

Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil

The Unified National Health System and public policies: psychological care for menopausal women in the Federal District, Brazil

Maria Elizabeth Mori ¹
Vera Lúcia Decnop Coelho ²
Renata da Costa Netto Estrella ³

Abstract

This study focused on psychological care for middle-aged women in public health services in the Federal District (Brasilia), Brazil. The article discusses women's health and more specifically menopause and its place in Brazilian public health policies. The survey confirmed the lack of psychological support for menopausal women. In most cases only outpatient medical care was offered. No psychologist had been designated in any of the units surveyed to assist these women. The study concludes that this period of women's life has failed to receive psychological care in Brazil, thus neglecting the principles of the Unified National Health System. Menopausal women deserve comprehensive health care, including attention to conflicts related to biological, psychological, and socio-cultural dimensions of aging, thus contributing to the process of working through maturity.

Menopause; Women's Health; Health Policy

¹ Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.
² Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
³ Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

M. E. Mori
Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, SHIN QL 01, conjunto 02, casa 15, Brasília, DF 71505-025, Brasil.
beth.mori@gmail.com

O número de mulheres vivendo em situação de pobreza no mundo é maior que o de homens. Elas, em geral, trabalham mais horas do que eles. E mais. Metade do tempo das mulheres é gasto em atividades não remuneradas – e diríamos, pouco valorizadas socialmente. Com isso, diminui-se o acesso das mulheres a bens, inclusive aos serviços de saúde ¹, foco do presente trabalho.

Assim, estudos que problematizam questões femininas e a saúde da mulher contribuem para o reconhecimento de seu valor e para a superação de preconceitos que ainda atingem a mulher em seu cotidiano. Para se pensar a saúde da mulher e a elaboração de políticas que contemplem uma visão mais abrangente de saúde, a perspectiva de gênero é essencial. “Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o ser homem ou mulher” ² (p. 16). As relações de gênero tendem a ser desiguais, refletindo-se em leis, políticas, atitudes e comportamentos das pessoas.

Esta desigualdade atinge particularmente as mulheres que se defrontam com o envelhecimento, determinado não apenas pela idade cronológica, mas também por condições subjetivas e sociais ³. As mudanças corporais presentes na meia-idade, período que se estende aproximadamente dos 40 aos 60 anos ⁴, impactam a auto-imagem feminina e potencializam um sofrer psicológico, segundo a visão de cada cultura em relação à mulher que envelhece ⁵.

Buscou-se investigar a situação de atendimento psicológico à mulher de meia-idade na rede pública de saúde do Distrito Federal. Este trabalho é parte de pesquisa teórico-clínica realizada a partir de demanda de atendimento psicológico às mulheres que participam do Programa de Climatério da Policlínica de Taguatinga, da rede pública de saúde ⁶. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Para isso, discute-se inicialmente a noção de saúde, e mais especificamente, a da mulher. A seguir, comentam-se aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina e menopausa, e como a intervenção psicológica se insere neste contexto de vida. A evolução da atenção à saúde da mulher, ao longo do século XX, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde ⁷, é brevemente apresentada no tópico seguinte. Finalmente, discute-se o resultado de levantamento sobre o atendimento psicológico à mulher de meia-idade na rede pública do Distrito Federal.

A saúde da mulher

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde não apenas como ausência de doença ou enfermidade, mas como um bem-estar físico, psíquico e social. No entanto, apesar de multidimensional este conceito ainda se baseia num modelo biomédico ⁸. Mais recentemente, a OMS ampliou esta definição, reconhecendo os laços entre as pessoas e o ambiente sócio-cultural. Saúde é então concebida como “a habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas” ⁸ (p. 167).

Concepção semelhante sobre saúde é apresentada por van der Kwaak (1991, *apud* Galvão ⁸, p. 170): “um modo de bem-estar total, não determinado somente por fatores fisiológicos, mas também por efeitos do trabalho, nutrição, estresse, guerra, migração, entre outros”. Daí a importância do planejamento e a disseminação de políticas públicas no Brasil, pois ainda persiste “um modelo cruel de desigualdades históricas internas que apontam para as diferentes oportunidades e restrições da população, segundo os diferentes grupos sociais, gênero, cor e regiões de residência” ⁹ (p. 25).

A evolução dos conceitos sobre saúde da mulher ao longo das últimas décadas merece

aqui um breve comentário. Saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher são expressões que apontam para discussões conceituais. Da primeira à terceira pode-se perceber um avanço no que diz respeito à condição feminina. Falar da saúde da mulher significa atentar para todo o contexto psicossocial em que esta se insere. Isto inclui aspectos relativos à enfermidade, doença, bem-estar, assim como às atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura. A referência canadense, em relação à saúde da mulher, é representativa de um conceito integral e amplo: “A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico e é determinada por um contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial” (Women’s Health Interschool Curriculum Committee, 1995, *apud* Galvão ⁸; p. 173).

As mulheres costumam ser vistas como usuárias passivas e não como protagonistas da própria história, capazes de articular prioridades e tomar decisões. Daí a importância das vozes femininas na definição de suas necessidades e no desenho de políticas e programas ¹⁰. Isto vai na direção do conceito de clínica ampliada, que “visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” ¹¹ (p. 44-5).

Indicadores sociais ¹² mostram as diferenças enfrentadas por homens e mulheres em suas trajetórias de vida. Menor crescimento populacional e transformações nas estruturas por idade e sexo vêm ocorrendo nas últimas décadas. O ciclo vital vem se modificando e o fenômeno da longevidade tem forçado a criação de novos estágios de desenvolvimento. A adolescência tem se prolongado, adiando o início da vida adulta. Homens e mulheres experienciam situações diversas das que seus pais e avós viveram. Além do aumento da expectativa de vida, mudanças na sexualidade e reprodução, nas relações de gênero, nos processos de subjetivação e em novas tecnologias de saúde estão ocorrendo. Tais transformações necessitam ser contempladas pelas políticas públicas de saúde.

Tais políticas devem considerar fenômenos como: precocidade da menarca e do início das relações sexuais entre jovens; meios contraceptivos que desvinculam sexo de reprodução; aumento da incidência de gravidez na adolescência e tardia (depois dos quarenta, devido às tecnologias que garantem a fertilização mesmo

após a menopausa); jovens adultos solteiros e mesmo divorciados moram com os pais; homens e mulheres coabitam por mais tempo antes de formalizarem uma união; divórcios e recasamentos promovem rearranjos familiares¹³. Idosos convivem com doenças crônicas-degenerativas com amplas repercussões sobre a família. Por outro lado, aqueles que possuem uma vida saudável na velhice enfrentam maiores desafios para sua inserção social¹⁴.

Na interpretação desses processos de mudança é importante destacar a permanência da assimetria nas relações de gênero, desfavorável à mulher, presente, por exemplo, no campo da política, do trabalho, da sexualidade. É na violência contra a mulher, entretanto, que a dissimetria de gênero transparece em sua radicalidade. Estudos sobre violência sexual, violência doméstica, assédio moral e sexual apontam o impacto deste fenômeno na saúde mental da mulher^{15,16,17,18}. A fala de mulheres nos grupos de atendimento psicológico realizados em serviços de saúde por pesquisadoras-psicólogas^{6,19,20,21} evidencia a presença de relações marcadas pela violência, ao longo do ciclo vital. Esta realidade sinaliza a importância da escuta psicológica no contexto público de atendimento à mulher.

Meia-idade, menopausa e escuta psicológica

A meia-idade compreende o período entre 40 a 60 anos, aproximadamente. No entanto, a idade cronológica constitui um critério relativo e insuficiente para a compreensão desta fase da vida, considerada crítica por diferentes autores^{4,22,23,24,25}, pelas transformações físicas, psíquicas e sociais que aí se inter cruzam²⁶. As mulheres enfrentam mudanças significativas nesses anos intermediários da vida, onde tem lugar a menopausa.

Fisiologicamente, menopausa se refere à cessação definitiva da ovulação. No entanto, a OMS recomenda que o termo seja utilizado para designar o processo como um todo, e não apenas o cessar do fluxo menstrual. Fenômeno natural na vida da mulher, a menopausa tem sido frequentemente tratada como doença, reduzindo-se sua complexidade à queda dos níveis hormonais. Ondas de calor, sudorese, secura vaginal, insônia, irritabilidade, dor de cabeça, ansiedade e sintomas depressivos, entre outras queixas, podem estar presentes²⁷. Entretanto, as mulheres vivenciam estas mudanças de maneira diversificada^{28,29}, o que é reafirmado por estudos sociais e transculturais^{30,31}.

O corpo feminino se transforma. Rugas, perda da elasticidade da pele e da flexibilidade corporal, embranquecimento dos cabelos e ganho de peso sinalizam o inevitável processo de envelhecimento, impactando a auto-imagem da mulher. Vivendo em sociedades que cultuam a juventude, a beleza e a saúde⁵ e que desvalorizam o idoso³², é sem dúvida doloroso para a mulher enfrentar o seu envelhecer. Goldfarb³³ se refere ao “espelho negativo” – estranheza ante a própria imagem que a mulher de meia-idade vê diante do espelho, renunciando a velhice sob o ponto de vista estético.

Relações conjugais e familiares são igualmente afetadas. Relacionamentos afetivos desgastados podem implicar em separação ou sofrimento conjugal. As mães confrontam-se com filhos que passam da adolescência para a fase adulto-jovem, podendo enfrentar: saída ou não de casa, gravidez precoce, abuso de drogas lícitas e ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis e violência. A mulher de meia-idade é, assim, convocada a assumir funções que a sobrecarregam³⁴. A aposentadoria pode afetar a mulher em sua identidade e relações. Pais idosos demandam cuidados que envolvem esforços econômicos e psíquicos. O adoecimento e morte destes potencializa o contato da mulher com a própria fragilidade e finitude⁶.

Margis & Cordioli⁴ concluíram que essas transformações instauram na mulher de meia-idade um processo de reavaliação psíquica envolvendo tarefas como: aceitação do corpo que envelhece; aceitação da limitação do tempo e da morte; revisão dos papéis sociais exercidos nos relacionamentos (cônjuge, filhos, pais e outros membros da sociedade), com a inserção em novas posições sociais; apreensão de novas habilidades e sentidos para a vida; e preparação para a velhice por meio de estratégias de prevenção e promoção de saúde, incluindo vínculos sociais.

O trabalho clínico nos mostra que a mulher deseja e precisa falar sobre conflitos que se manifestam, ressurgem ou se intensificam na meia-idade e na menopausa. A Consulta de Enfermagem, realizada como parte do Programa do Climatério da Policlínica de Taguatinga, Distrito Federal, confirma esta perspectiva. Além das queixas físicas relativas à menopausa, trajetórias de vida marcadas por violências sexuais e físicas, conflitos familiares, situações de abandono e de negligência, entre outras questões, são expressas muitas vezes pela primeira vez nessa Consulta. Tais vivências podem se manifestar em sintomas/transtornos, como depressão e ansiedade⁶. A intervenção psicológica grupal com mulheres na meia-idade tem de-

monstrado que compartilhar histórias de vida com outras que atravessam a mesma etapa de vida possibilita a busca de sentido para tantas transformações e desafios ^{35,36,37}.

A presença de psicólogos na rede pública de saúde do Distrito Federal é igualmente demandada por profissionais de saúde. Entrevistas realizadas com ginecologista, psiquiatra, enfermeiras e gestor da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) apontaram que a escuta psicológica deve integrar uma proposta de atenção integral à saúde da mulher de meia-idade ⁶.

Políticas públicas e a saúde da mulher brasileira

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde. Nas décadas de 1930, 1940 e 1950 os programas materno-infantis contribuíam para uma visão restrita da mulher como mãe e “dona de casa”. A saúde da mulher passa a ser fonte de preocupação de diversos países devido ao crescimento acelerado da população mundial. No Brasil, programas de “controle da natalidade” disseminaram-se no final da década de 1970.

Os objetivos demográficos foram os grandes norteadores destes programas, voltados à redução da fecundidade. As atividades de controle da natalidade expandiram-se. Como afirmam Díaz & Díaz ¹⁰ (p. 209), “*as ações visavam recrutar novas usuárias de métodos de alta eficácia, sem dar a devida importância às necessidades ou preferências das mulheres*”. A melhoria da saúde e da qualidade de vida populacional ficava relegada a segundo plano. Problemas advindos da adoção desses programas levaram cientistas e movimentos feministas a manifestarem sua insatisfação, ocasionando revisões das políticas internacionais em saúde da mulher. Entretanto, a ênfase se manteve nos aspectos reprodutivos. A mulher que merecia atenção do Estado era aquela que se encontrava no período fértil.

A partir da década de 1960, movimentos feministas contribuíram para trazer ao espaço público questões até então tratadas como de âmbito privado. O slogan *Nosso Corpo Nos Pertence*, refletia a luta das mulheres pela autonomia individual em detrimento das formas de subordinação feminina, já que o caráter de objeto do corpo feminino é a face visível da subjugação das mulheres ³⁸. Esta palavra de ordem percorreu o mundo na década de 1970, capturando a imaginação das mulheres nos mais di-

versos continentes e motivando “*pequenas rebeliões e demandas públicas*” ³⁹ (p. 72).

A produção feminista das décadas de 70 e 80 do século XX pontuou a sexualidade como um direito. A tomada de consciência sobre si, como sujeitos, foi fundamental para situar a repressão à sexualidade como uma estratégia de dominação. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, China, 1995, procuraram fortalecer esse processo num movimento com marcas mundiais.

Formiga Filho ⁴⁰ enfatiza que o engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou as primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde. Apesar de engessado nos governos militares, o movimento feminista reorganizou-se, abrindo debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira.

A participação feminina foi intensa na discussão sobre a saúde da mulher, durante a década de 1980. Desde então, uma das principais bandeiras tem sido, segundo Ávila & Corrêa ³⁹ (p. 73-4), “*desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino (...) de romper a lógica complexa de apropriação e subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública*”. Assim, o tema da saúde sobressaiu-se no cenário feminista.

Nesse contexto, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, no Ministério da Saúde, e o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1984. Este programa acabou canalizando grupos autônomos envolvidos com a saúde da mulher, no que diz respeito à mobilização, organização e representação política, além da produção e difusão de informação e de conhecimento ³⁹.

Segundo Formiga Filho ⁴⁰, o PAISM foi importante para a área da saúde brasileira, em especial à saúde da mulher. Esta área tem sido fonte de lucros de alguns grupos ou instituições que, de maneira inescrupulosa, atuam com interesses primordialmente financeiros. O Programa contemplava estratégias que abordavam a saúde da mulher em todas as etapas do ciclo vital. Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação com vistas à melhoria da saúde da população feminina estavam previstas. Dentre as ações regulamentadas e normatizadas pelo PAISM encontrava-se a assistência ao climatério.

Autores como Pinotti et al. (1990, *apud* Galvão ⁸), Osis (1998, *apud* Galvão ⁸) e Costa (1999,

apud Galvão⁸⁾ sugerem que o PAISM não foi adequadamente implementado no Brasil, apontando o distanciamento entre concepção e prática. Segundo os autores, a efetividade de um programa com tal envergadura depende de fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. Daí a importância de um controle social eficaz, com o envolvimento contínuo de grupos de mulheres e instituições.

Cabe comentar brevemente o estado atual das políticas públicas da saúde da mulher, lançadas pelo Ministério da Saúde². Dentre as Leis e Portarias editadas no período de 1996 a 2000 os seguintes temas são relativos à mulher: planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal. Infelizmente, nota-se nesse conjunto de leis uma ausência importante: a saúde mental.

Assim, a *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*⁷ representa um grande avanço. A *Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: 2004-2007*¹ (p. 77) considera, “num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sócio-demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil”. Incorporaram-se a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. A melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico são alvos dessa política.

As diretrizes incluem, no seu “plano de ação 2004-2007”⁴¹, grupos até então não contemplados: trabalhadoras rurais, mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, lésbicas, indígenas, presidiárias, mulheres com deficiências ou transtornos mentais. Esta política é destinada à população feminina acima de dez anos – mais de 70 milhões de brasileiras, majoritariamente usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. Mais ainda. A efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino. O presente estudo se insere nesse contexto, buscando investigar o atendimento psicológico no serviço público de saúde do Distrito Federal à mulher de meia-idade.

Atendimento à mulher de meia-idade na rede pública de saúde do Distrito Federal

O levantamento efetuado por Mori⁶ na rede pública de saúde do Distrito Federal mostrou que existiam poucas ações de promoção à saúde da mulher de meia-idade. Geralmente, apenas o atendimento ambulatorial ginecológico, com vistas à prevenção de câncer de útero e de mama, era oferecido a esta população.

Procurou-se identificar os centros de saúde e os hospitais regionais do Distrito Federal que ofereciam atendimento psicológico à mulher de meia-idade. Dos 32 centros de saúde consultados na época – abrangendo Lago Sul e Norte, Cruzeiro, Ceilândia, Sobradinho, Gama, Taguatinga, Planaltina, Samambaia, Candangolândia, Riacho Fundo 1 e Plano Piloto – apenas os de n. 14 (Cruzeiro Velho), 02 (Sobradinho) e 01 (Plano Piloto) promoviam, além da consulta com o ginecologista, palestras educativas semanais ou quinzenais, acerca da menopausa.

Dos Hospitais Regionais investigados – Ceilândia, Sobradinho, Gama, Taguatinga, Planaltina, Samambaia e Plano Piloto – apenas o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e a Policlínica de Taguatinga realizavam atividades voltadas à promoção de saúde da mulher da meia-idade, os chamados Programas de Climatério. Cabe enfatizar que a existência desses programas se devia exclusivamente às iniciativas individuais de médicos e enfermeiras. Estes implementavam, além dos serviços preventivos orientados pelas políticas de saúde da SES/DF, palestras educativas semanais a respeito do climatério/menopausa e palestras mensais com especialistas.

Além disso, o HRAS, que contava com seis psicólogos no quadro de pessoal, disponibilizava uma psicóloga para realizar, eventualmente, atendimento individualizado à mulher em casos considerados graves. Já a Policlínica de Taguatinga, que não contava com psicólogos contratados, realizava a consulta de enfermagem, visando criar um espaço de escuta para acolher a problemática trazida pela mulher. Neste contexto se inseriu a solicitação de colaboração de pesquisadoras-psicólogas do Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília para ampliar a compreensão sobre a complexidade do fenômeno menopausa e realizar intervenção psicológica.

Esses resultados nos levaram a questionar: faltam recursos financeiros para a saúde da mulher de meia-idade? Ou falta sensibilidade para a alocação de verbas em programas de promoção de sua saúde? E mais, falta compreensão

sobre a importância do atendimento psicológico na linha de cuidado a essa mulher? Desconhecem-se os efeitos dos conflitos psíquicos no corpo? Ou falta (re)conhecimento do trabalho realizado pelo profissional de psicologia? Estas foram as principais questões que nos fizeram procurar a SES/DF.

Assim, entrevistou-se uma gestora – médica e especialista em administração hospitalar – que na ocasião atuava na Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde. Nesta Diretoria encontravam-se todos os programas da área básica da comunidade: mulher, criança, adulto, idoso, triagem neonatal, controle de câncer de útero e de mama, controle da dengue e da cólera e demais epidemiologias.

Segundo nossa entrevistada, as políticas e os programas federais de saúde para a mulher visam primordialmente reduzir índices de mortalidade, focalizando ações nos grupos de maior risco: criança e mulher na fase reprodutiva. À medida que se começou a obter melhores indicadores nessa área, o governo ampliou sua atuação para a prevenção de câncer e de outras patologias, como hipertensão e diabetes.

De acordo com a gestora, no que diz respeito à saúde da mulher no Brasil, trabalha-se com taxas de riscos, cujos investimentos e indicadores estão voltados mais para a fase reprodutiva. Fora desse período, a preocupação é com doenças. Persiste a idéia de que cuidar da saúde é evitar a morte, e não, promoção da saúde.

Neste sentido, tem se compreendido que os poucos programas de climatério se constituíram a partir da iniciativa de profissionais da área. Esses programas não fazem parte das estratégias do Ministério da Saúde e nem das secretarias de saúde dos Estados e do Distrito Federal. A gestora confirmou que são poucos os lugares na rede pública que oferecem ações educativas em relação à meia-idade feminina. Os hospitais que as realizam têm no seu quadro de pessoal profissionais que fizeram alguma especialização nessa área e usam parte do seu horário semanal para tais ações.

Entendemos que um país com restrições financeiras, como é o caso do Brasil, necessita priorizar áreas de alocação de recursos. No entanto, essas iniciativas dos profissionais contribuem para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Ao mesmo tempo, mostram que é fundamental investir na prevenção e promoção da saúde integral e não apenas na medicalização. Nas ações psicológicas não se utilizam remédios. Dessa maneira, os investimentos financeiros estariam voltados para a criação de empregos. Ganharia, em primeiro lugar, a clientela assistida. Além disso, a categoria profissio-

nal de psicólogos seria beneficiada, tendo em vista a expansão de seu campo de atuação no âmbito da saúde.

Atualmente quando comparamos o número da dotação prevista pela SES/DF – realizada pelas áreas técnicas e especificada pelas *Leis n. 3.323 e n. 3.320*, de 2004 – para os profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e assistência social evidencia-se o pouco prestígio dos psicólogos nas ações de saúde do Distrito Federal. Vejamos: 5.138 vagas estão destinadas aos médicos, 1.410 a enfermeiros, 205 a assistentes sociais e 76 para psicólogos. Destes 76, segundo a Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM), a rede de assistência conta apenas com 51 psicólogos. Conclui-se, portanto, que o quadro de pessoal da SES/DF para o profissional de psicologia está totalmente defasado considerando as necessidades de uma população de dois milhões de pessoas, apenas no Distrito Federal, fora as cidades do entorno.

Para a gestora entrevistada, o psicólogo tem muito a contribuir, principalmente nos trabalhos preventivos e de promoção da saúde. Cita, como exemplo de atuação possível, o trabalho voltado para a saúde mental da mulher de meia-idade, tendo em vista que esta foi “massacrada”, sobrecarregada ao longo de seu ciclo vital.

A entrevistada aponta, ainda, o preconceito que se tem em relação ao envelhecimento feminino, situação que vem se modificando, segundo ela. A mulher está gradativamente se emancipando, tornando-se mais ciente de seus direitos e lutando por eles. Infelizmente sabemos que muitas mulheres, nessa faixa etária, ainda não conseguiram tal emancipação. Finalmente, ao apontar o papel do psicólogo, a entrevistada lembrou o campo de atuação da Psicologia da Saúde. Esta se caracteriza, de acordo com Seidl & Costa Jr.⁴² (p. 27), como “*uma área de conhecimento voltada à compreensão da influência de variáveis de natureza psicológica sobre processos de manutenção de estados de saúde de indivíduos ou grupos sociais, bem como sobre processos de geração de doença e estratégias de intervenção que auxiliem os indivíduos a manter-se saudáveis ou a enfrentar processos patológicos*”.

Tais considerações nos remetem a uma questão, que se refere ao reconhecimento pelas instituições públicas de saúde – nos níveis federal, estadual e municipal – de que a saúde mental é parte integrante do bem-estar dos cidadãos; o psicólogo deve, portanto, ter lugar junto a médicos, enfermeiros e demais profissionais, nos projetos e programas multidisciplinares de saúde dos governos.

Considerações finais

O estudo buscou investigar a situação do atendimento psicológico à mulher de meia-idade na rede pública de saúde do Distrito Federal. Para tal, realizou-se um levantamento em unidades de assistência da SES/DF.

Conclui-se que a atenção integral à mulher de meia-idade, incluindo o trabalho psicológico, ainda não é parte integrante das políticas públicas de saúde do Distrito Federal. Na rede hospitalar, mais especificamente nos hospitais regionais e policlínica, percebe-se que o profissional da psicologia está ausente dos poucos trabalhos desenvolvidos com a população feminina nessa faixa etária. Mulheres que necessitam de tratamento psicológico não encontram, ainda, respostas nesses serviços de saúde.

Os poucos programas de atendimento à meia-idade feminina foram elaborados e implementados por profissionais da área médica e de enfermagem, que por razão pessoal estão interessados em colocar seus saberes a serviço deste público-alvo. As ações implementadas por estes profissionais limitam-se à consulta ginecológica e palestras educativas periódicas acerca da menopausa/climatério. Assim, da mesma forma que se inicia a oferta de tais serviços, estes podem ser extintos.

No caso da Policlínica de Taguatinga, cidade satélite do Distrito Federal, as usuárias do Programa de Climatério também contam com a consulta de enfermagem, atividade implantada pela enfermeira sanitária Euzira Maria do Espírito Santo, comprometida com a assistência integral à mulher de meia-idade. O atendimento, a partir de 2001, passou a contar com o trabalho de escuta psicológica grupal, oferecido por pesquisadoras da Universidade de Brasília⁴³.

Estas profissionais, em conjunto com alunos da graduação e pós-graduação do Instituto de Psicologia (Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília), têm ocupado um espaço de trabalho psicológico negligenciado por instituições de saúde. A ausência de programas, ações e serviços à mulher de meia-idade denota desatenção aos princípios fundamentais do SUS: integralidade, universalidade e equidade. Ações psicológicas, como a desenvolvida por este grupo, são formas de reduzir um dos problemas que o SUS tem enfrentado: “*precária interação das equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção*”¹¹ (p. 15).

Cabe ainda reafirmar que a disparidade entre os números de profissionais de saúde, apresentada anteriormente, demonstra que o trabalho do psicólogo ainda não tem sua importância reconhecida nesse contexto. Na SES/DF não existe, até o momento, uma coordenação de psicologia. Assim, a definição do número de psicólogos que deve compor o quadro de pessoal da rede hospitalar não conta com a participação de um representante da categoria. A isso vem somar-se outra diferença entre profissionais de saúde do Distrito Federal, que é a da jornada de trabalho. Na rede pública do Distrito Federal, em contraste com as 20 horas semanais do médico e do odontólogo, o enfermeiro trabalha 24 horas e o psicólogo, 30 horas.

Concluimos que as políticas públicas de saúde ainda não reconhecem a especificidade da saúde da mulher de meia-idade, tendo em vista as intensas transformações potencializadas pela menopausa e pelo inevitável processo de envelhecimento.

As dimensões biopsicossociais da meia-idade feminina apontam para uma complexidade que necessita do reconhecimento dos gestores de saúde, na formulação de políticas públicas. A assistência à mulher, que inclua atendimento psicológico, não pode depender apenas da iniciativa pessoal de médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Entrevistas realizadas por Mori⁶ apontam que estes especialistas, em seu trabalho cotidiano, se dão conta de uma lacuna do atendimento integral – a escuta psicológica – pois, se defrontam com questões que extrapolam sua possibilidade de intervenção.

Resumo

Objetivou-se investigar a situação de atendimento psicológico à mulher de meia-idade, na rede pública de saúde do Distrito Federal, Brasil. Discutiu-se a saúde da mulher, mais especificamente, daquela que se encontra no período da menopausa e seu lugar nas atuais políticas públicas. Levantamento realizado na rede pública apontou a existência de poucas intervenções psicológicas destinadas à mulher nesta fase do ciclo vital. Em geral, apenas o atendimento ambulatorial ginecológico era oferecido. Em nenhuma das unidades de saúde pesquisadas existiam psicólogos no quadro de pessoal, cujo trabalho fosse dedicado especificamente à mulher na meia-idade. Concluiu-se que esta etapa da vida feminina não tem sido contemplada com assistência psicológica, negligenciando os princípios fundamentais do SUS. O estudo reafirma a necessidade de essa mulher ter acesso ao atendimento integral de sua saúde, incluindo uma escuta psicológica dos conflitos relacionados às dimensões biológicas, psíquicas e sócio-culturais do processo de envelhecimento. Esta escuta especializada pode contribuir para a elaboração da maturidade feminina.

Menopausa; Saúde da Mulher; Política de Saúde

Colaboradores

M. E. Mori participou da redação do artigo. V. L. D. Coelho contribuiu na revisão do artigo. R. C. N. Estrella colaborou como revisora do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher 2004 a 2007. In: Ministério da Saúde, organizador. 2004: ano da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 77-82. (Série E. Legislação de saúde).
2. Ministério da Saúde, organizador. 2004: ano da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série E. Legislação de saúde).
3. Sanches M, Roel I. El proceso de envejecimiento en la mujer. *Revista Tiempo* 2001; 8. <http://www.psicomundo.com/tiempo8> (acessado em 21/Fev/2001).
4. Margis R, Cordioli AV. Idade adulta: meia-idade. In: Elzirk CL, Kapczynski F, Bassols MAS, organizadores. *Ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 159-67.
5. Del Priore M. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora Senac; 2000. (Série Ponto Futuro).
6. Mori ME. *A vida ou vida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade [Dissertação de Mestrado]*. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2002.
7. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 165-79.
9. Goldani AM. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 25-69.
10. Díaz M, Díaz J. Qualidade da atenção em saúde mental e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 209-33.
11. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociais*. <http://www.ibge.br> (acessado em 07/Out/2002).
13. Guiddens A. *Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Record; 2003.

14. Neri AL. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002.
15. Fontana M, Santos SF. Violência contra a mulher. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, organizador. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.
16. Bucher JSNF. Família, *locus* de vivências: do amor à violência. In: Féres-Carneiro T, organizador. Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 169-83.
17. Diniz G. Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In: Paz MGT, Tamayo A, organizadores. Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos. Brasília: Editora UnB; 1999. p. 181-97.
18. Suárez M, Machado LZ, Bandeira LM. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 277-309.
19. Carvalho IS. Do botão à rosa, da rosa à...: um estudo sobre a queixa depressiva em mulheres na maturidade [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2004.
20. Santos CVM. Climatério e auto-valorização: uma reflexão feminista [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2005.
21. Pondaag MCM. O dito pelo não dito: desafios no trabalho com mulheres vítimas de violência [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2003.
22. Freud S. Tipos de desencadeamento da doença neurótica. v. XI. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976.
23. Jung CG. Tipos psicológicos. v. VI. Petrópolis: Editora Vozes; 1991.
24. Laznic MC. Sexualidade feminina e menopausa. Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista 2001; 5: 59-87.
25. Lidz T. A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1983.
26. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da mulher de meia-idade. *Psicol Reflex Crit* 2004; 17:177-87.
27. Trien SF. Menopausa, a grande transformação. O livro completo e definitivo sobre a fase mais silenciosa e mais fecunda da vida da mulher. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1994.
28. Greer G. Mulher: maturidade e mudança. São Paulo: Augustus Editora; 1994.
29. Ramos D. Viva a menopausa naturalmente. São Paulo: Augustus Editora; 1998.
30. Menegon VSM. Menopausa: imaginário social e conversas no cotidiano [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: PUC-São Paulo; 1998.
31. Sommer B, Avus N, Meyer P, Ory M, Madden T, Kagawa-Singer M, et al. Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosom Med* 1999; 61:868-75.
32. Campos APM. Tricotando histórias: reflexões sobre uma intervenção psicológica grupal com idosas [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2005.
33. Goldfarb DC. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
34. Diniz G, Coelho V. Mulher, família, identidade: a meia-idade e seus dilemas. In: Féres-Carneiro T, organizador. Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 79-95.
35. Marracini EM. Mulher: significados no meio da vida [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: PUC-São Paulo; 1999.
36. Ciornai S. Da contracultura à menopausa: vivências e mitos da passagem. São Paulo: Oficina de Textos; 1999.
37. Mori ME, Coelho VLD. A vida ou vida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade. *Est Pesqui Psicol* 2003; 3:63-78.
38. Portella AP. Novas e velhas questões sobre corpo, sexualidade e reprodução. In: Ávila MBM, organizador. Textos e imagens do feminismo: mulheres construindo a igualdade. Recife: SOS Corpo; 2001. p. 71-131.
39. Ávila MBM, Corrêa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 70-103.
40. Formiga Filho JFN. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Díaz, J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 151-62.
41. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
42. Seidl EME, Costa Jr. AL. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicol Teor Pesqui* 1999; 15:27-35.
43. Coelho V, Diniz G. Vida de mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. In: Féres-Carneiro T, organizador. Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 97-117.

Recebido em 26/Abr/2005

Versão final reapresentada em 27/Set/2005

Aprovado em 03/Jan/2006