

PSICOFARMACOLOGIA NO CLIMATÉRIO, NA MENOPAUSA E NA MENOPAUSA TARDIA: EVIDÊNCIAS, PADRÕES-OURO E EQUIDADE NO ACESSO AO TRATAMENTO EM MULHERES 40+

PSYCHOPHARMACOLOGY DURING THE CLIMACTERIC, MENOPAUSE, AND LATE MENOPAUSE: EVIDENCE, GOLD STANDARDS, AND EQUITY IN ACCESS TO TREATMENT FOR WOMEN AGED 40+

Leonardo Diego Lins¹
Murilo Renato Matos Machado²
Islânia Pires da Paz³
Marcelo Vitor Silva Dourado Casaes⁴
Mariana dos Santos Nascimento⁵
Marina Rabello Sampaio Adan⁶

RESUMO: Introdução: a transição menopausal — compreendida entre o climatério, a menopausa e a menopausa tardia — constitui período de elevada vulnerabilidade neuropsiquiátrica em mulheres a partir dos 40 anos, com aumento da incidência de depressão, ansiedade e sintomas vasomotores. Objetivo: analisar, à luz das evidências científicas atuais e das diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), as principais estratégias psicofarmacológicas empregadas no climatério e na menopausa, correlacionando-as aos benefícios clínicos e à realidade de acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede suplementar. Metodologia: revisão narrativa de literatura, com busca em PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, UpToDate, e nas plataformas institucionais da FEBRASGO, ABP, North American Menopause Society (NAMS), ANVISA, Ministério da Saúde e IBGE. Resultados: os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRS/IRSN) constituem primeira linha para depressão perimenopausal, enquanto a terapia hormonal da menopausa (THM), quando indicada dentro da janela de oportunidade, apresenta efeito antidepressivo comparável a antidepressivos em mulheres perimenopáusicas sintomáticas. O SUS disponibiliza, pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, fluoxetina, antidepressivos tricíclicos e formulações hormonais mais antigas, ao passo que fármacos como escitalopram, desvenlafaxina, estradiol transdérmico e o novo agente não hormonal fezolinetanto permanecem restritos, em grande parte, ao mercado privado. Conclusão: a correlação entre nomenclatura correta, escolha farmacológica baseada em evidências e reconhecimento do contexto socioeconômico é determinante para a qualidade de vida das mulheres brasileiras nessa fase, sendo urgente a ampliação do arsenal terapêutico ofertado pelo SUS.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Menopausa tardia. Psicofarmacologia. Terapia hormonal da menopausa. Saúde da mulher. Sistema Único de Saúde.

¹Doutor em Educação e Contemporaneidade, Professor Titular da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental – PPGEcoH. Universidade do Estado da Bahia - UNEB Juazeiro, BA.

²Mestre em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Universitário UNIRG. Residência médica; UNESP. Hospital da Unimed Petrolina.

³Mestranda em Ecologia Humana e Gestão Socioambiental - PPGEcoH Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia pelo Fundo Municipal de Saúde de Juazeiro. Juazeiro, BA.

⁴Médico Estagiário no HIPS, Hospital Inácia Pinto dos Santos Feira de Santa, BA.

⁵Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Inácia Pinto dos Santos Feira de Santa, BA.

⁶Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Inácia Pinto dos Santos.

ABSTRACT: Introduction: the menopausal transition — encompassing the climacteric, menopause, and late menopause — represents a period of heightened neuropsychiatric vulnerability for women from the age of 40, marked by an increased incidence of depression, anxiety, and vasomotor symptoms. Objective: to analyze, based on current scientific evidence and on the guidelines of the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (FEBRASGO) and the Brazilian Psychiatric Association (ABP), the main psychopharmacological strategies used during the climacteric and menopause, correlating them with clinical benefits and with the reality of access within Brazil's Unified Health System (SUS) and the private healthcare network. Methods: narrative literature review, with searches in PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, UpToDate, and the institutional platforms of FEBRASGO, ABP, the North American Menopause Society (NAMS), ANVISA, the Ministry of Health, and IBGE. Results: selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors (SSRIs/SNRIs) constitute first-line treatment for perimenopausal depression, while menopausal hormone therapy (MHT), when indicated within the window of opportunity, shows an antidepressant effect comparable to antidepressants in symptomatic perimenopausal women. SUS provides, through its Basic Pharmaceutical Care Component, fluoxetine, tricyclic antidepressants, and older hormonal formulations, whereas drugs such as escitalopram, desvenlafaxine, transdermal estradiol, and the new non-hormonal agent fezolinetant remain largely restricted to the private market. Conclusion: the correlation between correct nomenclature, evidence-based pharmacological choice, and recognition of the socioeconomic context is decisive for the quality of life of Brazilian women during this stage, making the expansion of the therapeutic arsenal offered by SUS urgent.

Keywords: Climacteric. Menopause. Late menopause. Psychopharmacology. Menopausal hormone therapy. Women's health. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A transição do período reprodutivo para o não reprodutivo na vida da mulher constitui um dos marcos biológicos mais estudados na saúde feminina contemporânea, sendo também um dos mais atravessados por estigmas sociais e lacunas assistenciais. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Brasil possui atualmente cerca de 17 milhões de mulheres no climatério, faixa etária compreendida entre 40 e 65 anos, das quais aproximadamente 9,2 milhões já se encontram na menopausa propriamente dita (FEBRASGO, 2025). Essa magnitude populacional impõe à comunidade científica e aos gestores de saúde pública a necessidade de qualificar o cuidado ofertado a essas mulheres, sobretudo no que se refere à saúde mental.

O climatério corresponde à fase de transição endócrina que se estende, em média, dos 40 aos 65 anos, dentro da qual ocorre a menopausa, definida retrospectivamente como a data da última menstruação, confirmada após doze meses consecutivos de amenorreia (OLIVEIRA et al., 2024). No Brasil, a menopausa espontânea ocorre, em média, aos 48 anos, idade inferior à

média observada em países de renda mais alta, o que tem sido atribuído a fatores étnicos, nutricionais e socioeconômicos próprios da população brasileira (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2024).

Nesse contexto, a queda progressiva dos níveis de estradiol e a instabilidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano não produzem apenas sintomas vasomotores e geniturinários: constituem também uma verdadeira janela de vulnerabilidade neuropsiquiátrica. Estudos brasileiros identificaram prevalência de sintomas depressivos de até 36,8% e de sintomas ansiosos de até 53,7% entre mulheres climatéricas atendidas em ambulatórios especializados (POLISSENI et al., 2009), números muito superiores aos observados na população feminina em geral, na qual o inquérito Covitel 2023 estimou prevalência de depressão de 18,1% e de ansiedade de 34,2% entre mulheres brasileiras adultas (OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA, 2026).

A escolha correta do psicofármaco nesse período não é uma questão meramente técnica: ela se relaciona diretamente à funcionalidade, à manutenção de vínculos familiares e profissionais e à prevenção de agravos como o transtorno depressivo maior recorrente. Entretanto, a literatura brasileira ainda carece de artigos que integrem, de forma sistemática, a nomenclatura ginecológica correta segundo a FEBRASGO, as diretrizes psiquiátricas propostas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a realidade prática de acesso a esses tratamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando consideradas as desigualdades regionais, como as observadas no estado da Bahia.

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar, com base em evidências científicas atuais, as principais estratégias psicofarmacológicas indicadas para mulheres a partir dos 40 anos que vivenciam o climatério, a menopausa e a menopausa tardia, estabelecendo paralelos entre os tratamentos considerados padrão-ouro na literatura internacional e aqueles efetivamente disponibilizados pelo SUS, bem como discutindo os benefícios clínicos, funcionais e de qualidade de vida decorrentes da correta indicação farmacológica, sempre considerando o padrão socioeconômico da paciente e o contexto epidemiológico do Brasil e da Bahia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter descritivo-analítico, cujo propósito foi reunir e sintetizar evidências científicas nacionais e

internacionais sobre psicofarmacologia aplicada ao climatério, à menopausa e à menopausa tardia. A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e na plataforma clínica UpToDate, complementada por consulta direta aos documentos técnicos e diretrizes das seguintes instituições: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), North American Menopause Society (NAMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde do Brasil e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os descritores utilizados, isolados e combinados por operadores booleanos, foram: climatério, menopausa, menopausa tardia, insuficiência ovariana prematura, psicofarmacologia, depressão perimenopausal, ansiedade, terapia hormonal da menopausa, antidepressivos, fezolinetanto, Sistema Único de Saúde, RENAME e Bahia. Foram priorizados documentos publicados entre 2009 e 2026, com ênfase nos últimos cinco anos, admitindo-se a inclusão de estudos clássicos de maior relevância histórica para a fundamentação teórica do tema.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas oficiais, posicionamentos de sociedades médicas e documentos regulatórios governamentais que abordassem, direta ou indiretamente, o tratamento farmacológico de sintomas psiquiátricos e vasomotores relacionados à transição menopausal. Foram excluídos estudos de caso isolados sem revisão por pares, materiais de divulgação comercial sem embasamento técnico e publicações que não especificassem claramente a metodologia empregada. A síntese dos achados foi organizada de modo temático, contemplando aspectos conceituais, farmacológicos, regulatórios e socioeconômicos, com posterior correlação aos dados epidemiológicos nacionais e do estado da Bahia.

3 PSICOFARMACOLOGIA NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA: FUNDAMENTOS E EVIDÊNCIAS

3.1 CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E MENOPAUSA TARDIA: NOMENCLATURA SEGUNDO A FEBRASGO

A correta utilização da nomenclatura ginecológica é pré-requisito para a comunicação científica precisa e para a adequação terapêutica. Segundo a Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa (2024), elaborada em conjunto pela

FEBRASGO, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e pela Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC), o climatério corresponde à fase biológica de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, com início por volta dos 40 anos e término aproximadamente aos 65 anos (OLIVEIRA et al., 2024).

A menopausa, por sua vez, é definida como a data do último episódio de sangramento menstrual espontâneo, confirmada retrospectivamente após doze meses de amenorreia, ocorrendo em média aos 51 anos, sendo que 90% das mulheres a vivenciam entre os 45 e os 55 anos de idade (OLIVEIRA et al., 2024). Quando a menopausa espontânea ocorre entre os 40 e os 45 anos, denomina-se "menopausa precoce" (early menopause), atingindo cerca de 5% das mulheres; já a interrupção da função ovariana antes dos 40 anos caracteriza a insuficiência ovariana prematura (IOP), síndrome que acomete aproximadamente 1% da população feminina e que substituiu, na nomenclatura atual, o termo historicamente utilizado "falência ovariana precoce" (OLIVEIRA et al., 2024).

No extremo oposto do espectro etário encontra-se a menopausa tardia, geralmente definida como aquela que ocorre a partir dos 55 anos de idade, podendo, em algumas classificações, considerar o marco a partir dos 56 anos (MULTICARE, 2026). Mulheres com menopausa tardia apresentam maior tempo de exposição estrogênica endógena, o que se associa a menor risco cardiovascular e de osteoporose, mas também a maior risco de neoplasias hormônio-dependentes, como o câncer de mama e o câncer de endométrio (DR. ANDRÉ VINÍCIUS, 2026). Do ponto de vista psiquiátrico, entretanto, as manifestações de humor, ansiedade e sono na menopausa tardia não diferem substancialmente daquelas observadas na transição em idade habitual, o que reforça a necessidade de vigilância neuropsiquiátrica contínua independentemente da idade em que a menopausa se instala.

É também didaticamente relevante distinguir a menopausa espontânea da menopausa induzida, esta última decorrente de ooforectomia bilateral, quimioterapia ou radioterapia, e que costuma cursar com sintomas mais abruptos e intensos, dada a ausência do declínio hormonal gradual observado na transição natural (OLIVEIRA et al., 2024). A padronização dessa nomenclatura pela FEBRASGO permite maior precisão diagnóstica e possibilita a construção de protocolos terapêuticos verdadeiramente individualizados, especialmente no que concerne à indicação psicofarmacológica.

3.2 REPERCUSSÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS DA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL

A relação entre hormônios ovarianos e neurotransmissores centrais é hoje bem estabelecida na literatura. O estradiol modula a síntese e a recaptação de serotonina, noradrenalina e dopamina, além de exercer efeitos neurotróficos e neuroprotetores. Sua queda abrupta e irregular durante a perimenopausa — mais do que o hipoestrogenismo estável da pós-menopausa tardia — parece configurar o principal gatilho neurobiológico para o surgimento ou a recorrência de quadros depressivos nessa fase da vida (SOARES; WARREN, 2009).

O conceito de "janela de vulnerabilidade" descreve justamente esse fenômeno: mulheres sem qualquer história prévia de transtorno depressivo apresentam risco significativamente aumentado de desenvolver um primeiro episódio depressivo durante a perimenopausa, quando comparadas a mulheres na pré-menopausa (CLAYTON; NINAN, 2010). Adicionalmente, mulheres com história pregressa de depressão, de transtorno disfórico pré-menstrual ou de depressão pós-parto apresentam risco ainda maior de recorrência nesse período, o que reforça a importância da anamnese psiquiátrica longitudinal na consulta ginecológica.

Do ponto de vista epidemiológico brasileiro, estudo conduzido em ambulatório de climatério identificou prevalência de depressão de 36,8% e de ansiedade de 53,7% entre as mulheres avaliadas, sendo a presença de insônia e de sintomas vasomotores fatores fortemente associados ao quadro depressivo (POLISSENI et al., 2009). Os sintomas vasomotores, popularmente conhecidos como fogachos ou ondas de calor, afetam entre 70% e 80% das mulheres brasileiras entre 40 e 65 anos, sendo moderados a intensos em 36,2% dos casos, percentual superior à média mundial estimada em 15,6% (GAZETA DO PARANÁ, 2026). A associação entre sintomas vasomotores noturnos, fragmentação do sono e piora do humor tem sido consistentemente demonstrada, de modo que o tratamento eficaz dos fogachos frequentemente resulta em melhora secundária do quadro afetivo (FAUBION et al., 2022).

Some-se a esse cenário biológico a sobrecarga psicossocial característica da meia-idade feminina brasileira: mulheres nessa faixa etária frequentemente conciliam responsabilidades profissionais, cuidado de filhos adolescentes ou adultos jovens e, não raro, cuidado de pais idosos, configurando o chamado fenômeno da "geração sanduíche". Pesquisas nacionais apontam que sete em cada dez diagnósticos de ansiedade e depressão no Brasil ocorrem em mulheres, fenômeno atribuído, entre outros fatores, à sobrecarga de dupla ou tripla jornada e às disparidades salariais de gênero (CNN BRASIL, 2024). A convergência entre

vulnerabilidade neuroendócrina e sobrecarga psicossocial torna o climatério um momento de especial atenção para o psiquiatra e o ginecologista que atuam de forma integrada.

3.3 PSICOFARMACOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

3.3.1 Antidepressivos: inibidores seletivos da recaptação de serotonina e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina

As diretrizes da Associação Médica Brasileira em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria estabelecem os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) como fármacos de primeira linha para o transtorno depressivo maior na população geral, dada sua eficácia comprovada e perfil de segurança favorável em relação aos antidepressivos tricíclicos (FLECK et al., 2009). Entretanto, para a população perimenopáusia e pós-menopáusia especificamente, a literatura psiquiátrica brasileira tem apontado a possibilidade de seleção mais criteriosa do agente antidepressivo, sobretudo quando há sintomas vasomotores concomitantes ao quadro depressivo (RIBEIRO et al., 2013).

Estudos controlados demonstraram que o escitalopram é eficaz tanto na redução de sintomas depressivos quanto na redução da frequência e da intensidade de fogachos em mulheres na transição menopausal, com resposta observável já nas primeiras semanas de tratamento (FREEMAN et al., 2011 apud RIBEIRO et al., 2013). Da mesma forma, os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), com destaque para a venlafaxina e a desvenlafaxina, apresentaram eficácia comparável ao escitalopram tanto para os sintomas de humor quanto para os sintomas vasomotores em ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo conduzidos especificamente em mulheres perimenopáusias e pós-menopáusias com transtorno depressivo maior (KORNSTEIN et al., 2010; SOARES et al., 2010).

Esses achados sugerem uma vantagem terapêutica potencial dos IRSN sobre outros antidepressivos quando o quadro depressivo cursa concomitantemente com sintomas vasomotores relevantes, uma vez que tratam simultaneamente as duas dimensões sintomáticas mais prevalentes nessa fase da vida. Contudo, é fundamental ressaltar que a escolha do antidepressivo deve permanecer individualizada, considerando comorbidades clínicas — como hipertensão arterial, na qual a venlafaxina exige monitorização pressórica —, histórico de resposta prévia, perfil de efeitos colaterais e, como será discutido adiante, a real disponibilidade do fármaco no sistema de saúde utilizado pela paciente.

Independentemente da classe escolhida, a resposta antidepressiva costuma ser observada entre quatro e oito semanas de uso regular, sendo recomendada a manutenção do tratamento por, no mínimo, seis a doze meses após a remissão dos sintomas, com o objetivo de reduzir o risco de recaída, historicamente estimado entre 20% e 50% nos primeiros doze meses após a interrupção precoce da medicação (FLECK et al., 2009). A associação com psicoterapia — especialmente a terapia cognitivo-comportamental — apresenta evidência robusta de potencialização dos resultados clínicos, sendo recomendada como estratégia complementar sempre que disponível.

3.3.2 Terapia hormonal da menopausa e seu impacto sobre a saúde mental

A terapia hormonal da menopausa (THM) permanece, segundo o posicionamento de 2022 da North American Menopause Society (NAMS), o tratamento mais eficaz disponível para os sintomas vasomotores moderados a intensos e para a síndrome geniturinária da menopausa, além de comprovadamente prevenir perda óssea e fraturas (FAUBION et al., 2022). Embora o estrogênio não possua aprovação regulatória formal para o tratamento isolado de transtornos depressivos, o mesmo posicionamento reconhece que a terapia estrogênica melhora sintomas depressivos em grau comparável ao de medicações antidepressivas especificamente em mulheres na perimenopausa, efeito que se mostra menos consistente em mulheres já estabelecidas na pós-menopausa tardia (FAUBION et al., 2022).

Esse fenômeno fundamenta o conceito de "janela de oportunidade": segundo a FEBRASGO, a THM deve ser iniciada preferencialmente nos primeiros dez anos após o início da menopausa ou antes dos 60 anos de idade, período no qual os benefícios cardiovasculares, ósseos e, possivelmente, neuropsiquiátricos superam os riscos associados ao tratamento, como o tromboembolismo venoso e o acidente vascular cerebral, cujos riscos absolutos aumentam quando a terapia é iniciada tardiamente (FEBRASGO, 2024). Para mulheres com insuficiência ovariana prematura ou menopausa precoce, a reposição hormonal é recomendada, na ausência de contraindicações, ao menos até a idade média natural da menopausa, dado o risco aumentado de doença cardiovascular, osteoporose, declínio cognitivo e sintomas depressivos associados à privação estrogênica prolongada e precoce (FAUBION et al., 2022).

Na prática clínica brasileira, a associação entre THM e antidepressivo — quando ambos são clinicamente indicados — não configura redundância terapêutica, mas sim abordagem sinérgica: o estrogênio pode potencializar a resposta clínica ao antidepressivo em mulheres de

meia-idade, sobretudo quando há indicação concomitante de tratamento hormonal por sintomas vasomotores ou geniturinários (FAUBION et al., 2022). Essa integração exemplifica a importância da atuação conjunta entre ginecologista e psiquiatra na condução do caso, reforçando o papel do Projeto Terapêutico Singular também nesse contexto assistencial.

Cabe ressaltar que a via de administração do estrogênio influencia seu perfil de segurança: formulações transdérmicas (gel ou adesivo) associam-se a menor risco de eventos tromboembólicos quando comparadas às formulações orais, por evitarem o primeiro passo hepático, sendo frequentemente consideradas a via preferencial em mulheres com fatores de risco cardiovascular ou metabólico (JORNAL DE BRASÍLIA, 2025). Essa distinção terapêutica, embora bem estabelecida na literatura internacional, esbarra, como se discutirá a seguir, em importantes limitações de acesso no contexto do sistema público brasileiro.

3.3.3 Novas fronteiras terapêuticas: o antagonismo do receptor NK₃ e outras alternativas não hormonais

Em junho de 2026, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou o fezolinetanto, comercializado no Brasil sob o nome Veoza[®], primeiro medicamento não hormonal aprovado no país especificamente para o tratamento de sintomas vasomotores moderados a intensos associados à menopausa (ANVISA apud METRÓPOLES, 2026). O fármaco atua como antagonista seletivo do receptor de neurocinina 3 (NK₃), bloqueando a hiperatividade dos neurônios hipotalâmicos KNDy que se torna exacerbada com a queda do estrogênio, responsável pela desregulação do centro termorregulador e pelo consequente surgimento de ondas de calor e sudorese noturna (PORTAL WEMEDS, 2026).

A aprovação baseou-se no programa de estudos de fase 3 BRIGHT SKY[™], que incluiu os ensaios SKYLIGHT 1, SKYLIGHT 2 e SKYLIGHT 4, conduzidos com mais de três mil participantes na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, demonstrando redução significativa da frequência e da intensidade dos sintomas vasomotores (ASTELLAS FARMA, 2026). Por não conter hormônios, o fezolinetanto representa alternativa relevante para mulheres com contraindicação absoluta à THM — como sobreviventes de câncer de mama hormônio-dependente — ou para aquelas que, por preferência pessoal, optam por não utilizar terapia hormonal, sem, contudo, substituir a THM como padrão-ouro para o conjunto amplo de benefícios sistêmicos que esta proporciona (METRÓPOLES, 2026).

Outras alternativas não hormonais historicamente utilizadas incluem a gabapentina, eficaz na redução de fogachos e com benefício adicional sobre a qualidade do sono, e a clonidina, de eficácia mais modesta e maior incidência de efeitos colaterais como hipotensão e boca seca. Tais opções permanecem clinicamente relevantes, sobretudo em contextos assistenciais nos quais o acesso a antidepressivos IRSN, à THM individualizada ou ao fezolinetanto ainda é limitado — cenário que descreve, em larga medida, a realidade de grande parte das usuárias do Sistema Único de Saúde, como será detalhado a seguir.

3.4 PADRÃO-OURO VERSUS REALIDADE DO SUS: UMA LEITURA CRÍTICA

A confrontação entre o que a literatura científica internacional reconhece como padrão-ouro e o que está efetivamente disponível na rede pública brasileira revela um hiato assistencial expressivo. No campo da psicofarmacologia, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2024, instrumento que orienta a dispensação gratuita de medicamentos pelo SUS, disponibiliza, no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), apenas a fluoxetina como representante da classe dos ISRS, além dos antidepressivos tricíclicos amitriptilina, nortriptilina e clomipramina, do carbonato de lítio e de benzodiazepínicos como clonazepam e diazepam (INFOSUS, 2026a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

10

Antidepressivos com evidência específica mais robusta para o contexto perimenopáusico associado a sintomas vasomotores — como escitalopram, venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetine — não constam na RENAME, não possuindo protocolo clínico específico para dispensação pelas Secretarias Estaduais de Saúde, o que restringe seu acesso, na prática, à aquisição particular ou à obtenção por via judicial, processo conhecido como judicialização da saúde (INFOSUS, 2026b; INFOSUS, 2026c). O custo mensal de tratamento com sertralina, por exemplo, foi estimado entre R\$ 72,00 e R\$ 140,00 em levantamentos técnicos do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, valor que se torna proporcionalmente mais elevado para antidepressivos de patente mais recente, como a desvenlafaxina (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Situação semelhante ocorre no campo hormonal: a RENAME contempla estrogênio conjugado oral (0,3 mg), acetato de medroxiprogesterona, noretisterona, estrogênio conjugado tópico vaginal e estriol tópico vaginal — este último de fato disponível com relativa facilidade nas farmácias do SUS —, mas não contempla o estradiol transdérmico, formulação considerada mais moderna, com perfil de segurança cardiovascular mais favorável e amplamente indicada

pelas diretrizes atuais como via preferencial de administração (JORNAL DE BRASÍLIA, 2025). Especialistas ouvidos pela imprensa especializada destacam que essa lista de medicamentos hormonais disponíveis no SUS não reflete adequadamente a realidade terapêutica contemporânea, sendo o estrogênio conjugado — derivado da urina de éguas prenhas — cada vez menos utilizado na prática privada em favor do estradiol bioidêntico (JORNAL DE BRASÍLIA, 2025).

O fezolinetanto, por sua vez, recentemente aprovado pela ANVISA, ainda não possui preço definido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) nem processo de incorporação avaliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), de modo que sua disponibilização na rede pública, se vier a ocorrer, deverá ser precedida de estudo de custo-efetividade e de posterior deliberação orçamentária (MEDWAY, 2026). Esse hiato temporal entre aprovação regulatória e incorporação ao SUS é padrão observado historicamente para diversas inovações terapêuticas em saúde mental e saúde da mulher no Brasil, a exemplo da vortioxetina, cuja inclusão na RENAME tramita no Congresso Nacional por meio de projeto de lei específico (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2025).

Não se trata, portanto, de afirmar que o tratamento ofertado pelo SUS seja inadequado ou ineficaz — a fluoxetina e os antidepressivos tricíclicos permanecem opções terapêuticas legítimas, com eficácia comprovada e amplamente respaldada pela literatura --, mas de reconhecer que a ausência de opções de segunda linha, de formulações hormonais mais modernas e de terapias inovadoras no elenco público limita a possibilidade de individualização terapêutica para a parcela da população que depende exclusivamente do sistema público, o que caracteriza uma forma de iniquidade em saúde que merece atenção contínua de gestores e pesquisadores.

3.5 ESCALONAMENTO TERAPÊUTICO CONFORME O PADRÃO SOCIOECONÔMICO DA PACIENTE

Diante do cenário descrito, propõe-se, com finalidade didática e sem pretensão de substituir o julgamento clínico individualizado, um escalonamento orientativo de condutas psicofarmacológicas conforme a capacidade de acesso da paciente aos diferentes componentes do sistema de saúde brasileiro.

Para pacientes exclusivamente usuárias do SUS, sem plano de saúde suplementar, a primeira linha viável na atenção básica corresponde à fluoxetina (20 mg/dia), disponível gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde, associada, quando indicado clinicamente, a estriol tópico vaginal para sintomas geniturinários e a estrogênio conjugado oral ou tópico para sintomas vasomotores mais intensos, sempre condicionado à disponibilidade local, que pode variar conforme o município (INFOSUS, 2026a; JORNAL DE BRASÍLIA, 2025). O encaminhamento para acompanhamento psicológico gratuito, ofertado por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou por equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, deve ser sistematicamente considerado como estratégia complementar de baixo custo e comprovada eficácia.

Para pacientes com plano de saúde suplementar (convênio médico), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) garante cobertura obrigatória de consultas psiquiátricas, ginecológicas e de sessões de psicoterapia sem limite de quantidade desde agosto de 2022, ampliando significativamente o acesso a antidepressivos de segunda linha — como escitalopram, sertralina ou venlafaxina — e a formulações hormonais transdérmicas, cujo custo, quando não coberto integralmente pelo plano, tende a ser parcialmente mitigado pela coparticipação (CLINIQUORE, 2025).

12

Para pacientes com plena capacidade de pagamento particular, torna-se viável a individualização terapêutica mais completa, incluindo desvenlafaxina, estradiol transdérmico bioidêntico, acompanhamento psicoterápico semanal com profissional de escolha e, quando pertinente, o fezolinetanto assim que este for comercialmente disponibilizado no país. Consultas psiquiátricas particulares no Brasil variam, em média, entre R\$ 250,00 e R\$ 1.500,00, enquanto sessões de psicoterapia variam entre R\$ 70,00 e R\$ 350,00, valores que evidenciam a magnitude da barreira financeira para grande parte da população feminina brasileira em idade climatérica (DR. JOÃO PEDRO CASTRO, 2026; CLINIQUORE, 2025).

Esse escalonamento não deve ser interpretado como validação de uma medicina de duas ou três velocidades, mas sim como ferramenta pragmática que auxilia o profissional de saúde a formular, dentro de cada contexto assistencial real, a melhor conduta possível, sem abandonar o rigor técnico nem gerar expectativas terapêuticas inalcançáveis para a paciente que depende exclusivamente do sistema público.

3.6 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO: BRASIL E O ESTADO DA BAHIA

Segundo o Censo Demográfico de 2022 do IBGE, a população brasileira ultrapassa 203 milhões de habitantes, dos quais 51,5% são mulheres (IBGE, 2023). Estima-se que o país abrigue aproximadamente 17 milhões de mulheres no climatério e 9,2 milhões na menopausa propriamente dita (FEBRASGO, 2025), o que corresponde a quase 8% de toda a população feminina nacional (TERRA, 2023). A média de idade de entrada na menopausa no Brasil é de 48 anos, com início da irregularidade menstrual, em média, aos 46 anos, sendo que 73,1% das brasileiras referem sintomas climatéricos entre a pré-menopausa e a menopausa, e 78,4% na pós-menopausa (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2024).

No estado da Bahia, o Censo de 2022 registrou população de 14.141.626 habitantes, dos quais 7.305.940 (51,7%) eram mulheres (BAHIA ECONÔMICA, 2023). Dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, divulgados pelo IBGE em 2025, indicam que a Bahia se tornou o 5º estado mais feminino do país, com 7,715 milhões de mulheres em 2024, representando 52,0% da população baiana — proporção superior à média nacional (CORREIO, 2025). O mesmo levantamento evidenciou que a população de 40 anos ou mais foi a única faixa etária a crescer no estado entre 2012 e 2024, com destaque para o contingente de mulheres idosas, refletindo processo de transição demográfica compatível com o observado no restante do país (CRIATIVA ONLINE, 2025).

Em Salvador, capital baiana, mulheres entre 40 e 44 anos representam 9,42% da população feminina da cidade, o equivalente a aproximadamente 124 mil soteropolitanas nessa faixa etária (IBAHIA, 2024), grupo diretamente inserido no início do climatério segundo a classificação da FEBRASGO. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) reconhece, em seu panorama de saúde da mulher, que as faixas etárias a partir dos 40 anos concentram maior incidência de neoplasia de mama, reforçando a necessidade de articulação entre rastreamento oncológico, manejo climatérico e cuidado em saúde mental nessa população (SESAB, [20--]).

Do ponto de vista da saúde mental, levantamentos nacionais mostram que sete em cada dez diagnósticos de ansiedade e depressão no Brasil ocorrem em mulheres (CNN BRASIL, 2024), tendência que, somada à maior vulnerabilidade neuroendócrina do climatério, sugere que o contingente de mulheres baianas nessa faixa etária — superior a 600 mil apenas na capital, segundo estimativas derivadas dos dados do IBGE — representa parcela populacional relevante para o planejamento de políticas públicas de saúde mental integradas à atenção ginecológica,

sobretudo diante das limitações de acesso a psicofármacos de segunda linha e a formulações hormonais modernas já discutidas na rede pública estadual.

4 DISCUSSÃO

A síntese das evidências reunidas neste artigo permite afirmar que a psicofarmacologia do climatério e da menopausa não pode ser conduzida de forma dissociada da avaliação ginecológica endócrina, tampouco da consideração explícita do contexto socioeconômico da paciente. O reconhecimento da "janela de oportunidade" para a THM e da eficácia comparável entre ISRS, IRSN e estrogenoterapia para sintomas depressivos perimenopáusicos reposiciona a discussão: a pergunta clínica relevante não é mais "antidepressivo ou hormônio", mas sim qual combinação, em que momento e por qual via de administração melhor atende ao perfil de risco e à sintomatologia específica de cada mulher (FAUBION et al., 2022; RIBEIRO et al., 2013).

Entretanto, esse ideal de individualização terapêutica esbarra em uma realidade assistencial fragmentada. Enquanto a literatura internacional avança para antagonistas seletivos de receptores hipotalâmicos como o fezolinetanto, o SUS brasileiro ainda disponibiliza, em sua maior parte, formulações desenvolvidas há décadas, como o estrogênio conjugado equino e a fluoxetina. Essa defasagem não é exclusividade da saúde da mulher climatérica, refletindo um padrão mais amplo de incorporação tecnológica no SUS, historicamente mais lenta do que a aprovação regulatória pela ANVISA (MEDWAY, 2026; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2025).

Chama atenção, ainda, a escassez de estudos epidemiológicos brasileiros — e, mais especificamente, baianos — que dimensionem com precisão a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos exclusivamente entre mulheres climatéricas atendidas na rede pública estadual. Os dados disponíveis, em sua maioria provenientes de estudos ambulatoriais pontuais realizados há mais de uma década (POLISSENI et al., 2009) ou de levantamentos nacionais que não segmentam por estado (OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA, 2026), configuram uma lacuna de conhecimento que compromete o planejamento de políticas públicas regionalizadas. Recomenda-se, como agenda de pesquisa futura, a realização de estudos epidemiológicos multicêntricos no estado da Bahia, com estratificação por faixa etária, cor/raça, renda e tipo de vínculo com o sistema de saúde.

Por fim, a integração entre ginecologia e psiquiatria — historicamente tratadas como especialidades estanques na formação médica brasileira — mostra-se elemento central para a qualidade do cuidado nessa fase da vida. A adoção de instrumentos de cuidado compartilhado, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular já consolidado na Política Nacional de Saúde Mental, poderia ser estendida, com as devidas adaptações, ao cuidado climatérico, favorecendo a construção de planos terapêuticos que integrem THM, psicofármacos, psicoterapia e acompanhamento clínico geral de forma coordenada, independentemente do nível socioeconômico do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O climatério, a menopausa e a menopausa tardia constituem períodos de significativa vulnerabilidade neuropsiquiátrica na vida da mulher brasileira, exigindo abordagem psicofarmacológica fundamentada em evidências científicas robustas e na nomenclatura técnica correta preconizada pela FEBRASGO e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina — em especial escitalopram, venlafaxina e desvenlafaxina — apresentam evidência robusta para o tratamento da depressão perimenopáusica associada a sintomas vasomotores, enquanto a terapia hormonal da menopausa, quando iniciada dentro da janela de oportunidade, permanece padrão-ouro para o manejo global dos sintomas climatéricos, com efeito antidepressivo adicional comprovado especificamente na fase perimenopáusica.

15

A comparação entre esse padrão-ouro e a realidade do SUS revelou hiato assistencial relevante: fluoxetina, antidepressivos tricíclicos e formulações hormonais mais antigas permanecem as principais opções gratuitamente disponíveis, ao passo que antidepressivos de segunda linha, estradiol transdérmico e a recém-aprovada terapia não hormonal com fezolinetanto seguem restritos, em grande parte, ao mercado privado ou à judicialização da saúde. Essa constatação reforça a urgência de que instâncias como a CONITEC avaliem a incorporação de novas tecnologias psicofarmacológicas e hormonais à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, de modo a reduzir a iniquidade de acesso entre as mulheres brasileiras.

No estado da Bahia, o crescimento expressivo da população feminina acima de 40 anos, somado à já conhecida sobrecarga de transtornos ansiosos e depressivos entre mulheres brasileiras, indica a necessidade de fortalecimento da rede estadual de saúde mental e de saúde

da mulher, com produção de dados epidemiológicos regionais que permitam o planejamento assistencial baseado em evidências locais. Mais do que prescrever corretamente um psicofármaco, o desafio contemporâneo consiste em garantir que a mulher brasileira, independentemente de sua condição socioeconômica ou de sua região de residência, tenha acesso a um cuidado climatérico integral, cientificamente atualizado e humanizado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Anvisa aprova medicamento não hormonal contra sintomas da menopausa.** Brasília, 23 jun. 2026. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2026-06/anvisa-aprova-medicamento-nao-hormonal-contrasintomas-da-menopausa>. Acesso em: 26 ago. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.** 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Média de idade da mulher entrar na menopausa no Brasil é 48 anos; somente metade delas faz tratamento.** São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.apm.org.br/media-de-idade-da-mulher-entrar-na-menopausa-no-brasil-e-48-anos-somente-metade-delas-faz-tratamento/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

ASTELLAS FARMA. **Anvisa aprova VEOZA® (fezolinetanto) para o tratamento de ondas de calor e suores noturnos associados à menopausa.** São Paulo, 22 jun. 2026. Disponível em: <https://newsroom.astellas.com/2026-06-22-Anvisa-aprova-VEOZA-R-fezolinetanto-para-o-tratamento-de-ondas-de-calor-e-suores-noturnos-associados-a-menopausa>. Acesso em: 26 ago. 2026.

BAHIA ECONÔMICA. **Censo 2022 do IBGE: Bahia tem maioria da população do sexo feminino.** Salvador, 27 out. 2023. Disponível em: <https://bahiaeconomica.com.br/wp/2023/10/27/censo-2022-do-ibge-bahia-tem-14-milhoes-de-habitantes-e-a-maioria-e-mulher/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CLAYTON, A. H.; NINAN, P. T. **Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women.** Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2010.

CLINIQUIRE. **Quanto custa fazer terapia em 2025?** 10 set. 2025. Disponível em: <https://cliniquire.com.br/2025/09/10/quanto-custa-fazer-terapia-em-2025/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CNN BRASIL. **Sete em cada 10 pessoas com depressão ou ansiedade são mulheres, aponta pesquisa.** São Paulo, 29 mar. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sete-em-cada-10-pessoas-com-depressao-ou-ansiedade-sao-mulheres-aponta-pesquisa/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resposta Rápida 391/2014: informações sobre depressão – Sertralina.** Brasília: CNJ, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CORREIO. **Número de mulheres cresce mais que o dobro do de homens na Bahia.** Salvador, 22 ago. 2025. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/bahia/numero-de-mulheres-cresce-mais-que-o-dobro-do-de-homens-na-bahia-0825>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CRIATIVA ONLINE. **IBGE-BA: entre 2012 e 2024, Bahia tem o 4º menor crescimento populacional do país (+3,9%) e se torna mais feminina, idosa e preta.** Salvador, 22 ago. 2025. Disponível em: <https://criativaonline.com.br/ibge-ba-entre-2012-e-2024-bahia-tem-o-4o-menor-crescimento-populacional-do-pais-39-e-se-torna-mais-feminina-idosa-e-preta>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto inclui novos antidepressivos no SUS.** Brasília, 20 mar. 2025. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1140793-projeto-inclui-novos-antidepressivos-no-sus>. Acesso em: 26 ago. 2026.

DR. ANDRÉ VINÍCIUS. **Menopausa de início tardio: causas, idade, fatores de risco.** 2026. Disponível em: <https://drandrevinicius.com.br/o-que-menopausa-de-inicio-tardio/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

DR. JOÃO PEDRO CASTRO. **Quanto custa consulta com psiquiatra particular?** 18 jun. 2026. Disponível em: <https://www.drjoaopedrocastro.com.br/blog/quanto-custa-consulta-psiquiatra-particular>. Acesso em: 26 ago. 2026.

FAUBION, S. S. et al. **The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society.** Menopause, v. 29, n. 7, p. 767-794, 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **FEBRASGO apresenta novas diretrizes para a terapia de reposição hormonal durante Climatério e Menopausa.** São Paulo, out. 2024. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/1975>. Acesso em: 26 ago. 2026.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Menopausa: cerca de 17 milhões de mulheres no Brasil estão no climatério.** São Paulo, 2025. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/pt/noticias/item/2197>. Acesso em: 26 ago. 2026.

FLECK, M. P. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral).** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, 2009.

GAZETA DO PARANÁ. **Anvisa aprova medicamento inédito e sem hormônio para menopausa.** 23 jun. 2026. Disponível em: <https://gazetadoparana.com.br/artigo/anvisa-aprova-medicamento-para-menopausa-veoza-nao-hormonal>. Acesso em: 26 ago. 2026.

IBAHIA. **Pardas, na faixa dos 30 e buscando estudar: o perfil da mulher baiana.** Salvador, 8 mar. 2024. Disponível em: <https://www.ibahia.com/cotidiano/cidadania/pardas-na-faixa-dos-30-e-instruidas-o-perfil-da-mulher-baiana-315522>. Acesso em: 26 ago. 2026.

INFOSUS. **Duloxetina**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2026c. Disponível em: <http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php/Duloxetina>. Acesso em: 26 ago. 2026.

INFOSUS. **Fluoxetina, cloridrato**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2026a. Disponível em: http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php/Fluoxetina,_cloridrato. Acesso em: 26 ago. 2026.

INFOSUS. **Sertralina**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2026b. Disponível em: <http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php/Sertralina>. Acesso em: 26 ago. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: características gerais dos domicílios e dos moradores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JORNAL DE BRASÍLIA. **SUS oferece opções antigas e limitadas para reposição hormonal na menopausa, avaliam especialistas**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://jornaldebrasilia.com.br/noticias/saude/sus-oferece-opcoes-antigas-e-limitadas-para-reposicao-hormonal-na-menopausa-avaliam-especialistas/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

KORNSTEIN, S. G. et al. **Short-term efficacy and safety of desvenlafaxine in a randomized, placebo-controlled study of perimenopausal and postmenopausal women with major depressive disorder**. Journal of Clinical Psychiatry, v. 71, n. 8, p. 1088-1096, 2010.

MEDWAY. **Anvisa aprova fezolinetanto para controle dos fogachos da menopausa**. 26 jun. 2026. Disponível em: <https://www.medway.com.br/conteudos/anvisa-aprova-fezolinetanto-para-controle-dos-fogachos-da-menopausa/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

METRÓPOLES. **Anvisa aprova medicamento inédito para ondas de calor da menopausa**. 23 jun. 2026. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/anvisa-aprova-remedio-inedito-menopausa>. Acesso em: 26 ago. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024. **Atualiza a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

MULTICARE. **Guia da menopausa: definição, fases e sintomas**. 2026. Disponível em: <https://multicare.pt/blog/saude-da-mulher/guia-menopausa-fases-sintomas>. Acesso em: 26 ago. 2026.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA. **Janeiro Branco: o que os dados revelam sobre a saúde mental no Brasil**. Fundação Umane, 2026. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/blog/janeiro-branco-dados-sobre-saude-mental-brasil/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. **Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 7, e20240478, 2024.

POLISSENI, A. F. et al. **Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, n. 3, p. 117-123, 2009.

PORTAL WEMEDS. **Anvisa aprova fezolinetanto (Veoza): o que muda no tratamento não hormonal da menopausa?** 25 jun. 2026. Disponível em: <https://portal.wemeds.com.br/anvisa-aprova-fezolinetanto-veoza-menopausa/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

RIBEIRO, H. L. et al. **Tratamento da depressão no climatério**. Debates em Psiquiatria, v. 3, n. 1, p. 6-13, 2013.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Panorama no Estado – Saúde da Mulher**. Salvador: SESAB, [20--]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-da-mulher/panorama-no-estado-saude-da-mulher/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

SOARES, C. N. et al. **Desvenlafaxine and escitalopram for the treatment of postmenopausal women with major depressive disorder**. Menopause, v. 17, n. 4, p. 700-711, 2010.

SOARES, C. N.; WARREN, M. **The menopausal transition: interface between gynecology and psychiatry**. Key Issues in Mental Health, v. 175, p. 102-114, 2009.

TERRA. **Menopausa e climatério continuam sendo tabus para mulheres**. 2023. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/menopausa-e-climaterio-continuam-sendo-tabus-para-mulheres>. Acesso em: 26 ago. 2026.