

**A VIDA OUVIDA: A ESCUTA PSICOLÓGICA E A SAÚDE DA MULHER DE MEIA-
IDADE**

LIFE LISTENED: PSYCHOLOGICAL LISTENING AND MIDDLE-AGED WOMEN'S HEALTH

Maria Elizabeth Mori*

Vera Lucia Decnop Coelho**

RESUMO

Foi realizada uma pesquisa empírica com o objetivo de avaliar a importância da escuta psicológica para a saúde da mulher de meia-idade. O mal-estar geral experimentado neste momento de vida representa o visível, que esconde questões invisíveis da história de vida pessoal. Os procedimentos qualitativos foram: 1) levantamento dos serviços de atendimento à mulher de meia-idade na rede pública hospitalar do Distrito Federal; 2) entrevistas com profissionais da área de saúde; e 3) uma intervenção psicológica grupal em um espaço público hospitalar, com mulheres de classe socioeconômica desfavorecida. O compartilhamento das experiências pessoais, a partir de temas sugeridos pelas participantes, resultou numa experiência enriquecedora e contribuiu para que a vivência da meia-idade fosse mais bem elaborada. Os profissionais da saúde indicaram o atendimento interdisciplinar para esta faixa etária. Este estudo sugere que as políticas públicas de saúde devam incluir espaços de escuta psicológica com vistas à saúde integral da mulher.

PALAVRAS-CHAVE:

Meia-idade feminina; intervenção psicológica grupal; políticas de saúde.

O trabalho na clínica privada com mulheres de meia-idade tem nos mostrado que a intervenção psicológica pode ajudar na elaboração de perdas biopsicossociais experimentadas na meia-idade. Também tem auxiliado a mulher a desenvolver uma crítica sobre como os dias atuais têm potencializado o sofrimento psíquico. Consciente de si, a mulher madura pode acolher o sentimento de estranheza, proporcionado pelos diferentes aspectos que constituem o envelhecer, e tem seu sofrimento amenizado. O senso de inadequação em relação “ao modo de estar no mundo” é mais bem

compreendido a partir do sentido que o sofredor dá à sua história. Ações psicoeducativas, como grupos terapêuticos, também auxiliam na elaboração do sentido da experiência vital e na reorganização criativa e positiva da personalidade. Este tipo de tratamento de cunho preventivo tem contribuído, assim, para a redução do estresse e para um melhor enfrentamento das demandas do envelhecer.

Essas considerações nos conduziram ao lugar da escuta psicológica em programas voltados para a saúde da mulher de meia-idade, nos espaços públicos de saúde. Sabe-se que as respostas às demandas femininas nestas instituições ainda estão circunscritas às ações do profissional da ciência médica (principalmente ginecologistas e psiquiatras), pois cabe a eles a responsabilidade pelos tratamentos baseados na Terapia de Reposição Hormonal e nos antidepressivos e psicotrópicos diversos, adotados nos serviços de saúde. Diferentemente do que se dá no espaço da clínica psicológica privada: mulheres de meia-idade e pertencentes às classes socioeconômicas mais favorecidas têm a possibilidade de buscar ajuda psicoterápica, tratamento no qual uma escuta psicológica apropriada pode apontar para os “não-visíveis” deste momento de vida.

Assim, foi a partir de nossa experiência com estas mulheres que as primeiras questões de pesquisa foram delineadas. Existiriam trabalhos psicológicos realizados com mulheres de meia-idade, na rede pública hospitalar do Distrito Federal? Caso afirmativo, fariam parte de políticas de saúde voltadas para este público-alvo? De maneira geral, como se insere o trabalho do psicólogo nas políticas de saúde? Existem demandas semelhantes às encontradas na clínica privada? Ou seja, as mulheres de meia-idade desfavorecidas socialmente contariam com algum serviço psicoeducativo, caso assim o desejassem? Sabemos, como psicólogas clínicas, que não “poder” falar não significa não “precisar” falar. E, de alguma maneira, acaba-se falando... Por meio de sintomas, queixas aqui e acolá...

CICLO VITAL

O estudo sistemático do processo de envelhecimento é um dos principais eventos científicos do século XX, principalmente a partir dos anos 1950, apesar de o tema fazer parte de textos eruditos e obras literárias desde a Antigüidade. As experiências de envelhecimento populacional, com novas informações a respeito do processo vital, têm contribuído para uma maior atenção dos pesquisadores a todas as etapas da vida adulta, e não somente aos períodos da infância e da adolescência. Dessa forma, ampliam-se os espaços de estudo. Do âmbito familiar e escolar para os contextos “do ambiente do trabalho, dos meios político e comunitário, a esfera do lazer, dos hospitais, dos asilos e instituições para pacientes terminais” (NERI, 1995, p. 10).

Segundo Neri (1995) e Staude (1983), as contribuições pioneiras da Psicologia para essa nova perspectiva do desenvolvimento foram estabelecidas por Stanley Hall (em 1922), H. L. Hollingworth (1927), Charlotte Buhler (1933), Carl Jung (1931), Pressey e colaboradores (1939), Robert Havinghurst (1948) e Erik Erikson (1950). Estas contribuições foram fundamentais para a elaboração de uma compreensão do desenvolvimento humano que se estende ao longo da vida. Apesar de considerarem que cada vida tem um caráter único, estes autores concluíram que o desenvolvimento adulto segue princípios comuns, com uma seqüência previsível e padronizada de etapas. Para Eizirik, Kapczinski e Bassols (2001), o conhecimento destas fases – estrutura dos padrões “normais” e conflitos psíquicos socialmente esperados – tem auxiliado na compreensão da saúde do indivíduo e de seus transtornos emocionais.

Estudos recentes focalizam o desenvolvimento vital segundo o entrecruzamento de aspectos de natureza biológica, psicológica e sociocultural, que determinam a heterogeneidade entre os seres humanos. Segundo Neri (2001a), a perspectiva de “Curso de Vida” considera que as trajetórias pessoais e de grupos, que convivem num determinado momento histórico, podem ser diferentes pela

exposição a eventos específicos provocadores de estresse traumático. As pessoas localizam-se em estratos etários e sociais demarcadores de comportamentos e desempenho de papéis. No Brasil, apesar da compreensão de que a categoria idade é um conceito socialmente construído e de que a contemporaneidade tem como paradigma o prolongamento da juventude, a idade “tem significado a redução de oportunidades de acesso aos já escassos bens sociais” (NERI, 2001a, p. 18). Assim, as trajetórias individuais de desenvolvimento não estão isoladas; ao contrário, são compartilhadas por experiências socioculturais de seus pares.

O paradigma do “Curso de Vida” contém elementos comuns ao do *Life-span*, segundo Neri (2001a), pois se constituíram na mesma época, utilizando-se da mesma referência teórica das ciências: biológica, psicológica e social. Entende-se, assim, que há um limite genético-biológico para a expectativa de vida. No entanto, esta pode se estender, segundo as condições de bem-estar da sociedade, na qual o indivíduo está inserido. Ocorrências no contexto político, social, educacional e ecológico afetam a trajetória de vida das pessoas e dos grupos. Identificar estes eventos é fundamental para a perspectiva *Life-span*, que tem a noção de “causalidade dialética” como fundamento epistemológico. Dessa maneira, a contribuição das categorias de natureza inato-biológica, individual-psicológica, cultural-psicológica e natural-ecológica é relativa segundo a idade e ocorre de maneira não-linear. O imbricamento destas forças cria focos de tensão constante, predispondo a esforços adaptativos, “cuja síntese promove novo período de desenvolvimento normal, e assim sucessivamente” (NERI, 2001a, p. 26).

MEIA-IDADE

Carl Jung (1991) referia-se às depressões que ocorriam tanto nos homens quanto nas mulheres por volta da meia-idade. Segundo o autor, esta fase tem início com uma mudança modesta e sutil, muitas vezes desapercibida. Às vezes, uma transformação lenta do caráter da pessoa; outras vezes, são traços esquecidos da infância que voltam à tona. Antigas inclinações e interesses habituais começam a diminuir e são substituídos por novos. Com muita frequência, os princípios que norteavam a vida da pessoa até então se modificam radicalmente. Da mesma forma como não conseguiram se libertar da infância, também agora os adultos se mostram incapazes de renunciar à juventude. Temem os pensamentos sombrios da velhice que se aproxima, tarefas desconhecidas e perigosas, sacrifícios e perdas que não têm condições de assumir.

Já os psicanalistas Erik Erikson e J. M. Erickson (1998) descreveram o processo de desenvolvimento humano como sendo marcado por oito estágios básicos e composto por tarefas evolutivas. Cada um destes períodos, caracterizados por conflitos diferentes, deve ser resolvido pelo indivíduo que o vivencia. Cada estágio apresenta tanto aspectos positivos quanto negativos e é marcado por crises emocionais, percebidas como inevitáveis. Se enfrentadas com sucesso, mais saudável o desenvolvimento será. Quando a crise é resolvida, a mudança de personalidade se estabelece, fazendo com que o indivíduo esteja pronto para enfrentar o estágio seguinte. Dessa maneira, cada período da existência adulta exigirá reorientação e reorganização do psiquismo. A crise da meia-idade caracteriza-se pela antítese generatividade *versus* estagnação. O pólo positivo do conflito pode ser sintetizado por atitudes criativas, na “geração de novos seres, novos produtos e idéias, incluindo uma espécie de autogeração relativa ao desenvolvimento adicional da identidade” (ERIKSON; ERIKSON, 1998, p. 59). Falhas na generatividade podem significar estagnação pessoal, mascarada por diferentes aspectos atitudinais, nem sempre perceptíveis.

Jung (1991), Lidz (1983), Erikson e Erikson (1998) e Margis e Cordioli (2001) enfatizam que a vivência da meia-idade é experimentada como crise pessoal, cujos conflitos são inevitáveis. No entanto, o reconhecimento de que as primeiras experiências infantis são constitutivas e determinantes

na vida do indivíduo, e que o ambiente facilitador é fundamental para sua sobrevivência e estruturação psíquica (WINNICOTT, 1990), também ajuda a compreender o modo singular de se lidar com essa etapa de vida.

MEIA-IDADE FEMININA

O evento da menopausa, caracterizado por aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, exige alguns remanejamentos da estrutura psicológica da mulher de meia-idade. Qualquer que seja a influência exercida pela transformação do sistema endócrino sobre todo o quadro psicossomático, “não há dúvidas de que a subordinação das reações psicológicas ao declínio orgânico é uma das tarefas mais difíceis da vida de uma mulher” (DEUTSCH, 1960, p. 415).

Segundo Mankowitz (1986), o tema da menopausa começou a se tornar relevante para a ciência médica a partir de 1980, com o crescimento da circulação dos hormônios pelos laboratórios farmacêuticos. O desconhecimento desses aspectos tem contribuído para que muitas mulheres iniciem a meia-idade com certa perplexidade e estranhamento em relação a si. De fato, a maioria dos textos sobre a menopausa foi escrita por mulheres que estavam vivenciando a própria meia-idade – profissionais da saúde, como médicas, psicólogas, psicanalistas, enfermeiras – e se interessaram pelo tema devido à quase inexistência de publicações. Autoras como Mankowitz (1986), Faria (1995), Ramos (1998), Ciornai (1999), Marraccini (1999), Furtado (2001) e Nissim e Araújo (2001) estão entre tantas outras pesquisadoras que desenvolveram estudos científicos, a fim de melhor compreenderem o que pensam e sentem as mulheres de meia-idade.

O desequilíbrio hormonal ocasionado pela menopausa caracteriza-se por uma sintomatologia específica como ondas de calor, sudorese, insônia, palpitações, tontura, entre outras queixas físicas. Esta condição de desconforto físico pode predispor a reações psicológicas que se manifestam sob a forma de impaciência, irritabilidade e sentimentos de raiva. Ramos (1998) e Greer (1994) alertam para o fato de a menopausa estar sendo vista como doença, quando, na verdade, trata-se de mais uma etapa natural do ciclo reprodutivo feminino. E, segundo essas autoras, este momento de crise deve ser visto como oportunidade de crescimento e de reavaliação. Opções passadas, atuais e futuras podem ser reconsideradas sob o prisma de novas necessidades.

Assim, apesar de o corpo feminino ser fortemente marcado pelo ciclo biológico-reprodutivo, o destino da mulher não pode ser reduzido à fisiologia humana. A ausência definitiva da menstruação é o “visível” que pode esconder questões “invisíveis”. A história de vida da mulher (o seu passado) pode neste momento encontrar espaço para se expressar, exigindo muito dos próprios recursos psicológicos para que algum sentido na vida possa ser alcançado. Além disso, o contexto psicossocial caracteriza-se por demandas que intensificam as reações emocionais. Aposentadoria, saída dos filhos de casa, pais idosos, relação conjugal muitas vezes desgastada – podendo culminar na separação – e viuvez são alguns eventos possíveis de serem enfrentados na meia-idade feminina. A mudança nos papéis sociais é acompanhada pela desvalorização estética do corpo, que sinaliza a finitude. O processo de envelhecimento tem sido vivido como uma experiência ainda mais dolorosa devido aos preconceitos sociais em relação ao envelhecer feminino. Sabe-se que as transformações corporais previstas causam um impacto na auto-imagem feminina e potencializam um sofrimento psíquico segundo a visão de cada sociedade em relação à mulher de meia-idade (FARIA, 1995).

As perdas inerentes ao Ciclo Vital estão intensificadas pelo contexto sociohistórico que se apresenta à mulher de meia-idade contemporânea: o de negar o envelhecer. Cresce a busca de alternativas corretivas propiciadas pelas ciências médicas, como as intervenções cirúrgicas, os tratamentos dermatológicos, os complementos dietéticos e o emprego de horas de exercício em academias de

ginástica. Caso não seja suficiente, os antidepressivos e os ansiolíticos prometem dar conta de resolver os conflitos existenciais, que, no limite, manifestam-se por meio de uma sintomatologia depressiva.

Neri (2001b) aponta para o fenômeno da qualidade de vida e a “feminização da velhice” como uma preocupação recente de demógrafos, geriatras e gerontólogos. De fato, segundo Goldani (1999), destaca-se um modelo cruel de desigualdades históricas no que diz respeito às diferentes oportunidades e restrições populacionais, sendo gênero uma das categorias em questão. Segundo estas autoras, a expectativa de maior longevidade das mulheres não é acompanhada de boas condições de vida. Ser mulher significa ter aumentado o risco de doenças com o passar da idade: fatores biológicos, estilo de vida, histórico de saúde e doenças, pobreza, baixa escolaridade e isolamento social têm afetado significativamente a saúde mental e física da população feminina.

É preocupante a visão defendida por alguns profissionais da saúde, segundo a qual cabe unicamente ao médico a responsabilidade de tratar a menopausa. Sabemos que a formação destes profissionais circunscreve-se aos aspectos fisiológicos do organismo, cujas ações corretivas contam com produtos da indústria farmacológica. Tem-se a idéia de que todos os sintomas necessitam ser removidos pela medicalização. A visão da menopausa como síndrome do climatério (FECHTIG, 2000) tem contribuído para que os sintomas sejam “tratados”. Esta visão reduz a compreensão sobre a mulher de meia-idade.

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH), por exemplo, tem sido largamente utilizada como forma de prolongar a disposição física e o aspecto jovial da mulher de meia-idade. A mídia tem divulgado declarações de usuárias que corroboram esta idéia: mulheres que afirmam sentir-se melhor depois que iniciaram tratamento com hormônios sintéticos. No entanto, há controvérsias sobre a conveniência de seu uso. Se, por um lado, as indicações de utilização dessa terapêutica podem ajudar no bem-estar geral, por outro, pesquisas norte-americanas recentes, citadas por Kolata (2002), demonstram o quão perigoso pode ser para a vida da mulher: os hormônios sintéticos levam ao crescimento do número de casos de câncer de mama e de útero.

Outras mulheres, para melhor enfrentarem a complexidade dessa etapa da vida, acabam aceitando a recomendação dos antidepressivos. A crença na medicalização como forma de resolver os sintomas psíquicos tem eliminado “a palavra” nos espaços terapêuticos. A “fala” tem sido calada pelos psicotrópicos em geral (ROUDINESCO, 2000).

No entanto, segundo Freud, esses sintomas têm sua etiologia nos conflitos intrapsíquicos. Estes surgem pela frustração, em conseqüência da qual a libido, impedida de encontrar satisfação, é forçada a procurar outros objetos e outros caminhos. A questão é que estes suscitam “a desaprovação de uma parte da personalidade, impondo um veto que impossibilita o novo método de satisfação tal como se apresenta” (FREUD, 1976, p. 408). Dessa maneira, os sintomas psíquicos, causadores de desprazer e sofrimentos, ocasionam um dispêndio energético, podendo resultar na paralisação da pessoa diante de todas as tarefas importantes da vida.

Como vimos, o momento da meia-idade feminina apresenta desafios biopsicossociais, fazendo com que a história pessoal seja colocada em questão. A mulher madura só conseguirá responder adequadamente a esta situação caso encontre um lugar onde suas queixas possam ser trabalhadas, elaboradas pela “fala”. Daí a importância da escuta psicológica para a saúde da mulher de meia-idade.

No entanto, cresce o número da oferta de remédios que prometem dar conta dos sintomas psíquicos. Nas prateleiras das farmácias, encontram-se pílulas para todos os “gostos” e sofrimentos. Nos quatro cantos das cidades brasileiras, é possível localizar verdadeiros *shoppings* de produtos farmacológicos.

Assim, é presa fácil dos negócios farmacêuticos a pessoa que se torna consumidora das drogas em drágeas.

METODOLOGIA

Para poder responder aos questionamentos que a literatura especializada e a prática clínica promovem, foi desenvolvida uma pesquisa empírica procurando atender aos seguintes objetivos: 1) identificar as políticas de saúde de atendimento à mulher e os serviços oferecidos pela rede pública do Distrito Federal, campo de nosso estudo; 2) situar o papel do psicólogo no contexto das políticas e dos programas de saúde da mulher, a fim de questionar as possibilidades de atendimento das demandas de mulheres que se encontram nessa etapa de vida; 3) interpretar vivências de algumas mulheres de meia-idade; 4) relacionar as vivências dessas mulheres com o conhecimento teórico a respeito da meia-idade, buscando compreender a necessidade de escuta psicológica; e 5) identificar a visão que os profissionais da saúde têm sobre a necessidade de escuta das mulheres dessa faixa etária.

Sabe-se que o atendimento psicológico é precário na rede pública hospitalar (SAGAWA, 1998) e poucas pessoas têm a oportunidade de usufruir um espaço voltado para a promoção da saúde mental. Desta maneira, a pesquisa poderia também beneficiar algumas usuárias do serviço hospitalar público. Além de contribuírem com sua experiência para a ampliação do conhecimento existente sobre o tema, algumas mulheres de meia-idade poderiam obter ganhos qualitativos pessoais ao participarem de uma intervenção psicológica grupal. Trata-se de pessoas que não contam com tal apoio e que dificilmente teriam recursos financeiros para investir nesse tipo de trabalho.

Essa motivação pôde ser concretizada a partir da identificação da necessidade de atendimento psicológico em espaço hospitalar do Distrito Federal e da possibilidade de atuação para pesquisadores da área de Psicologia Clínica. O trabalho foi viabilizado pela parceria estabelecida entre um programa de climatério da rede pública do Distrito Federal e o Projeto de Apoio e Valorização da Mulher, coordenado por professoras do Departamento de Psicologia Clínica da UnB.

Dessa maneira, como profissionais da área clínica psicológica, poderíamos proporcionar momentos para a expressão de dramas vivenciados por mulheres de meia-idade, razões singulares que as levaram à instituição referida em busca de programa específico para quem se encontra no momento na menopausa.

Assim, realizou-se um trabalho de escuta psicológica que privilegiou o atendimento grupal, no qual as psicoterapeutas atuaram como facilitadoras da discussão de temas que circunscrevem as vivências da meia-idade feminina. Inicialmente, algumas mulheres foram indicadas pelo corpo de enfermagem do Programa de Climatério. A seguir, foi realizada uma entrevista coletiva de triagem, objetivando identificar a situação psicológica das mulheres, o interesse e a disponibilidade para participar de uma intervenção psicológica grupal. Dois grupos de mulheres, que funcionaram em dias distintos, foram selecionados. Apenas um deles foi objeto desta pesquisa. O grupo estudado contou com a presença de nove mulheres, que participaram de seis encontros quinzenais, de duas horas cada, realizados no primeiro semestre de 2001. As participantes assinaram “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, autorizando a utilização das informações para fins de pesquisa.

No primeiro encontro, além do estabelecimento do contrato de trabalho, procurou-se identificar o que na vida dessas mulheres estava contribuindo para que elas quisessem “falar” num grupo de pares e serem “escutadas”, pela primeira vez em suas vidas, por psicólogas. Ou seja, identificamos temas de maior interesse. Entre os temas por elas sugeridos, “menopausa”, “sexualidade”, “família” e “ser mulher” alimentaram os quatro encontros seguintes. Finalmente, no último encontro, foi realizada uma avaliação qualitativa, com o objetivo de conhecer as impressões dessas mulheres sobre o trabalho.

Este grupo contou também com a presença de enfermeiras do hospital e alunas da graduação do curso de Psicologia da UnB, na condição de co-facilitadoras. Maiores detalhes sobre a intervenção psicológica grupal e sobre o conteúdo dos temas mencionados podem ser encontrados em outros trabalhos da equipe do Projeto de Apoio e Valorização da Mulher (DINIZ; COELHO, no prelo; COELHO; DINIZ, no prelo).

A proposta de intervenção psicológica grupal partiu da crença de que a escuta de uma outra mulher, inserida num mesmo contexto sociocultural e que esteja vivendo demandas semelhantes, pode facilitar a ressignificação da vivência da meia-idade. O compartilhamento de experiências muitas vezes semelhantes pode auxiliar a busca de novos sentidos para a vivência pessoal. Dessa maneira, esse trabalho teve duplo propósito: representar um ganho social e psicológico para as participantes e ampliar o saber científico sobre a meia-idade da mulher brasileira, ainda que a partir de um reduzido grupo. Como investigadoras, procuramos nos situar no lugar natural onde o fenômeno ocorre, abordando “o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações” (MINAYO, 1994, p. 21).

O interesse pela subjetividade da mulher madura apontou para a complexidade do objeto em estudo, confirmando a escolha da metodologia qualitativa. Além da intervenção psicológica, realizamos entrevistas não-estruturadas com profissionais da saúde, cuja flexibilidade facilitou a abordagem destes participantes e a exploração de suas experiências (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). A liberdade de percurso na etapa de pesquisa empírica, nada diferente do dia-a-dia do fazer da clínica psicológica, possibilitou que muitas das questões relevantes surgissem a partir da “fala” dos entrevistados.

Assim, o conhecimento construído neste estudo partiu da compreensão de que a mulher madura, sob investigação, ao comunicar suas vivências, estaria também refletindo as idéias e as emoções correntes no contexto social em que elas estão inseridas, isto é, estarão apontando os “extradiscursos que constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula” (MINAYO, 1998, p. 230). Esses pensamentos e sentimentos, embora conformados por um contexto que os antecede, por assim dizer, expressam a vivência subjetiva de cada uma das mulheres entrevistadas. Da mesma forma, os profissionais entrevistados representam as áreas de especialização que lidam com o fenômeno “saúde e mulher de meia-idade”, matizado pelas suas próprias elaborações críticas. A escuta realizada e a análise das falas necessitou dessa compreensão como quadro de referência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento efetuado na rede pública hospitalar do Distrito Federal demonstrou que existem poucas ações voltadas para a promoção da saúde da mulher de meia-idade (MORI, 2002). Isto se deve ao fato de as políticas de saúde para a mulher, tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES/DF), não contemplarem a implementação de programas com ações psicoeducativas, que podem ser realizadas por equipe multidisciplinar de profissionais da saúde. Apenas o atendimento ambulatorial com vistas à prevenção dos cânceres de útero e de mama é oferecido para este público-alvo. Valoriza-se a intervenção medicamentosa.

Dos 33 centros de saúde pública do Distrito Federal por nós consultados, apenas três promoviam, além da consulta ginecológica eletiva, palestras educativas (semanais ou quinzenais) a respeito da menopausa/climatério. Dos oito hospitais regionais investigados, apenas dois realizam atividades voltadas para a promoção de saúde da mulher da meia-idade, os chamados “programas de climatério”.

A existência destes programas na rede pública se deve exclusivamente às iniciativas individuais de ginecologistas e do corpo de enfermagem, que implementam, além dos serviços preventivos orientados pelas políticas de saúde da SES/DF, palestras educativas semanais a respeito da menopausa e palestras

mensais com especialistas (nutricionistas, endocrinologistas, psicólogos, entre outros). Tais palestras contemplam temas específicos, como as reações depressivas, a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável, conforme a necessidade das usuárias. Segundo os profissionais entrevistados, a complexidade da meia-idade feminina demanda o atendimento multidisciplinar.

Este estudo identificou também a presença pouco significativa do profissional psicólogo na rede pública distrital. Na SES/DF, no fim de 2002 (quando esta pesquisa foi concluída), existiam 76 vagas para psicólogos para o atendimento de uma população com mais de 2 milhões de habitantes, sem considerar as cidades do entorno, localizadas no estado de Goiás. Destas, grande parte de seus moradores pertence à força de trabalho no Distrito Federal e, juntamente com seus familiares, são usuários dos serviços públicos da Capital. Enfim, dessas 76 vagas, apenas 51 estavam ocupadas. Esses números demonstram que o trabalho do psicólogo clínico ainda não tem sua importância reconhecida nas políticas de saúde.

“Historicamente, na área da saúde, o médico tem mais força, um espaço maior. Ele é o único ‘doutor’”, conforme nos disse uma administradora hospitalar entrevistada. Em muitos hospitais e centros de saúde do Distrito Federal, é a equipe de enfermagem que tem ocupado o espaço da “escuta”. As estratégias adotadas pela rede pública não criam condições para que o médico realize uma escuta aprimorada. Este profissional disponibiliza de 10 a 15 minutos para realizar cada consulta eletiva. Dessa maneira, as queixas eminentemente físicas são priorizadas.

Daí ser importante questionar a validade da mera prescrição de medicamentos, como é o caso de antidepressivos e ansiolíticos, na medida em que muito pouco tempo é destinado a essas mulheres. Além disso, segundo o psiquiatra entrevistado, a meia-idade feminina exige uma visão de saúde mais ampliada, com atuação interdisciplinar. De fato, para a ginecologista, coordenadora de um dos poucos programas de climatério existentes na rede pública de saúde do Distrito Federal, a ampliação do atendimento ocorreu devido à compreensão de que a mulher não pode mais chegar à menopausa com uma série de mitos, limitações e tabus, sem receber as orientações devidas.

Este hospital regional conta com seis psicólogos no quadro de pessoal. Uma profissional tem sido disponibilizada para realizar, eventualmente, atendimento individual para os casos considerados graves, tais como depressão. Na entrevista concedida, a psicóloga avalia como positiva a atuação do Programa de Climatério do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), principalmente quanto aos aspectos educativos e preventivos das palestras realizadas neste local. Considera, ainda, que a não-existência de psicólogos suficientes para atender à demanda hospitalar impede a realização de atendimento psicológico continuado.

Os demais espaços hospitalares não contam com psicólogos em seu quadro de pessoal ou, então, estes são alocados em programas de saúde considerados prioritários. Dessa maneira, a consulta de enfermagem tem ocupado o espaço de “escuta”. A psicóloga entrevistada concordou, também, que a enfermagem acaba realizando “parte” do trabalho psicológico, pois existe demanda de atendimento. Entre as queixas, chama atenção uma certa sensação de “tragédia iminente”, de que “tudo está errado”. As mulheres costumam referir-se a esta etapa do Ciclo Vital como um momento em que “tudo se desorganizou”, em que a “vida se tornou um caos”. Assim, segundo a profissional, a mulher de meia-idade precisa falar e por isso precisa de alguém para realizar uma escuta que a ajude a qualificar sua história de vida.

A análise da intervenção psicológica grupal privilegiou os aspectos valorizados pelas participantes e que são recorrentes na nossa experiência clínica: o significado da menopausa, a vivência da sexualidade, os estados depressivos e a vivência do envelhecer. Cientes de poderem falar sobre si em um grupo de pares sob a coordenação de psicólogos clínicos, as participantes da pesquisa deixaram a condição de simples “pacientes” – pessoas que têm calma para agüentar situações de demora ou doente sob

tratamento (HOUAISS, 2001) – para se tornarem participantes ativas de um processo grupal, no qual a única promessa era a de que suas vozes seriam levadas em consideração.

Esta possibilidade de fazerem parte de um grupo terapêutico voltado para a mulher de meia-idade, num espaço hospitalar que implementa ações médico-educativas de maneira diferenciada na rede pública distrital, em muito contribuiu para que logo no início dos trabalhos as participantes se sentissem à vontade para expressar seus sentimentos e pensamentos a respeito dessa etapa de vida.

Nossa atuação clínica procurou, então, colocar em prática uma escuta que contemplasse tanto o espaço intrapessoal – alguns “segredos” impossíveis de serem revelados numa relação médico-paciente tradicional, que visa curar o sintoma físico – quanto o contexto grupal como lugar do encontro intersubjetivo. Elas obtiveram uma atenção voltada para o relato das vivências acerca dos amores e dos rancores experimentados na relação com o outro (cônjuge, filhos, família e a sociedade em geral) e com o próprio processo de envelhecimento, constituintes da subjetividade. Com esta crença, o trabalho com o grupo de mulheres explicitou a impossibilidade de se reduzir o destino da mulher à sua fisiologia e, conseqüentemente, ressaltou a importância da escuta psicológica para nosso público-alvo (MORI, 2002).

Embora nos primeiros grupos não tivessem sido utilizados instrumentos de avaliação padronizados, o depoimento das participantes deixava claro que o trabalho grupal, embora de caráter breve, tinha efeitos inegáveis. Mulheres partilhavam histórias de vida marcadas por sofrimento, perdas, violência, mas, acima de tudo, por uma luta constante. Mulheres fortes, vindas do interior do Brasil para a capital federal há anos ou décadas, enfrentando as dificuldades da migração em condições socioeconômicas desfavoráveis. O compartilhar de experiências de vida confirmava ou resgatava o valor da mulher, geralmente não reconhecido pela sociedade, pelos parceiros, pela família e pelo sistema de saúde, por exemplo. Era com orgulho que participavam do trabalho grupal: ao receberem o telefonema que confirmava os encontros quinzenais, as participantes agradeciam o cuidado especial da equipe.

As participantes reconheciam o apoio vindo não apenas das terapeutas, mas igualmente das outras mulheres, parceiras do trabalho. Ao longo dos encontros grupais – e especialmente ao final –, várias participantes solicitaram a continuidade dos grupos. A partir dessa demanda e da avaliação positiva da experiência, foi implementado o grupo mensal, destinado a mulheres que já haviam concluído o grupo quinzenal. Essa experiência continua a ser implementada até hoje, devendo ser divulgada oportunamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora entre os profissionais entrevistados haja amplo reconhecimento da necessidade de atenção à etapa da meia-idade feminina, não existem políticas de saúde específicas, quer no âmbito federal, quer no distrital. A prioridade da assistência é para mulheres que se encontram em fase reprodutiva. O Programa de Climatério, onde nosso estudo foi realizado, é um dos poucos existentes na rede pública hospitalar do Distrito Federal, graças às iniciativas de profissionais da saúde que ali trabalham.

A intervenção psicológica grupal realizada, além de ter resultado numa experiência enriquecedora para as participantes, identificou um campo de atuação para o psicólogo clínico, cuja atuação nesses programas é em geral limitada às palestras psicoeducativas. Atendimentos individuais considerados de urgência são encaminhados ao psiquiatra. E ao psicólogo, quando este profissional encontra-se disponível nos quadros de pessoal dos serviços hospitalares, o que é raro. No entanto, a escuta psicológica é instrumento necessário ao acolhimento das questões que se apresentam para a mulher de meia-idade. Estas dizem mais do que as mudanças hormonais anunciam e podem explicar.

Valorizar a escuta psicológica dessa mulher significa compreender o adoecer nesta fase como algo que se situa no plano do sentido. É singular a reação às transformações que ocorrem na meia-idade feminina, sendo que a história de vida pessoal pode ajudar ou até dificultar este momento. Por isso, o fenômeno deve ser percebido como complexo, e a subjetividade precisa ser considerada.

Este estudo também ratificou a importância de se desenvolver metodologias de atendimento grupal que possam ser implementadas por psicólogos em hospitais públicos, como parte das rotinas de atenção à saúde da mulher, e em espaços comunitários de saúde, como os centros de atendimento psicológico das universidades brasileiras que prestam serviços às comunidades locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CIORNAI, S. **Da Contracultura à Menopausa: vivências e mitos da passagem**. São Paulo: Oficina de Textos, 1999.
- COELHO, V.; DINIZ, G. Vida de mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. In: FÉRES-CARNEIRO T. (Org.). **Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: PUC-Rio/ Loyola. No prelo.
- DEUTSCH, H. **La Psicología de la Mujer**. 5.ed. Buenos Aires: Losada, 1960.
- DINIZ, G.; COELHO, V. Mulher, família, identidade: a meia-idade e seus dilemas. In: FÉRES-CARNEIRO T. (Org.). **Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: PUC-Rio/ Loyola. No prelo.
- ERIKSON, E.; ERIKSON, J. M. **O Ciclo de Vida Completo**. Versão ampliada. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- FARIA, M. M. **Mulheres de “Meia-Idade”**: sua inserção nos serviços de saúde. 1995. 108 f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.
- FECHTIG, A. **Menopausa – fase da transição?** São Paulo: Cultrix, 2000.
- FREUD, S. **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. Parte III. Teoria Geral das Neuroses. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. ESB. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FURTADO, A M. Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 27-37, 2001.
- GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L.; DIAS, J. (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilema e desafios**. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999. p. 25-69.
- GREER, G. **Mulher: maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JUNG, C. G. A dinâmica do inconsciente. In: **Obras completas de C. G. Jung**. Petrópolis: Vozes, 1991. v. 8.
- KOLATA, G. Risk of breast cancer halts hormone replacement study. **The New York Times** [Online]. Jul. 2002. Disponível: <http://site.mumsweb.com/article.php?sid=759>. Acesso em: 09 jul 2002.
- LIDZ, T. **A Pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MANKOWITZ, A. **Menopausa: tempo de renascimento**. Coleção Amor e Psique. 2.ed. São Paulo: Paulinas, 1986.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A. V. Idade adulta: meia-idade. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (Orgs.). **Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 159-167.

MARRACCINI, E. M. **Mulher: significados no meio da vida**. 1999. 269 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MORI, M. E. **A Vida Ou Vida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade**. 2002. 174 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: _____. (Org.). **Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Coleção Vivacidade. Campinas: Papirus, 1995. p. 13-40.

_____. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: _____. (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Coleção Vivacidade. Campinas: Papirus, 2001a. p. 11-37.

_____. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: _____. (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Coleção Vivacidade. Campinas: Papirus, 2001b. p. 161-200.

NISSIM, R.; ARAÚJO, M. J. O. **Dossiê Menopausa**. RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, **São Paulo, mar. 2001**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemenopausa.html>>. Acesso em: 27 jul. 2001.

RAMOS, D. Viva a Menopausa Naturalmente. **São Paulo: Augustus, 1998**.

ROUDINESCO, E. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SAGAWA, R. Y. Atender por atender, na saúde mental pública. Ou: produtividade versus qualidade de atendimento psicológico em Instituição Pública de Saúde Mental. In: JUSTO, J. S.; SAGAWA, R. Y. (Orgs.). **Rumos do Saber Psicológico**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998. p. 67-85.

STAUDE, J. R. **O Desenvolvimento Adulto de C. G. Jung**. São Paulo: Cultrix, 1983.

WINNICOTT, D. W. **O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ABSTRACT

An empirical study was designed to evaluate the relevance of psychological listening to middle-aged women's health. The general discomfort experienced in this moment represents the visible that dissimulates invisible questions of the personal history. The qualitative strategies of the study included: 1) survey of the health services destined to women at this age; 2) semi-structured interviews with health professionals; and 3) a psychological intervention in a public health service with women from low social income groups. The sharing of personal experiences, derived from the themes suggested by the participants, resulted on a rich experience that contributed to women's well being. The health professionals indicated the interdisciplinary assistance. We suggest that health public politics should create opportunity to psychological assistance in order to increase women's health.

KEY WORDS:

Middle-aged women; psychological intervention; health public politics.

Recebido em: 09/04/2003

Aceito para publicação em: 08/12/2003

Endereço: bethmori@terra.com.br

*Psicoterapeuta, Especialista em Teorias Psicanalíticas e Mestra em Psicologia UnB.

** Doutora em Psicologia, Professora do Departamento de Psicologia Clínica, UnB.