

Saúde mental de mulheres no climatério: crenças, percepções e enfrentamentos

Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha*, Raimunda Magalhães da Silva**,
Eveliny Silva Martins***, Carmem Cintra de Oliveira Tavares****

*Fisioterapeuta, Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza, Professora das Faculdades INTA, **Enfermeira, Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, bolsista PQ, ***Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), ****Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Resumo

O climatério é uma realidade nos lares, que independe de classe social, crenças e preceitos religiosos. Objetivou-se analisar a saúde mental de mulheres no climatério através de suas crenças, percepções e enfrentamentos. Trata-se de um estudo transversal de natureza qualitativa desenvolvida com 33 mulheres climatéricas, em dezembro de 2007 e fevereiro de 2012, no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) e no Centro de Saúde Mattos Dourado. Utilizou-se entrevista semiestruturada e observação livre. Com base no modelo de crença em saúde os dados foram agrupados nas categorias: susceptibilidade à doença mental; percepção da mulher quanto à severidade das queixas; benefícios e barreiras encontrados para superar as queixas. Evidenciou-se que a susceptibilidade relacionou-se com as dificuldades mentais, medo, depressão, ansiedade e angústia. Estes problemas também foram identificados como barreiras, pelas mulheres. O risco de morte foi o principal fator percebido como severidade. O apoio da família, dos amigos, dos serviços e da proteção de Deus foram os benefícios relatados. Observamos que as mulheres são susceptíveis à doença, mantêm um nível de severidade com pouca expectativa de melhora, mas buscam recursos que minimizam a gravidade da doença.

Palavras-chave: saúde da mulher, climatério, políticas públicas.

Abstract

Mental health of women during climacteric: beliefs, perceptions and confrontations

Menopause is a reality at homes which is independent of social class, religious beliefs and precepts. The objective was to examine the mental health of postmenopausal women through their beliefs, perceptions and confrontations. This was a qualitative cross-sectional study conducted with 33 peri-menopausal women, in December 2007 and February 2012, at the Center for Integrated Medical Attention (NAMI) and the Health Centre Mattos Dourado. We used semi-structured interviews and free observation. Based on the health belief model, data were grouped into categories: susceptibility to mental illness, perception of women regarding the severity of complaints, benefits and barriers found to overcome the complaints. It was evident that susceptibility was related to the mental difficulties, fear, depression, anxiety and distress. These problems were also identified as barriers for women. The risk of death was the main factor perceived as severity.

Artigo recebido em 1 de agosto de 2012; aceito em 30 de setembro de 2013.

Endereço para correspondência: Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha, Avenida Padre Antonio Tomás, 2035, 60140-160 Fortaleza CE, E-mail: aleudinelia@yahoo.com.br, rmsilva@unifor.br

Support from family, friends, services and protection of God were the benefits reported. We found that women are susceptible to disease, maintain a level of severity with little expectation of improvement, but seek resources that minimize the severity of the disease.

Key-words: women's health, climacteric, public policies.

Resumen

Salud mental de mujeres en el climaterio: creencias, percepciones y enfrentamientos

El climaterio es una realidad en los hogares, que no depende de clase social, creencias y preceptos religiosos. El objetivo de este estudio fue analizar la salud mental de mujeres en el climaterio a través de sus creencias, percepciones y enfrentamientos. Se trata de un estudio transversal de naturaleza cualitativa desarrollado con 33 mujeres climatéricas, en diciembre de 2007 y febrero de 2012, en el Núcleo de Atención Médica Integrada (NAMI) en el Centro de Salud Mattos Dourado. Se utilizó entrevista semiestructurada y observación libre. Con base en el modelo de creencia en salud los datos fueron agrupados por categorías: susceptibilidad a enfermedad mental; percepción de la mujer en cuanto a la severidad de quejas; beneficios y barreras encontrados para superar las quejas. Se evidenció que la susceptibilidad se relacionó con dificultades mentales, miedo, depresión, ansiedad y angustia. Estos problemas también fueron identificados como barreras por las mujeres. El riesgo de muerte fue el principal factor percibido como severidad. El apoyo de la familia, amigos, servicios y protección de Dios fueron los beneficios relatados. Observamos que las mujeres son susceptibles a la enfermedad, mantienen un nivel de severidad con poca expectativa de mejora, pero buscan recursos que minimizan la gravedad de la enfermedad.

Palabras-clave: salud de la mujer, climaterio, políticas públicas.

Introdução

O cuidado realizado com a mulher também se dá na perspectiva de uma vida emocional saudável. É necessário apontar, entretanto, a existência de crenças que sugerem o envelhecimento feminino como uma “janela de vulnerabilidade” durante, a qual, as mulheres estão com alto risco para incidência de distúrbios mentais [1].

Existe uma associação controversa, não comprovada cientificamente, mostrando que a mulher climatérica é mais facilmente irritável, ansiosa e deprimida. Decorre daí a tendência dos cuidados com a saúde destas serem mediados por ansiolíticos, sedativos, antipsicóticos e antidepressivos, o que não costuma ocorrer quando está tratando de homens da mesma idade ou de mulheres em outras faixas etárias [2].

É fato que mulheres, iniciando a fase do climatério, passam por um desequilíbrio hormonal, sofrendo fenômenos associados às modificações biológicas. Muito marcante e significativo, todavia, é o declínio progressivo de traços culturalmente valorizados pela sociedade, dentre os quais, servem de exemplos a formosura, o vigor e a fertilidade.

As mulheres, durante esta fase, apresentam maiores problemas nas relações afetivas como o

casamento, sexualidade, família e emprego. Estudos descrevem que mudanças nesses domínios da vida podem esgotar os recursos de adaptação da pessoa, contribuindo para o surgimento de várias doenças, incluindo os distúrbios mentais [2].

Pesquisa relata associação entre a diminuição dos estrógenos e o grau de organização/disponibilidade do comportamento adaptável do ser humano que, por sua vez, torna a mulher mais vulnerável ao estresse psicológico advindo dos eventos da vida diária. Em outras palavras, uma menor adaptabilidade do sistema nervoso, durante a transição menopausal, pode contribuir para diminuição da vigilância ao estresse lesivo [3], manifestado com baixa autoestima, insatisfação, isolamento social, queixas psíquicas e somáticas.

Em uma pesquisa verificou-se que a terapia de hormônio realizada de forma particularizada após monitorização criteriosa, suaviza os sintomas, melhora a qualidade de vida, os efeitos adversos são controláveis e os riscos são mínimos [4].

Deve-se dizer que, ainda na década de 1980, a noção de grupos de risco foi substituída pela expressão comportamento de risco, embora ela ainda se baseie na exposição como questão de decisão individual, como um risco assumido pelo indivíduo [5-8]. A partir de então a noção de risco individual

e comportamento de risco começaram a ser substituídas, principalmente no meio acadêmico, pelo conceito de vulnerabilidade social, que diz respeito a um conjunto de fatores estruturais que condicionam o avanço da sociedade [9].

Do ponto de vista público, as capacidades mentais surgem como um conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar a pessoa em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades. Embora exista uma política nacional que determine a incorporação da atenção básica à saúde da mulher no climatério [10] e sua implantação em 100% das capitais, observa-se que as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família ainda são muito incipientes. Pode-se dizer que o atendimento dispensado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ainda é insatisfatório no que tange às ações terapêuticas, bem como orientações para o autocuidado e a promoção da saúde da mulher.

Com a verificação do comportamento cognitivo no climatério se pode colaborar para o campo do conhecimento sobre as queixas neuropsíquicas dessa população de mulheres e prover aos profissionais que atuam na área de saúde da mulher, parâmetros para a aplicação de testes psicométricos [11].

O tema passa a constituir interesse de saúde pública/coletiva, na medida em que se calcula, para 2020, mais de 1 bilhão de mulheres acima de 60 anos de idade [2]. Também é alvo de preocupação internacional e evoca interesse nacional crescente, devido à frequência de transformações físicas, sociais e mentais, acometidas nesta fase da vida.

Objetivou-se analisar a saúde mental de mulheres no climatério através de suas crenças, percepções e enfrentamentos.

Material e métodos

O estudo está fundamentado no Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model - HBM*). Esse modelo tem como premissa o mundo perceptual da pessoa que determina o seu comportamento, não o ambiente físico [12]. O Modelo de Crenças em Saúde, em relação ao comportamento preventivo, é demonstrado pela dimensão susceptibilidade percebido – refere-se à percepção subjetiva do risco de a pessoa contrair determinada condição ou doença.

Trata-se de um estudo transversal de natureza qualitativa realizado em novembro de 2007 e feverei-

ro de 2012, com 33 mulheres cadastradas no serviço de atenção secundária e moradoras da comunidade do Dendê, no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza/CE. O serviço de saúde é credenciado pelo SUS com condições satisfatórias quanto à área física, equipamentos e laboratórios, e tem o objetivo de prestar assistência à comunidade e desenvolver o ensino e pesquisa, envolvendo funcionários, docentes, alunos de graduação e pós-graduação.

O critério de inclusão das participantes constituiu a idade entre 45 e 55 anos, período que inclui mulheres no início do declínio da atividade folicular ovariana até a homeostase hormonal [10,13]. A inclusão também se deu pelo fato de participação em grupos de apoio que desenvolviam atividades físicas, sociais e laborais com o acompanhamento de profissionais. As participantes foram selecionadas pelo cadastro da Instituição, independente de raça, cor e religião e estavam com condições físicas e emocionais para responder à entrevista. Foram excluídas da pesquisa as mulheres que apresentaram algum déficit neurológico, de comunicação e de cognição.

A coleta de dados se deu, inicialmente, com visitas e diálogos não estruturados no serviço e somente após conhecer as mulheres, iniciamos a entrevista semiestruturada em profundidade, interativa, reflexiva, procurando respeitar a linguagem e as experiências de vida de cada uma. As entrevistas foram realizadas em local reservado, onde as participantes tinham a liberdade de falar e expressar seus sentimentos, emoções, sinais e sintomas em relação à saúde mental. O tempo de cada entrevista foi em consonância com a necessidade de cada participante, deixando-a a vontade para exprimir suas experiências com a saúde, envolvendo os aspectos mentais no período em que vivencia o climatério e a menopausa. As conversas foram gravadas, conforme consentimento das entrevistadas.

Os dados receberam tratamento sistemático de leitura, agrupamento e codificação e foram organizados em temáticas por afinidade de conteúdo e de significados contidos nos instrumentos de coleta de dados. Para proceder à análise temática, foram empregados os procedimentos da pré-análise ou organização do material; a exploração desse material para a sua classificação e codificação ou categorização; e a interpretação dos resultados, etapa em que se destaca o papel do pesquisador como atuante [14-16].

A pesquisa proporcionou uma compreensão completa e complexa da saúde mental da mulher

no climatério, observando as dificuldades sentidas, percebidas e sofridas no seu cotidiano [15,17], através da compreensão dos dados, utilizando-se o Modelo de Crenças em Saúde.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR e seguiu as normas da Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde [18]. De acordo com essa resolução, a pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais como: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, garantia do sigilo que assegure a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto à coleta de dados, respeito total à dignidade do ser humano, sem mutilações ou violação do corpo, entre outros. Conforme as normas de ética científica em investigações, as pessoas receberam nomes fictícios simbolizados por letras do alfabeto.

Resultados e discussão

Caracterização das mulheres

Participaram deste estudo 33 mulheres com faixa etária de 45 a 55 anos, na fase do climatério. Quanto à escolaridade, duas relataram ter concluído o ensino médio, predominando as não alfabetizadas e com renda familiar de até dois salários mínimos. Em relação à ocupação, 12 referiram ser dona de casa, 12 empregadas domésticas e as outras se dividiram nas ocupações de lavadeira, serviços gerais e professora. A maioria das participantes era casada, apresentando duas solteiras e duas divorciadas. Sobre a religião, 17 declararam serem católicas, 13 evangélicas e três não definiram.

Grande parte dessas mulheres afirmou ter de um a três anos de cadastro no serviço de saúde, porém houve uma quantidade significativa com mais de cinco anos e uma minoria com 30 anos. Esse fato nos leva a pensar e questionar sobre como estas mulheres são acompanhadas neste serviço e qual o sistema de resolubilidade deste.

No que diz respeito à busca destas mulheres pela unidade de saúde e a frequência em que usam este sistema, podemos identificar que a procura maior é pelo profissional que faz clínica geral e em seguida pelo fisioterapeuta. Estes profissionais foram enquadrados como prescritores de medicação para alívio das queixas e por melhorar o bem-estar.

As queixas mentais apresentadas encontram-se em concordância com as produções científicas da

área quando sugerem uma relação entre os eventos estressores da vida diária e manifestações de tristeza, angústia, medo, choro fácil, nervosismo, depressão e raiva. No relato abaixo pode-se perceber:

“Tenho tristeza, angústia, medo e raiva de mim...”

“Eu era uma pessoa feliz; agora eu me sinto um lixo!”

“Sou triste, angustiada, choro, tenho medo e isso me faz pensar que vou enlouquecer...”

“...tem dia que choro muito, tenho muita tristeza, angústia, medo e às vezes acho que vou ficar louca.”

“A minha saúde mental é péssima... E isso me angustia, choro, fico triste, saio sem rumo de casa... Medo de ficar louca, perda de memória, impaciência, cabeça cansada e confusa...”

“... A tristeza vem e isso altera todo meu comportamento, toda minha vida.”

Uma pesquisa com 70 mulheres evidenciou que elas possuíam uma visão negativa da menopausa, tendo maior prevalência de depressão, fazendo-se assim um dado estatisticamente significativo [19].

Outro estudo constatou a influência da história familiar em relação ao aumento do risco de desenvolvimento da depressão [20], o mesmo foi detectado nesta pesquisa.

“... Pelo namoro de minha filha. Tenho medo que possa acontecer com ela o que aconteceu comigo.”

O climatério está intimamente ligado ao processo de envelhecimento feminino, à imagem do corpo e à sexualidade. A redução do desejo sexual, o desgosto devido a esta sensação e a preocupação com relação ao companheiro ficaram evidentes nas falas, mas também a falta de vontade de procurar ajuda e o desconhecimento de tratamento para isso [21].

“..Fiquei preocupada quando ouvi dizer que a menopausa causa dificuldade de lubrificar”

“..eu tenho que dá conta do meu marido...”

Grande parte das mulheres relatou que ocorreram mudanças em sua sexualidade durante o climatério, especialmente relacionada ao ato sexual, com diminuição desta atividade após a menopausa [22]. Estas modificações remetem à experiência negativa como ocorrência de melancolia, tristeza e ansiedade [23], vista por algumas mulheres como algo sem solução [21].

Há relatos de mudanças ao iniciar a menopausa, principalmente com relação à perda de encanto e interesse por seus parceiros. A separação conjugal, nessa fase, intensifica as crises depressivas que possam advir, surgindo o sentimento de rejeição e desvalorização pelo parceiro [24].

“... Raiva de mim por não poder ter mais meu marido.”

“...se eu pudesse, meu marido passava era longe de mim.”

Por conta das alterações hormonais com mudanças no comportamento sexual das mulheres, é importante que os parceiros estejam informados e saibam o que significa ter de resolver eventuais problemas [25].

A sexualidade faz parte das prioridades da política pública de atendimento à mulher, no entanto, a abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, não abrangendo a mulher de forma holística. Pode-se notar que no atendimento em ambiente privado, não privilegia uma discussão coletiva entre as mulheres, isso possibilitaria o compartilhamento de experiências, a percepção de que as dificuldades não são originalmente suas, mas integram um conjunto próprio da condição feminina e da vivência de ser mulher e proporcionaria a socialização das soluções dos problemas [26].

Estressores diversos podem contribuir para os quadros depressivos climatéricos, não se restringindo ao declínio hormonal. Estudos comunitários comprovam que sintomas depressivos em mulheres climatéricas, estão associados à atitude em relação à menopausa, a saúde geral da mulher, problemas de relacionamento e histórico de episódio depressivo anterior [23].

“...isso me faz pensar que vou enlouquecer...”

“...às vezes acho que vou ficar louca...”

“...medo de ficar louca...”

“Sinto aborrecimento...”

“...choro.”

A susceptibilidade refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre os riscos existentes ou sua vulnerabilidade em apresentar determinado problema de saúde. Nos casos de agravos, inclui a aceitação do diagnóstico e a avaliação pessoal de sua re-susceptibilidade e da susceptibilidade para doenças em geral.

Conclusão

As crenças sobre a saúde mental e as formas de enfrentamento, assim como a percepção do risco, da gravidade, dos benefícios e das barreiras, durante a fase do climatério, mostraram ser culturalmente construídas e influenciáveis no comportamento delas quanto às mudanças e à própria saúde.

A percepção da suscetibilidade e da severidade da mulher no climatério possui forte componente cognitivo, sendo dependente do conhecimento. Assim, o conhecimento das mulheres acerca do climatério influencia sua percepção quanto a estarem mais suscetíveis à sua ocorrência ou quanto às consequências.

Nesta perspectiva, um tratamento mais efetivo pode ser obtido quando são consideradas suas crenças, suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, direcionando a saúde mental da mulher na tomada de consciência. Devem ser reforçados os aspectos positivos e benefícios em adotar ações para o enfrentamento, enquanto os negativos como as barreiras percebidas no processo da saúde/doença devem ser minimizados.

Diante dessas asserções, compreende-se que só será possível uma saúde para mulheres, eficiente, se proporcionar a efetiva participação delas nos processos de mudança, ou seja, deve-se recorrer aos eixos estruturantes da promoção de saúde utilizando os princípios da Educação, para que as mulheres possam conduzir as mudanças necessárias e identificar seu potencial nas formas de enfrentamento do climatério.

Referências

1. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry* 2008;7(3):137-42.
2. Halbe HW, Fonseca AM, Bagnoli VR, Borato MG, Ramos LO, Lopes CMC. Epidemiologia do climatério. *Revista Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia* 2002;2:36-39.
3. Becker D, Lomranz J, Pines A, Shmotkin D, Nitza E, bennamitay G, Mester R. Psychological distress around menopause. *Psychosomatics* 2001;42:252-57.
4. Cezarino PYA, Fonseca AM, Bagnoli VR, Baracat EC. Tratamento hormonal no climatério. *Rev Bras Med* 2011;68(10):294-99.
5. Guimarães DC. A construção de um problema. In: Guimarães DCA. *Aids no feminino*. Rio de Janeiro: UFRJ;2001;13-39.
6. Parker R, Camargo Junior KR. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública* 2000;1(16):89-102.
7. Pimenta C, Souto K, ed. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Seixas AMR. *Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: SENAC; 1998.
9. Sousa MCP, Espirito Santo ACG, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc* 2008;2(17):58-68.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa – Brasília: Ministério da Saúde; 2008a 192p. – (série A Normas e Manuais Técnicos) (Serie Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9)*.
11. Fernandes RCL, Silva KS, Bonan C, Zahar SEV, Marinheiro LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad Saúde Pública* 2009;25(9):1883-93.
12. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *Am J Public Health* 1966;3(44):94-122.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de Ação 2004 – 2008*. Brasília: MS; 2008b.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006. 225p.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
16. Rodrigues MSP, Leopardi MT. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999. 118p.
17. Polit DF, Hungler CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
18. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 196/96. Decreto Nº. 93.933 de janeiro e 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2):15-25.
19. Silva MNM, Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Navarro PAAS. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008;2(30):150-4.
20. Veras AB, Rassi A, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2006;2(28):130-4.
21. Salazar MA, Paravic KT, Barriga OA. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climatério. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011;76(2):64-70.
22. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc* 2008;2(17):82-94.
23. Palacios S, Ostchega Y, Harris TB, Hirsch R, Parsons VL, Kington R. *Climatério y menopausa*. Madrid: Mirpal; 1996.
24. Valadares AL, Pinto Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev Assoc Med Bras* 2008;4(54):299-304.
25. Trindade WR, Ferreira MA. *Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres*. *Texto Contexto Enferm* 2008;3(17):417-26.
26. Fernandes RCL, Rozenenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008;3(30):192-200.