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos, nos centros de Saúde da Covilhã, do Fundão e de Belmonte, que aceitarem voluntariamente participar no estudo.



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A análise dos documentos permite verificar que: estão definidos critérios de inclusão e exclusão; é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes. Os dados são anonimizados, é garantida a confidencialidade dos mesmos, é apresentado o instrumento de colheita de dados, não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Coimbra, 14 de junho de 2019

Relator:

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da CES-ARSC

(Carlos Fontes Ribeiro)

## Anexo 3 - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

### CES-D

**Instruções:**

Encontra, nesta página, uma lista das maneiras como se pode **ter sentido ou reagido**. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

- a) Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia);
- b) Ocasionalmente (1 ou 2 dias);
- c) Com alguma frequência (3 ou 4 dias);
- d) Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Nunca ou Muito Raramente</b>	<b>Ocasional-mente</b>	<b>Com alguma frequência</b>	<b>Com muita frequência ou sempre</b>
1. Fiquei aborrecido(a) com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer / Estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com ajuda da família ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado(a) no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 4 - Questionário

“A depressão na mulher menopáusicas: um estudo na população da Cova da Beira”

Idade: \_\_\_\_\_

Localidade em que reside: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Com que idade começou a menstruar? \_\_\_\_\_

Com que idade deixou de menstruar (entrou na menopausa)? \_\_\_\_\_

Teve alguma depressão **pós-parto** diagnosticada e/ou tratada? **Sim**  **Não**

Fez alguma cirurgia para remoção dos ovários? **Sim**  **Não**

**Se sim:** Com que idade? \_\_\_\_\_

Tem ou já teve algum sintoma vasomotor da menopausa (calores, suores noturnos, palpitações, inquietação)? **Tenho**  **Já tive**  **Nunca tive**

Qual/quais já teve e quanto tempo duraram? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qual/quais tem e há quanto tempo duram? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faz ou já fez alguma medicação de reposição de hormonas? **Faço**  **Já fiz**   
**Nunca fiz**

**Se faz atualmente:** Qual/quais? \_\_\_\_\_

Com que idade fez pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo faz? \_\_\_\_\_

**Se já fez:** Qual/quais? \_\_\_\_\_  
Durante quanto tempo fez? \_\_\_\_\_

Teve algum trauma ou dificuldade na infância que a marcou (abandono, divórcio dos pais, perda de algum dos pais ou irmão, abuso)? **Sim**  **Não**

**Se sim:** Qual/quais e com que idades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teve alguma depressão (**sem ser pós-parto**) diagnosticada e/ou tratada **antes** da menopausa? **Sim**  **Não**

**Se sim:** Quantas e com que idades? \_\_\_\_\_

Fuma? **Fumo**  **Já fumei**  **Nunca fumei**

**Se fuma atualmente:** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_

Bebe regularmente bebidas alcoólicas? **Sim**  **Já bebi**  **Nunca bebi**

**Se bebe regularmente:** Quantos copos/dia? \_\_\_\_\_

Faz regularmente alguma atividade física? **Faço**  **Já fiz**  **Nunca fiz**

**Se faz regularmente :** Qual/quais? \_\_\_\_\_  
Quanto tempo por semana? \_\_\_\_\_

É sexualmente ativa? **Sou**  **Já não sou**  **Nunca fui**

**Se é sexualmente ativa:** Como classifica a sua satisfação sexual?

- Boa
- Razoável
- Má

Atualmente tem alguma ocupação extra-profissional que lhe dê prazer? **Sim**

**Não**

**Se sim:** Qual/quais? \_\_\_\_\_

Atualmente sente-se apoiada pela família e/ou amigos? **Sim**  **Não**

**Se sim:** Quem mais a apoia? \_\_\_\_\_

Recentemente houve algum acontecimento importante na sua vida que a tenha marcado (reforma, doença, problemas financeiros, perda de entes queridos, saída dos filhos de casa, matrimónio dos filhos, ter de tomar conta de algum familiar)? **Sim**  **Não**

**Se sim:** O que a marcou positivamente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que a marcou negativamente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habitualmente acha que tem dificuldades em dormir? **Sim**  **Não**

**Se sim:** Qual/quais?

É difícil adormecer

Acordo a meio da noite e é difícil voltar a adormecer

Acordo mais cedo do que é suposto e já não durmo mais até me levantar

Acho que durmo muito pouco

Como a afeta psicologicamente o avançar da idade?

Não me afeta

Afeta-me um pouco

Sinto-me muito afetada

Como avalia o seu estado de saúde no geral?

Bom

Razoável

Mau