

INFLUÊNCIA DO CICLO MENSTRUAL EM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

Sebastião Mauricio Bianco¹
Luciana Barancelli²
Angela Karoline Roveda²
Juliana C. Santin²

BIANCO, S.M.; BARANCELLI, L.; ROVEDA, A.K.; SANTIN, J.C. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr. p.11-17, 2004.*

RESUMO: A depressão é uma patologia que atinge cerca de 20% das mulheres, sem distinção de faixa etária, classe social. A depressão é mais freqüente em mulheres do que em homens (2:1), devido talvez à influência das flutuações hormonais. Visto isso a proposta deste estudo é verificar qual seria a influência do ciclo menstrual no aparecimento da depressão, em uma faixa etária inferior aos 35 anos. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista inicial semi-estruturada e o Inventário de Beck, com 93 participantes universitárias, de 18 a 35 anos, da Universidade Paranaense, na cidade de Umuarama-PR. Dentre os fatores analisados que apresentaram maior relação com a depressão, foi o uso de anticoncepcionais, sendo que 59,3% das participantes fazem o uso do mesmo. A idade média entre as participantes é de 22,4 anos. Verificou-se a incidência de 17,3% para episódios depressivos. Para estudos posteriores um acompanhamento mais próximo com as participantes contribuirá para a verificação mais completa da incidência da depressão e dos fatores que influenciam o aparecimento dela.

PALAVRAS-CHAVE: anticoncepcionais, depressão, Inventário de Beck, mulheres.

INFLUENCE OF THE MENSTRUAL CYCLE ON DEPRESSIVE EPISODES

BIANCO, S.M.; BARANCELLI, L.; ROVEDA, A.K.; SANTIN, J.C. Influence of the menstrual cycle on depressive episodes. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 8(1), jan./abr. p.11-17, 2004.*

ABSTRACT: Depression is a pathology that reaches about 20% of the women, no matter the age or social class. Depression is more frequent in women than in men (2:1), perhaps because of the hormonal fluctuations. Because of that, this study is to check which is the risk factor for the appearance of depression before the age of 35 years. The data were collected from an initial and semi-structured interview and the "Beck's Inventory" with 93 university participants from 18 to 35 years old from Paranaense University in the city of Umuarama-Pr. Among the analyzed factors that presented more relation with depression, was the use of contraceptives, as 59.3% of the participants use them. The average age among the participants was 22.4 years. It was recorded the incidence of 17.3% depressive episodes. For later studies a closer follow-up will contribute for the more complete verification of the incidence of depression and the factors that influence its appearance.

KEY WORDS: contraceptive, depression, Beck's Inventory, women.

Introdução

A princípio faz-se uma breve síntese sobre Depressão e sobre o ciclo menstrual e a possível influência deste na depressão, relacionada em sua maior parte ao gênero feminino, esclarecendo seus sintomas, causas, incidência e suas classificações.

Depressão

Dentre as várias patologias mentais que acometem a população do mundo inteiro, destaca-se a depressão como das que vem atingindo todos os indivíduos sem distinção de faixa etária, classe social, grau de escolaridade e sexo. Será abordado neste artigo o transtorno do humor depressivo maior-depressão, fazendo uma breve síntese deste assunto para um entendimento geral do tema em questão.

A palavra depressão pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou doença. Como doença, a característica essencial do episódio

depressivo maior é a presença de um humor deprimido, ou perda de interesse, ou prazer por quase todas as atividades (MORIHISA & SCIVOLETTO 2001). A depressão é uma alteração qualitativa, uma forma diferente de perceber a vida, (BROMISK, s.d.).

O humor pode ser normal, elevado ou deprimido. As pessoas com humor normal experimentam uma ampla faixa de humor e têm um repertório igualmente variado de expressões afetivas, elas sentem-se no controle de seus humores e afetos. Os transtornos do humor, constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento (KAPLAN *et al*, 1997).

Os pacientes com humor deprimido (transtorno depressivo maior-depressão), têm perda de energia e interesse, sentimento de culpa, dificuldade para concentrar-se, perda do apetite e pensamento sobre morte e suicídio. Outros sinais e sintomas do transtorno do humor incluem alterações nos níveis de atividade, capacidades cognitivas

¹Orientador de Trabalho de conclusão de Curso de Psicologia- Departamento de Psicologia- UNIPAR- e-mail: bianco@irapida.com.br

²Acadêmica de Psicologia- e-mail: lucianabarancelli@bol.com.br ; angelaroveda@bol.com.br; julianasantin@bol.com.br.

e funções vegetativas (como sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos). Essas mudanças quase sempre comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

A base causal para os transtornos do humor é desconhecida. Os fatores causais podem ser divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Esta divisão é arbitrária em razão da probabilidade de os três campos interagirem entre si. Por exemplo, os fatores biológicos e genéticos podem afetar a resposta de uma pessoa aos fatores psicossociais e assim sucessivamente (KAPLAN et al, 1997). A hipótese mais provável de ocorrer episódios depressivos seria a consequência de fatores biopsicossociais (BROMISK s.d.).

Segundo Kendler (*apud* SOARES, 2001) um estudo realizado através do *Virginia Twins Registry*, um banco de dados com mais de mil pares de gêmeos, mostrou em seus resultados que a variável de maior valor preditivo para o risco de depressão foi “eventos de vida estressantes”, que segundo PAIGE (2000) são: perda de um filho ou pessoas próximas, condição sócio-econômica e familiar, perda do emprego, separações e brigas conjugais.

Também existem alguns fatores de risco que podem desencadear a depressão, como: vida urbana, doença física, alterações afetivas prévias e outras doenças emocionais, história familiar de depressão, medicamentos, drogas ou álcool. Esses eventos não são responsáveis pela depressão, são desencadeadores, isto é, situações de estresse e fatores de risco da vida desencadeiam a depressão principalmente nas pessoas que vivem e reagem com sensibilidade acentuada (BALLONE, 2002). Enquanto que na terceira idade os desencadeadores podem ser a solidão, o sedentarismo e a perda de pessoas queridas. Fator genético (33%), foi a segunda co-variável de maior valor preditivo, seguido por “história prévia de depressão” e neuroticismo (personalidade com tendência neurótica).

De acordo com o DSMIV (1995), os pacientes devem apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e que representam uma mudança no funcionamento anterior, para ser diagnosticada a depressão:

- Humor deprimido;
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuído;
- Perda ou ganho significativo de peso;
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda de energia;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
- Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes sobre morte.

Todos os itens acima devem ocorrer na frequência de quase todos os dias e na maior parte do dia para ser enquadrado como sintoma depressivo.

O humor deprimido e perda de interesse ou prazer são os sintomas básicos da depressão. Os pacientes podem relatar que se sentem tristes, sem esperanças, na “fossa” ou inúteis. Para o paciente, o humor deprimido tem uma

qualidade distinta que o diferencia da emoção normal de tristeza ou perda. Os pacientes freqüentemente descrevem o sintoma de depressão como sendo de dor emocional lancinante, ou seja, que aflige, atormenta, algo doloroso (KAPLAN et al, 1997).

Cerca de dois terços dos pacientes deprimidos pensam em se matar e 10 a 15% cometem o suicídio. A ansiedade, com efeito, é um sintoma comum da depressão, afetando até 90% dos pacientes deprimidos, que vêem o futuro de forma pessimista, acham-se incapazes e perdedores (BROMISK, s.d.); incluindo ataque de pânico, abuso de álcool e queixas somáticas (como constipação e cefaléia) freqüentemente complicam o tratamento da depressão (Kaplan et al, 1997). O aspecto mais preocupante, é que no século XXI, espera-se que a depressão e seus efeitos associados sejam a maior causa de óbitos, após as mortes por violência (Beckert *apud* BRANDÃO; CONTE; MEZZARROBA, 2002).

Segundo SARGENT (s.d.) estima-se que cerca de 8% das pessoas adultas sofram de uma doença depressiva em algum período da vida. Ela afeta o bem estar e a felicidade dos pacientes e seus familiares, reduz a capacidade de trabalho, e, em consequência a produtividade do indivíduo na sociedade. Infelizmente uma grande parte das pessoas com depressão não procuram tratamento, embora possam ser auxiliadas. Encontram-se hoje disponíveis medicamentos e terapias psicossociais que aliviam a dor da depressão.

Os transtornos depressivos são altamente incapacitantes e vários fatores estão associados com sua prevalência, como idade, gênero e nível socioeconômico (Menezes; Nascimento *apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001). A depressão atinge 2 mulheres para cada homem. O que pode determinar essa diferença é a interferência dos ciclos hormonais, pelo fato de que algumas mulheres são mais susceptíveis às flutuações destes, e não pelo fato de existirem os ciclos hormonais. A diferença mais visível entre homens e mulheres deprimidos está no tipo de acontecimento desencadeador da crise, que nas mulheres está mais ligado ao relacionamento afetivo (CAMPOS, 2002).

Outro motivo para a diferença entre a prevalência de depressão entre homens e mulheres, pode ser o fato de os homens esquecerem mais freqüentemente os episódios prévios de depressão, o que introduziria um viés de informação nos resultados dos estudos e levaria à subestimação da prevalência de depressão entre os homens.

Os sintomas da depressão são semelhantes entre os homens e mulheres, mas estas podem se queixar mais de dores e também de sentimentos de culpa, já os homens são menos queixosos e identificam menos os sintomas durante a consulta, (Moreno *apud* CAMPOS, 2002).

Nos últimos anos, tem havido um aumento no reconhecimento de distúrbios psiquiátricos específicos do gênero feminino, como transtornos psiquiátricos relacionados ao puerpério e depressão na menopausa, (SOARES, 2001). O histórico de transtornos mentais no gênero feminino nos revela, que o ciclo menstrual da mulher tem sido relacionado há vários séculos com o surgimento ou a exacerbação de vários transtornos do humor e/ou de comportamento (Ussher *apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001). Desde os tempos hipocráticos se atribuía a própria “retenção do fluxo menstrual” o surgimento de delírios, alucinações ou mesmo

ideações suicidas, evidenciando a “doença das virgens”. O período da perimenopausa também se constituiria em fase de maior risco, na qual as mulheres poderiam ver o mundo em chamas, de cabeça para baixo, com a ocorrência de congestões cerebrais pela retenção de “material venoso” a partir do não funcionamento uterino (Farnham *apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

Nos últimos anos, as diversas fases do ciclo reprodutivo passaram a ser vistas como de maior vulnerabilidade para determinados transtornos psiquiátricos, através da formulação de modelos envolvendo alterações neuroquímicas, transtornos hormônio-dependentes ou mesmo modelos de causas multifatoriais (menstruais, personalidade, predisposição biológica) (Weich *apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001). Ainda no que se refere aos transtornos psiquiátricos e ao ciclo reprodutivo da mulher, observa-se um aumento da ocorrência de transtornos psiquiátricos em determinados períodos do ciclo como quadros pré-menstruais, puerperais ou no climatério.

A visão do ciclo menstrual mudou no decorrer da década e passou a ser vista como um fator gerador de estresse e que neste período a mulher fica mais vulnerável e predisposta a outros transtornos mentais (Brancoft *apud* ALMEIDA, 1996). Em 1953 através da Dra. Katrina Dalton, houve a mudança do termo tensão menstrual para síndrome pré-menstrual e enfatizou-se a grande variedade de sintomas que acometiam as mulheres neste período (ALMEIDA, 1996).

As mulheres atualmente são mais ativas, independentes e empreendedoras, ocupam lugar em casa e na sociedade, menstruam em média aos 12 anos e a cada geração a menstruação ocorre dez meses mais cedo. A mulher contemporânea tem um número menor de filhos e lhe falta de tempo para viver sua menstruação de modo tranqüilo, como nos séculos passados. Todos esses fatores propiciam o aparecimento cada vez maior do Transtorno Disórico Pré Menstrual (TDPM). Este atinge a mulher em seu aspecto físico, mental e social. É um modelo típico de doença sociopsicossomática (BERENSTEIN, 1995).

Segundo Weich (*apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001), entre as mulheres, a associação entre os transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão), trabalho, estado civil e paridade são altamente complexas e variam de acordo com a transformação específica dos papéis sociais ocupados. Mulheres casadas, com filhos pequenos e empregos com jornada integral, podem estar sob maior risco de desenvolver transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) do que mulheres casadas desempregadas ou mulheres casadas empregadas e sem filhos.

Neste século as mulheres mudaram sua forma de pensar, agir, cuidar da saúde, envelhecer e morrer. Esse processo de transformação da mulher e de sua feminilidade está ocorrendo muito rapidamente nos campos sociais e psicológicos. E tem repercussões também no físico da mulher, onde essas mudanças são tão ou mais rápidas (BERENSTEIN, 1995, p. 17).

As alterações emocionais cíclicas durante o período pré-menstrual, comprovadamente enquadradas nas características dos transtornos disfóricos pré-menstruais, exigem tratamento e, não poucas vezes, revelam co-morbidade

com quadros de depressão e ansiedade (CHENIAUX, 1999).

Segundo ALMEIDA (1996), é muito freqüente que ocorra a exacerbação de sintomas afetivos depressivos no período pré-menstrual em mulheres com transtornos afetivos. Ocorre de acordo com o autor, um número maior de internações de pacientes do sexo feminino com o diagnóstico de depressão no período pré-menstrual.

Inúmeros investigadores descreveram que a sintomatologia pré-menstrual apresenta-se de maneira muito semelhante à descrita para a depressão atípica. Além disso, foi observado que a intensidade da sintomatologia depressiva pré-menstrual é comparativamente mais branda do que a habitualmente encontrada em pacientes com depressão maior. A conclusão de que a sintomatologia pré-menstrual é leve ou moderada se repete quando são consideradas as auto-avaliações através do Inventário Beck para depressão.

De acordo com PAIGE (2000) e SOARES (2001), os tratamentos dos transtornos depressivos devem ser dirigidos a vários objetivos: primeiro lugar deve-se garantir a segurança do paciente, em segundo lugar, uma completa avaliação diagnóstica, em terceiro, um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do paciente. Embora a tendência atual seja enfatizar as farmacoterapias e psicoterapias dirigidas ao paciente individual, eventos vitais estressantes também estão associados com aumento nos índices de recaída em pacientes com transtornos depressivos. Portanto, o tratamento deve procurar reduzir o número e severidade dos estressores na vida do paciente.

A depressão apresenta-se hoje como uma doença que afeta muitas pessoas. Segundo CAMPOS (2002), a estimativa de pessoas depressivas na população varia de 10 a 15%, entre as mulheres este índice sobe para 20%. Devido à alta incidência em mulheres, estas estão mais sensíveis e sujeitas a outros transtornos psiquiátricos, tais como o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, que pode acometer as mulheres ao longo do seu ciclo reprodutivo.

Depressão na visão da Psicologia Comportamental

A palavra depressão, do francês *dépression* (originária do latim *depressione*), é definida no século XVIII como abaixamento (resultante de pressão ou de peso), além do significado de diminuição, redução ou letargia (Machado *apud* CAVALCANTE, 1997).

Neste trabalho será feita uma breve descrição da depressão, baseada em princípios filosóficos do Behaviorismo Radical e conceituais da Análise do comportamento. A filosofia Behaviorista Radical surgiu no início de século XX, construída por Skinner. Segundo esta teoria o comportamento é multideterminado, isto é, constituído por inúmeras causas, incluindo o pensar, o agir, o sentir. Os comportamentos, são respostas, que o indivíduo emite a partir de suas relações com o meio, e as conseqüências que estas respostas produzem interferem fundamentalmente nestas respostas. Através desse mecanismo contexto-resposta-conseqüências pode-se explicar as contingências responsáveis por diversos comportamentos e sentimentos apresentados pelo indivíduo. Para entender o comportamento do indivíduo partimos desta análise de contingências que considera a história de vida do

indivíduo, respostas e conseqüências.

A depressão, nesta abordagem, é vista como um fenômeno produzido a partir da relação do indivíduo com o meio em que vive, pode ser entendida como um conjunto complexo de comportamentos, um padrão de interação com o ambiente (CAVALCANTE, 1997). Assim, o indivíduo depressivo fecha-se em seu mundo com idéias depreciativas a respeito de si e isola-se de suas relações. Estes tipos de comportamentos estão relacionados à falta de um repertório de enfrentamento a situações aversivas, o que se relaciona a uma baixa freqüência de respostas, principalmente daquelas que gerariam reforçadores, ou seja, que levariam a pessoa a continuar se comportando daquela maneira.

A depressão quando analisada em função das relações organismo-ambiente procura identificar quais as contingências que produzem a baixa freqüência de comportamentos. Um exemplo disso seria a extinção de um comportamento, ou seja, a interrupção do reforçamento que anteriormente produzia reforçadores. Isto pode ocorrer em função de mudanças no ambiente tais como separação, perda do emprego ou de uma pessoa querida (HÜNZIKER, 1997). Segundo Dougher e Hackbert (*apud* CAVALCANTE, 1997) ainda que os efeitos de uma perda súbita de reforçamento afetem qualquer pessoa, nem todos são afetados de maneira igual, pois pessoas com repertórios suficientes de respostas seriam capazes de encontrar outras fontes de reforçamento.

Para se fazer uma análise das contingências da depressão, deve-se considerar que a genética, a história de vida do indivíduo e as contingências atuais, determinam o comportamento do indivíduo deprimido.

Delitti (*apud* BANACO, 1997), defende a idéia de que a redução na freqüência de respostas leva a diminuição do reforçamento e ao fortalecimento do repertório de esquiva. O resultado disso pode ser chamado depressão.

Em um artigo escrito por HERMOLIN; PORTO & RANGÉ (2000) sobre uma proposta de tratamento em grupo para depressão, foi concluído que a terapia cognitiva é um tratamento eficaz e de curto prazo. A terapia ensina aos pacientes a evocar seus pensamentos automáticos e esquemas primitivos mal adaptados que são “postos à prova” e reestruturados. Assim, os problemas são vistos mais realisticamente, mudando seus padrões de comportamentos mal adaptados passando a resolver as dificuldades da vida.

Entende-se que a depressão é resultante das

relações que o indivíduo estabelece com o meio, e das conseqüências que estas relações produzem no seu repertório de comportamentos, com isso ocorre uma diminuição de comportamentos positivamente reforçados e aumento dos comportamentos de esquiva e fuga de eventos indesejáveis.

Material e Método e Objetivos

O presente estudo procurou investigar em universitárias de 18 a 35 anos duas diferentes questões:

- Verificar se algum fator pode aumentar o risco de depressão;
- Investigar a incidência da depressão em universitárias abaixo dos 35 anos;

Entre as quase 4000 estudantes do sexo feminino da Universidade Paranaense – UNIPAR, sede Umuarama (PR), selecionou-se 93 participantes. Essa seleção ocorreu devido à conveniência, a facilidade de acesso às participantes, foi uma escolha aleatória em cursos com maior número de mulheres. Ficando a amostra final composta por 93 participantes para que a amostra fosse significativa, sendo que deveria compor 3 grupos com mínimo de 10 participantes cada, esses grupos classificados de acordo com a fase do ciclo menstrual em que as participantes se encontravam.

Os critérios de inclusão das participantes foram: idade de 18 a 35 anos, universitárias, que menstruavam. E os critérios de exclusão foram: mulheres hysterectomizadas, acima de 35 anos e funcionárias da UNIPAR.

Dentre as 93 participantes, todas foram submetidas a uma entrevista inicial semi-estruturada e avaliação da depressão através do Inventário de Beck. A amostra final do trabalho permaneceu com 93 participantes, não houve exclusão pelo fato de todos atenderem aos critérios estabelecidos para seleção, já descritos anteriormente.

A idade média das participantes era de 22,4 anos (DP: 3,9) sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 34 anos.

A seguir na tabela 1 estão os dados encontrados na entrevista inicial semi-estruturada.

A pesquisa e a aplicação dos instrumentos foram realizadas na Universidade Paranaense – UNIPAR, sede Umuarama (PR).

Todas as 93 participantes da amostra inicial foram submetidas a uma entrevista inicial semi-estruturada para

TABELA 1 – Seleção da amostra final

Item	Dados	%	Dados	%	Dados	%
Idade	18-21	54%	22-25	30%	26 ou mais	16%
Estado Civil	Solteira	52,7%	Solteira	24,7%	Solteira	6,4%
	Casada	1,1%	Casada	5,4%	Casada	8,6%
	Separada	0%	Separada	0%	Separada	1,1%
Filhos	Não	51,7%	Não	26,9%	Não	6,4%
	Sim	2,2%	Sim	3,2 %	Sim	9,6%
Uso de Anticoncepcionais	Não	25,9%	Não	8,6%	Não	6,4%
	Sim	2,8%	Sim	21,5%	Sim	9,6%
Período do ciclo menstrual que se encontra	7 a 10 dias antes da menstruação	21,5%	7 a 10 dias antes da menstruação	8,6%	7 a 10 dias antes da menstruação	7,5%
	Na metade	19,3%	Na metade	10,8%	Na metade	6,4%
	Menstruada	12,9%	Menstruada	10,8%	Menstruada	2,2%
Existência de tensão pré-menstrual	Não	16,1%	Não	4,3%	Não	5,4%
	Sim	37,6%	Sim	25,9%	Sim	10,8%

avaliação da idade, estado civil, quantidade de filhos, uso de anticoncepcionais, regularidade do ciclo menstrual, frequência das relações sexuais, quantidade de parceiros sexuais, período do ciclo menstrual que se encontra, presença de sintomas de tensão pré-menstrual.

Todas também foram submetidas ao Inventário de Beck que é um instrumento utilizado para o diagnóstico da depressão, composto por 21 questões de pontuação de 0 a 3, que varia de sem depressão, depressão leve, moderada e grave. Para classificação dos níveis de depressão Beck recomenda os seguintes pontos de corte: < 10 sem depressão ou depressão mínima, 10-18 depressão leve a moderada, 19-29 depressão moderada a grave, 30-63 depressão grave (Gorenstein; Andrade *apud* GORENSTEIN; ANDRADE & ZUARDI, 2000).

Foi realizada uma coleta piloto com 5 mulheres, que se enquadravam na faixa etária de 18 a 35 anos e menstruam, nas quais foram submetidas a entrevista inicial semi-estruturada e ao Inventário de Beck. O resultado da aplicação foi satisfatório, de fácil compreensão e pouco tempo utilizado, sendo assim não houve necessidade de mudança nos instrumentos apresentados.

Todas as participantes foram informadas do teor da pesquisa e assinaram o termo de consentimento. Após o qual os instrumentos foram entregues para serem respondidos. Primeiramente a entrevista semi-estruturada e em seguida o inventário de Beck.

Resultados

Os resultados foram analisados através do método estatístico SPSS "For WINDOWS" versão 8.0, para avaliação dos dados.

Segundo o Inventário de Beck, a depressão pode ser classificada em quatro categorias, quais sejam: sem depressão, depressão leve, depressão moderada e depressão grave.

Sem depressão: para ser classificada nesta categoria recomenda-se como ponto de corte menos 10 pontos.

Depressão leve: o ponto de corte é de 10-18 pontos.

Depressão moderada: classifica-se com o ponto de corte de 19-29 pontos.

Depressão grave: para esta classificação usa-se como ponto e corte 30-63 pontos.

As distribuições dos escores da classificação da depressão correlacionadas com a faixa etária serão apresentados na Tabela 2:

Para uma maior fidedignidade estatística adotou-se para classificação sem depressão 0-18 pontos e depressão 19-63 pontos, para evitar o diagnóstico de falsos positivos (pessoas diagnosticadas como acometidas de depressão mesmo que isso não seja verdadeiro) e falsos negativos (pessoas que apresentam quadros depressivos e não foram classificadas com depressão).

Na Figura 1 observa-se a quantidade de mulheres que usam ou não anticoncepcionais com a classificação da depressão.

Da classificação sem depressão, observa-se que 20,4% das participantes não usam anticoncepcionais e

23,7% usam anticoncepcionais.

Na classificação de depressão leve, 16,1% não usam anticoncepcionais e 22,6% usam anticoncepcionais.

Na depressão moderada, 4,3% não usam anticoncepcionais e 10,8 usam anticoncepcionais.

Na depressão grave, 2,2% usam anticoncepcionais.

A distribuição dos escores do período do ciclo menstrual em que as participantes se encontram com relação a classificação de depressão serão apresentado na Figura 2:

Na tabela 3 está representada a regularidade dos períodos menstruais das participantes com a classificação da depressão.

A tabela a seguir apresenta a verificação da presença de tensão pré-menstrual com relação à classificação da depressão.

Das participantes que relatam ter tensão pré-menstrual, 29% delas não tem depressão; 30,1% com depressão leve; 14% com depressão moderada e 1,1% apresentam depressão grave, totalizando 74,2% do total.

Dentre as participantes que relatam não ter tensão pré-menstrual, 15,1% não possuem depressão, 8,6% com depressão leve; 1,1% com depressão moderada e 1,1% com depressão grave, totalizando 25,8% do total.

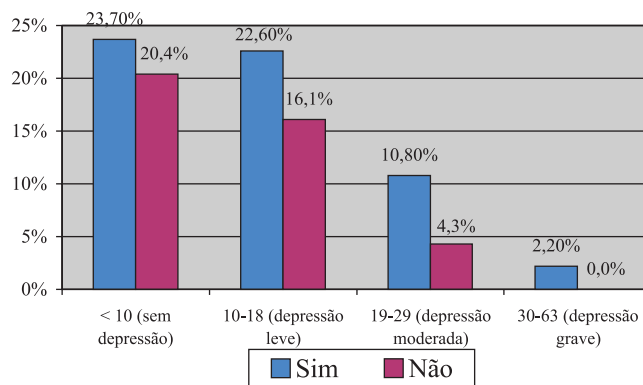


FIGURA 1 - Demonstrativo da relação do uso ou não de anticoncepcionais com a classificação da depressão

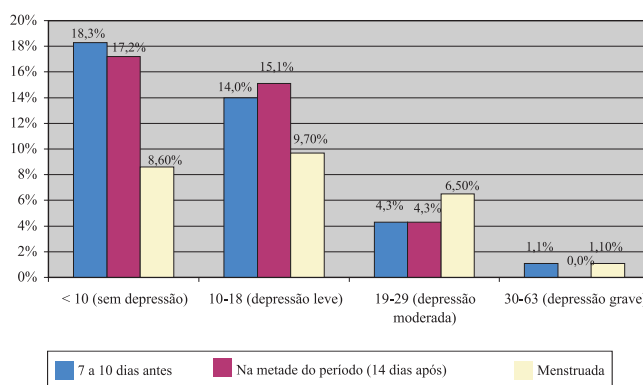


FIGURA 2 - Demonstrativo do período do ciclo menstrual em que as participantes se encontram com relação a classificação da depressão.

Discussão

Na análise dos dados obtidos com relação à idade das participantes e a classificação da depressão, observou-se que o número de pessoas que não apresentaram depressão ou que

TABELA 2 – Divisão da faixa etária com os escores da classificação de depressão

Idade	Sem depressão	Depressão leve	Depressão moderada	Depressão grave	Total
18 a 21 anos	17,2%	25,8%	9,7%	1,1%	53,8%
22 a 25 anos	15,1%	9,7%	5,4%		30,1%
Igual e maior que 26 anos	11,8%	3,2%		1,1%	16,1%
Total	44,1%	38,7%	15,1%	2,2%	100,0%

TABELA 3 – Demonstrativo da regularidade dos períodos menstruais com a classificação da depressão

Seus períodos menstruais são:	Classificação				Total
	< 10 (sem depressão)	10-18 (depressão leve)	19-29 (depressão moderada)	30-63 (depressão grave)	
Regulares	37,6%	32,3%	9,7%	2,2%	81,7%
Irregulares	6,5%	6,5%	5,4%		18,3%
Total	44,1%	38,7%	15,1%	2,2%	100,0%

TABELA 4 – Demonstrativo da verificação da existência de tensão pré-menstrual com relação à classificação da depressão

Você tem tensão pré-menstrual	Classificação				Total
	< 10 (sem depressão)	10-18 (depressão leve)	19-29 (depressão moderada)	30-63 (depressão grave)	
Não	15,1%	8,6%	1,1%	1,1%	25,8%
Sim	29,0%	30,1%	14,0%	1,1%	74,2%
Total	44,1%	38,7%	15,1%	2,2%	100%

apresentam depressão leve, foi de 82,8% da população de 93 participantes. Significativo foi o número que apresentaram depressão moderada e grave, 17,3% da população, estes dados devem ser vistos com ressalva uma vez que a amostra é pequena e a coleta dos dados foi realizada em apenas um dia, não sendo feito um acompanhamento mais detalhado, contínuo junto a cada uma das participantes e nem ser realizadas uma análise funcional (contingência) de cada participante.

Das 59,1% participantes que usam anticoncepcionais, verifica-se que 13% delas estão concentradas na classificação de depressão moderada e grave, sendo este um número significativo em comparação com aquelas que não usam anticoncepcionais, pois apenas 4,3% apresentam-se nesta classificação. Com isto, levanta-se a hipótese de que o uso de anticoncepcionais pode estar relacionado com os graus mais elevados da depressão. Nota-se não haver relação entre o período do ciclo menstrual em que as participantes se encontravam e a incidência de depressão, principalmente na fase de 7 a 10 dias antes da menstruação com a depressão moderada a grave, em que se é esperado que haja ocorrência de episódios depressivos nesta fase do ciclo menstrual.

A diferença entre as amostras é grande, elevando com isso o desvio padrão, dificultando assim uma comparação entre esses dois grupos. Observa-se que entre as mulheres com períodos menstruais regulares, 11,9% apresentam depressão moderada à grave e apenas 5,4% que apresentam períodos menstruais irregulares encontram-se nesta classificação.

Nota-se que entre as participantes que relatam ter tensão pré-menstrual são mais predispostas a desenvolver depressão moderada e grave, se comparada as que relatam não ter tensão pré-menstrual.

CONCLUSÃO

A incidência da depressão varia entre 10 a 15% na população geral e 20% nas mulheres (CAMPOS, 2000). Pelos dados obtidos na pesquisa a incidência da depressão na amostra foi de 24,7%, lembrando que para uma avaliação

mais fidedigna foram classificadas com depressão somente as participantes que se incluíram nos níveis moderado e grave do Inventário de Beck.

Pode-se verificar que a incidência encontrada está perto do esperado, conforme os achados em outros trabalhos, como afirma BALLONE (2002), de que a incidência de depressão em mulheres seria de 15 a 20%.

O diagnóstico não foi preciso por ter sido utilizado um único instrumento, o Inventário de Beck e não ter sido realizado um acompanhamento e uma análise das contingências com cada indivíduo.

Entre os dados avaliados um fator que chama atenção e que aponta uma possível correlação entre Depressão e TDPM, são aquelas mulheres que utilizam-se de anticoncepcionais, demonstrando provável envolvimento de fatores hormonais com a Depressão (Weich *apud* MORIHISA & SCIVOLETTO, 2001).

As mulheres com períodos menstruais regulares apresentaram uma maior incidência de Depressão com relação às mulheres que apresentam ciclos menstruais irregulares (reforçando a questão hormonal). Ao contrário do observado por SABBATINI (1997), em que as mulheres são mais atingidas pela Depressão na fase pré-menstrual, porém nesta pesquisa não houve comprovação de tal dado.

Sugere-se para um melhor diagnóstico de Depressão um acompanhamento longitudinal que favoreça um conhecimento das mudanças hormonais que ocorrem ao longo da vida. A amostra era constituída em sua grande maioria por pessoas muito jovens, um estudo com uma faixa etária maior do que a da amostra poderá revelar um número diferente do que foi obtido nesta.

Apesar de entre as participantes ter havido uma distribuição proporcional, amostras com maior número de participantes distribuídas em faixas etárias maiores e com número igual de participantes em cada período do ciclo menstrual traria dados mais sólidos para comparação.

O presente trabalho serviu para demonstrar que há uma influência do ciclo menstrual em episódios depressivos não muito forte e que os fatores como uso de

anticoncepcionais podem aumentar a incidência de quadros depressivos em pessoas predispostas. Novos estudos são recomendados para que se verifique esta correlação e quais fatores estão associados à Depressão em mulheres.

on-line, 1997. Disponível em: <<http://www.nib.unicamp.br/svol/artigo31.htm>>. Acesso em: 08 set. 2002.

SARGENT, M. Uma conversa franca sobre depressão. *Folheto Informativo da Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica*. s. d.

SOARES, C. N. *Depressão em mulheres*. São Paulo: Lemos, 2001.

Referências

ALMEIDA, A. M. M. de. Transtorno disfórico pré-menstrual: entidade distímica ou comorbidade? *Revista Psiquiátrica Clínica*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 59-68, jun. 1996.

BALLONE, G. J. *Causas da depressão*. PsiqWeb Psiquiatria Geral, 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/deptexto5.html>>. Acesso em: 08 set. 2002.

BERENSTEIN, E. A. *Tensão pré-menstrual e o tempo para mudança*. 3. ed. São Paulo: Gente, 1995.

BRANDÃO, M. Z. da S.; CONTE, F. C. de S.; MEZZAROBÀ, S. M. B. *Comportamento humano*. São Paulo: Esetec, 2002.

BROMISK, K. *Depressão psicológica*. Disponível em: <<http://intermega.globo.com/bromiskpsicologica/depressao.html>>. Acesso em: 27 jul. 2002.

CAMPOS, R. Depressão, um estigma feminino. *Viver Psicologia*, São Paulo, a. 10, n. 112, p. 24-29, maio 2002.

CHENIAUX JUNIOR, E. A síndrome pré-menstrual entre os transtornos mentais. *Aronews*, Rio de Janeiro, a. 3, n. 1, p. 4-5, 1999.

CAVALCANTE, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia Ciência e Profissão*, a. 2, v. 17, p. 2-12, 1997.

DELITTI, M. Depressão: a solução depende de vários modelos teóricos? In: BANACO, R. A. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. São Paulo: ARB, 1997. v. 5.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 89-95.

HERMOLIN, M. K.; PORTO, P. R.; RANGÉ, B. P. Uma Proposta de tratamento em grupo para depressão. *Revista brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 171-179, 2000.

HÜNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In: Zamignani D. R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. São Paulo: Arbytes, 1997. p. 141-149.

JORGE, M. R. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KAPLAN, H. J.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 1997.

MORIHISA, R. S.; SCIVOLETTO, S. Como diagnosticar e tratar transtorno depressivo na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 58, ed. Especial, dez. 2001.

PAIGE, A. *Saindo da depressão*. Campinas: Verus, 2000.

RENNÓ JUNIOR, J. *Tensão pré-menstrual: mitos e verdades*. Disponível em: <<http://www.lifepplus.com.br/materiais/cad4/a003.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2002.

SABBATINI, R. Depressão, gênero feminino. *Sessão Saúde e Vida*

Recebido para publicação em: 09/03/03

Received for publication on: 09/03/03

Aceito para publicação em: 28/08/03

Accepted for publication on: 28/08/03

PÓS-GRADUAÇÃO UNIPAR

2006

CIÊNCIAS EXATAS

Campus Umuarama

- Especialização em Ensino da Matemática
- Especialização em Java e Banco de Dados

Campus Toledo

- Especialização em Ensino da Matemática

Campus Paranavaí

- Especialização em Java para Desenvolvimento de Aplicações WEB

Campus Guaíra

- Especialização em Matemática e Física para Professores do Ensino Médio
- Especialização em Redes de Computadores

Campus Cianorte

- Especialização em Análise e Desenvolvimento de Sistemas Orientados a Objeto com UML
- Especialização em Redes de Computadores

Campus Cascavel

- Especialização em Ensino da Matemática e Física

Campus Francisco Beltrão

- Especialização em Gestão de Tecnologia da Informação



QUEM PENSA FAZ.

www.unipar.br