



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto

**Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem
filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

**Botucatu
2018**

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto

Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Coorientadora: Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA

ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Mazzetto, Fernanda Moerbeck Cardoso.

Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde / Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Coorientador: Maria José Sanches Marin

Capes: 40400000

1. Saúde da mulher. 2. Climatério - Aspectos psicológicos. 3. Menopausa. 4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Atenção primária à saúde. 7. Enfermagem.

Palavras-chave: Ansiedade; Climatério; Depressão; Enfermagem; Saúde da mulher.

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto

Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Comissão examinadora:

Profa. Adjunta Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira (Orientadora)
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Profa. Dra Silmara Meneguín
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Profa. Dra. Gilsonir Maria Prevelato de Almeida Dátalo
Departamento de Psicologia da Educação
Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior
Curso de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Marília (Famema)

Botucatu, 02 de março de 2018.

“Há muros que só a paciência derruba e pontes que só o carinho constrói”.
(Cora Coralina)

Dedico esta pesquisa a Deus, em primeiro lugar, que me permitiu a vida e colocou nela pessoas que puderam me ensinar a seguir bons caminhos...

À minha mãe, Cléa Moerbeck Cardoso (*in memoriam*) que, sempre dizia “A vida é um eterno recomeçar”. Já não fazendo parte deste plano, sinto como se estivesse bem perto, participando desta construção científica sobre as mulheres de meia idade. Durante nossos momentos juntas, sempre me estimulou. Acolheu-me em minha vida pessoal e na escolha da profissão de Enfermagem. Como mãe, amou-nos incondicionalmente. Obrigada! Sou muito grata por tudo que pôde me oferecer...

A meu pai, Edgard Assis Cardoso, sempre amigo, acolhedor e carinhoso, que soube compreender-me nos momentos bons e mais difíceis de minha vida. Sou grata pelo seu amor infinito...

Ao meu esposo, companheiro, pai dos nossos filhos, grande e único amor, Marco Antonio Mazzetto, que sempre me incentivou ao desenvolvimento e autonomia no percorrer da vida e com sua paixão pelo cuidado às mulheres, também me fez apaixonar-me pela causa delas e dedicar-me a elas até os dias de hoje.

Aos meus filhos queridos, Marina, Carolina e Matheus, agradecendo a paciência e compreensão de estar ausente em alguns momentos de suas vidas, devido as viagens, estudos e trabalhos relacionados a pós-graduação. Em todo momento, procurei estar atenta ao desenvolvimento de vocês, sempre os estimulando à união e à integridade...

À minha irmã, Cláudia Moerbeck Cardoso, que com sua grande fé me acolheu e pegou-me pelas mãos, acreditando em dias melhores, muito obrigada...

Agradecimentos especiais

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira - Malú

Com grande carinho sou grata aos seus ensinamentos, agradecendo a paciência e acolhida nos momentos mais difíceis desta trajetória. Exemplo de pessoa, que, mesmo passando por momentos de tempestade em sua vida, soube desenvolver eixos de sustentação com grande garra e vontade de viver. Conseguiu vencer obstáculos e atingir muitos ganhos em sua vida pessoal, como mãe da Sophia, e profissional.

Tenho grande admiração por você. O meu muito obrigada por tudo!

À minha Coorientadora Maria José Sanches Marin - ZeZé

Exemplo de pessoa, esposa, mãe dedicada e excelente profissional. Agradeço seu apoio e ensinamentos nos percursos desta trajetória. Em alguns momentos, em que não encontrava caminho, pôde me abrir horizontes e me ajudou a por os pés no chão diante de tantos detalhes, indagações e dúvidas. Mesmo diante de tantos trabalhos para supervisionar, encontrou momentos para acolher-me e ensinar-me.

Tenho grande admiração por você. O meu muito obrigada por tudo!

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus _ “Revela ao Senhor tuas tarefas, e teus projetos se realizarão” (Pr 16,3)

A meus pais por me proporcionarem, amor, cuidados e educação de que posso orgulhar-me. Vocês também me incentivaram a lutar em busca da realização dos meus sonhos sem desanimar.

A meu esposo e filhos, que acreditaram em mim o tempo todo, respeitando-me e me acolhendo nos momentos em que não conseguia enxergar a luz nos caminhos.

A meus irmãos Cláudia e Flávio, pelo amor, paciência, orações, palavras e gestos de carinho.

À querida Carla Bittencourt, que em nosso espaço, escutou-me, entendeu-me, acolheu-me e fez-me abrir caminhos de compreensão mais profundos da vida.

À querida amiga de infância, Regina Helena Gonçalves Segamarchi, pela amizade, viagens, conversas recheadas de emoção e carinho. Muito aprendi com você, ser intensa nos projetos de vida e atitudes.

À profa. Dra. Maria José Marin, que aceitou ser Co-Orientadora de meu estudo.

Às estudantes colaboradoras, Maria Izabel de Souza Vidal, Victória Marina Lima dos Santos, Ana Maria Gélamo, Ana Carolina dos Santos da Silva e Victor Latorre que contribuíram de maneira importante para esta pesquisa.

À querida amiga, e colega da turma de doutorado, Paula Chadi. Agradeço a Deus por tê-la conhecido. Você é um exemplo de garra, inteligência, companheirismo. Sua luta persistente pelas possibilidades e dificuldades da vida é estimulante.

À querida amiga, e colega da turma de doutorado, Adriana Avanzi agradeço, sua amizade, conversas e conselhos nas caminhadas da vida a cada encontro.

A meus colegas da turma de doutorado mais próximos, sou-lhes grata pelo companheirismo, pelo desenvolvimento científico e pelas trocas de experiência que não esquecerei jamais.

Aos professores da pós graduação da Enfermagem e os demais, da

Universidade Estadual Paulista de “Júlio de Mesquita” Campus de Botucatu. O meu muito obrigada, pois a partir de seus ensinamentos, sinto-me uma pessoa melhor e a conclusão da Tese apresentou qualidade melhor.

À querida profa.Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, coordenadora da Pós Graduação da Enfermagem da UNESP Botucatu. Agradeço imensamente sua amizade, acolhimento, carinho, estímulo, ensinamentos, desde a época que realizei suas disciplinas como aluna especial. O meu muito obrigada por tudo.

À querida, Livia Faria Orso, pela amizade, carinho e contribuições que pôde me oferecer ao longo desta trajetória.

À querida Flávia Rosa da Silva Souza, pelo carinho, amizade, parceria e longas conversas construtivas ao longo da vida...

À querida Gabriela Turati, que com seu carinho e dedicação cuidou de minha casa, de minha família para que eu pudesse desenvolver este estudo de forma mais concentrada.

À profa. Maria Derci, pela amizade carinhosa e muito cuidado nas correções de português de minha tese e artigos.

À querida amiga Maria Izabel Zaninotto, pelas aulas de inglês e correções dos resumos, agradeço por me aproximar desta língua tão necessária.

Ao Aguinaldo Alves da Silva, do núcleo técnico de informações da FAMEMA, que desenvolve o banco de dados e formatação dos instrumentos de coleta de dados, junto às participantes na rede básica de saúde.

À profa. Dra. Elizabete Takeda, meu carinho por sua amizade e conselhos.

À profa. Dra. Elza Higa, meu agradecimento por sua amizade e orientação no percurso da metodologia.

À profa. Dra. Maria Helena Ribeiro de Carvalho, por sua amizade e incentivo no cuidado a mulheres.

À profa. Dra. Danielle Abdel Massih Pio, querida amiga que entre uma e outras conversas pode compartilhar seus conhecimentos na esfera emocional.

Às profas. Ieda Valderramas e Maria Cristina Guimarães pela a amizade, companheirismo e desenvolvimento profissional.

Às profas. da 3ª. série de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Famema (FAMEMA) , Profa. Dra Fernanda Paula Cerântola Siqueira, Profa. Cássia Galli Hamamoto, Profa. Cláudia Melo, Profa. Silvana Gomes Fernandes, Profa.

Dra.Elaine Morelato, Profa. Ieda da Silva Valderramas e Profa. Maria Cristina Guimarães da Costa.

Às amigas bibliotecárias da Faculdade de Medicina de Marília, Biblioteca da Famema “Regina Helena Gregório Menita”, Claudia Lima Cabral, Helena Maria da Costa Lima, Aline Redigolo Silva Josiane Xavier pela disponibilidade, carinho e competência diante dos vários trabalhos.

Aos funcionários da Universidade Estadual Paulista de “Júlio de Mesquita Filho” César, Fernando, Diva, Janete, Cristina e Graziela, meu agradecimento.

Ao prof. De estatística Hélio que me ensinou a olhar para essa ciência com mais curiosidade.

Ao prof. Dr. Carlos Lazarini, pela compreensão e ajuda nos momentos obscuros dos dados quantitativos.

À profa. Dra Marie Oshiiwa por engrandecer os dados quantitativos de meu trabalho com sua compreensão e competência.

À profa. Dra. Carla Regiani Conde pela amizade, parceria, por aceitar fazer parte da banca de qualificação e contribuir com o engrandecimento de minha tese.

À profa. Dra. Silmara Meneguín por aceitar ser banca de meu exame de qualificação e banca de defesa da Tese, contribuindo para meu desenvolvimento.

À profa. Dra. Carmem Maria Casquel Monte Juliane, por aceitar ser banca do exame de qualificação.

À profa. Dra. Wilza Carla Spiri, por aceitar ser banca do exame de qualificação e defesa de tese como suplente .

Ao prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior, que se propôs, desde o início, a contribuir com meu trabalho, sugerindo as escalas de ansiedade e depressão de Hamilton para a coleta de dados. Agradeço desde já por aceitar fazer parte da banca de defesa da Tese.

À querida, profa. Dra. Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátalo, pela amizade de longa data, parceria, carinho, inteligência, contribuições ao meu estudo e por aceitar fazer parte da banca de defesa desta Tese.

Ao prof. Dr. Márcio Mielo, pela amizade e aceite em fazer parte como prof. Suplente da banca examinadora da defesa de doutorado.

À profa. Dra. Márcia Aparecida Padovan Otani, amiga e colega da IV turma de enfermagem da FAMEMA. Fico muito contente por você ter assistido o

exame de qualificação de meu estudo e ficar honrada por participar como suplente da banca examinadora da defesa de doutorado.

Aos profissionais da Secretaria da Saúde do Município de Marília, responsável pela Saúde da Mulher, Dra. Silvia Helena Cerqueira César Rojas e responsável da Saúde Mental, psicóloga Simone Alves Cotrin Moreira pela compreensão e esclarecimentos nos andamentos deste estudo nas entrevistas e encaminhamentos das mulheres atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde.

Ao Dr. Marco Antônio Giroto, responsável pelo COMAP, por intermediar o acesso às unidades básicas de saúde.

Às mulheres que são mães e aquelas que não o são, que aceitaram participar destas entrevistas em suas casas ou mesmo nas Unidades de Saúde e possibilitaram o desenvolver deste trabalho.

Às Enfermeiras e Agentes Comunitárias que proporcionaram recursos e informações em minha aproximação das mulheres com filhos e sem filhos atendidas na Rede Básica de Saúde.

A todos meus sinceros agradecimentos.

"A idade de ser feliz

Existe somente uma idade para a gente ser feliz, somente uma época na vida de uma pessoa em que é possível sonhar e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente e desfrutar tudo com toda intensidade sem medo nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida à nossa própria imagem e semelhança e sorrir e cantar e brincar e dançar e vestir-se com todas as cores e entregar-se a todos os amores experimentando a vida em todos os seus sabores sem preconceito ou pudor.

Tempo de entusiasmo e de coragem em que todo desafio é mais um convite à luta que a gente enfrenta com toda a disposição de tentar de novo, e quantas vezes for preciso.

Essa idade, tão fugaz na vida da gente, chama-se presente, e tem apenas a duração do instante que passa... doce pássaro do aqui e agora que quando se dá por ele já partiu para nunca mais!"

(Geraldo Eustáquio de Souza)

Resumo

Mazzetto FMC. Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp); 2018.

Introdução: Diante das inúmeras transformações sociais dos últimos anos, o climatério tem representado para a mulher momento de estresse e de risco para a ansiedade e a depressão. **Objetivo:** Analisar os sinais e sintomas de ansiedade, depressão durante o climatério em mulheres com e sem filhos. Compreender a vivência dessas mulheres, a significação de ter tido filhos ou não, as reflexões afetivas e sugestões de melhorias ao atendimento à saúde. **Método:** Trata-se de um estudo na modalidade quantiqualitativa, transversal e de campo. Utilizou-se, na parte qualitativa, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram investigadas 204 mulheres na parte quantitativa do estudo, com faixa etária entre 45 e 60 anos, atendidas em unidade da rede de atenção à saúde em município do estado de São Paulo. E na parte qualitativa foram entrevistadas 33 mulheres climatéricas. A coleta de dados deu-se pela entrevista e questionários de Hamilton (HADS) para avaliação da ansiedade e depressão e escala de Índice menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK). O início da coleta aconteceu após a aprovação do projeto da pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa. **Resultado:** A média etária variou entre os grupos G1 (mulheres com filhos) 48,7(±4,5) e G2 (mulheres sem filhos) 54,0(±5,5). Predominou entre os grupos a cor branca, religião católica, o ensino médio completo, a renda familiar até dois salários mínimos. Considerando os escores das escalas de ansiedade e depressão de Hamilton (HADS) e os escores de Índice Menopausal entre as mulheres do G1 e G2, não houve associação significativa entre os escores de ansiedade, depressão e Índice Menopausal e ter ou não ter tido filhos ($p>0,05$). Porém houve associação significativa dos escores de ansiedade e depressão de Hamilton e Índice Menopausal entre as mulheres que tem vínculos com programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde ($p<0,05$). As mulheres climatéricas vivem esse período de forma natural, sabem que é o fim da fertilidade, verbalizam dúvidas e desejam estar saudáveis apesar do desconforto psicofísico e do envelhecimento. Percebem alterações nas relações familiares de forma positiva ou conflituosa. Na parte qualitativa, emergiram os temas: Vivência do climatério; Significação de ter ou não ter tido filhos; Relacionando-se afetivamente; Sugerindo melhorias no atendimento à saúde. **Conclusão:** O estudo evidenciou que

não houve associação significativa dos escores de Ansiedade e Depressão de Hamilton e Índice Menopausal e ter ou não ter tido filhos($p>0,05$). Porém houve associação altamente significativa dos escores de Ansiedade e Depressão de Hamilton e Índice Menopausal entre as mulheres que possuem vínculos em programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde($p<0,05$). Propomos que as mulheres possam reconhecer a fase pela qual estão passando, controlando os fatores que podem auxiliar na redução dos sintomas menopausais e definir grupos que necessitem de maior atenção por parte dos serviços de saúde. O atendimento deve ser feito pela equipe multiprofissional e interdisciplinar com diagnóstico precoce de doenças crônicas, atendimento ginecológico e psicoclínico.

Palavras-chave: climatério; saúde da mulher; ansiedade; depressão.

Abstract

Mazzetto FMC. Anxiety and depression in climacteric women with and without children attended in the basic health care network [thesis]. Botucatu: Medical School of Botucatu, State University of São Paulo (Unesp); 2018.

Introduction: Faced with the numerous social transformations of recent years, the climacteric period has been represented for women as a moment of stress and risk for anxiety and depression. **Purpose:** To analyze the signs and symptoms of anxiety and depression during the climacteric period in women with and without children. To understand the experience of these women, the significance of having children or not, the affective reflections and suggestions for improvements in health care. **Method:** This is a quanti-qualitative, cross-sectional and field study. The technique of Collective Subject Discourse was used in the qualitative part. A total of 204 women, aged between 45 and 60 years old, were investigated in the quantitative part of the study; they were treated at a unit of the health care network in a city in the state of São Paulo. In the qualitative part, 33 climacteric women were interviewed. Data collection was carried out by interview and Hamilton questionnaires (HADS) for evaluation of anxiety and depression and the Menopausal Index scale of Blatt and Kupperman (IMBK) evaluated the climacteric symptoms. Data collection occurred after the approval of the research project by the Research Ethics Committee. **Results:** The average age varied between G1 (women with children) 48.7 ($\pm$ 4.5.7) and G2 (women without children) 54.0 ($\pm$ 5.5). The following characteristics were predominant between the groups: white color, Catholic religion, complete high school, family income up to two minimum wages. Considering the Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS) scores and the Menopausal Index scores among G1 and G2 women, there was no significant association between anxiety, depression scores and Menopausal Index and whether or not they had children ($p > 0.05$). However, there was a significant association between Hamilton's anxiety and depression scores and Menopausal Index among women linked to programs offered by the basic health care network ($p < 0.05$). Climacteric women live this period naturally; they know it is the end of fertility; they verbalize doubts and wish to be healthy despite the psychophysical discomfort and aging. They perceive changes in family relationships in a positive or conflictive way. In the qualitative part of the study, the following themes emerged: Climacteric experience; Significance of having or not having had children; Relating affectively; Suggesting improvements in health care.

Conclusion: The study showed that there was no significant association between the Hamilton Anxiety and Depression scores and the Menopausal Index and the fact of having had children or not ($p > 0.05$). However, there was a highly significant association between the Hamilton Anxiety and Depression scores and the Menopausal Index among women linked to programs offered by the basic health care network ($p < 0.05$). We propose that women be able to recognize the phase they are going through, controlling factors that may help reduce menopausal symptoms and define groups that need more attention from the health services. The care must be given by the multiprofessional and interdisciplinary team with early diagnosis of chronic diseases, gynecological and psychoclinic care.

Keywords: climacteric; women's health; anxiety; depression.

Lista de ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição de unidades de saúde por região.....	45
Quadro 2 - Distribuição dos artigos parte Qualitativa.....	72
Quadro 3 - Distribuição dos artigos da parte quantitativa.....	73
Quadro 4 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017.....	74
Quadro 5 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017.....	75
Quadro 6 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017.....	76
Quadro 7 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017.....	78

Lista de tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas das mulheres climatéricas mães e as que não tiveram filhos, atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.....	63
Tabela 2 -	Características da saúde das mulheres climatéricas do Grupo 1 (com filhos) e Grupo 2 (sem filhos), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017..	65
Tabela 3 -	Classificação segundo os scores de Ansiedade, Depressão e Índice Menopausal das mulheres climatéricas G1 e G 2 (%), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.....	66
Tabela 4-	Classificação segundo os scores de Índice Menopausal, das mulheres climatéricas G1 e G2 (%), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.....	66
Tabela 5 -	Análise de regressão para o escore de ansiedade em função dos potenciais fatores associados.....	68
Tabela 6 -	Análise de regressão para o escore de depressão em função dos potenciais fatores associados.....	70
Tabela 7 -	Análise de regressão para o escore de Índice Menopausal em função dos potenciais fatores associados.....	71

Lista de abreviaturas e siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(C/F)	Com filhos
(S/F)	Sem filhos
ANOUM	Ano da última menstruação
C	Climáticas
CAM	Tratamento Alternativo Medicina
CAOIN	Centro de Atenção a Obesidade Infantil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COMAP	Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Estado civil
ESC	Escolaridade
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FDA	Food and Drug Administration
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
GMS	Síndrome Urogenital
HADS	Escala de Depressão de Hamilton
HAS	Escala de Ansiedade de Hamilton
HDS	<i>Hamilton Depression Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Idade
IMBK	Índice Menopausal Blatt Kupperman
IPAK	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MAO	<i>Monoamine oxidase levels platelets</i>
MHS	<i>Mental Health Study</i>
MRS	<i>Menopause Rating Scale</i>

NAMS	<i>Northy American Menopause Society</i>
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NF	Variável referente a número de filhos
NOF	Avaliação da densidade óssea
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pronto Atendimento
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Programa Nacional Integral à Saúde da Mulher
QLQT	Qualiquantisoft
SA	Síndrome Ansiosa
SD	Síndrome Depressiva
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health</i>
SM	Salários mínimos
SMSM	Secretaria Municipal de Saúde de Marília
SOBRAC	Sociedade Brasileira do Climatério
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	Terapia Hormonal
TPM	Tensão Pré Menstrual
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESF	Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UNESP	Universidade Estadual do Estado de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal do Estado de São Paulo
USF	Unidade de Saúde da Família
VSM	Vasomotores
WHI	<i>Women's Health Initiative</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	28
1.1	Envelhecimento populacional.....	28
1.2	Fecundidade.....	29
1.3	Climatério.....	30
1.4	Ansiedade e depressão.....	34
1.5	Justificativa e relevância do estudo.....	38
2	OBJETIVOS.....	40
2.1	Geral.....	40
2.2	Específicos.....	40
3	MÉTODOS.....	42
3.1	Sujeitos.....	42
3.2	Cenário.....	42
3.3	Coleta de dados.....	46
3.3.1	Coleta de dados quantitativos.....	47
3.3.2	Análise dos dados quantitativos.....	48
3.3.2.1	Escala Numérica de Índice Menopausal de Blatt Kupperman.....	48
3.3.2.2	Escalas de Avaliação da Ansiedade e Depressão.....	49
3.3.3	Coleta de dados qualitativos.....	50
3.3.4	Análise dos dados qualitativos.....	51
3.4	Procedimentos éticos.....	53
4	REFERENCIAL TEÓRICO	55
4.1	Políticas públicas de saúde da mulher.....	55
4.2	Representações sociais.....	57
5	RESULTADOS.....	61
5.1	Resultados quantitativos.....	61
5.2	Resultados qualitativos.....	71
5.3	Apresentação dos artigos.....	79
5.3.1	Artigo - Vivenciando o climatério: uma perspectiva à partir das representações sociais.....	79
5.3.2	Artigo - Ter ou não ter tido filhos: representações sociais das mulheres climatéricas.....	94

5.3.3	Artigo - Reflexões afetivas: percepção de mulheres climatéricas.....	106
5.3.4	Artigo - A integralidade no atendimento à saúde: sugestões na perspectiva de mulheres climatéricas.....	121
5.3.5	Artigo – Associação entre ter e não ter filhos com escores de ansiedade e depressão em mulheres climatéricas.....	135
5.3.6	Artigo – Associação entre Índice Menopausal e a condição de ter filhos ente mulheres atendidas na rede de atenção à saúde.....	151
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
	REFERÊNCIAS.....	167
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	174
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	176
	APÊNDICE C- Banco de dados do Run Time.....	177
	ANEXO A - Escala numérica de Índice Menopausal Blatt Kupperman.....	179
	ANEXO B - Escala de Ansiedade de Hamilton.....	180
	ANEXO C - Escala de Depressão de Hamilton	182
	ANEXO D – Parecer do COMAP.....	184
	ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP.....	185
	ANEXO F - Comunicado Interno à Rede Básica de Saúde do Município de Marília.....	187

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na área da Saúde da Mulher, após concluir o curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 1987, deu-se a partir da escolha junto ao meu esposo, que na época cursava residência em Obstetrícia e Ginecologia e incentivou-me a realizar especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), curso que finalizei em 1988.

Ingressei em 1989 como enfermeira assistencial a partir de um concurso público na área materno infantil no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), onde pude vivenciar experiências de aprendizado que um hospital escola pode fornecer. O hospital de Clínicas HCII - Unidade Materno Infantil é um hospital escola, público e também referência para 62 municípios, realizando atendimento e tratamento de agravos às mulheres com ginecopatias e também a mulheres no ciclo grávido puerperal de alto risco.

Em 1990, a partir de um concurso para docente da Faculdade de Medicina de Marília ingressei na área acadêmica, em Enfermagem Gineco Obstétrica. Observei que a carreira acadêmica conciliada à assistência de enfermagem em unidade Obstétrica e Ginecológica pode conferir grande satisfação profissional. Ao iniciar minha experiência, atuando como Enfermeira e docente, senti que precisava complementar minha formação com a área de Psicologia. Resolvi, então, realizar a graduação em Psicologia na Universidade de Marília (UNIMAR), finalizando-a em 1995.

Encantei-me em realizar atendimento a mulheres e perceber o quanto elas necessitavam de cuidados específicos na área de enfermagem, mas também de uma escuta diferenciada e acolhedora. Pude estabelecer, então atendimento de uma forma mais profunda à mulher. Também realizei um trabalho de acompanhamento psicoprofilático, aplicado a casais grávidos e, a partir desta temática e experiência, desenvolvi o mestrado na UNIFESP, finalizando-o em 2001.

Fiquei muito tempo pensando em dar continuidade a minha formação acadêmica. Houve necessidade de ingressar em uma pós-graduação por desenvolver atividades assistenciais e acadêmicas em um currículo orientado por competência e utilizando metodologia ativa. Desenvolvendo atividades assistenciais e a docência em áreas hospitalares na área de obstetrícia, como centro obstétrico e

em unidade de Obstetrícia, continuei minha formação, buscando temas que levassem a uma compreensão abrangente e direcionados à Saúde da Mulher, visando a qualidade das ações em saúde.

Diante de tal, estudar o tema ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com filhos e aquelas que não são mães, atendidas na rede básica de atenção à saúde no município de Marília, considerando transformações sociais dos últimos anos, mostra-se relevante por representar para a mulher momento de estresse e de risco.

Em face da importância desse olhar diferenciado para mulheres no período do climatério, atendendo às especificidades de cada grupo, com e sem filhos, visa-se à integralidade do cuidado. Independente de ser ou não mãe, para envelhecer de forma saudável e com qualidade de vida é necessário identificar como está se dando a vivência delas no momento do climatério para oferecer-lhes conhecimento e opções de tratamento adequado, se for preciso.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

Embora a evolução demográfica tenha atingido centenas de milhões de pessoas com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento, uma parte dessa população não aproveita os benefícios da expansão da saúde. Muitos vivem com múltiplas doenças crônicas e suas deficiências, que comprometem a qualidade de vida.¹

Um estudo com o objetivo de entender os benefícios do envelhecimento ativo para além da prevenção das doenças e as melhoras vivenciadas pelos idosos que participam de programas ou grupos de envelhecimento comprova que os envolvidos em atividades biopsicossociais tendem a viver com menos alterações e de uma forma mais satisfatória.²

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em 2016, nossa população atingia 205,5 milhões de pessoas e 42% delas residiam no Sudeste. Os homens eram 48,55 da população e as mulheres 51,5%. Entre 2012 e 2016, a população de idosos com 60 anos ou mais cresceu 16,0%, chegando a 29,6 milhões de pessoas. Já a parcela de crianças com menos de nove anos caiu de 14,1% para 12,9% no mesmo período.³

Em 2015, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 75,5 anos, constatando-se um aumento de 3 meses e 14 dias em relação a 2014 (75,2 anos). Para a população masculina, o aumento foi de 3 meses e 22 dias passando de 71,6 anos para 71,9 anos. Já para as mulheres o ganho foi pouco menor, de 3 meses e 4 dias passa de 78,8 anos para 79,1 anos. A taxa de mortalidade infantil até um ano de idade era de 13,8 para cada mil nascidos vivos e a de até cinco anos, em 16,1 por mil, segundo o IBGE, 2013.⁴

Quanto ao processo de envelhecimento da mulher, a menopausa, representada pela interrupção da menstruação, que ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento.⁵

As mudanças relacionadas ao climatério, percebidas devido ao estado de hipoestrogenismo, são acompanhadas por um conjunto de sintomas, incluindo ondas de calor, parestesia, dores nas articulações, dores de cabeça, suores

noturnos, secura vaginal, enfraquecimento do assoalho pélvico muscular, dispareunia, insônia e desordens de humor.^{6,7}

A menopausa é, então, considerada uma das fases de evolução no ciclo de vida da mulher com repercussões diretas em sua qualidade de vida e bem-estar psicológico.⁸ Nesse período, a mulher tem referido alto nível de reclamações relacionadas à saúde mental e à regressão da função ovariana, tais como depressão, ansiedade, estresse e outras. As mudanças de humor são devidas às mudanças nos níveis de estradiol e à relação de estrogênio sérum com a *monoamine oxidase levels platelets* (Platelet MAO), marcadores na função adrenérgica e serotornérgica.^{9,10}

Um estudo da *Women's Health Across the Nation* (SWAN), *Mental Health Study* (MHS), demonstrou que história familiar de depressão é fator de risco significativo para experimentar episódio de depressão maior durante a meia idade, acima e além dos fatores básicos de saúde, características psicossociais ou histórias das mulheres de depressão anterior das mulheres entrando na meia idade.¹¹

1.2 Fecundidade

Em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país. A redução dos níveis de fecundidade nos últimos 50 anos foi a principal razão para a queda do ritmo de crescimento da população, que chegou a aumentar cerca de 3% ao ano na década de 1950, sendo de 1,17% na última década. Isso influenciou também estrutura etária populacional, que está mais envelhecida, em função do aumento de idosos e diminuição de crianças. A taxa de fecundidade (número médio de filhos que teria uma mulher ao final do seu período fértil) caiu de 6,16 em 1940 para 1,9 em 2010, portanto, abaixo do nível de reposição, que é de 2,1 filhos por mulher. Porém, em 2010, essa queda foi maior nos grupos etários mais jovens, revertendo uma tendência observada nos Censos de 1991 e 2000 de concentração das taxas específicas de fecundidade nas idades mais jovens dentro do período fértil, entre 15 e 24 anos segundo IBGE, 2008.¹²

Esse quadro demográfico brasileiro resulta de vários fatores como a queda da fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança

de vida e o progressivo envelhecimento da população, que geram impactos e novas demandas para o sistema de saúde. As taxas de fecundidade vêm decrescendo em todas as regiões, desde 1970, atingindo, em 1999, a média de 2,2 filhos por mulher. Dos 3,2 milhões de nascimentos registrados em 1999, a maior concentração, por idade da mãe, correspondeu à faixa de 20 a 24 anos (31%), sobressaindo também o alto percentual de mães entre 15 e 19 anos (23%) segundo IBGE, 2014.¹³

1.3 Climatério

A saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX e a atenção à saúde vem seguindo um processo de evolução a partir da década de 70. Na década de 1980, o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral, Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984. Em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Norma de Assistência ao Climatério. O climatério é definido segundo a Organização Mundial da Saúde é uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreendendo a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa, marco dessa fase, corresponde ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 e 50 anos de idade.¹⁴

Por corresponder à transição gradual entre o período reprodutivo e não reprodutivo, com a presença de alterações endócrinas e o envelhecimento, é difícil discernir a distinção entre essas fases.^{15,16}

A transição menopáusica ou transição menopausal é evidenciada por altos níveis de FSH associados à duração variável do ciclo e ausência da menstruação, enquanto o período pós-menopausa é iniciado por amenorreia. Essa transição começa com alteração do ciclo menstrual, acompanhado por níveis crescentes de FSH e termina com o último período menstrual. A menopausa corresponde à interrupção permanente da menstruação, em média aos 51 anos, sendo reconhecida retrospectivamente como último período menstrual seguido de 12 meses de amenorreia.^{17,18} Trata-se de uma fase considerada evolução no ciclo de

vida da mulher com repercussões diretas na qualidade de vida e no bem-estar psicológico.⁸

Os principais problemas de saúde na menopausa são sintomas vasomotores, atrofia urogenital, osteoporose, doença cardiovascular, câncer, declínio cognitivo e problemas sexuais. Os sintomas vasomotores afetam 75% das mulheres na perimenopausa; na maioria delas, persistem por 1 a 2 anos após a menopausa, mas em outras podem continuar por dez anos ou mais. Os fogachos são a maior queixa levando-as a buscar tratamento.¹⁸

A atrofia urogenital causa ressecamento e prurido vaginal, dispareunia, disúria e urgência miccional. Esses problemas são comuns no climatério e respondem bem à terapia estrogênica.¹⁹ A diminuição da massa óssea e a osteoporose afetam cerca de 30 milhões de mulheres norte americanas ou aproximadamente 55% das mulheres com mais de 50 anos. A avaliação da densidade óssea deve ser considerada de alto risco nas mulheres.²⁰

A prevalência de problemas sexuais é alta; são descritos em cerca de 40% das mulheres norte-americanas e 12% relatam um problema sexual causando sofrimento pessoal.²¹

No período de posmenopausa a mulher refere alto nível de reclamações direcionadas à saúde mental e regressão da função ovariana, tais como depressão, ansiedade, estresse e outros.

Em um estudo da *Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS)*, demonstrou que história familiar de depressão é fator de risco significativo para experimentar episódio de depressão maior durante a meia idade, acima e além das características psicossociais.¹¹

Considerando os aspectos socioculturais, o convívio conjugal pode ser comprometido neste período de vida. Em um estudo com o objetivo de compreender a percepção dos homens acerca do climatério, estes identificam os sintomas clínicos relacionados ao climatério, destacando a perda da libido, irritabilidade e fogachos. Referem que o relacionamento conjugal se mantém, porém apresentam pouca tolerância diante das repercussões advindas dos sintomas do climatério de suas companheiras. Os autores propõem que os profissionais de enfermagem direcionem intervenções para a orientação dos homens acerca das alterações orgânicas e

psíquicas decorrentes do climatério vivenciadas pelas suas mulheres para que possam compreender e aprender a lidar com a situação.²²

Um outro estudo apresentou como objetivo analisar as percepções sobre as mudanças e os significados atribuídos pelas mulheres atendidas em um ambulatório de climatério sobre o impacto nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais. Realizou-se uma pesquisa exploratória e qualitativa pela técnica de análise de conteúdo. Observou-se que o preconceito social e o desconhecimento pela mulher das mudanças ocorridas nessa fase constituem barreiras para a realização de diversas atividades, como planos sendo adiados e desempenhando novos papéis ocupacionais. Constatou-se a importância da compreensão sobre essas mudanças, as percepções e o significado do climatério pela própria e pelos profissionais para a formulação de uma assistência integral e na qual se valorize a individualidade.²³

Para avaliar a qualidade de vida de mulheres na fase do climatério, com ou sem uso de terapia de reposição hormonal (TRH), foi feito um estudo com dois grupos, epidemiológico longitudinal, com 99 mulheres para cada grupo. Avaliaram-se as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Foram aplicados à amostra a *Menopause Rating Scale (MRS)* e o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, sendo utilizado o test t de student, Qui-quadrado e Tukey. Relataram maior frequência de sintomas climatéricos de intensidade leve e moderada. Os aspectos sociais apresentaram escore abaixo de 50 para os dois grupos. Houve diferenças entre os dois grupos em relação aos componentes do SF-36 e MRS para estado geral de saúde, capacidade funcional menor, depressão, insônia e fenômenos vasomotores.²⁴

A declaração de posição da terapia hormonal de 2017 da *Northy American Menopause Society (NAMS)* atualizou a declaração em 2012 e identificou necessidade de pesquisas futuras. A terapia hormonal (HT) permanece muito efetiva no tratamento de distúrbios vasomotores (VSM), síndrome urogenital da menopausa (GSM) e tem sido usada para prevenir perda óssea e fraturas. Os riscos da terapia hormonal diferem dependendo do tipo, dose, duração de uso, via de uso, momento de iniciação, e se a progesterona é usada. O tratamento deveria ser individualizado para identificar a terapia hormonal mais apropriada quanto ao tipo, dose, formulação, via de administração, duração de uso, usando uma melhor evidência para

maximizar benefícios e minimizar riscos, com um período de reavaliação de seus benefícios e riscos de continuidade e descontinuidade da terapia hormonal. Para a mulher com menos de 60 anos ou que tem dez anos de início da menopausa e não tem contraindicações, a relação risco benefício é mais favorável para o tratamento para o incômodo vasomotor e para aquele elevado risco de perda óssea e fratura. Para a mulher que inicia a terapia hormonal com mais de dez a 20 anos de início da menopausa ou idade de 60 anos ou mais, a relação de risco benefício parece menos favorável, porque existe um grande risco para doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, tromboembolismo venoso e demência. A maior duração da terapia deveria demonstrar ser indicação documentada para a persistência dos distúrbios vasomotores ou perda óssea com decisão compartilhada, fazendo-se reavaliação periódica. Para o incômodo da síndrome geniturinária da menopausa, não aliviado com terapias e sem indicação para uso sistêmico de terapia hormonal, baixa dose de terapia de estrogênio vaginal ou outras terapias são recomendadas.¹⁹

Quando os sintomas do climatério são associados aos fatores genéticos e ambientais, como a má alimentação, o sedentarismo e o envelhecimento, favorecem o ganho de peso e o surgimento de comorbidades como doenças cardiovasculares e metabólicas. Um estudo produziu um manual de prática a ser usado durante as consultas para o manejo da menopausa. O resultado desse prático para o manejo da menopausa compreende algoritmos de razões pelas quais as mulheres podem apresentar, como determinação do *status* de menopausa, informações chave que podem revelar problemas que talvez influenciem tratamento decisório, opções hormonais ou não hormonais, manejo de sintomas, revisão de pacientes e um breve documento de suporte. Os autores acreditam que o algoritmo provê um documento de suporte na acessibilidade à área de trabalho e uma ferramenta na prática do cuidado de saúde da mulher de meia idade. O conjunto de ferramentas tem sido endossado pela Sociedade da Menopausa Internacional para o uso global.²⁵

Um estudo para avaliar o nível de sintomatologia em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas foi realizado com uma amostra de 60 mulheres entre 40 a 60 anos (média 49,4), sendo 30 fisicamente ativas e 30 insuficientemente ativas. Foram coletadas características sociodemográficas e clínicas por instrumentos do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK) e o nível de atividade física pelo *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*. Os

dados do IMBK e os referentes a todos os sintomas com exceção da depressão e zumbidos, revelaram níveis significativos, sendo todos mais baixos para as mulheres ativas ($p < 0,05$). Uma análise de regressão linear relativa aos sintomas climatéricos mostrou que a prática regular de atividade física pode reduzir o valor de IMBK até 12 pontos. A atividade física regular faz diminuir a intensidade dos sintomas climatéricos em mulheres de meia idade.²⁶

1.4 Ansiedade e depressão

Conquanto a revolução demográfica tenha atingido centenas de milhões de pessoas com 65 anos ou mais, um segmento dessa população não aproveita os benefícios da expansão da saúde. Diversos vivem com múltiplas doenças crônicas e deficiências que comprometem a qualidade de vida. As consequências também são dispendiosas para a sociedade. Nos Estados Unidos, os 5% mais onerosos dos beneficiários do *Medicare* representam aproximadamente 50% dos gastos. Esta perspectiva resume um *workshop* recente sobre abordagens biomédicas para melhorar o alcance da saúde como forma de reduzir disfunção relacionada à idade e à deficiência. O trabalho propõe ações necessárias para unir profissionais da saúde, cientistas e a sociedade em torno das oportunidades para estender a saúde.¹ As mudanças relacionadas ao climatério são percebidas devido ao estado de hipoestrogenismo, sendo acompanhadas por características de um conjunto de sintomas, incluindo ondas de calor, parestesia, dores nas articulações, dores de cabeça, suores noturnos, secura vaginal, enfraquecimento do assoalho pélvico muscular, dispareunia, insônia e desordens de humor.^{6,7}

A menopausa tem sido considerada uma das fases de evolução no ciclo de vida da mulher com repercussões diretas em sua qualidade de vida e bem-estar psicológico.⁸

As mulheres na perimenopausa, às vezes, relatam oscilações de humor, falta de energia, ansiedade, pânico e desânimo. Das mulheres de meia-idade, 43% reclamam da falta de energia durante a transição da menopausa e dois anos após a menopausa. Alguns estudos demonstraram que essa fase pode contribuir para a depressão. Não está claro se esses sintomas de humor estão relacionados ao declínio flutuante dos níveis hormonais ovarianos; ou a falta de sono, associada a

suores noturnos, resultando em fadiga, irritabilidade e instabilidade emocional. A depressão durante a perimenopausa é frequentemente associada ao histórico de depressão anterior (incluindo síndrome pré-menstrual e depressão pós-parto), à transição da menopausa mais longa ou a sintomas severos relacionados, como fogachos, gerando vulnerabilidade às mudanças hormonais em algumas mulheres. Outros fatores de distúrbios de humor durante a perimenopausa incluem distúrbios da tireóide, efeitos colaterais de medicamentos e fontes de estresse cotidianas. Algumas mulheres podem enfrentar desafios na meia-idade, como problemas de relacionamento, divórcio ou viuvez, brigas com adolescentes, retorno de filhos adultos para casa, infertilidade indesejada e preocupações com pais idosos, além da carreira e problemas financeiros. O envelhecimento também pode ser difícil em uma sociedade que valoriza a juventude. As mulheres na meia-idade passam por mudanças no autoconceito, na autoestima e na imagem corporal. Esse período pode ser uma oportunidade para transformações positivas e amadurecimento, mas algumas mulheres podem se sentir oprimidas, fora de controle, com raiva ou entorpecidas, podem procurar conforto no álcool ou nas drogas, piorando seus problemas. De fato, as mulheres são mais propensas que os homens a beber álcool como forma de lidar com humores melancólicos, perdas, divórcio ou a saída dos filhos. Apoio e encorajamento podem ajudar a mulher a prosperar novamente para viver anos que podem ser os melhores de sua vida.²⁷

No período de pós-menopausa a mulher refere alto nível de reclamações relativas à saúde mental e regressão da função ovariana, tais como depressão, ansiedade, estresse e outros, como já referidos. Estudos demonstram que as razões das mudanças de humor resultam das mudanças nos níveis de estradiol e relação de estrogênio sérum com a *monoamine oxidase levels platelets (Platelet MAO)* marcadores na função adrenérgica e serotornérgica.^{9,10}

As mulheres no climatério continuam sujeitos socioculturais, pois elas têm modos de pensar, agir, sentir e interpretar a menopausa com apoio na sua visão de mundo, decorrente das relações e interações que estabelecem com as pessoas e o ambiente. Assim sendo, não cabe apenas à biologia explicar a vivência feminina nessa etapa da vida, mas também às ciências humanas, que reconhecem a menopausa como mediada pelo contexto sociocultural e também pela história pessoal e familiar.²⁸

Um estudo avaliou se a história familiar de preditores de depressão maior na mulher de meia idade além dos fatores de risco estatístico mudam dinamicamente a fase anterior da meia idade. A história familiar de depressão foi associada com a depressão na meia idade depois de ajustar o histórico das participantes de depressão maior, anterior a meia idade, traço de ansiedade e linha de base para idade, status menopausal de variação de tempo, índice de massa corpórea, eventos de vida perturbadores e dificuldades crônicas (OR=2.24; P=0.02). A depressão maior foi encontrada quando as mulheres tiveram perimenopausa e posmenopausa tardia e relativa para quando tiveram pré-menopausa e perimenopausa precoce (OR=3.01 P<0.001). Entretanto o *status* menopausal foi associado somente com depressão maior entre mulheres sem histórico familiar. Concluem os autores que o histórico familiar de preditores de depressão na mulher de meia idade independe da transição menopausal e outras co variáveis de variação de tempo. Notavelmente, a transição menopausal foi associada com aumento do risco somente entre mulheres sem histórico de depressão familiar.²⁹

As mulheres na menopausa apresentam mais mudanças de humor do que antes da menopausa. Ao mesmo tempo, parece que o autoconceito sexual e os aspectos sexuais do autoconhecimento têm um grande impacto em sua saúde mental. O objetivo do estudo foi investigar o autoconceito sexual e sua relação com depressão, estresse e ansiedade em mulheres na pós-menopausa. Nesta pesquisa de correlação descritiva, 300 mulheres pós-menopáusicas encaminhadas para centros de saúde e tratamento médico na cidade de Abadeh, foram selecionadas por método de amostragem de conveniência. Os resultados mostraram que o autoconceito sexual positivo foi de $41,03 \pm 8,66$ e o escore médio de auto sexual negativo em mulheres foi de $110,32 \pm 43,05$. Além de pontuação de depressão, estresse e ansiedade, 35,67%, 32,33% e 37,67%, respectivamente, estavam em nível severo. As pontuações positivas e negativas de auto-conceito sexual com pontuação de estresse, ansiedade e depressão de mulheres pós-menopausa na confiança de 0,01, estão significativamente correlacionadas (P <0,05). Havendo estresse, ansiedade e depressão em níveis graves e também uma correlação significativa entre o aumento do estresse, ansiedade e depressão com autoconceito

negativo e fraco de mulheres, é necessário dedicar mais atenção aos problemas de saúde mental dessas mulheres e propor intervenções adequadas.³⁰

Com relação ao aspecto psicossocial, as modificações psicológicas variam consideravelmente e dependem, na maioria das vezes, da formação da mulher e de sua concepção prévia sobre o climatério e seu significado. Essa ideia, às vezes, parece estar relacionada com a condição de ter ou não ter filhos e netos, ou com o fato de a mulher ser solteira ou casada, estar rodeada por uma família estável ou não.³¹

Quando a mulher assume as modificações dessa fase vital, as alterações psicológicas são poucas e insignificantes, tornando-se um período de rápida instabilidade emocional. Neste sentido, a razão fundamental para o distúrbio psicológico, verificado no climatério, decorre da menopausa, que representa o fim de sua vida reprodutiva. Isso tem representatividade crucial para todas as mulheres, pois, mesmo para as que tiveram o número de filhos que desejaram, fatalmente, a menopausa parece ter um impacto maior sobre as solteiras e estéreis, que viveram anteriormente na esperança de uma gravidez. A sociedade associa o papel da mulher à sua função reprodutiva e sexual. Ser mãe sempre foi determinante sobre todos os outros, razão porque é compreensível que a noção de não procriar, para a mulher, ocasiona diversos sentimentos, entre eles o de perda.³²

1.5 Justificativa e relevância do estudo

Apesar de o climatério ser um período em que as mulheres apresentam muitas mudanças, no entanto, elas podem passar por isso sem sofrer grandes danos e com boa qualidade de vida se assistidas adequadamente. Sendo assim, a atenção à saúde deve incorporar conceitos de promoção da saúde e de uma clínica ampliada em vez de permanecer no sistema voltado para medicalização dessa fase como uma doença. É preciso, então, reconhecer quais as reais necessidades dessa parcela da população.

Assim, metas com melhoria da qualidade de vida da mulher climatérica adaptação às mudanças surgidas e redução de problemas apresentados neste período são de importância uma vez que a sobrevida da mulher tem aumentado.

Diante das inquietações sobre os aspectos que podem comprometer a

saúde das mulheres no período do climatério, surgem algumas questões ao se considerarem as distintas vivências das mulheres até chegar a essa fase. Se, no ciclo da vida, a mulher tem introjetado o papel de ser mãe, existem diferenças entre as mulheres com filhos e sem filhos no que se refere aos sinais e sintomas surgidos no climatério, ansiedade e depressão, levando-se em conta que esta é a fase em que ela deixa de ser reprodutiva?

A partir deste questionamento e tendo como hipótese que as mulheres climatéricas com filhos apresentam menos sintomas referentes ao climatério e, conseqüentemente, menos ansiedade e depressão, quando comparadas com as mulheres que não tiveram filhos, propõe-se o desenvolvimento do presente estudo.

A originalidade da pesquisa se apresenta quando a proposta do estudo é identificar os dois grupos de mulheres climatéricas, as com filhos e as sem filhos, associando o grau de sintomas de climatério à ansiedade e à depressão, podendo trazer contribuições científicas importantes, visto que, em nossa realidade, são poucos os estudos que abordam tal temática.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar e comparar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres no climatério com e sem filhos.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico das mulheres selecionadas;
- Compreender o significado que mulheres com e sem filhos atribuem ao climatério;
- Identificar as dificuldades vivenciadas neste período nos dois grupos;
- Compreender como se dá o relacionamento social, familiar e conjugal na perspectiva das mulheres;
- Compreender como foram as sugestões para o atendimento da mulher de meia idade no atendimento SUS na perspectiva das mulheres climatéricas.

Métodos

3 MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantiquantitativa, que utilizou como referencial teórico da parte qualitativa o Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa exploratória tem como objetivo explorar aspectos de uma situação³³ e a descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno.³⁴

3.1 Sujeitos

Foram investigadas 204 mulheres na faixa etária entre 45 e 60 anos, atendidas em unidades da rede de atenção básica à saúde do município de Marília, estado de São Paulo, Brasil e que concordaram em participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão coincidem com as situações que não atendem as razões apresentadas para a inclusão, sendo portadoras de transtornos psicocognitivos que as impediavam de fornecer informações.

3.2 Cenário

A pesquisa foi desenvolvida na rede de atenção básica à saúde do município de Marília, estado de São Paulo, Brasil.

As unidades de saúde foram escolhidas aleatoriamente, correspondendo às unidades que atendiam mulheres com a faixa etária de 45 anos a 60 anos. Considerando a população de mulheres com filhos e sem filhos com faixa etária entre 45 e 60 anos no município de Marília, e dados de 2014, fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)^A e pela Secretaria de Saúde^B do referido município, a quantidade de mulheres com filhos era aproximadamente 26.600 e as sem filhos, 3.600 mil mulheres em todas as faixas etárias.

^A IBGE. São Paulo. Agência Marília. Dados referente à população de mulheres dos 40 aos 60 anos que não possuem filhos no município de Marília (SP). Comunicação pessoal, 2014.

^B Marília. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação à Atenção Básica. Dados referentes às famílias cadastradas no ano de 2014 na rede de atenção básica do município. Comunicação pessoal, 2014.

O estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde e nove Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município com população de aproximadamente 230.000 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 2017.³⁷ As unidades foram selecionadas considerando-se o número de atendimento de mulheres com faixa etária dos 45 a 60 anos de idade nos meses pregressos ao estudo. Com relação ao número amostral calculado da população de mulheres entrevistadas em cada UBS e ESF, foram entrevistadas 12 mulheres com filhos e cinco mulheres sem filhos de cada unidade. Porém, em uma USF da zona Norte, por ser uma unidade de grande evasão populacional, não foi possível entrevistar cinco participantes sem filhos. Desta forma as cinco mulheres sem filhos foram entrevistadas em USF da zona Sul, com a mesma característica daquela USF da zona Norte, segundo informações da secretaria da saúde desse município, concluindo então as cinco participantes sem filhos que estavam faltando para a conclusão da amostra total de 204 mulheres climatéricas.

O modelo de atenção básica foi gradativamente implantando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), norteada pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade, garantidos por ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O município é referência regional em Saúde. Marília possui cinco hospitais e uma maternidade. A cidade é servida por inúmeras clínicas, empresas de diagnósticos e lojas de produtos hospitalares. A Rede Municipal de Saúde é exemplar. Conta com 34 USF (Unidades de Saúde da Família), 12 UBS (Unidades Básicas de Saúde), uma Policlínica e dois PA (Pronto Atendimento). O município conta ainda com serviços diferenciados como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tratamento de obesidade infantil pelo CAOIM (Centro de Atendimento à Obesidade de Marília), 1 Clínica de Fisioterapia, que funciona na antiga estação ferroviária, 1 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), 1 Clínica de Fonoaudiologia, além do atendimento do Programa Municipal de Ações Antitabágicas, que colabora na recuperação de pessoas viciadas em tabaco.³⁵

Fica claramente estabelecido que cada UBS/USF é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar

ações mais adequadas para o seu enfrentamento, considerando desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação até a manutenção da saúde. É sua responsabilidade a articulação com os diversos equipamentos sociais, tais como escolas, creches, asilos, sociedades de amigos de bairro, grêmios recreativos, ambientes de trabalho, entre outros, que estejam localizados em sua área de abrangência (bairro ou conjunto de bairros). É nelas que se dá o primeiro contato e onde se estabelece o maior vínculo da equipe de saúde com a população usuária do sistema.³⁶

As ESF do município, de maneira geral, cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários discutidas em reuniões semanais e realização também de reuniões mensais com a comunidade mensalmente. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas ao médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência sócioeconômica, sendo que o atendimento se estende a 100% da população rural.³⁶

A distribuição das unidades de saúde por região e número das mulheres climatéricas selecionadas, está apresentada no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição de unidades de saúde por região e número de mulheres climatéricas selecionadas.

Região	Unidade	N
Zona Sul	UBS Planalto	17
	USF Três Lagos	17
	USF Real	17
	USF Santa Paula (Clínica da Família Saudável)	5
Zona Leste	UBS Cascata	17
	USF Aeroporto	17
	USF Altaneira	17
	USF Vila Barros	17
	USF Novo Horizonte	17
Zona Oeste	UBS São Miguel	17
	USF Argolo Ferrão	17
Zona Norte	UBS JK	17
	USF Jardim Renata	12
	Total	204

Fonte: Elaborado pelo autor

Participaram da pesquisa qualitativa uma amostra não probabilística de 33 mulheres climatéricas, sendo 23 com filhos e dez sem filhos que compuseram a parte quantitativa do estudo, na faixa etária de 45 a 60 anos, que concordaram em participar da pesquisa e que tinham condições psicognitivas para fornecer as informações de forma independente.

As 33 mulheres climatéricas pertenciam a duas UBS Cascata e UBS São Miguel (Zona Leste e Oeste) e uma USF Argolo Ferrão (Zona Oeste) que compuseram as unidades de saúde da parte quantitativa do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e as seguintes questões norteadoras:

- 1- Fale sobre como é viver a fase do climatério;
- 2- Como é vivenciar o período climatérico pelas mulheres que têm filhos e aquelas que não são mães?
- 3- Como sente sua afetividade no climatério?
- 4- A partir de suas experiências, dê suas sugestões para o atendimento da mulher climatérica no SUS.

O convite para participar das entrevistas foi realizado no momento em que compareciam à unidade para atendimento no período de janeiro a março de 2015, após a aprovação do parecer do comitê de ética em pesquisa. Ao término das entrevistas, estas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como forma de garantir o anonimato das participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra "C", seguidas de numeração e para identificar mulheres com filhos (C\F) e as sem filhos (S\F), como, por exemplo, C₁(C/F), C₂(S/F) sucessivamente.

No início de cada entrevista, depois de previamente agendada, solicitou-se às participantes da pesquisa a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os procedimentos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.³⁸ Nesse termo, há a garantia de livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto seus objetivos, quanto à forma como se daria a participação dos usuários, além do nome do pesquisadora responsável e de sua orientanda.

Obtido o consentimento, o pesquisador solicitou também a autorização para que a pesquisa pudesse ter o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para garantir a fidedignidade do material coletado. Aplicou-se, então, o instrumento de coleta de dados com perguntas semiestruturadas.

3.3 Coleta de dados

A pesquisa quantitativa utilizou amostragem probabilística para caracterização do "N" adequado aos cálculos estatísticos. Assim, após o

levantamento do número de mulheres nas unidades do estudo, foi realizado o cálculo para definição do tamanho da amostra, em que questionários padronizados e fechados seriam utilizados.

Considerando os dados estatísticos de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do município, a população de mulheres climatéricas, na faixa etária de 45 a 60 anos com filhos, era em torno de 26.600 mil mulheres e aquelas que não foram mães, em torno de 3.600 mil, como já informado.

A coleta de dados foi feita em banco de dados pelo programa *Run Time*. Esses dados foram organizados e formatados em planilha de Excel, contendo dados sociodemográficos e obstétricos. Foi realizada também a aplicação das escalas de ansiedade, depressão de Hamilton e Índice Menopausal de Blatt Kupperman.

Os dados foram coletados de forma sistematizada, utilizando-se elementos quantitativos e qualitativos com vistas aos objetivos específicos que foram propostos na pesquisa.

A coleta de dados deu-se pela entrevista com análise quantiqualitativa (APÊNDICE A) e a aplicação das escalas de Ansiedade de Hamilton (ANEXO B), de Depressão de Hamilton (ANEXO C) e a escala de Índice Menopausal de Blatt Kupperman (ANEXO A) para avaliação de dados quantitativos e específicos na sintomatologia do período do climatério.

A coleta de dados foi realizada com início em setembro de 2015, durante o ano de 2016, ocorrendo até abril de 2017.

3.3.1 Coleta de dados quantitativos

A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS 11.5 e as variáveis contínuas, que apresentaram distribuição normal, expressas em média, desvio padrão e valores mínimos e máximos das pontuações de cada pergunta da *Hamilton Anxiety Scale* (HAS) e *Hamilton Depression Scale* (HDS) e *Index Menopausal de Blatt e Kupperman Scale* (IMBKS) para analisar a intensidade dos sintomas climatéricos.

Supôs-se amostragem aleatória simples, erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente, distribuição simétrica em torno da pontuação média de depressão de Hamilton, desvio-padrão igual a 6,63 pontos³⁹ entre mulheres com e

sem filhos, supondo ausência de confundimento e proporção entre mulheres com e sem filhos de 1:0,3, serão necessários, no mínimo, 67 mulheres com filho e 20 mulheres sem filhos para detectar diferenças na média acima de 5 pontos na pontuação HAM-D. Quanto à comparação entre mulheres com e sem filhos em relação à pontuação do Índice de Kupperman e Blatt, supondo desvio-padrão igual a 10,2⁴⁰, eram necessárias 141 mulheres com filho e 42 mulheres sem filho para se detectar diferença acima de 5 pontos entre mulheres com e sem filhos. Portanto, estima-se que o poder dos testes de significância, empregados com as 204 mulheres, esteja acima de 80%.

Para captação dos dados foram utilizados os instrumentos específicos, a saber:

3.3.2 Análise dos dados quantitativos

3.3.2.1 Escala de Índice menopausal de Kupperman e Blatt (ANEXO A)

Aplicou-se, também uma escala de *Index Menopausal de Blatt e Kupperman Scale* (IMBKS) para analisar a intensidade dos sintomas climatéricos.

Índice menopausal de Kupperman e Blatt, foi criado pelos médicos alemães Kupperman e Blatt com base na observação clínica dos pacientes. Divulgado em 1953, passou a ser usado como referência para avaliar os sintomas climatéricos das pacientes. Consiste na avaliação de vários sintomas, medidos de acordo com a intensidade de acometimento referida pela paciente.⁴¹

O IMBK, um instrumento validado no Brasil e utilizado para especificar e classificar os sintomas do climatério, envolve 11 sintomas-queixas (vasomotores, parestesias, insônia, nervosismo, melancolia, vertigem, fadiga, artralgia\mialgia, cefaleia, palpitações e formigamento). Para cada sintoma é estabelecido um peso (escore) diferente, que varia de leve (resultado menor ou igual a 19); moderado (se for entre 20 e 25) e intenso (se maior que 35), propondo maior aproximação da menopausa, período caracterizado pela ausência da menstruação confirmada em 12 meses. Para obter o total de pontos, basta somar os escores e quanto maior for a pontuação obtida, mais intensa será a sintomatologia da mulher.⁴²

Assim, metas com melhoria da qualidade de vida da mulher climatérica

adaptação às mudanças surgidas e redução de problemas apresentados neste período são importantes uma vez que a sobrevivência dela tem aumentado.⁴³

3.3.2.2 Escalas de Avaliação da Ansiedade e Depressão

A – Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS) (ANEXO B)

Para captação dos dados foram utilizados instrumentos específicos. A escala de Ansiedade de Hamilton (HAS), é um instrumento de heteroavaliação, desenvolvido originalmente por Hamilton (1959) para medir os componentes psíquicos e somáticos da ansiedade. Consiste em 14 itens organizados numa escala com cinco pontos (de não presente a muito grave). Nesta escala muitos aspectos somáticos são considerados, tais como cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios e geniturinários. Esta escala pode ser subdividida em duas escalas e dois subscores: ansiedade psíquica e ansiedade somática.⁴⁴ O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os graus de Ansiedade segundo, a escala de Ansiedade de Hamilton, são: Nenhum=0; Leve=1; Médio=2; Forte=3; Máximo=4. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um score total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos ansiedade leve; 18 a 24 pontos ansiedade moderada; 25 a 56 pontos ansiedade severa ou intensa.

Um estudo, que teve como objetivo estudar a validade de critério e confiança da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes no pré-operatório, demonstra que o desempenho da HADS em relação às outras escalas de ansiedade e depressão teve por base o cálculo da sensibilidade e da especificidade para instrumentos que categorizam indivíduos como tendo transtorno ou não.⁴⁵

Outro instrumento utilizado na pesquisa foi a Escala de Depressão de Hamilton (HDS). Esta escala de heteroavaliação foi inicialmente publicada em 1960 e revista por seu autor em 1967. Como acontece com a HAS, o autor considera o uso desta escala importante para quantificar a gravidade da depressão, mas não para o seu diagnóstico. Consiste em 21 itens, embora tenha sido aconselhada a

utilização apenas de 17 (excluindo alguma sintomatologia menos frequente, como despersonalização e ideias obsessivas).

Nessa escala estão incluídos itens que avaliam parâmetros somáticos da depressão e ansiedade (nomeadamente lentificação psicomotora, hiperatividade autonômica, sintomas gastrointestinais, sintomas somáticos gerais, sintomas uro/genitais, perda de peso).⁴⁶

B – Escala de Depressão de Hamilton (HDS) (ANEXO C)

A escala de Depressão de Hamilton é a mais usada mundialmente, e provavelmente a mais importante, considerando o número de outras escalas que nada mais são do que modificações dela. Essa escala tornou-se o “padrão ouro” para avaliação da gravidade, de modo que as escalas desenvolvidas posteriormente são comparadas a ela quanto à confiabilidade e à validade.⁴⁷

Tem havido um consenso de que escores maiores do que 25 identificam depressão grave, escores de 18 a 24 representam a faixa de depressão moderada, escores de 7 a 17 indicam depressão leve, e escores menores que 7 definem remissão do quadro ou ausência de depressão.⁴⁸

3.3.3 Coleta de dados qualitativos

Utilizou-se, na parte qualitativa da pesquisa o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), método que, associado aos softwares Qualiquantisoft e QLQT On-line, e a partir do software foi atualizado e passou a chamar-se DSCsoft, vem sendo desenvolvido pela Universidade de São Paulo (USP) desde a década de 1990 para as pesquisas de opinião, de representação social, ou de atribuição social de sentido que tenham, como material, depoimentos verbais, revistas, jornais e outros.⁴⁹

Para a coleta dos dados empíricos foi utilizada a entrevista semi estruturada. A entrevista é “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações da parte do outro, o entrevistado”.⁵⁰ Trata-se de uma boa escolha por fornecer amplo campo de interrogativas. Nela o informante segue espontaneamente a linha de seu

pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador e começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.⁵¹

A entrevista semiestruturada tem entre suas qualidades enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no cenário de pesquisa, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos da definição do objeto de investigação, deixando, em aberto, a capacidade de captação das representações dos entrevistados. Esse tipo de entrevista dá ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.⁵²

No DSC não se recomenda utilizar o critério de saturação das entrevistas baseado no argumento de que a teoria das representações sociais tem como intenção resgatar todas as ideias socialmente compartilhadas e pretende conhecer e quantificar o quanto estas ideias se repetem entre os entrevistados. Sendo assim, o critério de saturação não permitiria evidenciar as ideias menos comuns, mas apenas aquelas que mais se repetiram. Considerando-se também que os aspectos socioculturais se constituem de diferentes ideias entre as mais ou menos compartilhadas, não se pode limitar as oportunidades para que estas ideias se manifestem. E, assumindo que o DSC, em parte, quantifica dados de atores sociais, isso requer que o pesquisador não utilize a saturação.⁴⁹

3.3.4 Análise dos dados qualitativos

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a Teoria das Representações Sociais.

A análise aborda quatro figuras metodológicas: ancoragem, ideias centrais, expressão chave e o discurso do sujeito coletivo, utilizadas para organizar e tabular os depoimentos, condição indispensável para análise e intervenção de qualidade.⁴⁹

Os passos metodológicos desta técnica, seguidos desde a obtenção das entrevistas até a síntese dos discursos, incluíram leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta; análise de todas as expressões-chave e ideias centrais,

agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chaves que nomearam os referidos discursos do sujeito coletivo.⁴⁹

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou manifestação discursiva de textos e documentos escritos, criada para fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo.⁴⁹

As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião.⁵³

Falar de sujeito, no campo das representações sociais, é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, a abertura para o mundo e os outros.⁵⁴

As pesquisas utilizam entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado, preservando a sua característica qualitativa. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.⁴⁹

Buscando ter como resultado final as Representações Sociais ou opiniões de grupos sociais, os depoimentos são somados e dessa soma é obtido o pensamento generalizado, ou seja, a “categorização de respostas”, que tem como objetivo analisar as respostas dadas, lhe atribuindo ou reunindo um sentido a essas respostas. Tal método relacionado a Teoria da Representação Social propõe aos sujeitos que vivem num grupo social ou comunidade compartilhar pensamentos baseados em uma reunião de Representações Sociais, mas não deixam de interagir com conteúdos e opiniões distintas. Os Discursos de Sujeitos Coletivos, portanto,

fazem aflorar um posicionamento, um sentido em que opinião individual de cada depoimento esteja garantida e preservada, remetendo a uma única ideia ou opinião. Dessa forma, o Discurso do Sujeito Coletivo respeita o comum e o diferente, ou seja, compreende posicionamentos emitidos de maneira diferente e que podem ser complementares.⁵⁵

O DSC representa avanço importante em relação aos métodos atuais das pesquisas de opinião que combinam “qualitativo” e “quantitativo”. De um modo geral, há uma separação entre o momento qualitativo, no qual as opiniões ou representações, em forma discursiva, são coletadas por meio de poucas entrevistas em profundidade, e o momento quantitativo, em que tais opiniões, para serem generalizadas, são transformadas em perguntas com alternativas fechadas, perdendo a sua natureza discursiva e deixando, portanto, de ser verdadeiras opiniões.⁴⁹

3.4 Procedimentos éticos

No início de cada entrevista, depois de previamente agendada, foi solicitada as participantes da pesquisa a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), respeitando os procedimentos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.³⁸ Nesse termo, há garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa, forma como se daria a participação dos usuários e nome do pesquisador responsável e orientador do estudante.

Obtido o consentimento, o pesquisador solicitou também a autorização para que a pesquisa possa ter o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado. Aplica-se, então, o instrumento de coleta de dados com perguntas semiestruturadas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília de acordo com a Lei Municipal 7257/2011 sendo aprovado em 06 de fevereiro de 2015 sob o número do protocolo no. 125/15–SS (ANEXO D) e cumprindo a Resolução/CNS no. 466/2012³⁸ e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu sob o parecer: 1.031.180 em 22/04/2015 e do CAAE: 43082915.7.0000.5411(ANEXO E).

Referencial teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Políticas públicas de saúde da mulher

A população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões, sendo elas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde.⁵⁶ Desta forma, a vivência do climatério pelas mulheres, na época atual, está vigente e reivindica estratégias que promovam melhorias à qualidade de vida e bem-estar.

Em 2004, novas ações foram propostas pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, e o PAISM passou a ser interpretado não mais como um programa, mas como uma “política”. Assim, foi elaborada parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres, movimento negro, o das trabalhadoras rurais, a sociedade científica, as organizações não governamentais, os gestores do SUS e as agências de cooperação internacional, culminando com a publicação do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”. Essa política aponta a saúde como direito de cidadania e deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher, contribuindo para que avancem em suas conquistas enquanto gênero. No ano de 2007, o MS estabeleceu que a saúde da mulher devesse ser uma das prioridades do governo. A PNAISM incluiu atenção às mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Tais ações salientaram a emergência de se estabelecer relação entre saúde da mulher e meio ambiente.⁵⁷

O atendimento integral às mulheres, com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento, ainda está em processo de consolidação. No cotidiano dos serviços, a integralidade se expressa pela atenção à saúde dos usuários, sob a ótica da clínica ampliada, com a oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento.⁵ A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. Em decorrência da expectativa de vida aumentada, o climatério deve merecer atenção crescente da sociedade.⁵⁸

No processo de envelhecimento da mulher, o climatério, que ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento.⁵

Um outro estudo descritivo, exploratório, qualitativo, teve o objetivo de inteirar-se da produção relacionada à percepção do conhecimento das mulheres sobre a fase da menopausa, os impactos que lhe são relacionados e como estes podem ser enfrentados. Enfatizou-se a importância de as mulheres terem acesso à informação científica em saúde para que possam compreender as mudanças da menopausa e continuarem se preparando para o envelhecimento.⁵⁹

Um estudo comparativo visou descobrir as vantagens de uma terapia de relaxamento em relação à outra seguida por mulheres que sofrem síndrome climatérica. Houve melhora significativa em todos os parâmetros do climatério, psicológico, vasomotor e somático, exceto o componente sexual dentro dos dois grupos por causa de seu mecanismo do sistema nervoso simpático, diminuindo os níveis de cortisol e modulando a atividade adrenérgica central.⁶⁰

Em um outro estudo exploratório e qualitativo, com o objetivo de analisar as percepções e os significados atribuídos pelas mulheres atendidas em um ambulatório de climatério sobre a influência nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais observou-se preconceito social e desconhecimento pela mulher sobre as mudanças ocorridas nessa fase, o que se torna barreiras para a realização de diversas atividades, afetando os cuidados com a saúde e prejudicando a qualidade de vida. Por outro lado, muitas mulheres apresentam habilidades de adaptação, descobrindo novas atividades e desempenhando novos papéis sociais.²³

Uma revisão que examina ensaios clínicos randomizados, análises sistemáticas e meta-análises avaliou a eficácia dos tratamentos alternativos de medicina complementar (CAM), utilizada para o tratamento de sintomas da menopausa. Os tratamentos (CAM) tem sido utilizados há milhares de anos em todo o mundo. Houve um aumento no interesse na utilização de CAM para sintomas da menopausa, desde a liberação dos resultados da *Women's Health Initiative*, para elucidar os efeitos adversos a longo prazo, associados à terapia hormonal. As mulheres que procuram meios mais naturais ou mais seguros para tratar ondas de calor, suores noturnos e outros sintomas da menopausa geralmente se voltam para CAM, como ioga, fitoestrógenos. No entanto, tem havido poucos estudos bem conduzidos que analisam a eficácia desses tratamentos.⁶¹

4.2 Representações sociais

As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião.⁵³

Falar de sujeito, no campo das representações sociais, é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, à abertura para o mundo e os outros. Os sujeitos devem ser concebidos não como indivíduos isolados, mas como atores sociais ativos, afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana, que se desenvolve em um contexto social de interação e de inscrição. A noção de subjetividade considera os processos que operam no nível dos indivíduos eles-mesmos. Ainda que as pesquisas visem deduzir os elementos representacionais partilhados, seria reducionista eliminar aquilo que corresponde aos processos pelos quais o sujeito se apropria e constrói suas representações. A esfera da intersubjetividade remete às situações que, em um dado contexto, contribuem para o estabelecimento de representações elaboradas na interação entre os sujeitos, apontando em particular as elaborações negociadas e estabelecidas em comum pela comunicação verbal direta. E a última esfera a transubjetividade, compõe-se de elementos que atravessam o nível tanto subjetivo quanto intersubjetivo. Sua escala domina tanto os indivíduos e os grupos quanto os contextos de interação, as produções discursivas e as trocas verbais.⁵⁴

No campo das representações coletivas e sociais, a construção teórica destes objetos e o estudo empírico dos fenômenos que lhes correspondem não deixam de levantar uma interrogação sobre sua relação com as representações individuais e sobre o estatuto concedido ao sujeito enunciador e produtor das representações, seja ele individual ou social. Esta questão se encontra expressa, explicitamente ou não, na maneira como a noção de representação social ou coletiva foi elaborada ao longo do tempo, tanto pelo precursor⁶² e pelo iniciador.⁵³

Para Durkeim, a relação entre as representações individuais e coletivas apresenta uma oposição radical; para Moscovici, o fato de tratar a representação social como uma “elaboração psicológica e social” e de abordar sua formação a partir da triangulação “sujeito-outro-objeto” conduziu ao questionamento sobre o lugar do sujeito, tratado, nas diferentes abordagens, como resposta que define uma

estrutura de representação, uma posição social, ou um portador de significados circulantes no espaço social ou construídos na interação.⁶³

Segundo a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, as Representações Sociais é um conjunto de “conceitos, proposições e explicações originada na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais”. Correspondem socialmente aos mitos e crenças, podendo ser considerada hoje como o senso comum. Acrescenta, ainda, que o propósito de todas as representações é tornar algo não familiar em algo familiar.⁶⁴

A representação social pode ajudar a equipe de enfermagem a ter respostas para os complexos problemas enfrentados no seu cotidiano, por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sociais e afetivos que envolvam a saúde e a doença. Com isso, o profissional enfermeiro pode ter um novo olhar para captar as percepções do ser humano em relação ao problema de saúde que está vivenciando.⁶⁵

As representações sociais podem ser relacionadas a três esferas de pertença: subjetividade, intersubjetividade e transubjetividade, sempre envolvendo um sujeito e um objeto.^{66,67}

Trata-se de um referencial teórico que aborda investigações psicossociais que ajudam a enfermagem a dar respostas aos complexos problemas enfrentados no seu cotidiano, especialmente por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sobre os quais se debruça a prática profissional. Assim, o conhecimento estudado pelo prisma da representação social é sempre uma maneira útil de interpretar a realidade.⁶⁸

As representações sociais, são categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam, justificam ou questionam a realidade, sendo manifestadas pelo sujeito social por meio de uma comunicação quer seja verbal ou não verbal e pela interação desses indivíduos com o ambiente de seu convívio. Nesse tipo de método, as estruturas e comportamentos sociais podem ser revelados por meio de palavras, sentimentos e condutas expressadas pelo indivíduo.⁵²

Para a Enfermagem, a representação social é, então, um referencial teórico que aborda investigações psicossociais com o objetivo de apresentar respostas aos problemas enfrentados no seu cotidiano. Esse conhecimento científico representa uma maneira de interpretar a realidade e conhecer a história de vida do

ser humano manifestada pelo processo saúde-doença, seu pensar e suas memórias, as ações em que interagem o indivíduo e o social, ou seja, o emocional e a comunidade na qual está inserido.⁶⁸

Resultados

5 RESULTADOS

Como estratégia para sistematizar a apresentação dos resultados e discussões e, concomitantemente, formatá-los para a comunicação em periódicos do conhecimento produzido, optou-se por organizar o capítulo de resultados em seis partes no formato de artigos, conforme seleção de periódicos para submissão e consequente aprovação.

Antes da apresentação das seis partes no formato de artigos, optamos por trazer os resultados quantitativos e qualitativos. Dentro dos resultados quantitativos foi descrita a caracterização sociodemográfica, saúde, hábitos de vida e os escores de Ansiedade, Depressão de Hamilton (HADS), além do Índice Menopausal (IMBKS) das mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde.

Na apresentação dos dados qualitativos, foram apresentadas as categorias que emergiram das quatro questões norteadoras:

- 1 - Fale sobre como é viver a fase do climatério;
- 2 - Como é vivenciar o período climatérico pelas mulheres que têm filhos e aquelas que não são mães?
- 3 - Como sente sua afetividade no climatério?
- 4 - A partir de suas experiências, dê suas sugestões para o atendimento da mulher climatérica no SUS.

5.1 Resultados quantitativos

Faz-se a apresentação das características sociodemográficas, características da saúde, hábitos e scores de Ansiedade, Depressão (Escala de Hamilton) e Sintomas das mulheres climatéricas (Escala de índice Menopausal de Blatt e Kupperman) atendidas na rede de atenção à saúde do município do interior paulista.

O estudo foi realizado com 204 mulheres que responderam à entrevista e participaram da aplicação das escalas de ansiedade e depressão de Hamilton. O G1

é composto por mulheres climatéricas com filhos e G2, com mulheres climatéricas sem filhos.

Com relação à média etária, verificou-se que no G1 variou de 48,7($\pm$ 4,5) e no G2, de 54,0($\pm$ 5,5).

Com relação ao cenário, no G1 prevalecem as atendidas em UBS com n=45 31,3% e, no G2, as atendidas em UBS n=19,9 33,3%. Com relação ao G1, mulheres atendidas em USF prevalecem com n=98,9 68,7% e G2 n=40 66,7%.

A cor branca prevaleceu nos dois grupos: do G1 63,1% e entre as mulheres do G2 em 71,7%, o mesmo acontecendo quanto à religião católica, no G1 54,2% e no G2 35,0%. Quanto à escolaridade, no G1 o ensino médio completo foi feita por 33,3% no G2, por 26,7%. Em relação ao estado conjugal, as do G1 vivem com companheiro 68,8% e as do G2 vivem sós 71,7%. Nos dois grupos, a renda familiar atinge até dois salários mínimos, nas do G1 48,6% e nas do G2 51,7%. Em relação ao trabalho/Aposentadoria, prevaleceu o trabalho remunerado, as mulheres do G1 em 62,5% e entre as mulheres do G2 em 55,0%. Veja-se a Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres climatéricas mães e as que não tiveram filhos, atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Características	G1 Com filhos (%)	G2 Sem filhos (%)
Amostra (n)	n=144 (70,6%)	n=60 (29,4%)
Cenário		
UBS	n=45 (31,3%)	n= 20 (33,3%)
USF	n= 99 (68,7%)	n= 40 (66,7%)
Idade*	48,7 ± 4,5	54,0 ± 5,5
Cor/raça		
Branca	63,1	71,7
Parda	31,3	13,3
Outras	5,6	15,0
Religião		
Católica	54,1	60,0
Evangélica	29,8	21,7
Outras	16,1	18,3
Escolaridade		
Analfabeta	2,1	-
Fundamental incompleto	22,9	23,3
Fundamental completo	11,8	8,3
Médio incompleto	14,6	8,3
Médio completo	33,3	26,7
Superior incompleto	2,1	6,7
Superior completo	13,2	26,7
Estado conjugal		
Vive só	27,8	71,7
Vive com companheiro	68,8	28,3
Outros	3,4	-
Renda familiar		
Sem Renda	0,6	-
Até 2 salários	48,6	51,7
3-5 salários	41,0	33,3
6 ou mais salários	8,4	13,3
Sem declaração	1,4	1,7
Trabalho/Aposentadoria		
Remunerado	62,5	55,0
Aposentada	9,0	28,3
Não Remunerado	28,5	16,7

Fonte: Dados elaborados pela autora

* Idade: Teste t de Student (p-valor=0.000)

Com relação ao estado menopausal, as mulheres do G1 não menopausadas equivalem 67,4%, seguidas das que estão em menopausa no G2, 75,0%. Ambos os grupos possuem plano de saúde, sendo 59,7% no G1e no G2 55,0%.

Em relação à autoavaliação referida de saúde, ambos os grupos apresentaram autoavaliação boa e muito boa no G1 60,5% e no G2 66,7%. A utilização de métodos contraceptivos é comum nas mulheres do G1 78,5%; já as do G2, 51,7% não as utilizam. Com relação ao tipo de método contraceptivo, nos dois grupos os contraceptivos hormonais orais foram os mais usados no G1 67,9% e G2 68,6%, na fase reprodutiva.

Segundo o questionamento sobre amamentação, 95,9% das mulheres do G1 amamentaram seus filhos. Houve uso regular de medicamento em ambos os grupos que estavam na menopausa as mulheres com filhos, 87,6% e as sem filhos, 92,4%. O tratamento alternativo, considerando atividade física regular, prática de Yoga, alimentação à base de soja, acupuntura, homeopatia e fitoterapia, foi utilizado por ambos os grupos, 38,2% e 51,7% respectivamente. O uso de medicamento regular para tratamento da pressão arterial, diabetes, doenças ósseas articulares, doenças da tireoide, ansiedade e depressão revelou uma taxa de 86,8% e de 86,7%, entre G1 e G2, respectivamente. Com relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas, prevaleceu o uso social do álcool 37,3%, seguido do uso de álcool e tabaco 33,9% nas mulheres do G1 e entre as mulheres do G2, a droga mais utilizada foi o tabaco 51,9%, seguida do uso social do álcool 40,7%. conforme se demonstra na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Características da saúde das mulheres climatéricas do Grupo 1 (com filhos) e Grupo 2 (sem filhos), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Características	G1 (70,6%)	G2 (29,4%)
Idade	54,6±3,9	56,1±4,4
Menopausadas	48,7 ± 2,7	47,5 ± 2,5
Não	32,6	25,0
Sim	67,4	75,0
São menopausadas		
Até 5 anos	27,1	10,0
Acima de 5 anos	40,4	65,0
Plano de Saúde suplementar		
Sim	40,3	45,0
Não	59,7	55,0
Auto avaliação de saúde		
Muito ruim/Ruim	10,5	5,0
Regular	29,2	28,3
Muito Boa/Boa	60,5	66,7
Contraceptivo em idade fértil		
Sim	78,5	48,3
Não	21,5	51,7
Tipo de contraceptivo em idade fértil		
Métodos naturais	7,3	2,9
Contraceptivos hormonais orais	67,9	68,6
Contraceptivos hormonais injetáveis	10,2	8,6
Outros	14,6	20,0
Uso de medicamento Regular		
Sim	86,8	86,7
Não	13,2	13,3
Tratamento Alternativo	38,2	51,7
Uso de drogas lícitas e ilícitas		
Álcool	37,6	40,7
Tabaco	25,4	51,9
Álcool e Tabaco	33,9	7,4
Maconha, Cocaína e Tabaco	1,7	-
Maconha	1,7	-

Fonte: Dados elaborados pela autora

Considerando os escores da escala de ansiedade de Hamilton (HAS), entre as mulheres do G1 e G2, esse sintoma foi ausente 56,9% e 70,0%, respectivamente. Houve apenas escores leve de ansiedade no G1 18,8% e no G2 10,0%. Aplicado Teste de Qui-quadrado: Ansiedade p-valor = 0,2088 . Não houve diferença significativa entre as mulheres climatéricas dos grupos G1 e G2.

Os escores de depressão de Hamilton (HDS) prevaleceram leves em ambos os grupos, 47,9% e 58,4% em cada grupo estudado. No G1 22,2% e no G2 30,0%, a depressão foi ausente, aplicado Teste de Qui-quadrado para Depressão p-valor = 0,0165 . Houve proporção maior de leve e de moderada no G1 proporção de leve maior que moderado no G2, conforme se demonstra na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Classificação segundo os scores de Ansiedade, Depressão e Índice Menopausal, das mulheres climatéricas G1 e G2 (%), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Variáveis	G1	G2
Ansiedade		
Leve	18,8	10,0
Moderada	11,1	10,0
Severa	13,2	10,0
Ausente	56,9	70,0
Depressão		
Leve	47,9	58,4
Moderada	20,1	8,3
Severa	9,7	3,3
Ausente	22,2	30,0

Fonte: Dados elaborados pela autora

Teste de Qui-quadrado: Ansiedade p-valor = 0,2088 Depressão p-valor = 0,0165

Com relação ao índice menopausal pela escala IMBK, as mulheres do G1 apresentaram com escore moderado em 48,6% e escore leve em 44,4%. Já as mulheres do G2 atingiram escore leve em 56,7%, seguido de escore moderado em 30,0%, aplicado Teste de Qui-quadrado: p-valor = 0,0190 .No G1, Leve não diferiu do moderado. No G2, Leve foi maior que Moderado, conforme a tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Classificação segundo os scores de Índice Menopausal, das mulheres climatéricas G1 e G2 (%), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Variável	G1	G2
Índice menopausal		
Leve	44,4	56,7
Moderado	48,6	30,0
Grave	6,9	13,3
Ausente	-	-

Fonte: Dados elaborados pela autora

Teste de Qui-quadrado: p-valor = 0,0190

Apresentação do modelo parcimonioso mais reduzido em relação as variáveis independentes que podem se associar com o desfecho.

As tabelas mostram a análise de regressão para o escore de ansiedade, depressão e índice menopausal em função dos potenciais fatores associados. Observa-se que:

Há associação significativa de escore de ansiedade e ter vínculo a programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 4,7 a menos entre as mulheres com vínculo a programas oferecidos pela rede de atenção à saúde, em comparação com as mulheres que não possuem vínculos a programas oferecidos pela rede de atenção à saúde.

Há associação significativa de escore de ansiedade e ter estado de saúde auto relatado muito boa e boa ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 7,0 pontos a menos entre as mulheres que tem auto relato de saúde ruim, em comparação com as mulheres que apresentam auto relato de saúde muito ruim.

Há associação significativa de escore de ansiedade e ter problemas ósseos articulares ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 3,2 pontos a mais entre as mulheres que apresentam problemas ósseos articulares, em comparação com as mulheres que não apresentam problemas ósseos articulares.

Há associação significativa de escore de ansiedade e ter disfunção de sono ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 3,4 a mais entre as mulheres que possuem disfunção do sono, em comparação as mulheres que não possuem.

Há associação significativa de escore de ansiedade e ter constipação ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 2,8 a mais entre as mulheres que apresentam prisão de ventre, em comparação com as mulheres que não possuem prisão de ventre.

Há associação significativa e ter irritabilidade ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 3,1 a mais entre as mulheres que apresentam irritabilidade em comparação com as mulheres que não possuem irritabilidade.

Não houve associação significativa de escore de ansiedade e ter filhos.

Há associação significativa e ter tontura ($p<0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 4,3 pontos a mais entre as mulheres que possuem

irritabilidade em comparação com aquelas que não possuem. Conforme a Tabela 5 a seguir:

Tabela 5 - Análise de regressão para o escore de ansiedade em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	14,233	6,668	21,797	,000
Vínculo a programas	-4,710	-7,683	-1,738	,002
Escolaridade $\geq$ Médio completo	-1,972	-4,780	,836	,168
Trabalho remunerado	1,530	-1,107	4,167	,254
Renda familiar > de 1 salário mínimo	,462	-3,279	4,203	,808
Adoção de filhos	6,844	-,175	13,863	,056
Opção de não ter filhos	2,959	-2,225	8,143	,262
Estado de saúde muito boa e boa	-7,014	11,506	-2,522	,002
Uso de medicamento regular	1,896	-1,712	5,505	,301
Diabetes	2,052	-,968	5,072	,182
Problemas ósseos articulares	3,234	,382	6,086	,026
Disfunção do sono	3,434	,859	6,010	,009
Possuir constipação	2,870	,123	5,618	,041
Irritabilidade	3,169	,579	5,758	,017
Tontura	4,359	1,519	7,200	,003
Ter filhos	,973	-1,926	3,872	,509

Fonte: Dados elaborados pela autora

*Variável Dicotômica (Sim/Não) considerado Sim

A tabela 6 Mostra a análise da regressão para o escore de depressão em função dos potenciais fatores associados.

Observa-se que há associação significativa do escore de depressão ($p < 0,05$) e possuir vínculos à programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde, em média, 2,4 pontos a menos entre as mulheres que são vinculadas aos programas, em comparação as mulheres que não são vinculadas aos programas.

Há associação significativa do escore de depressão e ter ocupação na área da saúde ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é, em média, 2,4 pontos a menos entre as mulheres com ocupação na área da saúde, em comparação com as mulheres cuja a ocupação não é na área da saúde.

Há associação significativa do escore de depressão e ter amamentado ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média mais 11,6 pontos mais entre as mulheres que amamentaram seus filhos, em comparação com as mulheres que não amamentaram.

Há associação significativa do escore de depressão e ter estado auto relatado de saúde ruim ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média, 6,1 pontos mais entre as mulheres que possuem estado de saúde auto relatado ruim, em comparação as mulheres cujo o estado de saúde auto relatado é muito bom.

Há associação significativa do escore de depressão e fazer uso regular de medicamento ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média 3,4 pontos a mais entre as mulheres que usam medicamento regular, em comparação com as mulheres que não fazem uso de medicamento regular.

Há associação significativa do escore de depressão e ter problemas de visão ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 3,5 pontos a mais entre as mulheres com problemas de visão, em comparação com as mulheres que não possuem problemas de visão.

Há associação altamente significativa do escore para depressão e ter disfunção de sono ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 4,5 pontos a mais entre as mulheres com problemas de disfunção de sono, em comparação com mulheres que não possuem de disfunção de sono.

Há associação significativa do escore para depressão e ter irritabilidade ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 3,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem irritabilidade, em comparação com as mulheres que não possuem irritabilidade.

Há associação significativa do escore para depressão e ter tonturas ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média 3,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem tonturas, em comparação com as mulheres que não possuem tontura.

Não houve associação significativa em escore de depressão e ter filhos

($p < 0,05$). Conforme a Tabela 6 a seguir:

Tabela 6 - Análise de regressão para o escore de depressão em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	8,361	2,292	14,429	,007
Vínculo à programas	-2,432	-4,767	-,098	,041
Esc. $\geq$ Médio completo	-2,118	-4,353	,117	,063
Ocupação em área de saúde	-2,425	-4,819	-,030	,047
Trabalho remunerado	,478	1,654	2,611	,659
Renda familiar >1 salário mínimo	2,275	-,628	5,179	,124
Presença de aborto	1,538	-,875	3,951	,210
Mulheres que amamentaram	11,618	2,116	21,119	,017
Estado de saúde muito boa e boa	-6,148	9,607	-2,690	,001
Uso de medicamento regular	3,432	,579	6,284	,019
Presença de problemas de visão	3,508	,325	6,691	,031
Problemas de pressão arterial	-1,988	4,023	,047	,056
Presença de disfunção do sono	4,516	2,562	6,470	,000
Presença de Irritabilidade	3,200	1,157	5,244	,002
Presença de tonturas	3,212	1,030	5,394	,004
Ter filhos	,949	-1,236	3,133	,393

Fonte: Dados elaborados pela autora

*Variável Dicotômica (Sim/Não) considerado Sim

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e ter vínculo a programas oferecido pela rede de atenção à saúde ($p < 0,05$), sendo que o escore de índice menopausal, é em média 5,0 pontos a menos entre as mulheres que possuem vínculo de programas na rede de atenção à saúde, em comparação aquelas que não possuem vínculo a programas na rede de atenção à saúde.

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e ter estado de saúde muito bom e bom ($p < 0,05$), sendo que o escore de índice menopausal, é em média 7,6 a menos entre as mulheres que possuem um estado de saúde muito bom e bom, em comparação aquelas que possuem estado de saúde muito ruim.

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e

ter disfunção do sono ($p < 0,05$), sendo que o escore de índice menopausal é em média 6,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem disfunção do sono, em comparação aquelas que não possuem disfunção do sono.

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e ter tonturas ($p < 0,05$), sendo que o escore de índice menopausal, é em média 2,9 pontos a mais entre as mulheres que apresentam tontura em comparação aquelas que não apresentam tontura.

Não houve associação significativa em escore de índice menopausal e ter filhos ($p < 0,05$). Conforme a Tabela 7 a seguir:

Tabela 7 - Análise de regressão para o escore de índice menopausal em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	19,696	12,862	26,529	,000
Vínculos a programas	-5,079	-7,745	-2,413	,000
Estado civil	-,359	-2,849	2,131	,776
Renda familiar > 1 salário mínimo	,375	-3,057	3,806	,830
Estar na menopausa	1,554	-1,100	4,208	,249
Infertilidade	-1,747	-5,825	2,332	,399
Estado de saúde muito boa e boa	-7,654	-11,769	-3,539	,000
Uso de medicamento regular	2,915	-,449	6,278	,089
Disfunção do sono	6,220	3,829	8,611	,000
Irritabilidade	5,846	3,410	8,283	,000
Tontura	2,997	,366	5,627	,026
Ter filhos	1,249	-1,361	3,858	,346

*Variável Dicotômica (Sim/Não) considerado Sim

5.2 Dados qualitativos

As 33 participantes tinham de 45 a 60 anos, com a média de idade variando em 53,5 anos. Houve predomínio de escolaridade superior completo, cor autorreferida branca, religião católica e eram profissionais economicamente ativas. A maioria das mulheres com filhos vivia com o companheiro e era casada. A maioria das mulheres sem filhos era solteira e vivia sozinha. Com relação ao uso de medicamento regular, ambos os grupos o utilizavam.

Respostas referentes à primeira questão norteadora:

1- Fale sobre como é viver a fase do climatério.

As representações sociais apreendidas nas falas das mulheres climatéricas, a partir do tema *Vivência do climatério*, desvelaram-se nas ideias centrais: 1- Vivência natural do climatério, 2- Sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério 3- Buscando alternativas para o enfrentamento do climatério, conforme descrito no Quadro 4, com os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo das participantes:

Quadro 4 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017

Tema - Vivência do climatério	
Ideias centrais	DSC
1-Vivência natural do climatério	[...] perda da fertilidade. É só um ciclo normal da vida da mulher. Não sei se estou entrando ou se encaro como uma fase normal que todas temos que passar e procurar passar bem. Nunca me preocupei com isso, está dando para levar bem e com saúde. Não percebi muita diferença e tenho aceitado esse momento. Continuou tudo igual, trabalho na minha casa, ajudo a cuidar dos netos e estou sempre correndo. Meu humor não mudou, nada de palpitação, nenhum problema com relação às ondas de calor que muitas mulheres reclamam [...]. C1(C/F), C3(C/F), C4(C/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C9(C/F), C11(S/F), C14(C/F), C17(C/F), C18(C/F), C19(C/F), C20(S/F), C21(C/F), C22(C/F), C23(C/F), C24(S/F), C25(C/F), C26(C/F), C27(C/F), C29(S/F), C31(C/F).
2-Sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério e do envelhecimento	[...] ficar se abanando, o calor incomoda e alguém fala "Nossa! Como você está vermelha". Ambientes insuportáveis. Precisava de ar, de algo para abanar. Irritada, não sei se é ansiedade, depressão, os sentimentos são diferentes. Emotiva, dou valor ao convívio em família. Chateada, pelo que apareceu na bexiga, não posso espirrar, tossir. Com relação ao parceiro, ocorreu perda da libido. O físico muda, canso com facilidade e flacidez generalizada. Não gosto de ficar velha. Quando chega no climatério, olho no espelho e não sou a mesma. Quero ter saúde. Não acho que tenha que lutar contra o envelhecimento. O climatério é a sinalização para mudar. Minha rede social e familiar está bastante precária, sem mãe e nem pai. Quando arrumei um companheiro, há um ano e meio, foi complicado, meus filhos numa ciúmeira, foi muito difícil. Sinto a Síndrome do Ninho Vazio [...]. C1(C/F), C2(C/F), C3(C/F), C4(C/F), C5(S/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C12(S/F), C13(C/F), C15(C/F), C16(C/F), C17(C/F), C19(C/F), C20(S/F), C22(C/F), C23(C/F), C24(S/F), C25(C/F), C26(C/F), C27(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F), C32(C/F).
3-Buscando alternativas para o enfrentamento do climatério	Amadurecendo, desapegando, crescimento espiritual, aprender a mexer com interior e buscar nas pessoas o que é bom. Não procurei médico para reposição hormonal, é uma faca de dois gumes, tenho medo e engorda, se não fizer reposição, envelhece rápido. Pelo câncer de mama, não posso fazer reposição hormonal. Tenho cinquenta e oito anos, não sinto nada, sou ativa, tenho disciplina, reservo tempo para saúde, precisamos ficar alerta. Com 50 anos,

	estamos jovens, temos muito que produzir. Vou me informar, ter atividades, outros interesses, voltei a estudar. Tem médicos, internet, me cuido, tomando soja, vida saudável, não fumo, faço exercício. Em relação à saúde, sou acompanhada, só não gostaria que demorasse muito. Tenho sobrinhos, ajudei a criar, amo os filhos dos amigos, os alunos, acabo cuidando, é uma forma de exercer a maternidade para suprir a falta. C1(C/F), C2(C/F), C3(C/F), C5(S/F), C6(C/F), C8(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C11(S/F), C12(S/F), C13(C/F), C15(C/F), C16(C/F), C17(C/F), C18(C/F), C19(C/F), C20(S/F), C21(C/F), C23(C/F), C24(S/F), C25(C/F), C27(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F).
--	--

Respostas referentes à segunda questão norteadora:

2-Como é vivenciar o período climatérico pelas mulheres que têm filhos e aquelas que não são mães?

Entre as representações sociais das mulheres climatéricas emergiu o tema: *Significação de ter ou não ter tido filhos*. Apresentaram-se como ideias centrais 1- Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo as dificuldades em ser mãe; 2- Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimentos, conforme se demonstra no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017

Tema - Significação de ter ou não ter tido filhos	
Ideias centrais	DSC
1-Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo as dificuldades de ser mãe	Ter filha me fez ficar mais “pé no chão”, me deu netos, ajudou viver, me virar, trabalhar. Só me acrescentou, trouxe vida para a minha vida, é uma alegria, ilumina a alma, enche o coração, é tudo na vida. Sempre quis ter filho, desde os quinze anos, já tinha escolhido o nome, nunca fui doida para casar. O significado da maternidade é difícil descrever, porque gosto de tudo o que sou na vida, mas o que mais gosto de ser é de ser mãe. Minhas filhas são complementação, a minha mais nova está indo embora, parece que falta um pedaço da gente, é uma dor muito forte, mas a gente se adapta, não conseguiria viver sem minhas filhas, são tudo para mim e para o meu marido. Como está amadurecendo e pensando na possibilidade de ter filhos, me percebe envelhecendo, consegue compreender mais do que outras pessoas a situação que estou vivenciando, está com 30 anos, muito do que vivo, se coloca no meu lugar. Ela é uma pessoa excelente, quando era criança, abraçava, beijava, mas tenho esse distanciamento hoje em dia, não sou de ficar abraçando minha filha, apesar dela ser boa, a gente conversa, mas tem preocupação comigo. E agora são os pequenos, faço tudo, meu marido fica bravo comigo, faço com o maior gosto é a minha felicidade, ajudo a criar esses netos e passam o dia em casa. Mulheres mais jovens que se tornam mães estão em um momento de vida de fazer muita coisa, vejo o quanto é difícil para conciliarem maternidade e vida profissional. C1(C/F), C2(C/F), C3(C/F), C4(C/F), C5(S/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C11(S/F), C13(C/F), C14(C/F), C15(C/F), C16(C/F), C17(C/F), C18(C/F), C19(C/F), C20(S/F), C21(C/F), C22(C/F), C23(C/F), C25(C/F), C26(C/F), C28(C/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F).

2-Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimento	Eu quis muito, mas já que não foi, criamos cachorros, não sei se substitui, mas acalma e não deixa um vazio, não penso que “Ah! Se tivesse tido filho seria uma pessoa, uma mulher melhor”, não tive arrependimento, foi decisão minha, quando casei falei para ele “Se está pensando que vou encher a casa de pimpolho, está muito enganado”, nunca tive vontade. Quem não tem filhos, tem menos ansiedade, menos depressão porque a pessoa que tem filhos chega nessa fase, os filhos já estão grandes, quase preparados para bater asas e voar, cada um vai cuidar da sua vida” Nunca tive ninguém para cuidar, para mim é normal. Sempre morei com os meus pais, sempre precisaram de ajuda, cuidando, dando atenção, vivo para cuidar deles. Logo que decidi casar, era aquela cobrança e o neném, não quero, ninguém entende, “Se ela não quer é porque não pode”, se não pudesse e quisesse podia adotar. “Nossa! Mas você não tem?” Existe um espanto, uma incredulidade, eles achavam que ia ter um monte de filho uns cinco ou seis filhos. São restritas as relações sociais, as pessoas casadas e com filhos normalmente se relacionam com pessoas casadas e com filhos. Observo isso. Tenho dificuldades, não tenho muitas pessoas ao meu redor que são casadas e que têm filhos, não tenho amizade com essas pessoas de sair com elas e as crianças, nem na minha família. [...] mulheres com filhos, eles dão tanto trabalho, que não é garantia de uma companhia para o futuro, não tive e não me arrependo. Me incomoda, mas não me faz sofrer, é desconfortável falar “Olha, cadê criança, o grandão, o adolescente que dá problema”. Não sofro, mas me arrependo. Quando tinha uns vinte e cinco, trinta anos poderia ter tido um filho, hoje ele poderia ser meu. Acho que queria ter, sinto frustração. Tenho quase quarenta e sete, tenho vontade de ter uma família, um companheiro, não tive filho. Nessa fase da vida significa muito ter construído família, ter tido marido, filhos porque os pais foram embora. C7(S/F), C8(S/F), C9(S/F), C11(S/F), C12(S/F), C20(S/F), C24(S/F), C29(S/F), C30(C/F), C33(S/F).
--	---

Respostas referentes a terceira questão norteadora:

3- Como sente sua afetividade no climatério?

Das representações sociais das mulheres climatéricas emergiu o tema: *Relacionando-se afetivamente*, com as ideias centrais 1- Valorizando o relacionamento familiar e social; 2- Sentindo-se solitária e desanimada; 3- Sentindo-se frustrada, impaciente e apoiando-se nas relações, conforme apresentado no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6- Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017

Tema - Relacionando-se afetivamente	
Ideias centrais	DSC
1-Valorizando o relacionamento familiar e social.	Quero todo mundo grudado comigo, parece que antes fazia as minhas coisas, ia fazendo, ia saindo, viajava. Agora tem um senão, quero estar com todo mundo junto. É uma coisa mais tranquila, não tem ansiedade, preocupações que tem de recém casado, com o passar do tempo fica uma relação mais tranquila. É uma paixão, é a alegria de viver, pretendo ficar casada até os meus últimos dias, comecei a namorá-lo com os dezoito anos, aos vinte e três casamos, estou com trinta e sete anos de casada, acho que nada mais mudaria para mim, já tive uma

	vida inteira, tive uma fase muito ruim, uma situação chata, fiquei sabendo, eles negam, nada se apaga, ele é uma pessoa muito difícil. A relação afetiva é boa tanto em família e com outras pessoas, talvez o climatério, a maturidade traga mais serenidade, quando a gente é mais jovem valoriza muito coisas que não são importantes e quando a gente amadurece, envelhece, valorizo as relações humanas. Me dou muito bem com meus irmãos, meus sobrinhos, a gente não fica um dia sem se falar, frequento a casa deles, eles frequentam a minha. A relação familiar é boa, consigo compreender as pessoas, tento e deixo algumas coisas passar. Família mesmo só tem minha irmã aqui, a gente vem muito no grupo de artesanato, sai muito junto, e o meu marido, um grupo social no final de semana, sou muito afetiva tenho uma ligação muito forte com toda a família e em relação ao emocional por incrível que pareça, todo mundo vem a mim, sou o esteio, sou o exemplo. O fato de ter tido filho ou não acho que não tem nenhuma relação, não me atrapalha, não me influencia em nada [...]. C2(C/F), C6(C/F), C3(C/F), C4(C/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C10(C/F), C12(S/F), C14(C/F), C15(C/F), C19(C/F), C21(C/F), C22(C/F), C23(C/F), C25(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F).
2-Sentindo-se solitária e desanimada.	Percebo que fico mais distante em alguns momentos pelo cansaço, tempo para ficar sozinha, sou muito resguardada, sempre afastada, não me aproximo muito, tenho muita dificuldade, não consigo ficar, me dá um desespero! Quero sair, sumir, pode ser onde for, quero ir para casa. Sou meio difícil, acostumei a ficar sozinha, morei em São Paulo muito tempo sozinha, sempre cuidei de tudo. Na igreja frequento, tenho atividades, mas sou individualista, gosto muito de cuidar do lado espiritual, vou sozinha. Às vezes falo: “Nossa, seria bom se tivesse uma pessoa para bater papo”, ligo para alguém, passo uma mensagem, mas penso que como faz tanto tempo que a minha vida é assim fico achando que preciso melhorar, mas não sinto mal, não fico de vítima, penso que nós construímos. Essa independência é boa, mas atrapalha, a possibilidade de precisar de alguém para fazer alguma coisa é nenhuma. Com isso às vezes não dá nem para conviver com as pessoas no dia a dia, tenho pensado em como vou melhorar, porque não está bom. Sair, passear, não mais, saio um pouquinho, não tenho aquela necessidade de sair. Ficar em casa, tranquila, está ótimo, acho que são fases da vida, não sinto prazer de ir na casa das pessoas, não quero me relacionar. Final de semana quero ficar mais em casa, quieta, descansando, dormir uma tarde, coisa que não fazia [...]. C9(S/F), C8(S/F), C13(C/F), C14(C/F), C19(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C31(C/F), C32(C/F), C33(S/F).
3-Sentindo-se frustrada, impaciente e apoiando-se nas relações.	Me sinto irritada, impaciente. Mas, para eles sou impaciente, esses aspectos ficam evidentes. Frustração de não ter estudado, não ter dado certo na vida, destruí a vida do meu marido, era um homem que teve muitas vertentes de subir na vida, me frustrei, me controlo, e nem na minha aposentadoria me preocupei, a velhice vai chegar, devia ter construído minha vida, tive chances, amor, não tinha cabeça na época, não queria saber de nada, estava longe. Não cortei o cordão umbilical. Com filho, você tem o objetivo de estar “Olha, não posso fraquejar porque tenho muito para fazer”, isso colabora muito. As filhas cuidam, tiram a sobancelha, fazem minhas unhas dos pés, depilam, cuidam, querem fazer chapinha no cabelo, dar uma arrumadinha. Vejo carinho e o cuidado que elas têm comigo [...]. C12(S/F), C22(C/F), C27(C/F), C31(C/F)

Respostas referentes à quarta questão norteadora:

4- A partir de suas experiências, dê suas sugestões para o atendimento da mulher climatérica no SUS.

As representações sociais apreendidas nas falas das mulheres climatéricas, a partir do tema *Sugerindo melhorias no atendimento à saúde*, desvelaram-se nas ideias centrais: 1- Sentindo necessidade de informações, acolhimento e sugerindo inclusão, 2- Sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades, conforme descrito no Quadro 7, com os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo das participantes:

Quadro 7 - Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017

Tema - Sugerindo melhorias no atendimento à saúde	
Ideias centrais	DSC
1-Sentindo necessidade de informações, acolhimento e sugerindo inclusão	Tenho facilidade, sou da área da saúde, tenho acesso à informação. Vai buscar o que está acontecendo com o seu organismo, o que é o hormônio no seu organismo, mas e quem não sabe disso? Identificada essa necessidade: Olha, essa mulher está no climatério, está tendo problemas, ansiedade, depressão, a gente não entrou nas questões de relações sexuais, porque não tenho companheiro, a mulher precisa entender o que está acontecendo com ela. Fazer um dia de conversa, trabalhos em grupo, trocas de experiências, que está vivendo, pode ter as demandas específicas de acordo com as necessidades de cada um. Acho que a troca é bastante interessante no sentido de pensar que não é só comigo que acontece, mas com as demais. Uma atenção especial. Tem mulheres que ficam sensíveis, chorosas, se queixam, se pega um profissional que dá aquela atenção, tem que tratar com carinho para conversar, respeito, educação, orientações nessa fase, ajuda bastante, seriam os ginecologistas e orientação de alimentação, exercícios. Faz falta. Fiquei curiosa com a reposição hormonal, quando for na Ginecologista, vou sugerir, diz que o hormônio é vida. Quem sabe posso melhorar? Gostaria de fazer reposição hormonal para ver se minha vida melhora, ter prazer, para não ficar assim vacilante, um dia mal e no outro mais ou menos. Tem homens ignorantes, que acham que elas entraram no climatério e acabaram como mulher e menosprezam, deixando-as de canto, indo atrás de menininha safada na rua. O profissional de saúde, a equipe interdisciplinar ou quem estiver na USF, mesmo que não tenha um médico, a mulher necessita compreender o que está acontecendo e poder ser ouvida, a impressão que dá é que se não posso fazer a reposição hormonal não tem mais o que fazer e não é assim. A escuta é valorizar e trabalhar, dedicar mais tempo. Tem pessoas que sentem a fundo o climatério, essas precisariam de ajuda de uma psicóloga, sou uma vendedora, mas tem hora que quando chega o final do dia falo "Obrigada Senhor! Hoje realizei o papel de uma "analista, psicóloga e amiga", se fosse ficar na minha casa, remoendo muitas coisas, não seria essa pessoa que sou hoje, mas como tenho meu trabalho, tenho amigas, duas amigas. Trabalhamos juntas há 20 anos. É de extrema importância o acompanhamento médico e o psicoterápico. As pessoas começam a ficar com problemas psicológicos, a ter depressão, se sentir inferiorizadas, sem companheiro que possa valorizar um pouco, somos um país que está envelhecendo [...] C2(C/F), (C4(C/F), C5(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C13(C/F), C14(C/F), C15(C/F), C17(C/F), C19(C/F), C21(C/F), C22(C/F), C25(C/F), C26(C/F), C27(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F), C33(S/F)

2-Sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades	Tinha que ter um atendimento e não essa enrolação. Que a pessoa consiga ser atendida. Penso que elas devem ser atendidas na Saúde da Mulher desde a puericultura, depois adolescência, acompanhando aí na questão da adolescência que é complicada, adaptação das mulheres nessa fase e o Pré Natal. Tinha que ter uma disponibilidade maior do SUS. A gente observa fila de espera, anos de espera e que nunca chega. Acho que isso deveria agilizar mais, porque é um período, tem que ser naquele período. Não é depois. Acho isso superimportante. Os profissionais são competentes para estar atendendo? Tenho essa interrogação. Às vezes aquele profissional, não sei se posso estar dizendo entre aspas, ele tem um conhecimento um pouquinho mais profundo sobre a questão daquilo ali, a gente percebe uma diferença com especialista e com o não especialista. No climatério deve ter um bom atendimento médico, ginecológico no caso prevenção do câncer ginecológico, mama, útero, colo de útero. Tem que ter uma orientação nutricional, à atividade física e pra quem precisar de um apoio psicológico, Existem doenças clínicas não ginecológicas, outras áreas que incidem mais nessa época teria que ter um acompanhamento, não só pela Ginecologista, mas também um tratamento com alguém que conversasse com elas te desse uma luz no fim do túnel para informar o porquê de algumas situações. Como, por exemplo, de um médico clínico [...] C7(S/F), C9(S/F), C11(S/F), C12(S/F), C16(C/F), C18(C/F) C20(S/F), C21(C/F), C2(C/F), C5(S/F), C27(C/F), C30(C/F)
--	--

5.3 Apresentação dos artigos

Os presentes artigos foram elaborados e organizados para serem encaminhados para Revistas.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos parte qualitativa

Artigos - Pesquisa Qualitativa						
Questões Norteadoras	Temas	Ideias centrais	Objetivos	Artigos	Periódico	Qualis
1. Fale sobre como é viver a fase do climatério	Vivência do climatério	1-Vivência natural do climatério naturalmente; 2-Sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério; 3-Buscando alternativas para o enfrentamento do climatério	Compreender a vivência das mulheres climatéricas na perspectiva das representações sociais	1 - Vivenciando o climatério: uma perspectiva a partir das representações sociais	Encaminhado para a Revista RECOM	B2
2. Como é vivenciar o período climatérico pelas mulheres que têm filhos e aquelas que não são mães?	Significação de ter ou não ter tido filhos	1-Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo as dificuldades de ser mãe; 2-Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimento.	Compreender a significação de ter tido filhos ou não na perspectiva das mulheres climatéricas à luz das representações sociais	2 - Ter ou não ter tido filhos: representações sociais das mulheres climatéricas	Será Encaminhado para a Revista de Enfermagem da UERJ	B1
3. Como sente sua afetividade no climatério?	Relacionando-se afetivamente	1-Valorizando o relacionamento familiar e social; 2-Sentindo-se solitária e desanimada; 3-Sentindo-se frustrada, impaciente e apoiando-se nas relações	Conhecer as reflexões afetivas das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde em suas perspectivas	3 - Reflexões afetivas: percepção de mulheres climatéricas	Encaminhado para a Revista REME - Revista Mineira de Enfermagem	B1
4. A partir de suas experiências, dê suas sugestões para o atendimento da mulher climatérica no SUS.	Sugerindo melhorias no atendimento à saúde	1- Sentindo necessidade de informações, acolhimento e sugerindo inclusão; 2-Sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades	Verificar e compreender as sugestões de melhorias ao atendimento à saúde das mulheres climatéricas na perspectiva das usuárias	4 - A integralidade no atendimento à saúde: sugestões na perspectiva de mulheres climatéricas	Encaminhado e aceito para CIAIQ- Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa 2018	--

Quadro 3 - Distribuição dos artigos da parte Quantitativa

Artigos – Pesquisa Quantitativa				
Temas	Objetivos		Periódico	Qualis
5 - Sintomas de Ansiedade e Depressão em mulheres climatéricas	Analisar os sinais e sintomas do climatério em mulheres com filhos e sem filhos atendidas em rede de atenção à saúde.	5 - Associação entre ter e não ter filhos com escores de ansiedade e depressão em mulheres climatéricas	Será encaminhado para a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - RBGO	B1
6 - Sintomas do Climatério em mulheres climatéricas	Analisar a presença de sintomas do climatério em mulheres com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde.	6 - Associação entre índice menopausal e a condição de ter filhos em mulheres atendidas na rede de atenção à saúde	Será encaminhado para a Revista Maturitas	A2

5.3.1 Artigo - Vivenciando o climatério: uma perspectiva a partir das representações sociais (Encaminhado para a Revista RECOM)

VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES

SOCIAIS

EXPERIENCING THE CLIMACTERIC PERIOD: A PERSPECTIVE FROM SOCIAL REPRESENTATIONS

LA VIVENCIA DE LA MENOPAUSIA: UNA PERSPECTIVA DE LAS REPRESENTACIONES

SOCIALES

RESUMO

Objetivo: compreender a vivência das mulheres climatéricas atendidas na rede básica de saúde na perspectiva das representações sociais. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada com 33 mulheres climatéricas atendidas na rede básica de atenção à saúde, no interior paulista. A análise ocorreu por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultado:** as mulheres climatéricas vivem esse período como fase natural, sabem que representa a perda da fertilidade, verbalizam dúvidas e desejam estar com saúde, apesar do desconforto psicofísico e a chegada do envelhecimento. Percebem alterações no relacionamento familiar de forma positiva ou marcadas por conflitos. Nessa vivência, buscam alternativas para o enfrentamento do climatério, desejam cuidar da saúde e asseguram a qualidade de vida. **Considerações finais:** Depreende-se que seja necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam conscientes sobre as concepções e as necessidades de saúde das mulheres climatéricas e bem qualificadas, com vistas a lhes darem apoio na melhoria do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Climatério; enfermagem; atenção primária à saúde; comportamento social; saúde da mulher.

ABSTRACT

Purpose: to understand the experience of climacteric women in the perspective of social representations. **Method:** qualitative research, carried out with 33 climacteric women attended in the basic network of health care, in inner cities of São Paulo state. The analysis took place through the technique called "Discourse of the Collective Subject". **Result:** climacteric women face this period as a natural phase, they know that it represents the loss of fertility, they verbalize doubts and they want to be healthy, despite the psychophysical discomfort and the oncoming of aging. Changes in the family relationship are perceived in a positive way or can be marked by conflicts. In this experience, women seek alternatives to cope with the climacteric period; they want to take care of health and to ensure the quality of life. **Final considerations:** It is necessary for health care providers to be aware of the concepts and of the health needs of climacteric women and the providers have to be well-qualified in order to support these women in improving care.

KEYWORDS: Climacteric period; nursing; primary health care; social behavior; women's health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la vivencia de las mujeres en el climaterio en la perspectiva de las representaciones sociales. **Método:** pesquisa cualitativa que ha sido realizada con 33 mujeres en el climaterio atendidas en la red básica de atención a la salud, en el interior del estado de São Paulo. El análisis ha ocurrido a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultado:** las mujeres en el climaterio viven ese periodo como una fase natural, saben que representa la pérdida de la fertilidad, verbalizan dudas y desean estar saludable, aunque sientan un malestar psicofísico y la llegada del envejecimiento. Perciben alteraciones en el relacionamiento familiar de manera positiva o marcadas por conflictos. En esa vivencia, buscan alternativas para el enfrentamiento de la menopausia y desean cuidar de la salud y aseguran la calidad de vida. **Consideraciones finales:** Parece que es necesario que los médicos sean conscientes en los conceptos y las necesidades de salud de ellas y bien calificadas con la finalidad de proporcionarles apoyo para la mejora de la atención.

PALABRAS CLAVE: menopausia; enfermería; atención primaria a la salud; comportamiento social; salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

No processo de envelhecimento da mulher, o climatério, que ocorre geralmente entre os 48 e 65 anos de idade, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento⁽¹⁾. Entretanto, o sistema de saúde não conta com profissionais qualificados para atender esse público e, ainda, não existe uma sistematização ou orientação para operacionalização de fato das políticas públicas. Assim, propõem-se novas estratégias de enfrentamento, permitindo que o idoso possa envelhecer de forma saudável e com participação ativa na sociedade⁽²⁾.

Neste contexto, ressalta-se a importância de as mulheres terem acesso à informação científica em saúde para que possam compreender, as mudanças nesse período, e continuarem se preparando para o envelhecimento ativo⁽³⁾.

Tem-se constatado, entretanto, que o preconceito social e o desconhecimento pela mulher sobre as mudanças ocorridas nessa fase se constituem em barreiras para a realização de atividades, afetando os cuidados com a saúde e prejudicando a qualidade de vida, mesmo que muitas mulheres apresentem habilidades de adaptação, descobrindo novas atividades e papéis sociais⁽⁴⁾.

As narrativas de mulheres climatéricas de um estudo que analisou a menopausa e influência do modelo-científico vigente, evidenciou-se que a menopausa a partir de um padrão masculino de normalidade, representa o corpo feminino como doente e inferior⁽⁵⁾.

Um estudo identificou grande impacto das mudanças no período do climatério na qualidade de vida das mulheres. Os sintomas são influenciados por fatores modificáveis, provando que o controle dos sintomas por mudanças de hábitos é necessário para manter o bem estar e qualidade de vida⁽⁶⁾.

Diante das inquietações sobre os aspectos que podem comprometer a forma como as mulheres vivenciam o período do climatério, surgem algumas questões ao se considerar que, no ciclo da vida, a mulher tem introjetado papéis socialmente esperados que nem sempre condiz com suas necessidades e expectativas. Questiona-se, portanto, quais as representações sociais das mulheres no período do climatério.

As representações sociais, são categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam, justificam ou questionam a realidade, sendo manifestadas pelo sujeito social por meio de uma comunicação quer seja verbal ou não verbal e pela interação desses indivíduos com o ambiente de seu convívio. Nesse tipo de método, as estruturas e comportamentos sociais podem ser revelados por meio de palavras, sentimentos e condutas expressadas pelo indivíduo⁽⁷⁾.

Assim sendo, buscou-se compreender a vivência das mulheres no climatério atendidas na rede de atenção básica à saúde na perspectiva das representações sociais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi realizado em rede básica de atenção à saúde de um município com 216.745 habitantes localizado na região Centro Oeste Paulista segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (5)(8). As unidades foram selecionadas considerando-se o atendimento de mulheres com faixa etária dos 45 a 60 anos de idade nos meses pregressos ao estudo.

Participaram da pesquisa mulheres climatéricas, na faixa etária de 45 a 60 anos, que concordaram em participar da pesquisa e que tinham condições psicognitivas para fornecer as informações de forma independente. Uma amostra não probabilística foi constituída por 33 mulheres climatéricas. O convite para participar das entrevistas foi realizado no momento em que compareciam à unidade para atendimento no período de janeiro a março de 2015, após a aprovação do parecer do comitê de ética em pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e a seguinte questão norteadora: Fale sobre como é viver a fase do climatério.

Ao término das entrevistas, estas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião⁽⁹⁾.

Falar de sujeito, no campo das representações sociais, é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, a abertura para o mundo e os outros⁽¹⁰⁾.

A análise da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) aborda quatro figuras metodológicas: ancoragem, ideias centrais, expressão chave e o discurso do sujeito coletivo, utilizadas para organizar e tabular os depoimentos, condição indispensável para análise e intervenção de qualidade⁽¹¹⁾.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou manifestação discursiva de textos e documentos escritos, criada para fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo. Os passos metodológicos desta técnica, seguidos desde a obtenção das entrevistas, até a síntese dos discursos incluíram: leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta;

análise de todas as expressões chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chaves que nomearam os referidos discursos do sujeito coletivo ⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e da obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde do Ministério da Saúde, sob o parecer: 1.031.180.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 33 participantes tinham de 45 a 60 anos, com a média de idade variando em 53,5 anos. Houve predomínio de escolaridade superior completo, cor autorreferida branca, religião católica e eram profissionais economicamente ativas. A maioria das mulheres com filhos vivia com o companheiro e era casada. Com relação ao uso de medicamento regular, ambos os grupos o utilizavam.

As representações sociais apreendidas nas falas das mulheres climatéricas, a partir do tema *Vivência do climatério*, desvelaram-se nas ideias centrais: 1-Vivência natural do climatério naturalmente, 2-Sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério 3-Buscando alternativas para o enfrentamento do climatério, conforme descrita na Figura 1, com os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo das participantes:

Figura 1- Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília, SP. 2017.

	TEMA- Vivência do climatério
Ideias Centrais	DSC
1-Vivência natural do climatério	DSC I [...] perda da fertilidade. É só um ciclo normal da vida da mulher. Não sei se estou entrando ou se encaro como uma fase normal que todas temos que passar e procurar passar bem. Nunca me preocupei com isso, está dando para levar bem e com saúde. Não percebi muita diferença e tenho aceitado esse momento. Continuou tudo igual, trabalho na minha casa, ajudo a cuidar dos netos e estou sempre correndo. Meu humor não mudou, nada de palpitação, nenhum problema com relação às ondas de calor que muitas mulheres reclamam[...].

2-Sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério e do envelhecimento	DSC II [...] ficar se abanando, o calor incomoda e alguém fala “Nossa! Como você está vermelha”. Ambientes insuportáveis. Precisava de ar, de algo para abanar. Irritada, não sei se é ansiedade, depressão, os sentimentos são diferentes. Emotiva, dou valor ao convívio em família. Chateada, pelo que apareceu na bexiga, não posso espirrar, tossir. Com relação ao parceiro, ocorreu perda da libido. O físico muda, canso com facilidade e flacidez generalizada. Não gosto de ficar velha, quando chega o climatério, olho no espelho e não sou a mesma, quero ter saúde. Não acho que tenha que lutar contra o envelhecimento. O climatério é a sinalização para mudar. Minha rede social e familiar está bastante precária, sem mãe e nem pai. Quando arrumei um companheiro há um ano e meio, foi complicado, meus filhos numa ciúmeira, foi muito difícil. Sinto a Síndrome do Ninho Vazio [...].
3-Buscando alternativas para o enfrentamento do climatério	DSC III Amadurecendo, desapegando, crescimento espiritual, aprender a mexer com interior e buscar nas pessoas o que é bom. Não procurei médico para reposição hormonal, é uma faca de dois gumes, tenho medo e engorda, se não fizer reposição, envelhece rápido. Pelo câncer de mama, não posso fazer reposição hormonal. Tenho cinquenta e oito anos, não sinto nada, sou ativa, tenho disciplina, reservo tempo para saúde, precisamos ficar alerta. Com 50 anos, estamos jovens, temos muito que produzir. Vou me informar, ter atividades, outros interesses, voltei a estudar. Têm médicos, internet, me cuido, tomando soja, vida saudável, não fumo, faço exercício. Em relação à saúde sou acompanhada, só não gostaria que demorasse muito.

Na primeira ideia central apreendida, vivência natural do climatério naturalmente, as mulheres reconhecem que esse momento de vida foi vivenciado de forma tranquila e saudável, sem que fossem percebidas diferenças ou modificações fisiológicas e mudanças no estilo de vida, o que contribuiu para boa aceitação desse período. Elas afirmam que continuaram ativas e úteis, uma vez que ainda ajudam a cuidar dos netos, realizam afazeres domésticos, e mantêm-se bem-humoradas.

Compreender a vivência das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde permitiu-nos adentrar nas representações de necessidades específicas, nem sempre reconhecidas pelos profissionais de saúde, familiares e pela própria mulher.

Partindo da primeira ideia central, vivência natural do climatério e considerando que é a fase que a mulher adentra ao início do envelhecimento, assim como verificado na presente investigação, estudo sobre o significado do climatério para a mulher rural octogenária mostrou que elas estão mais ativas qualitativa e quantitativamente, o que se reflete na boa qualidade de vida⁽¹²⁾.

Um estudo com o objetivo de estudar as representações sociais das práticas de rejuvenescimento para homens e mulheres adultos, indicou que as mulheres pensam no rejuvenescimento enquanto práticas invasivas e minimamente invasivas, e os homens o associam as atividades físicas e leituras. Atividades físicas e exercícios mentais, são vistos como retardadores do envelhecimento para todos os participantes⁽¹³⁾.

Um estudo buscando compreender a percepção da mulher na vivência do climatério, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde. Os dados foram organizados em três categorias temáticas: conceitos das mulheres sobre o climatério e sintomas mais prevalentes; impacto do climatério na saúde da mulher e procura ao serviço de saúde nesse período. As alterações mais

relatadas foram: ondas de calor, dores de cabeça, insônia, enjoo e fadiga. As mulheres não conheciam o significado da palavra climatério e menopausa. Percebeu-se que boa parte delas não procurou assistência profissional. Notou-se a necessidade de implantação e implementação nas UBS de estratégias específicas para as mulheres no período do climatério ⁽¹⁴⁾.

Na segunda ideia central apreendida, sentindo incômodo, as mulheres relatam a ocorrência dos sinais e sintomas do climatério e a aproximação do envelhecimento. Manifestam o incômodo provocado pela incontinência urinária ao tossir ou espirrar, a perda da libido, as ondas de calor, o rubor e a sensação de falta de ar, sendo muitas vezes motivo de “chacota” entre os mais jovens. Para elas, os sentimentos foram diferentes, ficaram mais emotivas e valorizaram intensamente o convívio familiar. Reconhecem a ocorrência, por vezes, da irritabilidade, ansiedade ou depressão.

No presente estudo considerando a segunda ideia central, sentindo incômodo pelos sinais e sintomas do climatério e do envelhecimento, as participantes queixam-se de alguns sintomas como ondas de calor, mudanças de humor, irritabilidade falta de libido, problemas de incontinência urinária, um outro estudo exploratório de abordagem qualitativa, onde foi pesquisado sobre a menopausa, sinais, sintomas e seus aspectos psicológicos. Verificou-se que as principais alterações no período da menopausa foram depressão, fogachos, dores musculares, diminuição da libido e mudanças físicas, sendo a depressão e as mudanças físicas os fatores que mais influenciaram no convívio social. Conclui-se que a menopausa é um evento biologicamente natural que, por falta de informação, passou a ser um evento crítico, abalando a estrutura física, emocional e social ⁽¹⁵⁾.

Referem que o climatério é sinalização para mudança de algumas coisas na vida. Não desejam entrar em inatividade, mas consideram que seja um sinal para mudarem suas atividades, com ênfase nas condições de saúde e bem-estar.

Um outro estudo qualitativo, buscando apreender as representações sociais por enfermeiras da estratégia saúde da família acerca da assistência à mulher climatérica, evidenciou que o modelo biomédico, em sua perspectiva fragmentada e reducionista, reforça este período como detonador do envelhecimento, aumentando o sofrimento da mulher, que, nesta fase, deve ser melhor atendida pelo profissional ⁽¹⁶⁾.

Outro estudo afirma que a influência do climatério para o envelhecimento feminino perpassa as transformações físicas e emocionais, gerando baixa autoestima, fato causado pelas mudanças corporais, diminuição da atividade sexual, medo da velhice e da proximidade da morte. Algumas mulheres consideram que a convivência social e a participação de grupos são referências para minimizar as influências no climatério ⁽¹⁷⁾.

Um estudo com o objetivo de analisar a contribuição do cuidado de enfermagem à autonomia da mulher que vivencia o climatério, no contexto da atenção primária da saúde. Identificaram-se as categorias: cuidado à mulher no contexto das políticas públicas e programas de saúde no Brasil;

atenção primária à saúde como porta de entrada para o cuidar/ cuidado da enfermagem à mulher no climatério e perspectiva da atenção primária em saúde e o cuidado à mulher: a questão paradigmática. Concluiu-se a necessidade de urgência na reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva do autocuidado, para que as mulheres criem mecanismos de autonomia, a partir de estratégias desmedicalizadoras ⁽¹⁸⁾.

Outro estudo ainda revelou que a família possui influência na forma como a mulher vivencia o climatério. O estudo propôs que os profissionais de saúde lancem propostas para envolver os homens e amenizar os conflitos conjugais, incluindo nas políticas públicas ações que fortaleçam o vínculo e a afetividade da família ⁽¹⁹⁾.

Considerando o papel social que as mulheres exercem no contexto familiar e trabalho, um estudo que identificou as dificuldades nas relações familiares e no âmbito do trabalho decorrentes dos sintomas do climatério, bem como as ações para seu enfrentamento. Concluiu-se que as vivências relacionadas ao climatério foram heterogêneas. Houve grande diversidade na forma como as participantes definiram menopausa e apenas 33,3% haviam sido preparadas para vivenciá-las, a maioria por médicos. Os sintomas ocorreram aos 46,5 anos e verbalizaram: ondas de calor, ganho de peso, irritabilidade e dor durante a relação sexual. E também referenciaram: a redução da atividade sexual decorrente da queda da libido, a falta de paciência para lidar com os filhos, a menor motivação para o trabalho e a redução da autoestima. Para o enfrentamento das transformações ocorridas foram adotadas dietas alimentares, prática de exercícios físicos ou mudanças em alguns valores e atitudes ⁽²⁰⁾.

Na terceira ideia central apreendida, buscando alternativas para o enfrentamento do climatério, as mulheres verbalizam que este período foi pouquíssimo valorizado pelas pessoas, inclusive pelos profissionais da saúde.

Percebem que os jovens as discriminam, chamando-as de “velhas” e muitas sentem vergonha de dizer que estão nesta fase. Necessitam ter atividades, descobrir outros interesses, observando que há mulheres que se queixam dos sintomas de forma acentuada e, por um outro lado, outras não apresentam nenhuma alteração, afirmando que o climatério não é “bicho de sete cabeças” e nem por isso vão se acabar e envelhecer.

No presente estudo, observa-se que, a partir das percepções das mulheres nessa fase de vida, elas necessitam de mudanças de atividade, pensar na saúde e estilo de vida saudável ou atividades que lhes deem prazer. Num estudo cujo objetivo foi verificar a correlação entre os sintomas da menopausa e a qualidade de vida no desempenho físico das mulheres de meia-idade, foram encontradas correlações significativas entre as variáveis: 73,6% das participantes relataram que não estavam fisicamente ativas de forma regular, o que pode ter contribuído para a presença de sintomas mais intensos, menor qualidade de vida e pior desempenho físico ⁽²¹⁾.

Com relação ao parceiro, sentem a diminuição da libido, chegando algumas a um desinteresse total, admitindo que antes tinham mais disposição e energia.

As mulheres admitem que o físico muda, que se cansam com facilidade se ficarem sem uma noite de sono. Sentem flacidez generalizada, de mamas, abdome, braços, coxas e com relação à parte sexual, dizem que “a coitada da vagina já não é mais a mesma”, relacionando isso à atrofia.

Algumas mulheres referem que “não gostam de envelhecer”, percebem que não são as mesmas, não querem enfrentar problemas de saúde. Outras consideram que não devem ficar lutando contra o envelhecimento, e, sim, vivê-lo com naturalidade.

Na terceira ideia central apreendida, buscando alternativas para o enfrentamento do climatério, as participantes percebem-se amadurecidas, desapegam-se de coisas que as atrapalham e ficam mais ativas em busca de bem-estar neste período.

As participantes sentem o amadurecendo, tentam se desapegar de coisas supérfluas para viverem melhor, com crescimento espiritual, fazem leituras, aprendem a olhar para o seu interior e aceitam-se do jeito que são, buscando nas pessoas próximas, o que é bom para si mesmas. Dizem também que não consideram o climatério um “tabu”. Ao contrário, é uma realidade sobre a qual precisam se informar, ir em busca dos conhecimentos com profissionais de saúde. Na percepção das mulheres, precisam reservar um tempo para cuidarem da saúde, pois se acomodam, acabando por não realizar atividade física de forma regular.

Um estudo objetivou caracterizar o perfil dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF); investigar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e mensurar a frequência das ações de assistência à saúde da mulher na ESF. Observou-se que no período de pré e pós natal são desenvolvidas ações com maior frequência, contrapondo-se ao climatério em que 40% das entrevistadas referiram realizar pouca atividade ou nenhuma, nesta época da vida. As ações mais realizadas foram atividades educativas em todas as faixas etárias e atividades voltadas ao período gravídico puerperal e menor no climatério⁽²²⁾.

Compreendendo que algumas mulheres climatéricas buscam alternativas para ficarem bem nesta fase de vida, um estudo com o objetivo de descrever as representações sociais de atividade física de mulheres de 40 a 60 anos de uma academia de ginástica feminina, afim de discutir a entrada e permanência destas mulheres no espaço em questão, observou-se um paradoxo entre a divulgação da necessidade da atividade física e o elevado número de pessoas que não conseguem permanecer nestes espaços de práticas. De outra forma a sensibilização de profissionais da saúde quanto às diferentes necessidades e subjetividades, a fim pensar em estratégias eficazes de inserção e permanência da população à prática regular de atividade física⁽²³⁾.

Um estudo que buscou caracterizar a imagem corporal, humor e qualidade de vida, mulheres pós-menopáusicas que buscam atendimento de fisioterapia dermatofuncional, dermatologia e medicina estética. Verificou-se que a maioria das participantes estava insatisfeita com sua imagem corporal, tinha alto nível de satisfação com sua qualidade de vida e não apresentava sintomas de depressão⁽²⁴⁾.

No presente estudo, as participantes referem que não procuram o médico para fazer a reposição hormonal, pois acham que é “uma faca de dois gumes”, por terem dúvidas a respeito do uso e acham que se utilizarem ganharão peso e se não utilizarem vão envelhecer rapidamente. Um estudo feito pela *Society Menopause International* (MTH), traz recomendações para terapia hormonal no período pós menopausa e estratégias de prevenção à saúde da mulher de meia idade. Mulheres saudáveis com menos de 60 anos não devem estar preocupadas com o perfil de segurança da MHT, em que há indicações para seu uso. Novos dados mostram que, para a maioria, existe um benefício potencial de uso de hormônios, dado para uma indicação clara, havendo poucos riscos enquanto iniciada e usada em poucos anos da menopausa⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais apreendidas são de que a vivência do climatério das mulheres atendidas na rede de atenção à saúde do referido município do estado de São Paulo foi percebida como natural, apesar dos desconfortos, de modificações nas relações familiares, associando o climatério ao envelhecimento e buscando alternativas para seu enfrentamento.

Enfim, propomos que essas mulheres possam reconhecer a fase pela qual estão passando com conhecimento um pouco mais abrangente, podendo fazer escolhas conscientes de alternativas para aumentar sua qualidade de vida. É fundamental que sejam acompanhadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, porque o climatério, pelas alterações fisiológicas sistêmicas, demanda um acompanhamento integral e especializado.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. Rev Kairós. 2013;16(3):161–78.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552>
3. Souza NLSA, Araújo CLO. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. Rev Kairós. 2015;18(2):149–65.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26430>
4. Cardoso MR, Camargo MJG. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. Cad Ter Ocup da UFSCar. 2015;23(3):553-69.
<https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0574>
5. Feltrin RB, Velho L. Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um

hospital escola brasileiro. Sex Salud Soc (Rio J). 2016(22):148-74. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.07.a>

6. Assunção DFS, Pires DHK, Barreto EL, Gonçalves FA, Dias RS. Qualidade de vida de mulheres climatéricas. Rev Soc Bras Clin Med. 2017;15(2):80-3.

http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875548/152_80-83.pdf

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@: Marília (SP). 2018 [cited 2018 Jan 18]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia>

9. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2009.

10. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. Soc Estado. 2009;24(3):679–712. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>

11. Lefrève F, Lefrève AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro; 2012.

12. Lanferdini IIZ, Portella MR. Significado do climatério para a mulher octogenária rural. Estud Interdiscip Envelhec. 2014;19(1):173–88.

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20406/31008>

13. Berri B, Castro A, Camargo BV. Representações sociais relacionadas às práticas de rejuvenescimento. Psicol Pesqui. 2016;10(2):21-30. <https://doi.org/10.24879/201600100020056>

14. Souza SS, Santos RL, Santos ADF, Barbosa MO, Lemos ICS, Machado MFAS. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. Reprod Clim. 2017;32(2):85–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2017.01.001>

15. Ferreira ICC, Silva SS, Almeida RS. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. Ens Ciênc. 2015;19(2):60–4.

<http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2015v19n2p%25p>

16. Silva SB, Nery IS, Carvalho AMC. Representações sociais elaboradas por enfermeiras acerca da assistência à mulher climatérica na atenção primária. Rev RENE. 2016;17(3):363–71.

<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v17i3.3469>

17. Silva GF, Moura MAV, Almeida MVS, Sá SPC, Queiroz ABA. Climacteric influences for aging in the perception of elderly women: subsidies for nursing. Rev Eletrônica Enferm. 2015;17:1–8.

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29072>

18. Oliveira ZM, Vargens OMC, Santos RS. Cuidado de enfermagem no climatério: perspectiva desmedicalizadora na atenção primária à saúde. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(supl. 2):1032-43.

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2-2017>

19. Santos JS, Fialho AVM, Rodrigues DP. Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. Rev Eletrônica Enferm. 2013;15(1):215–22. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16501>

20. Lomônaco C, Tomaz RAF, Ramos MT. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. Reprod Clim. 2015;30(2):58-66.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.08.001>

21. Silva RT, Camara SM, Moreira MA, Nascimento RA, Vieira MC, Morais MS, et al. Correlation of menopausal symptoms and quality of life with physical performance in middle-aged women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(6):266–72. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584238>

22. Fernandes LTB, Abreu SS, Romão TA, Araújo EMNF, Costa MBS. Atuação do Enfermeiro no gerenciamento do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher. Rev Bras Ciênc Saúde. 2016;20(3):219-26. <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22794>

23. Neiva G, Maroun K, Mourão LN. Inserção e permanência em programas de atividades físicas entre mulheres frequentadoras de academias femininas. Salusvita. 2015;34(3):401-15.

https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n3_2015_art_02.pdf

24. Skopinski F, Resende TLR, Schneider H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(1):95-105. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14006>

25. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ, Davis SR, Gompel AA,

Henderson VW, Langer R, Lobo RA, Plu-Bureau G, Sturdee DW; International Menopause Society. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2013;16(3):316-37.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2013.795683>

5.3.2 Artigo - Ter ou não ter tido filhos: representações sociais das mulheres climatéricas (Será encaminhado para a Revista Enfermagem UERJ- Uerg Nursing Journal)

Ter ou não ter tido filhos: representações sociais das mulheres climatéricas

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto³, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira¹, Maria José Sanches Marin¹, Silmara Meneguini¹, Carla Regiani Conde¹, Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátalo²

Objetivo: compreender a significação de ter tido filhos ou não na perspectiva das mulheres climatéricas à luz das representações sociais. **Métodos:** pesquisa qualitativa, utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** a significação de ter ou não ter tido filhos, na representação das mulheres climatéricas, revelam que as que têm filhos experienciam o papel de mãe e avó. Aquelas que não tiveram filhos, mas tendo optado pela não maternidade, sofrem arrependimento pela escolha de não serem mães. **Conclusão:** as representações sociais revelaram que as mulheres com filhos compreendem o papel materno; por outro lado, as mulheres que não são mães, exercem a maternagem e se arrependem pela não maternidade. É necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam conscientes das concepções dessas mulheres de meia idade e possam guiá-las em caminhos que as levem a empoderar-se da ressignificação do ser mulher climatérica no seu contexto de vida.

Descritores: Climatério; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde da Mulher; Infertilidade.

Descriptors: Climacteric; Primary Health Care; Integrality in Health; Women's Health; Infertility.

¹Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista. Marília, SP, Brasil.

Introdução

O climatério, que ocorre geralmente entre os 48 e 65 anos de idade, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento⁽¹⁾. Estudo qualitativo, com o objetivo de conhecer a percepção dos adultos de meia-idade sobre o processo de envelhecimento e a saúde. Relataram que o maior desejo era chegar à velhice com saúde, independência e boas condições de vida⁽²⁾.

Durante o período de climatério, a mulher vivencia mudanças fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas, que podem influenciar negativamente as atividades exercidas em seu cotidiano. Um estudo, objetivou analisar as percepções e os significados atribuídos pelas mulheres atendidas em um Ambulatório de Climatério sobre o impacto nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais. Observou-se que o preconceito social e o desconhecimento pela mulher sobre as mudanças ocorridas nessa fase se constituem em barreiras para realização de diversas atividades, afetando os cuidados necessários com a saúde e prejudicando sua qualidade de vida. Por outro lado, mulheres apresentam maior habilidade de adaptação. Evidenciou-se a importância da compreensão sobre as mudanças, as percepções e os significados do climatério pela própria mulher e pelos profissionais, para uma assistência integral e a valorização de sua individualidade⁽³⁾.

O climatério, está associada a pelo menos três tipos de crise: biológica, psicológica e social, um estudo, cujo objetivo foi investigar problemas psiquiátricos relacionados ao estresse da menopausa e experiências sobre condições psicológicas relacionadas a esse momento, como uma crise de desenvolvimento. Evidenciou-se os distúrbios causados pela síndrome psicossomática apresentada por mulheres concluíam: problemas sexuais 101 (33,7%), hipertensão 39 (13,0%) e constipação 30 (10,0%); 2,90% apresentaram transtorno de hipocondria. Cinco temas emergiram, descrevendo as estruturas das experiências psicológicas dessa fase, como mudança de emoção e humor, mudança de atitude, mudança de autoconceito e mudança nas relações interpessoais. Devido aos sintomas e complicações desse período, é uma etapa que requer educação adequada para lidar com problemas de saúde mentais, visando a promoção da saúde nesse momento considerado de crise para as mulheres⁽⁴⁾.

Diante das transformações advindas do envelhecimento que se associa ao período de climatério, as mulheres com e sem filhos, passam por modificações psicofísicas e continuam exercendo diferentes papéis na sociedade.

Entender esse momento de vida e refletir sobre a compreensão do que significou ser mãe e não ser mãe nesta fase de vida na percepção dessas mulheres foi o norte deste estudo,

partindo do seguinte questionamento: Como é vivenciar o período climatérico pelas mulheres que têm filhos e aquelas que não são mães?

Portanto, o estudo objetivou compreender a significação de ter tido filhos ou não na perspectiva das mulheres climatéricas à luz das representações sociais.

Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativo que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi realizado em 13 Unidades de Saúde sendo que quatro Unidades Básicas de Saúde e nove Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município com 216.745 habitantes localizado na região Centro Oeste Paulista⁽⁵⁾.

As unidades foram selecionadas considerando-se o número de atendimento de mulheres com faixa etária dos 45 a 60 anos de idade nos meses pregressos ao estudo.

Participaram da pesquisa mulheres climatéricas com e sem filhos, na faixa etária de 45 a 60 anos, que concordaram em participar da pesquisa e que tinham condições psicognitivas para fornecer as informações de forma independente. Uma amostra não probabilística foi constituída por 33 mulheres climatéricas, sendo que 23 mulheres com filhos e 10 mulheres sem filhos. O convite para participar das entrevistas foi realizado no momento em que compareciam à unidade para atendimento no período de janeiro a março de 2015, após a aprovação do parecer do comitê de ética em pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e a seguinte questão norteadora: Fale sobre como está sua vida na fase do climatério, considerando o fato de ter ou não ter tido filhos.

Ao término das entrevistas, estas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como forma de garantir o anonimato das participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra “C”, seguidas de numeração e para identificar mulheres com filhos (C\F) e as sem filhos (S\F), como, por exemplo, C₁(C/F), C₂(S/F) sucessivamente.

Na perspectiva das representações sociais, falar de sujeito é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, a abertura para o mundo e os outros⁽⁶⁾. As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião⁽⁷⁾.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou manifestação discursiva de textos, criado para fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo. Os passos metodológicos desta técnica, seguidos desde a obtenção das entrevistas, até a síntese dos discursos incluíram: leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta; análise de todas as expressões chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chaves que nomearam os referidos discursos do sujeito coletivo⁽⁸⁾.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

As 33 participantes apresentaram-se com 45 a 60 anos. Houve predomínio de escolaridade superior completo, a cor branca, religião católica e trabalho remunerado. A maioria das mulheres com filhos vivem com o companheiro são casadas. A maioria das mulheres sem filhos são solteiras e vivem só.

Entre as representações sociais das mulheres climatéricas emergiu o tema: *Significação de ter ou não ter tido filhos*. Apresentaram-se como ideias centrais: Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo as dificuldades de ser mãe; Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimentos, conforme se demonstra na Figura 1.

Tema - Significação de ter ou não ter tido filhos	
Ideias Centrais	Discurso do Sujeito coletivo
Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo as dificuldades de ser mãe	DSC1-Ter filha me fez ficar mais pé no chão, me deu netos, ajudou viver, me virar, trabalhar. Só me acrescentou, trouxe vida para a minha vida, é uma alegria, ilumina a alma, enche o coração, é tudo na vida. Sempre quis ter filho, desde os quinze anos, já tinha escolhido o nome, nunca fui doida para casar. O significado da maternidade é difícil descrever, porque gosto de tudo o que sou na vida, mas o que mais gosto de ser é de ser mãe. Minhas filhas são complementação, a minha mais nova está indo embora, parece que falta um pedaço da gente, é uma dor muito forte, mas a gente se adapta, não conseguiria viver sem minhas filhas, são tudo para mim e para o meu marido. Como está amadurecendo e pensando na possibilidade de ter filhos, me percebe envelhecendo, consegue compreender mais do que outras pessoas a situação que estou vivenciando, está com 30 anos, muito do que vivo se coloca no meu lugar. Ela é uma pessoa excelente, quando era criança,

	<i>abraçava, beijava, mas tenho esse distanciamento hoje em dia, não sou de ficar abraçando minha filha, apesar dela ser boa, a gente conversa, mas tem preocupação comigo. E agora são os pequenos, faço tudo, meu marido fica bravo comigo, faço com o maior gosto é a minha felicidade, ajudo a criar esses netos e passam o dia em casa. Mulheres mais jovens que se tornam mães estão em um momento de vida de fazer muita coisa, vejo o quanto é difícil para conciliarem maternidade e vida profissional. Tenho quase quarenta e sete, tenho vontade de ter uma família, um companheiro, não tive filho. Nessa fase da vida significa muito ter construído família, ter tido marido, filhos porque os pais foram embora. C1(C/F), C2(C/F), C3(C/F), C4(C/F), (C5(S/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C11(S/F), C13(C/F), C14(C/F), C15(C/F), C16(C/F), C17(C/F), C18(C/F), C19(C/F), C20(S/F) C21(C/F), C22(C/F), C23(C/F), C25(C/F), C26(C/F), C28(C/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F).</i>
Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimento	<i>DSC2-Eu quis muito, mas já que não foi, criamos cachorros, não sei se substitui, mas acalma e não deixa um vazio, não penso que, Ah! Se tivesse tido filho seria uma pessoa, uma mulher melhor, não tive arrependimento, foi decisão minha, quando casei falei para ele, se está pensando que vou encher a casa de pimpolho, está muito enganado, nunca tive vontade. Quem não tem filhos, tem menos ansiedade, menos depressão porque a pessoa que tem filhos chega nessa fase, os filhos já estão grandes, quase preparados para bater asas e voar, cada um vai cuidar da sua vida. Nunca tive ninguém para cuidar, para mim é normal. Sempre morei com os meus pais, sempre precisaram de ajuda, cuidando, dando atenção, vivo para cuidar deles. Logo que decidi casar, era aquela cobrança e o neném, não quero, ninguém entende, se ela não quer é porque não pode, se não pudesse e quisesse podia adotar. Nossa! Mas você não tem? Existe um espanto, uma incredulidade, eles achavam que ia ter um monte de filho uns cinco ou seis filhos. São restritas as relações sociais, as pessoas casadas e com filhos normalmente se relacionam com pessoas casadas e com filhos, observo isso, tenho dificuldades, não tenho muitas pessoas ao meu redor que são casadas e que tem filhos, não tenho amizade com essas pessoas de sair com elas e as crianças, nem na minha família. Mulheres com filhos, eles dão tanto trabalho, que não é garantia de uma companhia para o futuro, não tive e não me arrependo. Me incomoda, mas não me faz sofrer, é desconfortável falar “Olha cadê criança, o grandão, o adolescente que dá problema. Não sofro, mas me arrependo. Quando tinha uns vinte e cinco, trinta anos poderia ter tido um filho, hoje ele poderia ser meu. Acho que queria ter, sinto frustração. C7(S/F), C8(S/F), C9(S/F), C11(S/F), C12(S/F), C20(S/F), C24(S/F), C29(S/F), C30(C/F), C33(S/F).</i>

Figura 1- Apresentação do tema, ideias centrais e os discursos do sujeito coletivo.

Vivenciando o papel de mãe e avó e compreendendo a dificuldade em ser mãe, as participantes verbalizaram que ter filhos foi a melhor coisa da vida e que esses as fazem ficar com os “pés no chão”, que ter filhos só vem acrescentar vida para a vida delas e significa “tudo”. Verbalizam que ser mãe é uma condição indescritível. As participantes referiram que as filhas são complementação, porém, quando essas saem de casa naquele momento a dor é muito forte, mas que vão se adaptar a esse vazio.

As participantes referem que o momento é dos netos e fazem tudo por eles, porém, admitem que tiveram dificuldades em conciliar maternidade e vida profissional. Algumas mulheres sem filhos almejam uma família, um companheiro. Referem que, nessa fase de vida, significa muito ter construído família porque os pais já se foram. Para essas mulheres, filhos dão muito trabalho e não são garantia de uma companhia para o futuro, assim, dizem que não tiveram filhos e não se arrependem.

Na segunda ideia central, Optando pela não maternidade e sofrendo arrependimento. Algumas mulheres que apesar de os desejarem, isso não foi possível e que atualmente

substituem o afeto que teriam com os filhos por outras coisas, uma vez que isso as acalma e não as deixa com sentimento de vazio. Algumas mulheres sem filhos referem, que nunca tiveram vontade de ter filhos, que não se arrependem e que foi uma decisão sem volta.

Algumas mulheres referem que pelo fato de não terem filhos não acarreta ansiedade e muito menos depressão, justificando que os filhos, nessa época, eles estão para sair de casa e conquistarem sua independência. Dessa forma, as mulheres com a saída dos filhos têm maior possibilidade de apresentar depressão. Já as mulheres que não têm filhos, não se preocupam em cuidar de ninguém, o que é normal para elas. Outras dizem que sempre moraram com os pais, que sempre necessitavam de sua ajuda e mesmo que tivessem família iriam cuidar de seus pais.

As mulheres sem filhos antigamente sofriam cobrança da sociedade pelo fato. Hoje referem que as coisas estão diferentes, com menos cobranças. Quando se casavam, as pessoas já perguntavam “E o bebê? Percebem que quando referiam para as pessoas que não queriam, elas já se posicionavam criticamente, estigmatizando-as. Reconhecem que são restritas suas relações sociais. As pessoas casadas e com filhos normalmente se relacionam com outras casadas e com filhos. Elas apresentam dificuldades, de relacionamento, fazer amizade com essas pessoas, sair com elas e as crianças, nem dentro da própria família. Relatam que isso as incomoda, mas não significa sofrimento. Poucas mulheres sem filhos verbalizam que não sofrem, mas se arrependem, pois, quando tinham uns vinte e cinco, trinta anos, poderiam ter tido um filho, e sentem-se frustradas.

Discussão

Considerando as mulheres do presente estudo, que estão no climatério e são atendidas na rede de atenção à saúde, constata-se que durante esse período elas passam por mudanças fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas, que podem impactar negativamente as atividades exercidas. Um estudo exploratório, com objetivo de analisar as percepções e os significados atribuídos pelas mulheres atendidas no ambulatório de climatério sobre o impacto nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais, observou que o preconceito social e o desconhecimento pela mulher sobre as mudanças ocorridas nessa fase constituem barreiras para realização de diversas atividades, afetando os cuidados necessários com a saúde e prejudicando sua qualidade de vida. Entretanto, as mulheres apresentam maior habilidade de adaptação, descobrindo novas atividades, realizando planos adiados e desempenhando novos papéis ocupacionais⁽³⁾.

Como em nosso estudo, mulheres climatéricas vivenciam o papel de mãe e avó e compreendem as dificuldades de ser mãe, num estudo de revisão sistemática com o objetivo de identificar as melhores evidências disponíveis relacionadas à forma como as mulheres experimentam a menopausa em todo o mundo. Os seis achados nele sintetizados são 1- a menopausa é um evento natural na vida de uma mulher, intimamente associado aos eventos psicossociais da meia-idade e ao processo de envelhecimento; 2- as mudanças físicas e emocionais da menopausa afetam fortemente as mulheres; 3- as mulheres percebem a menopausa como um tempo caracterizado por ganhos e perdas; 4- a resiliência é melhorada no momento da menopausa e as estratégias de enfrentamento são adotadas para melhorar o bem-estar físico e emocional; 5- as questões de saúde, as relações familiares e conjugais, os antecedentes socioculturais e o significado atribuído à vida sexual das mulheres determinam se as experiências sexuais durante a menopausa são agradáveis ou não; 6- e as mulheres devem estar preparadas e ter suas necessidades apoiadas de acordo com suas perspectivas. Os prestadores de cuidados de saúde prestam pouca atenção às percepções das mulheres em relação à menopausa⁽⁹⁾.

Em um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi compreender as influências das famílias no cuidado à mulher climatérica, realizado no ambulatório. Foram elaboradas as categorias: influências da família no cuidado à mulher climatérica, com aspectos positivos, vislumbrados na manifestação do carinho, do incentivo, da experiência e do afeto da família para alívio do estresse e promoção do cuidado; e influências negativas da família, com destaque à não cooperação nos afazeres domésticos e à incompreensão dos familiares das queixas relativas aos sintomas climatéricos⁽¹⁰⁾.

Um estudo analisou o perfil dos profissionais, conhecimento, dificuldades e atividades realizadas na atenção à mulher climatérica na Estratégia Saúde da Família, e evidenciou que os enfermeiros definem o climatério e menopausa corretamente, e entre outros profissionais, com menor taxa de acerto. Deficiências na qualificação profissional foram citadas em 43,9% dos participantes e a maioria 70,2% referiu realizar orientações em consultório e citaram ausência de atividades educativas multidisciplinares. Concluíram que é necessário investir em estratégias de educação permanente e intervenções voltadas à integralidade da assistência⁽¹¹⁾.

Algumas mulheres em nosso estudo, optaram pela não maternidade e sofrem arrependimentos. Estudos demonstram que a maternidade vem sendo questionada na atualidade, a partir do crescente posicionamento de mulheres que optam por não viver essa experiência e não cumprir, dessa forma, uma das normas sociais mais fortemente ligadas à constituição da identidade feminina. As mulheres voluntariamente sem filhos são

estigmatizadas, concluindo, que é um desafio às narrativas antinatalistas, sugerindo a possibilidade da mulher sem filhos, adquirir solidariedade moral e política, independentemente do seu status de maternidade⁽¹²⁾.

Em outro estudo, buscou-se problematizar sobre como mulheres não-mães reconstróem suas recordações a respeito da maternidade ao longo do século XX frente à suposta obrigação feminina em ser mãe. No imaginário coletivo, foi se consolidando a ideia de que filhos poderiam livrar mulheres da solidão. Porém, muitas mulheres já não associam filho com ausência de solidão. Algumas desejaram e desejam filhos, outras optaram por vidas sem filhos, outras ainda foram conduzidas para uma vida sem filhos por ausência de casamento ou de um par afetivo. Com isso, não se afirma que todas desejaram ser mães, mas o modelo de mãe onipresente cria padrões excludentes, tanto para as mães como para aquelas que não são mães. Todas elas escaparam de rígidos modelos e categorias previamente definidas. Escolher outras formas de afeto, de vida, de sonhos e ter de justificar a ausência de filhos pode ou não incomodar as mulheres que optaram ou não conseguiram ter filhos⁽¹³⁾.

Um artigo revisou sobre mulheres que voluntariamente não tiveram filhos. Na reflexão inicial, essas mulheres pertencem a um segmento da população que é encorajado a procriar, sendo que a falta de filhos no mundo em desenvolvimento e entre as mulheres com classe social baixa em países industrializados são encorajadas controlar a natalidade pelos programas de planejamento familiar, enquanto as mulheres de classe social alta são estimuladas a programas de reprodução. Quanto aos motivos da opção por não terem filhos, as entrevistadas apontam que a decisão pautou-se na preferência por manter a "liberdade", "autonomia" e "individualismo". E por fim, as investigações sobre a estigmatização daquelas que escolhem não ter filhos ilustram que a forma como a feminilidade é construída, ou seja, associada a imagem da maternidade, qualquer outra escolha não é levada em conta⁽¹⁴⁾.

Um outro estudo, objetivou compreender a influência da reprodução na construção da identidade de mulheres sem filhos, considerando o olhar sociopolítico da saúde sobre o corpo feminino. Concluíram que ocorreu uma mudança no papel feminino e no ideal de mulher-mãe. O corpo feminino assumi novas formas de subjetivação, dissociando reprodução de sexualidade, e a maternidade aparece como escolha⁽¹⁵⁾.

Conclusão

Compreender a significação de ter tido filhos ou não na perspectiva das mulheres climatéricas à luz das representações sociais, revelaram que as mulheres com filhos

compreendem o papel materno; por outro lado, as mulheres que não são mães, exercem a maternagem e se arrependem pela não maternidade. É necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam conscientes das concepções dessas mulheres de meia idade e possam guiá-las em caminhos que as levem a empoderar-se da ressignificação do ser mulher climatérica no seu contexto de vida.

Colaborações

Mazzetto FMC, Ferreira MLSM e Marin MJS contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados. Meneguim S e Conde CR contribuíram na redação do artigo e análise crítica relevante do conteúdo intelectual. Dátilo GMPA contribuiu na redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Mari FR, Alves GG, Aerts DRGC, Camara S. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(1):35-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
3. Cardoso MR, Camargo MJG. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2015; 23(3):553-69. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0574>
4. Parandavar N, Mosalanejad L, Ramezanli S, Ghavi F. Menopause and crisis? Fake or real: comprehensive search to the depth of crisis experienced: a mixed-method study. *Glob J Heal Sci*. 2014; 6(2):246-55. doi: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@: Marília (SP) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [citado 18 dez 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>
6. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc Estado*. 2009; 24(3):679-712. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>
7. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2009.
8. Lefrève F, Lefrève AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro; 2012.

9. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2015; 13(8):250-337. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948
10. Santos JS, Fialho AVM, Rodrigues DP. The influence of families on the care for climacteric women. *Rev Eletr Enf*. 2013; 15(1):215-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16501>
11. Pereira ABS, Martins CA, Pereira MS, Lima JR, Souza ACS, Ream PSF. Care by family health strategy personnel during the climacteric. *Rev Enf UERJ*. 2016; 24(1). doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.13122>
12. Gotlib A. "But you would be the best mother": unwomen, counterstories, and the motherhood mandate. *J Bioeth Inq*. 2016; 13(2):327-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-016-9699-z>
13. Vazquez GGH. Memórias de uma ausência: mulheres sem filhos e suas narrativas sobre maternidade no Paraná do século XX. *Rev Hist Reg*. 2016; 21(2):338-63. doi: <http://dx.doi.org/10.5212/Rev.Hist.Reg.v.21i2.0002>
14. Shapiro G. Voluntary childlessness: a critical review of the literature. *Stud Matern*. 2014; 6(1):1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.16995/sim.9>
15. Machado JSA, Penna CMM. Female reproduction and health under the looks of women without children. *Rev Min Enferm*. 2016; 20: 1-

5.3.3 Artigo - Reflexões afetivas: percepção de mulheres climatéricas
(Encaminhado para a Revista de Enfermagem REME)

Reflexões afetivas: percepção de mulheres climatéricas
Affective reflections: perception of climacteric women
Reflexiones afectivas: percepción de mujeres en menopausia

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto¹
Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira²
Maria José Sanches Marin³
Carla Regiani Conde³
Silmara Meneguín⁴
Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo⁵

¹Doutoranda. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu.
Departamento de Enfermagem. Botucatu, SP – Brasil.

²Professora Adjunta. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu.
Departamento de Enfermagem. Botucatu, SP – Brasil.

³Doutora. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento
de Enfermagem. Botucatu, SP – Brasil.

⁴Professora Assistente Doutora. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de
Botucatu. Departamento de Enfermagem. Botucatu, SP – Brasil.

⁵Doutora. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Filosofia e Ciências. Departamento
de Psicologia da Educação. Marília, SP – Brasil.

Autor correspondente: Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto; fmc Mazzetto@famema.br
Categoria do artigo: Pesquisa

Palavras-chave: Climatério; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Comportamento
Social; Saúde da Mulher.

Keywords: Climacteric; Nursing; Primary Health Care; Social Behavior; Women's Health.

Palabras Clave: Climaterio; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Conducta Social;
Salud de la Mujer.

RESUMO

O estudo teve como objetivo conhecer as reflexões afetivas das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde em suas perspectivas. Pesquisa qualitativa, realizada com 33 mulheres. A análise ocorreu por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. As mulheres climatéricas relacionam-se afetivamente, de forma a valorizar a família e o social. Em alguns momentos, sentem-se solitárias e desanimadas. Sentem-se frustradas, impacientes e apoiam-se nas relações com os filhos. As representações sociais revelam que as mulheres climatéricas se sentem ligadas a família, dão valor as relações sociais e empoderam-se nessas relações. Em alguns momentos, desejam ficar sozinhas pelo stress das demandas do trabalho e muitas vezes perdem o interesse pelo convívio social. Sentem-se frustradas por escolhas que não fizeram na vida, impacientes, mas apoiam-se nas relações familiares. É necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam cientes das concepções e das necessidades de saúde das mulheres climatéricas, com vistas a lhes darem apoio a melhoria do cuidado de forma individualizada.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the affective reflections of climacteric women assisted in the health care network, according to their perspectives. Qualitative research, carried out with 33 women. The analysis was made through the technique “discourse of the collective subject”. Climacteric women have affective relations valuing the family and social aspects. At times they feel lonely and discouraged. They feel frustrated, impatient, and rely on relationships with their children. Social representations reveal that climacteric women feel linked to the family, they value social relations and they feel empowered in these relationships. At times these women want to be alone due to the stress of the demands of work and they often lose interest in social life. They feel impatient and frustrated by choices they have not made in life but they rely on family relationships. It is necessary for health care providers to be skilled about the health conceptions and needs of climacteric women in order to support them in the improvement of care on an individual basis.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las reflexiones afectivas de mujeres en menopausia atendidas en la red de atención a la salud en sus perspectivas. Pesquisa cualitativa que ha sido realizada con 33 mujeres. El análisis ha ocurrido a través de la técnica de discurso del sujeto colectivo. Ellas se relacionan, afectivamente, de manera que valore la familia y el social. En ciertos momentos siéntense solas y desanimadas. Frustradas, impacientes y se apoyan en las relaciones con sus hijos. Las representaciones sociales revelan que esas mujeres siéntense unidas a la familia; valoran las relaciones sociales y el control en estas relaciones. En otros desean estar solas por el estrese de las demandas en el trabajo y muchas veces pierden el interés en la convivencia social. Se sienten frustradas por las opciones que han hecho en la vida, impacientes, pero se apoyan en las relaciones familiares. Se hace necesario que los médicos sean conscientes en los conceptos y necesidades en la salud de las mujeres en menopausia, con la finalidad de proporcionarles la mejora en la atención de manera individualizada.

INTRODUÇÃO

Em um país que já foi considerado de jovens, e hoje possui sua pirâmide etária com um grande aumento da população idosa e, neste há o predomínio de mulheres, faz-se necessário e urgente um estudo sobre as percepções afetivas das mulheres que agora adentram nesta nova fase de suas vidas, denominada climatério. No processo de envelhecimento da mulher, o climatério, que ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento.¹

O que é afetividade? Para Araújo² “é uma das dimensões constituintes do psiquismo humano”. Nossos pensamentos, emoções, sentimentos e ações, organizam-se pelo funcionamento dos fatores cognitivos, afetivos, biológicos e socioculturais, mediados pela consciência, inconsciente e mundo externo. Enfatizando que os elementos que interagimos

são de natureza física, sociocultural e interpessoal. Desta forma para o autor e neste trabalho, entendemos que as emoções e sentimentos, são constitutivos de “nossa dimensão afetiva”.

Por outro lado, tentando fazer uma analogia, entre afetividade e vínculo. Vínculo, tem sua origem no latim “*vinculum*”, significando uma união, com as características de ligadura duradouras. Vínculo também significa um estado mental que pode ser expresso por distintos modelos e abordagens. O primeiro vínculo, na existência do ser humano, consiste na inter-relação do recém-nascido com sua mãe. Além dos cuidados maternos que visam à satisfação das necessidades orgânicas vitais, a noção de vínculo também abrange a tarefa de promover a satisfação das necessidades afetivas da criança por parte da mãe, sobretudo no que tange ao calor humano, com autêntico e espontâneo amor, carinho, proteção, compreensão da linguagem corporal do bebê. A noção de vínculo mãe-bebê pressupõe que não é só o bebê quem depende da estrutura de maternagem da mãe, visto que a mãe também depende de ser reconhecida pelo bebê: que seja amada, que seu leite seja de boa qualidade, que exista um vínculo harmônico corporal e afetivo entre ambos.³

Dessa forma, tomando como premissa que a afetividade é um conjunto de emoções e sentimentos que podem favorecer o processo de envelhecimento saudável, um estudo transversal qualiquantitativo, teve o objetivo de identificar as dificuldades nas relações familiares e no âmbito do trabalho decorrentes dos sintomas do climatério, bem como as ações para seu enfrentamento. Houve diferença também na forma como as mulheres definiram a menopausa e 33,3% haviam sido preparadas para vivenciá-las, por orientação médica. Os primeiros sintomas ocorreram aos 46,5 anos ($\pm 5,3$ anos): ondas de calor, ganho de peso, irritabilidade e dor durante a relação sexual. Houve diferença entre as mulheres quanto ao número de sintomas percebidos. Foram relatadas mudanças comportamentais, como redução da atividade sexual decorrente da queda da libido, falta de paciência para lidar com os filhos, menor motivação para o trabalho e redução da autoestima. Realizou-se adoção de dietas alimentares, prática de exercícios físicos e alterações de alguns valores e atitudes. Concluiu-se que o despreparo pode gerar dificuldades no enfrentamento da síndrome climatérica e comprometer a qualidade de vida e/ou a satisfação pessoal.⁴

Um outro estudo objetivou estudar as representações sociais da vida sexual da mulher no climatério. Os resultados apontaram três campos de representações. No grupo da perimenopausa, emergiram dois campos: continuidade da sensualidade e sexualidade e representação da negatividade do climatério, levando a uma vida sexual sem prazer. O grupo posmenopausa se organizou no campo representacional: vida sexual ancorada no processo de envelhecimento. Concluiu-se que as representações sobre a vida sexual no climatério vêm

sendo redesenhadas por algumas mulheres embora muitas concepções persistam agregadas aos valores histórico e socioculturais tradicionais ao feminino e ao envelhecer.⁵

Entender este momento de vida e nas reflexões percebidas pelas mulheres foi o norte deste estudo, provando a necessidade de adentrarmos nessa realidade. Elas são atendidas na rede de atenção à saúde e o profissional da equipe de saúde deve renovar o olhar sobre elas de forma diferenciada, de acordo com suas necessidades individuais, sociais, culturais, emocionais, espirituais e biológicas, para que sejam atendidas com resolutividade.

Tendo como objeto de estudo as representações sociais das mulheres climatéricas, com ou sem filhos, no que se refere às reflexões afetivas por elas percebidas nessa fase de vida, faz-se o seguinte questionamentos: Como sente sua afetividade no climatério?

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e nove Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município com 216.745 habitantes, segundo dados do IBGE, e localizado na região Centro Oeste Paulista. As unidades foram selecionadas considerando-se o número de atendimento de mulheres com faixa etária dos 45 a 60 anos nos meses pregressos ao estudo.⁶

Participaram da pesquisa mulheres climatéricas com e sem filhos, na referida faixa etária, que concordaram em participar da pesquisa e que tinham condições psicognitivas para fornecer as informações de forma independente. Uma amostra não probabilística foi constituída por 33 mulheres climatéricas. O convite para participar das entrevistas foi realizado no momento em que compareciam à unidade para atendimento no período de janeiro a março de 2015.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e a seguinte questão norteadora: Fale sobre suas relações afetivas na fase do climatério.

Ao término das entrevistas, elas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como forma de garantir o anonimato das participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra “C”, seguidas de numeração e para identificar mulheres com filhos (C\F) e as sem filhos (S\F), como, por exemplo, C₁(C/F), C₂(S/F)

sucessivamente.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou manifestação discursiva de textos e documentos escritos, criada para fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo.⁷

As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião.⁸

Falar de sujeito, no campo das representações sociais, é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, a abertura para o mundo e os outros. A sociedade é constituída por símbolos que podem ser configurados como um sistema de crenças ou representações sociais compartilhadas. As representações são influenciadas pelos atributos e pelos lugares de onde os sujeitos provêm, como nacionalidade, gênero, religião/crença, idade, condição social, nível de instrução, estrutura psíquica, história de vida e outros sinais.⁹

Os passos metodológicos dessa técnica, seguidos desde a obtenção das entrevistas até a síntese dos discursos, incluem: leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta; análise de todas as expressões chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chaves que nomearam os referidos discursos do sujeito coletivo.⁷

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde do Ministério da Saúde¹⁰, com número de protocolo 1.031.180 em 22/04/2015 e CAAE de número 43082915.7.0000.5411.

RESULTADOS

As 33 participantes apresentaram-se com 45 a 60 anos, com a média de idade variando em 53,5 anos. Houve predomínio de escolaridade superior completo, cor branca, religião católica e trabalho remunerado. As mulheres com filhos vivem com o companheiro. A maioria das mulheres sem filhos são solteiras e vivem só. Com relação ao uso de medicamento regular, ambos os grupos o utilizam.

Entre as representações sociais das mulheres climatéricas emergiu o tema: *Relacionando-se afetivamente* com as ideias centrais 1-Valorizando o relacionamento familiar e social; 2- Sentindo-se solitária e desanimada; 3-Sentindo-se frustrada, impaciente e apoiando-se nas relações com os filhos, conforme apresentado a seguir (FIG. 1)

Tema - Relacionando-se afetivamente	
Ideias centrais	DSC
Valorizando o relacionamento familiar e social.	Quero todo mundo grudado comigo, parece que antes fazia as minhas coisas, ia fazendo, ia saindo, viajava. Agora tem um senão, quero estar com todo mundo junto. É uma coisa mais tranquila, não tem ansiedade, preocupações que tem de recém casado, com o passar do tempo fica uma relação mais tranquila. É uma paixão, é a alegria de viver, pretendo ficar casada até os meus últimos dias, comecei a namorá-lo com os dezoito anos, aos vinte e três casamos, estou com trinta e sete anos de casada, acho que nada mais mudaria para mim, já tive uma vida inteira, tive uma fase muito ruim, uma situação chata, fiquei sabendo, eles negam, nada se apaga, ele é uma pessoa muito difícil. A relação afetiva é boa tanto em família e com outras pessoas, talvez o climatério, a maturidade traga mais serenidade, quando a gente é mais jovem valoriza muito coisas que não são importantes e quando a gente amadurece, envelhece, valorizo as relações humanas. Me dou muito bem com meus irmãos, meus sobrinhos, a gente não fica um dia sem se falar, frequento a casa deles, eles frequentam a minha. A relação familiar é boa, consigo compreender as pessoas, tento e deixo algumas coisas passar. Família mesmo só tem minha irmã aqui, a gente vem muito no grupo de artesanato, sai muito junto, e o meu marido, um grupo social no final de semana, sou muito afetiva tenho uma ligação muito forte com toda a família e em relação ao emocional por incrível que pareça, todo mundo vem a mim, sou o esteio, sou o exemplo. O fato de ter tido filho ou não acho que não tem nenhuma relação, não me atrapalha, não me influencia em nada [...]. C2(C/F), C6(C/F), C3(C/F), C4(C/F), C6(C/F), C7(S/F), C8(S/F), C10(C/F), C12(S/F), C14(C/F), C15(C/F), C19(C/F), C21(C/F), C22(C/F), C23(C/F), C25(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F).
Sentindo-se solitária e desanimada.	Percebo que fico mais distante em alguns momentos pelo cansaço, tempo para ficar sozinha, sou muito resguardada, sempre afastada, não me aproximo muito, tenho muita dificuldade, não consigo ficar, me dá um desespero! Quero sair, sumir, pode ser onde for, quero ir para casa. Sou meio difícil, acostumei a ficar sozinha, morei em São Paulo muito tempo sozinha, sempre cuidei de tudo. Na igreja frequento, tenho atividades, mas sou individualista, gosto muito de cuidar do lado espiritual, vou sozinha. Às vezes falo: “Nossa, seria bom se tivesse uma pessoa para bater papo”, ligo para alguém, passo uma mensagem, mas penso que como faz tanto tempo que a minha vida é assim fico achando que preciso melhorar, mas não sinto mal, não fico de vítima, penso que nós construímos. Essa independência é boa, mas atrapalha a possibilidade de precisar de alguém para fazer alguma coisa é nenhuma. Com isso às vezes não dá nem para conviver com as pessoas no dia a dia, tenho pensado em como vou melhorar, porque não está bom. Sair, passear, não mais, saio um pouquinho, não tenho aquela necessidade de sair. Ficar em casa, tranquila, está ótimo, acho que são fases da vida, não sinto prazer de ir à casa das pessoas, não quero me relacionar. Final de semana quero ficar mais em casa, quieta, descansando, dormir uma tarde, coisa que não fazia [...].

	C9(S/F), C8(S/F), C13(C/F), C14(C/F) C19(C/F), C28(C/F), C29(S/F) C31(C/F), C32(C/F), C33(S/F).
Sentindo-se frustrada, impaciente e apoiando-se nas relações.	Me sinto irritada, impaciente. Mas, para eles sou impaciente, esses aspectos ficam evidentes. Frustração de não ter estudado, não ter dado certo na vida, destruí a vida do meu marido, era um homem que teve muitas vertentes de subir na vida, me frustrei, me controlo, e nem na minha aposentadoria me preocupei, a velhice vai chegar, devia ter construído minha vida, tive chances, amor, não tinha cabeça na época, não queria saber de nada, estava longe. Não cortei o cordão umbilical. Com filho, você tem o objetivo de estar “Olha, não posso fraquejar porque tenho muito para fazer”, isso colabora muito. As filhas cuidam, tiram a sobancelha, fazem minhas unhas dos pés, depilam, cuidam, querem fazer chapinha no cabelo, dar uma arrumadinha. Vejo carinho e o cuidado que elas têm comigo [...]. C12(S/F), C22(C/F) C27(C/F), C31(C/F)

Figura 1- Distribuição do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo. Marília-SP, 2017.

As mulheres, nessa fase de vida, querem proximidade de seus familiares, sentem necessidade de ficar “grudadas” com eles, e querem sentir-se queridas.

Relatam as participantes que se distanciam em alguns momentos, necessitando ficarem a sós, resguardadas, não querendo aproximar-se das pessoas devido ao cansaço das demandas do trabalho. Algumas mulheres se desesperam quando veem muitas pessoas em um determinado local e por isso evitam lugares cheios de gente, preferindo ficar em casa.

As participantes relatam que a relação conjugal fica mais tranquila sem as preocupações do recém casamento e que, com o passar do tempo, a relação melhora. Referem que o cônjuge gosta de acompanhá-las em eventos sociais, são bons companheiros e comunicativos.

As participantes relatam que sentem paixão e alegria de viver e pretendem ficar casadas até os últimos dias de suas vidas, valorizam o seu relacionamento e a família. Relembra que iniciaram o namoro na adolescência, casaram-se, tiveram filhos e valorizam esses anos que estão juntos. Pensam que nada mais mudará, pois já viveram uma vida inteira. Lembra-se que já viveram momentos difíceis no casamento e que ficaram sabendo por outras pessoas sobre traição dos companheiros.

As mulheres referem que a relação é afetiva e segundo Araújo², como dito anteriormente a afetividade “as emoções e sentimentos, são constitutivos de” nossa dimensão afetiva”. E também fazendo uma analogia de afetividade com vínculo, lembrando da relação mãe e bebê, como primeiro vínculo do ser humano³, a relação é agradável, calma, nos tratamos com carinho, respeito, nos encontramos sempre ou nos falamos sempre, almoçamos juntos nos finais de semana. E elas percebem que o climatério é uma fase que traz serenidade e que, quando são mais jovens, valorizam coisas que não são tão importantes. Quando

amadurecem, relativizam um pouco mais as coisas a que antigamente davam mais valor. Referem que valorizam hoje mais as relações humanas. Relatam que atualmente dedicam mais tempo para pensar e valorizar as relações a só pensar em trabalho. E, ainda, que a todo momento pensam na família e em seus desejos. Percebem que com o tempo as relações com as pessoas melhoram, pois escolhem com quem querem ficar, sendo mais agradáveis. Atualmente não se preocupam em agradar ninguém, e elas se afastam de pessoas com quem não se identificam. Apresentam-se mais objetivas e práticas, desejam estar livres de discussões, mas não querem ser feitas de “bobas” pelas pessoas. E, devido à idade, vão aprendendo, “apanhando na vida”, amadurecendo e a enxergando de forma diferente, observando que as relações sociais ficam melhoram.

As participantes verbalizam que se relacionam bem com os irmãos e sobrinhos, conversam e frequentam a casa deles e vice-versa. As relações são boas com os familiares e amigos, têm compreensão de certos conflitos de relacionamento e deixam algumas “coisas” de lado. Também referem algumas mulheres que têm por perto apenas uma irmã e vão para o grupo de artesanato juntas na unidade básica. Outras participantes vão a encontros com irmãs em chácara de fim de semana e frequentam com o companheiro grupos sociais. Relatam que a relação com a família é forte e sentem-se valorizadas. Outras que são “mãezonas” dos irmãos e, se há conflitos, acabam apaziguando-os, gostando muito de conversar. As relações com os filhos são boas e o relacionamento com o marido tem ficado melhor e mais prazeroso.

As participantes relatam que quando tem filhos não podem “fraquejar”, pois tem muito o que fazer ainda. Dessa forma, isso colabora muito para continuarem lutando nessa etapa da vida. Em alguns momentos, sentem-se mais irritadas e impacientes e os filhos verbalizam essa percepção.

Algumas participantes sem filhos referem que são pessoas de personalidade difícil e acostumaram-se a ficar solitárias, sempre cuidaram de tudo, até os dias de hoje. Têm atividades na igreja e são muito individualistas. Percebem-se sozinhas e em alguns momentos sentem vontade de conversar com alguém, chegam a ligar, enviar mensagens para algumas pessoas. Por outro lado, pensam que necessitam melhorar neste sentido, mas não se sentem mal por isso e nem se fazem de vítimas. Essa liberdade, essa autonomia é boa, mas às vezes atrapalha. Percebem que a possibilidade de alguém fazer alguma coisa por elas é nenhuma e devido a isso a convivência no dia a dia com alguém fica mais difícil. Admitem que isso não é bom. Relacionam-se bem com as pessoas, e preferem ficar sozinhas a fazer parte de uma rede social.

As participantes sem filhos referem que conversam com os irmãos pela “internet” e

semanalmente com suas mães. E as mulheres que têm filhas, recebem delas cuidados especiais: tratam de seus cabelos, unhas, depilam, demonstrando cuidado e afeto.

As participantes dizem que se sentem frustradas por não terem estudado e se desenvolvido na vida, que destruíram a vida de seus companheiros por não os apoiar em seu desenvolvimento. Verbalizam que não pensaram em suas aposentadorias e se preocupam, pois o envelhecimento “chega para todos”. Arrependem-se de não terem construído sua vida de forma mais sedimentada. Referem que tiveram oportunidades em suas vidas, no amor, mas não souberam escolher e aproveitar esses momentos e sentimentos. Sentem que poderiam ter se desenvolvido, investido nos estudos, mas “não cortaram o cordão umbilical” e por isso sentem-se frustradas. Atualmente percebem que amadureceram e pensam mais para falar com as pessoas.

Algumas participantes referem que perderam a vontade de passear, viajar e ir ao shopping, saem de vez em quando e não sentem mais vontade como antigamente em fins de semana. Acomodaram-se em ficar em casa de forma mais tranquila. Percebem que passam por fases diferentes e se modificam e que não sentem prazer em ficar com as pessoas, preferem ficar quietas, descansando, lendo um bom livro, assistindo televisão e dormindo.

DISCUSSÃO

Compreender as reflexões afetivas das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde permitiu-nos adentrar nas representações de necessidades específicas, nem sempre reconhecidas pelos profissionais de saúde, familiares e pela própria mulher.

As mulheres climatéricas, de nosso presente estudo, verbalizam que valorizam o relacionamento familiar e social e um estudo de revisão sistemática, com o objetivo de identificar as melhores evidências disponíveis relacionadas à forma como as mulheres experimentam a menopausa em todo o mundo, constatou que a menopausa é considerada um evento natural na vida de uma mulher e que está intimamente associada aos eventos psicossociais e ao processo de envelhecimento. Essas mudanças físicas e emocionais da menopausa afetam fortemente as mulheres; percebem essa fase como um tempo caracterizado por ganhos e perdas; a resiliência (resistência a choques) é melhorada e as estratégias de enfrentamento são adotadas para melhorar o bem-estar físico e emocional. As questões de saúde, as relações familiares e conjugais, os antecedentes socioculturais e o significado atribuído à vida sexual das mulheres determinam se as experiências sexuais durante a menopausa são agradáveis ou não; e as mulheres devem estar preparadas e ter suas

necessidades apoiadas de acordo com suas perspectivas. Os prestadores de cuidados de saúde prestam pouca atenção às percepções das mulheres em relação à menopausa.¹¹

Um estudo explorou as barreiras para as experiências de saúde mental das mulheres de meia-idade. Os achados do estudo revelaram dois temas principais, "preocupações de vida aumentadas" e "tensões físicas e psicológicas". A sobrecarga dos papéis e o sentimento de preocupação com o passado, presente e futuro foram algumas das preocupações das participantes. Destacaram a sobrecarga dos papéis materno, filial e conjugal e sua contribuição para o decréscimo de sua saúde mental. Durante a meia idade enfrentam muitos estressores, como conflitos familiares, problemas de saúde pessoal, familiares e dificuldades de educação infantil. Observaram que a insatisfação com o envelhecimento e a meia idade, ameaçavam sua saúde mental. O estudo propõe que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, atentem à saúde mental da comunidade e tomem medidas efetivas com um planejamento específico e culturalmente apropriado, a fim de reduzir as preocupações da vida e as tensões físicas e psicológicas das mulheres de meia-idade.¹²

Um outro estudo afirma que a influência do climatério para o envelhecimento feminino perpassa as transformações físicas e emocionais, gerando baixa autoestima, fato causado pelas mudanças corporais, diminuição da atividade sexual, medo da velhice e a proximidade da morte. Algumas mulheres consideram que a convivência social e a participação em grupos são referências para minimizar as influências do climatério pela socialização e estímulo de atividades saudáveis, ressaltando a prática medicamentosa da terapia de reposição hormonal.¹³

Estudo quantitativo e qualitativo de natureza descritiva e exploratória feito por revisão de literatura e pesquisa de campo pela aplicação de um questionário que caracteriza o período do climatério. A média de idade para ocorrência da menopausa foi de 45,92 anos. A intensidade dos sintomas foi classificada como leve por 57,89%, sendo o mais vivenciado por elas o nervosismo com 73,68%, e o mais intenso, o fogacho com 36%. As respostas revelaram que as mulheres se mostram confusas em relação ao significado de climatério e menopausa. Quanto à percepção nota-se que a maioria considera esta fase como sendo difícil. Percebeu-se a importância da orientação por profissionais de saúde para desmistificar o climatério.¹⁴

As mulheres do presente estudo sentem-se solitárias e desanimadas em alguns momentos de suas vidas, em decorrência do cansaço e também desconforto em ambientes com muitas pessoas. Um estudo objetivou identificar o grau de solidão relatado na população portuguesa com mais de 50 anos de idade e testar se em fato pode ser causado por características sociodemográficas, relacionadas à saúde ou sociais da amostra além da idade. Os resultados mostraram ainda que 12% dos participantes relatam sentir-se solitários com

frequência ou sempre, enquanto 40% relatam nunca se sentirem solitários. Os restantes 48% autorrelatados sentiram-se solitários raramente ou às vezes. Os resultados mostram que, quando tomados em conjunto, variáveis como estado civil, tipo de habitação, configurações de residência, condições de saúde, satisfação social, isolamento social, falta de interesse, transporte e idade foram preditores de solidão. A associação da solidão com a idade avançada tem sido exagerada pelos meios de comunicação e pelo senso comum. Embora as descobertas não tenham confirmado visões alarmantes, 12% dos adultos mais velhos relatam que estão se sentindo solitários sempre ou muitas vezes por serem motivo de atenção e preocupação. É necessário compreender o significado, as razões e o nível de sofrimento implícitos nesses sentimentos de solidão.¹⁵

Estudo relacionado aos aspectos sociopsicológicos do climatério e menopausa verifica que este período adquire maior transcendência com o transcurso do tempo. Com relação à qualidade de vida, vai se convertendo em um aspecto importante quando a mulher climatérica vai a um especialista em busca de maior bem-estar possível.¹⁶

Um outro estudo qualitativo, buscando apreender as representações sociais elaboradas por enfermeiras da estratégia saúde da família acerca da assistência à mulher climatérica, evidenciou que o modelo biomédico, em sua perspectiva fragmentada e reducionista do tipo de consulta, solicitação de exames e prescrição, reforça este período como detonador do envelhecimento, aumentando o sofrimento da mulher, que, nessa fase, deve ser atendida de modo especial pelo profissional médico. As autoras sugerem que sejam feitas capacitações, educação permanente, práticas ou terapias integrativas e complementares na assistência para a melhoria da qualidade de assistência às mulheres não só no climatério.¹⁷

As mulheres do presente estudo sentem-se frustradas, impacientes e apoiam-se nas relações com os filhos e família. De acordo com um estudo com o objetivo de analisar as mudanças biopsicossociais vivenciadas por mulheres no climatério, concluiu-se que as alterações relacionadas ao climatério surgem de modo e intensidades diferentes e as afetam, repercutindo em seus sentimentos e qualidade de vida. O convívio familiar surge como fonte demarcadora de limites e demandas ora de dificuldades existenciais ora de sobrevivência em que a mulher de meia idade é convocada a assumir funções que sobrecarregam. Essas mulheres se deparam com desafios, confrontando-se com problemas conjugais subsidiados de violência e desentendimentos com os filhos, porém outras se encontram alojadas em bases familiares bem estruturadas e harmônicas. Observou-se necessidade de implementar assistência em que a mulher possa expressar os sentimentos acerca do momento vivido, não podendo mais restringir a saúde nesta fase a questões meramente orgânicas.¹⁸

Um estudo sobre a necessidade de compreender as dificuldades pelas quais passa a mulher no climatério teve com o objetivo de ajudar as pacientes que chegam ao consultório, interpretando as dificuldades que provocam as mudanças corporais nesta fase de transição. Conforme o imaginário social da cultura ocidental, para não ser estigmatizada é necessário seguir o culto à beleza e juventude do corpo. Cada indivíduo envelhecerá e aceitará o processo de envelhecimento de maneira diferente, segundo sua própria história de vida e conforme a realidade apresentada pela sociedade e cultura na qual está inserido. Aceitar as mudanças requer um trabalho psíquico de construção de uma nova imagem para elaborar o que se perdeu, a beleza e a força de um corpo jovem. A forma como a mulher atravessará o período do climatério determinará a sua maneira de encarar a tão temida velhice.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais apreendidas são de que as reflexões afetivas na percepção das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde do referido município do estado de São Paulo, valorizam o relacionamento familiar e social. Elas se sentem solitárias e desanimadas, vivem certa frustração e tornam-se impacientes, apoiando-se nas relações com os filhos.

A equipe de saúde tem prestado pouca atenção às percepções das mulheres em relação à menopausa e devem ter um olhar diferenciado à saúde mental da comunidade para que se tomem medidas efetivas, com um planejamento específico e culturalmente apropriado, a fim de reduzir as preocupações da vida e as tensões físicas e psicológicas das mulheres de meia-idade. Com relação a desenvolver vários papéis sociais, inclusive a maternidade, a qualidade de vida deve ser olhada com carinho pela equipe de saúde e por ela mesma em busca o maior bem-estar possível. A construção de uma boa velhice necessita de ambiente acolhedor que auxilie o idoso no processo de revisão de vida, no enfrentamento de limitações e na elaboração de projeto. Nesse momento, desmistificação o climatério pelos profissionais de saúde e comunidade é de fundamental importância. Algumas mulheres consideram que a convivência social e a participação em grupos referenciais minimizam as influências no climatério pela socialização e estímulo a atividades saudáveis, ressaltando a prática medicamentosa da terapia de reposição hormonal. Assim, o acompanhamento clínico, ginecológico e de saúde mental deve ser prioridade para o alcance do envelhecimento saudável. Observou-se necessidade de implementar um tipo de assistência em que a mulher possa expressar os sentimentos acerca do momento vivido, não podendo mais restringir a

saúde nesta fase a questões meramente orgânicas. Se fazem necessárias as capacitações, educação permanente, práticas ou terapias integrativas e complementares na assistência para a melhoria da qualidade de assistência às mulheres precisam atuar não só no climatério. A aceitação a esta mudança requer um trabalho psíquico de construção de uma nova imagem, para elaborar o que se perdeu a beleza e o corpo jovem. A forma como a mulher atravessará este período determinará a sua maneira de encarar a tão temida velhice.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: MS; 2016. [citado em 2017 mar. 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
2. Araújo UF. A dimensão afetiva da psique humana e a educação em valores. In: Arantes VA, editor. Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus; 2003. p. 153-69.
3. Zimerman DE. Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Lomônaco C, Tomaz RAF, Ramos MTO. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprod Clim*. 2015 [citado em 2017 jan. 24];30(2): 58-66. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208715000412>.
5. Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Social representations of the sexual life of climacteric women assisted at public health services. *Texto Contexto Enferm*. 2013 [citado em 2017 jan. 24];22(1): 11422. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/14.pdf>.
6. IBGE. Cidades@: Marília (SP) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [citado em 2017 nov. 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro; 2012.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2009.
9. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações

- sociais. Soc Estado. 2009 [citado em 2017 jan. 24];24(3): 679-712. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2017 fev. 25]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 11. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2015 [citado em 2017 mar. 10];13(8): 250-337. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26455946>.
 12. Sharifi K, Anoosheh M, Foroughan M, Kazemnejad A. Barriers to middle-aged women's mental health: a qualitative study. Iran Red Crescent Med J. 2014 [citado em 2017 mar. 10];16(6): e18882. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25068059>.
 13. Silva GF, Moura MAV, Almeida MVS, Sá SPC, Queiroz ABA. Climacteric influences for aging in the perception of elderly women: subsidies for nursing. Rev Eletrônica Enferm. 2015 [citado em 2017 mar. 10];17(3): 1-8. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a09-en.pdf>
 14. Bessa AD, Barbosa TL, Delfino S. O climatério segundo a percepção de mulheres em uma instituição privada de ensino superior do DF. In: Anais do Simpósio de TCC e Seminário de IC. Brasília: ICESP; 2016 [citado em: 2017 mar. 10]. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/13095adea1ed46395cb54bca553c9c21.pdf.
 15. Ferreira-Alves J, Magalhães P, Viola L, Simões R. Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. Arch Gerontol Geriatr. 2014 [citado em: 2017 mar. 10];59(3): 613-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25109808>.
 16. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. Medisan. 2014 [citado em 2017 mar. 10];18(10): 1409-18. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n10/san111810.pdf>.
 17. Silva SB, Nery IS, Carvalho AMC. Representações sociais elaboradas por enfermeiras acerca da assistência à mulher climatérica na atenção primária. Rev RENE. 2016 [citado em 2017 nov. 18];17(3): 363-71. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3469/2712>.

18. Veloso LC, Nery IS, Celestino DSS. Mudanças biopsicossociais vivenciadas por mulheres no climatério: um reflexo da influência de gênero. *Saúde Foco*. 2014 [citado em 2017 nov. 18];1(1): 46-71. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/364/384>.
19. Gotter E. A consciência do envelhecimento corporal no climatério. *Rev Portal Divulg*. 2017 [citado em 2017 nov. 18];52(7): 70-6. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/667/735>

5.3.4 Artigo - A integralidade no atendimento à saúde: sugestões na perspectiva de mulheres climatéricas (Encaminhado e aceito para CIAIQ - Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa- 2018)

A integralidade no atendimento à saúde: percepções e sugestões na perspectiva de mulheres climatéricas

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto¹, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira¹, Maria José Sanches Marin¹, Janete Pessuto Simonetti¹, Wilza Carla Spiri¹, Márcia Aparecida Padovan Otani²

¹Departamento de Enfermagem Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil.
fmc Mazzetto@hotmail.com, malusa@fmb.unesp.br, marnadia@terra.com.br, janepessuto@gmail.com,
wilza@fmb.unesp.br, mpadovanotani@gmail.com

²Departamento de Enfermagem Faculdade de Medicina de Marília, Brasil. mpadovanotani@gmail.com

RESUMO: Compreender as percepções e sugestões de melhorias ao atendimento à saúde das mulheres climatéricas na perspectiva das mulheres. Pesquisa qualitativa, realizada com 33 mulheres climatéricas atendidas na rede básica de atenção à saúde, no interior paulista. A análise ocorreu por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. As mulheres climatéricas percebem a necessidade de obterem informações, serem acolhidas e sugerem atendimento integral e ampliado pela equipe de saúde. Também sugerem que o atendimento seja realizado por especialistas. Depreende-se que os prestadores do cuidado de saúde devem estar conscientes sobre as concepções e as necessidades de saúde das mulheres climatéricas, bem como qualificados para essa atenção, com vistas a proporcionar um cuidado integral, individualizado e com resolutividade.

Palavras-chave: Climatério; Enfermagem; Atenção primária à saúde; Comportamento social; Saúde da mulher.

The integrality in health care: perceptions and suggestions in the perspective of climate women

Abstract. To understand the perceptions and suggestions of improvements to the health care of climacteric women from the perspective of women. Qualitative research, carried out with 33 climacteric women assisted in the basic network of health care, in the interior of São Paulo. The analysis took place through the technique of the Discourse of the Collective Subject. Climacteric women perceive the need to obtain information, to be welcomed and to suggest full and expanded care by the health team. They also suggest that specialists perform the service. It should be understood that health care providers should be aware of the health conceptions and needs of climacteric women, as well as qualified for such care, in order to provide comprehensive, individualized and resilient care.

Keywords: Climatério; Nursing; Primary health care; Social behavior; Women's health.



1 Introdução

A população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013). No processo de envelhecimento da mulher, o climatério, que ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, representa um importante marcador entre a juventude e o envelhecimento. Desta forma, a vivência do climatério pelas mulheres, demanda estratégias que promovam melhorias à qualidade de vida e bem-estar (Brasil, 2016).

Um estudo analisou a contribuição do cuidado da enfermagem à autonomia da mulher que vivencia o climatério, no contexto da APS, numa perspectiva desmedicalizada. Identificou-se três categorias: Cuidado à mulher no contexto das políticas públicas e programas de saúde no Brasil; Atenção Primária à saúde como porta de entrada para o cuidar/cuidado da enfermagem à mulher no climatério e Perspectiva da atenção primária em saúde e o cuidado à mulher: questão paradigmática. Concluiu-se a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva do autocuidado, para que as mulheres tenham autonomia, à partir de estratégias desmedicalizadoras (Oliveira, Vargens, Acioli, & Santos, 2017).

O atendimento integral das mulheres, incluindo o acolhimento de suas demandas e necessidades, a garantia do acesso e respostas a contento, ainda está em processo de consolidação. No cotidiano dos serviços, a integralidade se expressa pela atenção à saúde dos usuários, sob a ótica da clínica ampliada, com oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento (Brasil, 2016). A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. Em decorrência da expectativa de vida aumentada, o climatério deve merecer atenção crescente (Fundação Seade, 2017).

Diante das inquietações sobre os aspectos que podem comprometer o atendimento da equipe de saúde e a qualidade de vida da mulher climatérica atendida na rede básica de saúde, surgem sobre se a mulher tem recebido atendimento de saúde, conforme as políticas públicas voltadas à saúde no período não reprodutivo e quais são as percepções e sugestões de melhorias ao atendimento à saúde das mulheres climatéricas.

Buscou-se, portanto, compreender as percepções e sugestões de melhorias ao atendimento à saúde na perspectiva das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção básica.

2 Material e Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e nove Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município com 230.000 habitantes localizado na região Centro Oeste Paulista (IBGE, 2017). As unidades foram selecionadas considerando-se o número de atendimento de mulheres na faixa etária dos 45 a 60 anos.

Participaram da pesquisa mulheres climatéricas com e sem filhos, na faixa etária de 45 a 60 anos, que concordaram em participar e que tinham condições psicognitivas para fornecer as informações de forma independente. Uma amostra não probabilística foi constituída por 33 mulheres climatéricas. O convite para participar das entrevistas foi realizado no momento em que compareciam à unidade para atendimento no período de janeiro a março de 2015, após a aprovação do parecer do comitê de ética em pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e a seguinte questão norteadora: A partir de suas experiências, fale sobre suas percepções e sugestões para o atendimento da mulher climatérica no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Ao término das entrevistas, elas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos



pesquisadores com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como forma de garantir o anonimato das participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra "C", seguidas de numeração e para identificar mulheres com filhos (C\F) e as sem filhos (S\F), como, por exemplo, C₁(C/F), C₂(S/F) sucessivamente.

O Discurso do Sujeito Coletivo consiste em uma modalidade de análise de discursos, obtidos em depoimentos verbais ou manifestação discursiva de textos e documentos escritos, criada para fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

As representações sociais equivalem à forma como o indivíduo interpreta o mundo em que vive, baseado em sua história de vida, crenças, valores e religião (Moscovici, 2009).

Falar de sujeito, no campo das representações sociais, é falar de pensamento, isto é, referir-se a processos de dimensões físicas e cognitivas, a reflexividade diante da experiência, dos conhecimentos e do saber, a abertura para o mundo e os outros (Jodelet, 2009).

Os passos metodológicos desta técnica, seguidos desde a obtenção das entrevistas até a síntese dos discursos, incluíram leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando-se as expressões-chave selecionadas; identificação das ideias centrais de cada resposta; análise de todas as expressões chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos discursos do sujeito coletivo após a identificação das ideias centrais e expressões chave que nomearam os referidos discursos do sujeito coletivo (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e da obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista de "Júlio de Mesquita Filho" Campus de Botucatu, sob parecer nº. 1.031.180 em 22/04/2015

3 Resultados

As 33 participantes apresentaram-se com 45 a 60 anos, com a média de idade variando em 53,5 anos. Dessas participantes, 23 mulheres têm filhos e dez mulheres não possuem filhos. Houve predomínio de escolaridade superior completo, raça ou cor branca, religião católica e trabalho remunerado. As mulheres com filhos vivem com o companheiro e são casadas. A maioria das mulheres sem filhos são solteiras e vivem só. Com relação ao uso de medicamento regular, ambos os grupos o utilizam.

As representações sociais apreendidas nas falas das mulheres climatéricas, a partir do tema *Sentindo necessidades e sugerindo melhorias no atendimento à saúde*, desvelaram-se nas ideias centrais: 1- Sentindo necessidade de informações e acolhimento, 2- Sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades, conforme descrito na Figura 1, com os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo das participantes:



Tema – Sentindo necessidades e sugerindo melhorias no atendimento à saúde	
Sentindo necessidade de informações e acolhimento	DSC1- Tenho facilidade, sou da área da saúde, tenho acesso à informação. Vai buscar o que está acontecendo com o seu organismo, o que é o hormônio no seu organismo, mas e quem não sabe disso? Identificada essa necessidade: Olha, essa mulher está no climatério, está tendo problemas, ansiedade, depressão, a gente não entrou nas questões de relações sexuais, porque não tenho companheiro, a mulher precisa entender o que está acontecendo com ela. Fazer um dia de conversa, trabalhos em grupo, trocas de experiências, que está vivendo, pode ter as demandas específicas de acordo com as necessidades de cada um. Acho que a troca é bastante interessante no sentido de pensar que não é só comigo que acontece, mas com as demais. Uma atenção especial. Tem mulheres que ficam sensíveis, chorosas, se queixam, se pega um profissional que dá aquela atenção, tem que tratar com carinho para conversar, respeito, educação, orientações nessa fase, ajuda bastante, seriam os ginecologistas e orientação de alimentação, exercícios. Faz falta. Fiquei curiosa com a reposição hormonal, quando for na Ginecologista, vou sugerir, diz que o hormônio é vida. Quem sabe posso melhorar? Gostaria de fazer reposição hormonal para ver se minha vida melhora, ter prazer, para não ficar assim vacilante, um dia mal e no outro mais ou menos. Tem homens ignorantes, que acham que elas entraram no climatério e acabaram como mulher e menosprezam, deixando-as de canto, indo atrás de menininha safada na rua. O profissional de saúde, a equipe interdisciplinar ou quem estiver na USF, mesmo que não tenha um médico, a mulher necessita compreender o que está acontecendo e poder ser ouvida, a impressão que dá é que se não posso fazer a reposição hormonal não tem mais o que fazer e não é assim. A escuta é valorizar e trabalhar, dedicar mais tempo. Tem pessoas que sentem a fundo o climatério, essas precisariam de ajuda de uma psicóloga. É de extrema importância o acompanhamento médico e o psicoterápico. As pessoas começam a ficar com problemas psicológicos, a ter depressão, se sentir inferiorizadas, sem companheiro que possa valorizar um pouco, somos um país que está envelhecendo[...] C2(C/F), C4(C/F), C5(S/F), C9(S/F), C10(C/F), C13(C/F), C14(C/F), C15(C/F), C17(C/F), C19(C/F), C21(C/F), C22(C/F), C25(C/F), C26(C/F), C27(C/F), C28(C/F), C29(S/F), C30(C/F), C31(C/F), C32(C/F), C33(S/F).
Sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades	DSC 2- Tinha que ter um atendimento e não essa enrolação, que a pessoa consiga ser atendida. Penso que elas devem ser atendidas na Saúde da Mulher. Tinha que ter uma disponibilidade maior do SUS. A gente observa fila de espera, anos de espera e que nunca chega. Acho que isso deveria agilizar mais, porque é um período, tem que ser naquele período não é depois, acho isso superimportante. Os profissionais são competentes para estar atendendo? Tenho essa interrogação. Às vezes aquele profissional, não sei se posso estar dizendo entre aspas, ele tem um conhecimento um pouquinho mais profundo sobre a questão daquilo ali, a gente percebe uma diferença com especialista e com o não especialista. No climatério deve ter um bom atendimento médico, ginecológico no caso prevenção do câncer ginecológico, mama, útero, colo de útero. Tem que ter uma orientação nutricional, à atividade física e pra quem precisar de um apoio psicológico, existem doenças clínicas não ginecológicas, outras áreas que incidem mais nessa época teria que ter um acompanhamento, não só pela Ginecologista, mas também um tratamento com alguém que conversasse com elas te desse uma luz no fim do túnel para informar porquê de algumas situações. C7(S/F), C9(S/F), C11(S/F), C12(S/F), C16(C/F), C18(C/F), C20(S/F), C21(C/F), C2(C/F), C3(S/F), C27(C/F), C30(C/F).

Figura 1- Apresentação do tema central de acordo com as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Na primeira ideia central apreendida, sentindo necessidade de informações e acolhimento, as participantes referem que os profissionais deixam de fazer uma escuta qualificada. Algumas participantes entendem esta fase, pois são profissionais da saúde, têm acesso a informações e buscam o que está acontecendo com seu corpo e de que forma o hormônio funciona no organismo. Entretanto, questionam e se preocupam com aquelas mulheres que não têm informações. As mulheres



referem que, nesta fase, necessitam entender o que acontece com elas, quais os problemas que podem acontecer, se vão apresentar ansiedade, depressão. Muitas mulheres desconhecem o que seja climatério e referem que os profissionais não olham para as que estão nesta fase de vida de maneira qualificada e integral.

As participantes sugerem que as mulheres climatéricas deveriam ter um espaço com o profissional psicólogo, percebem que elas precisam conversar, sentem-se deprimidas, angustiadas, inferiorizadas. Muitas vezes se encontram sem companheiros, com vontade de fazer sexo e lembrando que em nosso país as pessoas estão mais envelhecidas.

Elas precisam de um espaço com um profissional qualificado com trabalho de grupo outras para que ocorram trocas de experiências entre elas, mobilizando a discussão de assuntos específicos, relacionados a esta fase. Poderiam também ser abordados, segundo elas, temas com os ginecologistas, orientações sobre a alimentação com a nutricionista e atividades física talvez até com um preparador físico.

De acordo com as participantes, o climatério deve ser encarado positivamente, pois a expectativa de vida para as mulheres vem aumentando atualmente. Da mesma forma que existem nas políticas públicas programas destinados ao acompanhamento de crianças, adolescentes, consulta de pré-natal, diabéticos e hipertensos, deveriam abrir um espaço para programas de atenção à mulher climatérica. Nesses espaços, os profissionais de saúde poderiam trabalhar com orientações e acompanhamento com relação à reposição hormonal, visto que existe falta de conhecimentos com relação a este aspecto e muitas mulheres sem filhos nesta fase, às vezes, nem sentem sintomas. Também poderiam criar um espaço destinados aos maridos e companheiros, pois eles não compreendem essa fase. Algumas mulheres são embutidas, envergonhadas. Não gostam de conversar sobre este assunto e necessitam desses espaços para se abrirem mais, se soltarem e perceberem que esta fase não deve ser encarada como uma doença ou um tabu e sim uma fase que precisa ser vivida com naturalidade.

Na segunda ideia central apreendida, sugerindo atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades, as participantes reconhecem que o atendimento às mulheres deveria ser mais rápido, com relação à espera para consultas, retornos e encaminhamentos, pois, às vezes, esperam anos para serem atendidas ou encaminhadas para algum exame específico ou até mesmo para acompanhamento de medicalização ou atos cirúrgicos.

As participantes também sugerem ser atendidas por especialistas, pois algumas mulheres interrogam se alguns profissionais são competentes para o atendimento das mulheres nesta fase. Ainda como sugestão de um atendimento complementar, o atendimento à mulher climatérica deve contemplar o acompanhamento ginecológico para a prevenção de câncer de mamas, útero e colo de útero. Lembram a necessidade de orientação nutricional, atividade física e atendimento psicológico, além de algumas doenças clínicas, não ginecológicas, que poderiam ser acompanhadas pelo médico clínico.

4 Discussão

Compreender as sugestões de melhorias no atendimento à saúde na perspectiva das mulheres climatéricas atendidas na rede de atenção à saúde permitiu-nos adentrar nas representações de necessidades específicas, nem sempre reconhecidas pelos profissionais de saúde, familiares, comunidades, pela própria mulher e praticadas a partir das políticas públicas existentes.

No presente estudo, as mulheres reivindicam acesso à informação para conhecer o que está acontecendo com seu organismo, como é o funcionamento da falta de hormônios em seu corpo. Um estudo buscou compreender a percepção da mulher na vivência do climatério, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde. Os dados obtidos foram organizados em categorias temáticas e examinados pela técnica da análise de conteúdo em três categorias temáticas: conceitos das mulheres sobre o climatério e sintomas mais prevalentes; impacto do climatério na saúde da mulher e procura ao serviço



de saúde nesse período. As alterações mais relatadas foram ondas de calor, dores de cabeça, insônia, enjoo e fadiga. Muitas mulheres não conheciam o significado da palavra climatério e menopausa. Percebeu-se que boa parte delas não procurou assistência profissional. Notou-se a necessidade de implantação e implementação nas UBS de estratégias específicas para as mulheres no período do climatério (Souza et al., 2017).

Constatou-se um *déficit* no conhecimento dos enfermeiros sobre a Política do Ministério da Saúde com relação à assistência no climatério. Concluiu-se que há necessidade de incentivo à capacitação dos profissionais da enfermagem para as ações referentes ao climatério, por meio de estratégias de educação permanente na UBS (Silva, Busnello, Adamy, & Zanotelli, 2015).

Há um outro estudo, concluiu que a enfermeira tem uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, pautada nas queixas físicas; apresenta dificuldades de definir a integralidade, com discursos holísticos, sem entender o que significam, trabalha de forma individualizada entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência (Reis & Andrade, 2008).

A necessidade de um espaço com trabalho de grupo para que ocorram trocas de experiências entre elas, mobilizando assuntos específicos relacionados a esta fase e compartilhando conhecimentos. Foi corroborada por outro estudo com a constatação de que o climatério é marcado por intensas mudanças corporais e emocionais, desencadeia o envelhecimento, gerando medo, principalmente pela proximidade com a morte. Sendo assim, a realização de grupos para idosos trouxe benefícios para as participantes, pelo convívio, novas amizades, práticas de atividades física, lazer, entretenimento, proporcionando-lhes ânimo para vivenciar com bem-estar este período. Conclui-se que, para minimizar o impacto do climatério na vida das mulheres, as estratégias de atenção à saúde devem priorizá-las de forma criativa, embasadas em valores e convivência sociais e vida saudável (Silva et al., 2015).

É preciso considerar ainda além das barreiras impostas às enfermeiras para um atendimento adequado a essa população como a falta de capacitação e tempo, não existe planejamento e ações específicas por parte das enfermeiras para atender a esta demanda e cada profissional assume uma conduta particular diante desse atendimento. Sendo assim, elas buscam realizar ações educativas por meio de orientações, e reconhecem a necessidade de criação de um modelo de assistência à mulher no climatério que venha atender a suas necessidades. As enfermeiras têm buscado estratégias para auxiliar essas usuárias pelo apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ginecologista (Feitosa, Pereira, Camboim, Camboim, & Sousa, 2015).

Em decorrência de um sistema de saúde que não atende as necessidades de saúde, encontra-se que as mulheres no pós menopausa têm a qualidade de vida comprometida pelo agravamento dos sintomas devido ao sedentarismo, utilização de medicamentos e muitas vezes, por serem tabagistas. Conclui-se que a presença de sintomas próprios do climatério e o impacto negativo na qualidade de vida das mulheres corroboram a necessidade de uma atenção especial orientada para esse período de vida (Freitas et al., 2017).

Nesta perspectiva, acrescenta-se que os profissionais de saúde devem fornecer informações e esclarecimentos no sentido, incluindo a presença do parceiro para que ele possa entender que o climatério é um período de transição que carece de apoio e companheirismo. Para isso deve-se qualificar a escuta, acolher as queixas e estimular homens e mulheres a conhecerem as diversas fases da vida (Leite, Taschetto, Hildebrandt, & Van der Sand, 2013).

As mulheres do presente estudo manifestam dúvidas quanto a reposição hormonal, o estrógeno é disponível no mercado há mais de seis décadas, mesmo assim, há pouco conhecimento quanto ao risco e aos benefícios da terapia hormonal na menopausa (THM), bem como em relação ao tipo de terapia mais apropriada, terapia estrogênica isolada ou associada a progestágenos. A publicação de estudos controlados, randomizados, acentuou a controvérsia risco e benefício. Milhares de mulheres são tratadas com THM para alívio dos sintomas menopausais, associando sintomas vasomotores e sudorese, principal indicação da estrogoterapia. Outras podem insistir no tratamento, visando a prevenção de



doenças crônicas. Estudos observacionais dos efeitos metabólicos e vasculares do estrógeno sugerem um benefício em potencial na redução do risco de doenças vasculares, mas estudos randomizados e controlados não demonstraram nenhuma evidência de que a terapia hormonal pudesse beneficiar as mulheres com doença vascular previamente instalada ou em mulheres aparentemente saudáveis. O aumento do risco de câncer de mama e doença tromboembólica confirmou-se nesses estudos. A incidência em números absolutos de efeitos adversos é baixa e o risco individual no primeiro ano de tratamento é muito baixo. Os riscos são cumulativos com o tempo de uso. Conclui-se que a relação risco e benefício deve ser individualizada (Pardini, 2014).

Um estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres na fase do climatério, com ou sem uso de terapia de reposição hormonal. Foram utilizados a *scale rating menopause* (MRS) e o *medical outcomes study 36- item short-form health survey* (SF-36). Concluiu-se que a TRH tem efeitos significativos na amenização dos fenômenos vasomotores. Estando a qualidade de vida mais ligada a fatores emocionais, psicológicos e sociais, as mulheres de ambos os grupos apresentaram qualidade de vida boa. O estudo propõe que os resultados obtidos devam ser utilizados como subsídios para estratégias na política de atenção à mulher, evidenciando-se as inserções de atividades relacional e social, o que interfere na significativa melhoria dos sintomas advindos da vivência e aceitação do período (Miranda, Ferreira, & Corrente, 2014).

5 Considerações Finais

Apreendeu-se a partir das perspectivas das mulheres climatéricas a necessidade de obterem informações, serem acolhidas e incluídas no atendimento integral e ampliado pela equipe de saúde o que deve ser pautado no diálogo e troca de informações, com vistas a amenizar o sofrimento imposto por esse momento de vida. Além disso, elas também sugerem que o atendimento seja realizado por especialistas, por se tratar de necessidades específicas e que nem todos os profissionais conhecem em profundidade. Depreende-se ser necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam bem qualificados e conscientes sobre as concepções e as necessidades de saúde das mulheres climatéricas, com vistas a lhes darem apoio na melhoria do cuidado integral, individualizado e com resolutividade na rede de atenção à saúde do referido município do estado de São Paulo.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portal da Saúde. Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Feitosa, J. C. M., Pereira, A. K. L., Camboim, J. C. A., Camboim, F. E. F., & Sousa, M. N. A. (2015). Assistência de enfermagem à mulher no climatério. *Revista Coopex*, 6(6), 1–10.
- Freitas, R. F., Freitas, T. F., Vieira, D. R., Reis, V. M., Damasceno, R. F., Dullius, F. P., & Rocha, J. S. (2017). Qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas na Atenção Primária à Saúde. *Revista Espacios*, 38(36), 27–38.
- Fundação Seade. (2017). Seade disponibiliza projeções de população e domicílios até 2050 | Fundação



- Seade. Retrieved January 28, 2018, from <http://www.seade.gov.br/seade-disponibiliza-projecoes-de-populacao-e-domicilios-ate-2050/>
- IBGE. (2017). Cidades@: Marília (SP). Retrieved January 18, 2018, from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>
- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade E Estado*, 24(3), 679–712.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2012). *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo*. Brasília: Liber Livro.
- Leite, M. T., Taschetto, A., Hildebrandt, L. M., & Van der Sand, I. C. P. (2013). O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 344–351. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.15424>
- Miranda, J. S., Ferreira, M. L. S. M., & Corrente, J. E. (2014). Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 803–809.
- Moscovici, S. (2009). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, Z. M., Vargens, O. M. C., Acioli, S., & Santos, R. S. (2017). Nursing care in the climateric: demedicalizing perspective in primary health care. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 11(2), 1032–1043. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13474/16179>
- Pardini, D. (2014). Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia E Metabologia*, 58(2), 172–181.
- Reis, C. B., & Andrade, S. M. O. (2008). Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 61–70.
- Silva, C. B., Busnello, G. F., Adamy, E. K., & Zanotelli, S. S. (2015). Practice of nurses on attention to women in the climacteric period. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 9(Supl 1), 312–318. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10341/11046>
- Souza, S. S., Santos, R. L., Santos, A. D. F., Barbosa, M. O., Lemos, I. C. S., & Machado, M. F. A. S. (2017). Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. *Reprodução & Climatério*, 32(2), 85–89.



5.3.5 Artigo - Associação entre ter e não ter filhos com escores de ansiedade e depressão em mulheres climatéricas

(Será encaminhado para a Revista RGOB)

ASSOCIAÇÃO ENTRE TER E NÃO TER FILHOS COM ESCORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES CLIMATÉRICAS

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto¹

Maria de Lourdes Marques Ferreira²

Maria José Sanches Marin³

Hélio Rubens de Carvalho Nunes⁴

Antônio Carlos Siqueira Júnior⁵

Marco Antonio Mazzetto⁶

Marie Oshiiwa⁷

RESUMO

Objetivo: Analisar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres climatéricas com e sem filhos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de campo. Foram investigadas 204 mulheres com faixa etária entre 45 a 60 anos, atendidas em unidade da rede de atenção à saúde em município do estado de São Paulo. A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de entrevista, dados sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos, hábitos de vida, estado de saúde e questionários de Ansiedade e Depressão de Hamilton (HADS) para avaliação da ansiedade e depressão, foram aplicadas as mulheres climatéricas com filhos do Grupo 1 e do Grupo 2 mulheres climatéricas sem filhos. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto da pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa, durante o ano de 2016, chegando a abril de 2017. **Resultados:** A média etária das mulheres entrevistadas do G1 foi de 52,7±4,5 anos e das do G2 54,0 ±5,5 anos. Há associação significativa de escore de ansiedade e depressão e participar de programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde ($p<0,05$). Não houve associação significativa de escore de ansiedade e depressão e ter filhos ($p>0,05$). **Conclusão:** Acredita-se que a temática requer mais estudos que devem ser feitos com a mulher de meia idade referentes a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão devido ser época de grande vulnerabilidade para estes agravos e propor uma atenção qualificada pelos profissionais na rede de atenção de saúde.

Palavras-chaves: Climatério. Saúde da mulher. Ansiedade. Depressão

Introdução

A população mundial está envelhecendo rapidamente. Entre as principais preocupações dos estudiosos de demografia pelas estimativas da ONU, é a de que a população irá triplicar nos próximos 40 anos (BUARQUE, 2011).

Embora os avanços científicos e tecnológicos tenham permitido que as pessoas vivam mais tempo, uma parte da população não aproveita os benefícios da expansão desse tempo vivido. Muitos apresentam múltiplas doenças crônicas e suas deficiências que comprometem a qualidade de vida. As consequências também são dispendiosas para a sociedade (NIKOLICH-ZUGICH, *et al.* 2016). Tem-se a constatação de que idosos envolvidos em atividades biopsicossociais tendem a viver com menos alterações e de uma forma mais satisfatória (PASQUALÃO, 2017).

Quando se trata do processo de envelhecimento, tem se constatado que as mulheres vivem mais tempo comparativamente com os homens, porém, elas estão mais sujeitas à ocorrência de doenças e de cuidado prolongado. Para as mulheres, o climatério representa um importante marco de passagem da vida adulta para a velhice (BRASIL, 2013).

As mudanças relacionadas ao climatério, percebidas devido ao estado de hipoestrogenismo, são acompanhadas por um conjunto de sintomas, incluindo ondas de calor, parestesia, dores nas articulações, dores de cabeça, suores noturnos, secura vaginal, enfraquecimento do assoalho pélvico muscular, dispareunia, insônia e desordens de humor (CABRAL, *et al* 2012; RIBEIRO; MAGALHÃES; MOTA, 2013).

Em um estudo da *Women's Health Across the Nation* (SWAN), *Mental Health Study* (MHS), demonstrou que história familiar de depressão é fator de risco significativo para experimentar episódio de depressão maior durante a meia idade, acima e além dos fatores básicos de saúde, características psicossociais ou histórias das mulheres de depressão anterior entrando na meia idade (COLVIN, *et al.* 2014).

Algumas mulheres, no entanto, podem passar por essas mudanças sem sofrer grandes danos e com uma boa qualidade de vida se assistidas

adequadamente. Sendo assim, a atenção à saúde deve incorporar conceitos de promoção da saúde e clínica ampliada em substituição ao modelo medicalizado. Para tanto, é preciso reconhecer quais as reais necessidades dessa parcela da população.

Um estudo objetivou analisar as mudanças biopsicossociais vivenciadas por mulheres no climatério. Emergiram duas categorias: Vivências de mulheres climatéricas: corpo e mente se transformam, observou-se queixas psíquicas como depressão, choro fácil, tristeza, agitação, ansiedade e outros sintomas como ganho de peso, ondas de calor, artralgias e cefaleia, uma visão patológica do climatério. A outra categoria, repercussões e reflexos das estruturas e das dinâmicas familiares na qualidade de vida de mulheres no climatério, o convívio familiar surge como limites com demandas de dificuldades existenciais e de sobrevivência em que a mulher de meia idade é convidada a assumir funções que a sobrecarregam e se deparam com desafios, confrontando com problemas conjugais subsidiados de violência. Observou-se necessidade de implementar assistência em que a mulher possa expressar os sentimentos acerca do momento vivido, não podendo mais restringir a saúde nesta fase a questões meramente orgânicas (VELOSO; NERY; CELESTINO, 2014).

Muitas mulheres com ou sem filhos, vivem o período de climatério de forma natural, e outras se incomodam com os sintomas que podem comprometer sua qualidade de vida e bem-estar. E alguns eventos da vida, acontecem neste período como: a saída dos filhos de casa, perda do companheiro, aposentadoria, muitas vezes as mulheres são cuidadoras de seus pais, pois estão envelhescentes. Coincidindo esta fase também, com a perda da fertilidade. As mulheres, desta forma, podem viver este momento com sentimentos de desvalia, stress, ansiedade, depressão, sofrimentos e conseqüentemente com menos qualidade de vida.

Portanto, analisar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão no climatério em mulheres mães e naquelas que não tiveram filhos é o objetivo principal desta pesquisa.

MÉTODOS

Trata-se de estudo com delineamento transversal de campo, com abordagem quantitativa. Foram investigadas 204 mulheres com faixa etária entre 45 a 60 anos, atendidas em unidades da rede de atenção básica à Saúde de um município do interior paulista.

A coleta de dados foi realizada com início no ano de setembro de 2015, durante o ano de 2016, ocorrendo até abril de 2017. As unidades de saúde foram escolhidas aleatoriamente, correspondendo às unidades que atendiam mulheres com a faixa etária de 45 anos a 60 anos. Considerando o número da população de mulheres com filhos e sem filhos no município de Marília, e dados de 2014, dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), as mulheres com filhos eram de 26.600 mil mulheres e as sem filhos foram 3.600 mil mulheres. Segundo o cálculo estatístico de cada unidade, foram entrevistadas 12 mulheres com filhos e cinco mulheres sem filhos, na faixa etária estudada. As entrevistas ocorreram em 13 unidades de saúde, sendo quatro UBS. Duas, parte da população possuía planos de saúde particulares e em duas outras, menos planos de saúde. Dentre as nove USF, quatro delas possuíam planos particulares de saúde e cinco, menos planos.

Os desfechos utilizados foram ansiedade medida pela escala de Ansiedade de Hamilton (HAS) com pontuação (que varia de 0 a 56 pontos) e depressão medida pela escala e Depressão de Hamilton (HDS) com pontuação que varia de 0 a 62 pontos).

Os critérios de exclusão coincidem com as situações que não atendem as razões apresentadas para a inclusão, sendo portadoras de transtornos psicocognitivos que não pudessem fornecer informações.

Supondo amostragem aleatória simples, erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente. Quanto a comparação entre mulheres com e sem filhos em relação a pontuação das escalas de Ansiedade e Depressão de Hamilton, supondo desvio-padrão igual a 10,2 (CARVALHO; CABRAL, 2015), foram necessários 141 mulheres com filho e 42 mulheres sem filho para se detectar diferença acima de 5 pontos entre mulheres com e sem filhos. Portanto, estima-se que o poder dos testes de significância empregados com as 204 mulheres esteja acima de 80%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. No início de cada entrevista, foi solicitada às participantes a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os procedimentos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer: 1.031.180.

Resultados

O estudo foi realizado com 204 mulheres sendo 144 mulheres climatéricas com filhos (Grupo1- G1) e com 60 mulheres climatéricas sem filhos (Grupo2 - G2).

Com relação à média etária, verificou-se que no G1 foi de $48,7 \pm 4,5$ anos e as que estavam no G2 de $54,0 \pm 5,5$ anos.

Com relação ao cenário de atenção à saúde, 99 (68,7%) mulheres do G1 e 40 (66,7%) do G2 são atendidas nas unidades da ESF.

A maioria das mulheres entrevistadas são de cor branca e de religião católica 63,1%, 54,1% do G1 e 71,7%, 60,0% do G2. Em relação ao estado conjugal, no G1 68,8% vivem com companheiro e no G2 71,7% vivem sós. A renda familiar é de até dois salários mínimos, para 48,6% das mulheres do G1 e 51,7% daquelas do G2. Em mais da metade das mulheres do G1 o nível de escolaridade é de ensino médio incompleto ou menos e 60% das mulheres do G2 contam com nível médio completo ou mais. Nos dois grupos, a maioria das mulheres exercem trabalho remunerado, sendo 62,5% do G1 e 55,0% do G2 (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres climatéricas mães e que não tiveram filhos, atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.

Características	G1 Com filhos (%)	G2 Sem filhos (%)
Amostra (n)	n=144 (70,6%)	n=60 (29,4%)
Cenário		
UBS	n=45 (31,3%)	n= 20 (33,3%)
USF	n= 99 (68,7%)	n= 40 (66,7%)
Idade	$48,7 \pm 4,5$	$54,0 \pm 5,5$
Cor/raça		
Branca	63,1	71,7
Parda	31,3	13,3
Outras	5,6	15,0
Religião		
Católica	54,1	60,0
Evangélica	29,8	21,7
Outras	16,1	18,3
Escolaridade		

Analfabeta	2,1	-
Fundamental incompleto	22,9	23,3
Fundamental completo	11,8	8,3
Médio incompleto	14,6	8,3
Médio completo	33,3	26,7
Superior incompleto	2,1	6,7
Superior completo	13,2	26,7
Estado conjugal		
Vive só	27,8	71,7
Vive com companheiro	68,8	28,3
Outros	3,4	-
Renda familiar		
Sem Renda	0,6	-
Até 2 salários	48,6	51,7
3-5 salários	41,0	33,3
6 ou mais salários	8,4	13,3
Sem declaração	1,4	1,7
Trabalho/Aposentadoria		
Remunerado	62,5	55,0
Aposentada	9,0	28,3
Não Remunerado	28,5	16,7

Fonte: Dados apresentados pelas pesquisadoras
Idade: Teste t de Student(p-valor=0.000)

Com relação ao estado menopausal, no G1, 67,4% das mulheres são menopausadas, e no G2, são 75% delas. Em ambos os grupos a maioria possui plano de saúde, sendo 59,7% no G1e 55% no G2.

Em relação a autoavaliação referida de saúde, em ambos os grupos apresentaram auto avaliação boa e muito boa no G1 60,5% e no G2 66,7%. A utilização de métodos contraceptivos na vida reprodutiva, foi comum nas mulheres do G1 78,5%; já as do G2, 51,7% não as utilizaram. Com relação ao tipo de método contraceptivo, nos dois grupos os contraceptivos hormonais orais foram os mais usados na vida reprodutiva, no G1 67,9% e G2 68,6%.

Entre as mulheres do G1, 95,9% afirmam ter amamentado seus filhos. A maioria das entrevistadas utiliza medicamento regularmente, 87,6% do G1 e 92,4% do G2. O tratamento alternativo, considerando atividade física regular, prática de Yoga, alimentação à base de soja, acupuntura, homeopatia e fitoterapia, foi utilizado por ambos os grupos, 38,2% e 51,7% no G1 e G2, respectivamente. Referindo-se ao uso de drogas lícitas e ilícitas, 37,3% das mulheres do G1 e 40,7% nas mulheres do G2 fazem uso de álcool socialmente e, 25,4% do G1 e 51,9% do G2 são tabagistas (Tabela 2).

Tabela 2 – Características da saúde das mulheres climatéricas do Grupo 1 (com filhos) e Grupo 2 (sem filhos), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.

Características	G1 (70,6%)	G2 (29,4%)
Idade	54,6±3,9	56,1±4,4
Menopausadas	48,7 ± 2,7	47,5 ± 2,5
Não	32,6	25,0
Sim	67,4	75,0
São menopausadas		
Até 5 anos	27,1	10,0
Acima de 5 anos	40,4	65,0
Plano de Saúde suplementar		
Sim	40,3	45,0
Não	59,7	55,0
Auto avaliação de saúde		
Muito ruim/Ruim	10,5	5,0
Regular	29,2	28,3
Muito Boa/Boa	60,5	66,7
Contraceptivo em idade fértil		
Sim	78,5	48,3
Não	21,5	51,7
Tipo de contraceptivo em idade fértil		
Métodos naturais	7,3	2,9
Contraceptivos hormonais orais	67,9	68,6
Contraceptivos hormonais injetáveis	10,2	8,6
Outros	14,6	20,0
Uso de medicamento Regular		
Sim	86,8	86,7
Não	13,2	13,3
Tratamento Alternativo	38,2	51,7
Uso de drogas lícitas e ilícitas		
Álcool	37,6	40,7
Tabaco	25,4	51,9
Álcool e Tabaco	33,9	7,4
Maconha, Cocaína e Tabaco	1,7	-
Maconha	1,7	-

Fonte: dados das autoras.

Considerando a escala de ansiedade de Hamilton (HAS), a maioria das mulheres apresentaram escores ausentes no G1 em 56,9% e no Grupo 70%. Embora 18,8% das mulheres do G1 e 10% do G2 apresentem escores referentes a ansiedade leve, sendo que na comparação entre os dois grupos, não houve diferença estatisticamente significativa, p-valor = 0,208.

Os escores de depressão de Hamilton (HDS) prevaleceram leves em ambos os grupos, 47,9% e 58,4%, nos grupos G1 e G2 respectivamente. Entretanto, pode-se inferir que a severidade dos escores de depressão foi maior no grupo G1, uma vez que valor de p-valor = 0,0165. Conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição percentual da classificação dos scores de Ansiedade, Depressão e Índice Menopausal, das mulheres climatéricas do G1 e G2, atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Variáveis	G1	G2
Ansiedade		
Leve	18,8	10,0
Moderada	11,1	10,0
Severa	13,2	10,0
Ausente	56,9	70,0
Depressão		
Leve	47,9	58,4
Moderada	20,1	8,3
Severa	9,7	3,3
Ausente	22,2	30,0

Fonte: Dados elaborados pela autora

Teste de Qui-quadrado:

Ansiedade p-valor = 0,2088

Depressão p-valor = 0,0165

Observa-se na Tabela 4 que há associação significativa de escore de ansiedade e ter vínculo com programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde ($p < 0,05$), sendo que o escore de ansiedade é em média 4,7 vezes menor entre as mulheres que participam dos programas em comparação com as mulheres que não participam. Os escores de ansiedade também apresenta resultados estatisticamente significativos quando associado com o auto relato das condições de saúde como boa ou muito boa, problemas ósseos e disfunção do sono, sendo que as mulheres com ansiedade apresentam sete vezes mais a possibilidade de relatar a condição de saúde como ruim ou muito ruim, 3,2 vezes a possibilidade de ter problemas ósseos articulares e 3,4 vezes a possibilidade de ter distúrbio do sono, 2,1 vez de ter constipação e 3,1 de ter irritabilidade.

Não houve associação significativa de escore de ansiedade e ter filhos. Conforme demonstra a Tabela 4

Tabela 4 - Análise de regressão para o escore de ansiedade em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	14,233	6,668	21,797	,000
Vínculo a programas	-4,710	-7,683	-1,738	,002
Escolaridade $\geq$ Médio completo	-1,972	-4,780	,836	,168
Trabalho Remunerado	1,530	-1,107	4,167	,254
Renda Familiar > de 1 salário mínimo	,462	-3,279	4,203	,808
Adoção de Filhos	6,844	-,175	13,863	,056
Opção de não ter filhos	2,959	-2,225	8,143	,262
Estado de saúde muito ruim e ruim	-7,014	11,506	-2,522	,002
Uso de medicamento Regular	1,896	-1,712	5,505	,301
Diabetes	2,052	-,968	5,072	,182
Problemas Ósseos Articulares	3,234	,382	6,086	,026
Disfunção do Sono	3,434	,859	6,010	,009
Possuir Constipação	2,870	,123	5,618	,041
Irritabilidade	3,169	,579	5,758	,017
Tontura	4,359	1,519	7,200	,003
Ter Filhos	,973	-1,926	3,872	,509

*Variável Dicotômica (Sim/Não) Considerado Sim

A Tabela 5 Mostra a análise de regressão para o escore de depressão em função dos potenciais fatores associados.

Observa-se que há associação significativa do escore de depressão ($p < 0,05$) e possuir vínculos à programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde, em média, 2,4 pontos a menos entre as mulheres que são vinculadas aos programas, em comparação as mulheres que não são vinculadas aos programas.

Há associação significativa do escore de depressão e ter ocupação na área da saúde ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é, em média, 2,4 pontos a menos entre as mulheres com ocupação na área da saúde, em comparação com as mulheres cuja a ocupação não é na área da saúde.

Há associação significativa do escore de depressão e ter amamentado na fase de lactação ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média mais 11,6

pontos mais entre as mulheres que amamentaram seus filhos, em comparação com as mulheres que não amamentaram.

Há associação significativa do escore de depressão e ter estado auto relatado de saúde ruim e muito ruim ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média, 6,1 pontos mais entre as mulheres que possuem estado de saúde auto relatado ruim, em comparação as mulheres cujo o estado de saúde auto relatado é muito bom.

Há associação significativa do escore de depressão e fazer uso regular de medicamento ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média 3,4 pontos a mais entre as mulheres que usam medicamento regular, em comparação com as mulheres que não fazem uso de medicamento regular.

Há associação significativa do escore de depressão e ter problemas de visão ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 3,5 pontos a mais entre as mulheres com problemas de visão, em comparação com as mulheres que não possuem problemas de visão.

Há associação altamente significativa do escore para depressão e ter disfunção de sono ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 4,5 pontos a mais entre as mulheres com problemas de disfunção de sono, em comparação com mulheres que não possuem de disfunção de sono.

Há associação significativa do escore para depressão e ter irritabilidade ($p < 0,05$) sendo que o escore de depressão é em média 3,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem irritabilidade, em comparação com as mulheres que não possuem irritabilidade.

Há associação significativa do escore para depressão e ter tonturas ($p < 0,05$), sendo que o escore de depressão é em média 3,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem tonturas, em comparação com as mulheres que não possuem tontura.

Não houve associação significativa em escore de depressão e ter filhos ($p < 0,05$). Conforme demonstra a tabela 5

Tabela 5 - Análise de regressão para o escore de depressão em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	8,361	2,292	14,429	,007
Vínculo à programas	-2,432	-	-,098	,041
		4,767		
Esc. $\geq$ Médio Completo	-2,118	-4,353	,117	,063
Ocupação em área de saúde	-2,425	-4,819	-,030	,047
Trabalho Remunerado	,478	1,654	2,611	,659
Renda Familiar >1 salário mínimo	2,275	-,628	5,179	,124
Presença de Aborto	1,538	-,875	3,951	,210
Mulheres que amamentaram	11,618	2,116	21,119	,017
Estado de saúde Ruim e muito ruim	-6,148	9,607	-2,690	,001
Uso de medicamento Regular	3,432	,579	6,284	,019
Presença de problemas de visão	3,508	,325	6,691	,031
Problemas de Pressão Arterial	-1,988	4,023	,047	,056
Presença de disfunção do Sono	4,516	2,562	6,470	,000
Presença de Irritabilidade	3,200	1,157	5,244	,002
Presença de Tonturas	3,212	1,030	5,394	,004
Ter Filhos	,949	-1,236	3,133	,393

*Variável Dicotômica(Sim/Não) Considerado Sim

Discussão

Com relação a faixa etária das participantes do presente estudo, as mulheres apresentam à média etária no G1 de 48, 7($\pm$ 4,5) anos e no G2 54($\pm$ 5,5) anos. E o estado menopausal no G1 67,4% as mulheres estão na menopausa e acima de cinco anos de menopausa em 40,4% e no G2 são menopausadas em 75% e acima dos cinco anos de menopausa em 65%. E a média de idade da menopausa foi de 48,7 $\pm$ 2,7 anos no G1 e 47,5 $\pm$ 2,5 anos no G2.

Um estudo que avaliou a idade média da menopausa e os fatores associados aos sintomas menopausais em mulheres do sudeste do Brasil. A média etária das mulheres foi de 52,5($\pm$ 4,4) anos e com relação ao estado menopausal 16% das mulheres encontravam-se na pré-menopausa, o mesmo número na perimenopausa

e 68% estavam nos pós menopausa. A média etária de ocorrência da menopausa foi de $46,5 \pm 5,8$ anos. A intensidade dos sintomas que foram significativos com valor de $p < 0,05$ foram: depressão/ ansiedade, doenças osteoarticulares, auto- percepção do estado de saúde regular, ruim ou péssimo, antecedente de aborto, tratamento para a menopausa atual ou prévio, estar na perimenopausa ou pós menopausa, número de partos normais > 1 e asma associaram-se a maior severidade de sintomas menopausais e apresentar maior idade associou-se com menor intensidade dos sintomas da menopausa (LUI FILHO et al, 2015).

A partir dos resultados e considerando a presença dos sintomas de ansiedade e depressão em mulheres climatéricas do G1 e G2 atendidas na rede básica de atenção à saúde, observamos que não houve associação significativa entre ansiedade e depressão e ter filhos ($p > 0,05$).

Corroborando com o presente estudo, com relação ao escores de ansiedade em nossa população foi ausente em 56,9% no G1 e 70,0% no G2. E com relação ao escore de depressão foi leve em 47,9% no G1 e 58,4% no G2.

Já os escores de ansiedade pela análise de regressão múltipla das mulheres do presente estudo, se apresentaram significativos com $p < 0,05$, as mulheres que apresentam o estado de saúde auto referidos muito ruim e ruim, problema ósseo articular, disfunção do sono, constipação, irritabilidade e tontura.

Um estudo objetivou determinar se a insônia que se desenvolve no contexto da transição para a menopausa (insônia de transição da menopausa, MTI) é caracterizada similarmente pela excitação autonômica. Foi levado em consideração a modulação do SNA pelas alterações hormonais do ciclo menstrual, fator que não havia sido considerado anteriormente nos estudos sobre insônia. A frequência cardíaca (FC) foi significativamente elevada (em -4bpm) no MTI em comparação com os controles nas fases folicular e lútea, ao longo de horas da noite, inclusive durante períodos não perturbados de sono NREM e REM ($p < 0,05$). Uma FC maior tendeu a estar associada a índices de VFC vagal no domínio da frequência e do tempo mais baixos no MTI em comparação com os controles. Em ambos os grupos, a FC foi significativamente maior e as medidas de VFC totais e altas foram menores na fase lútea em comparação à fase folicular ($p < 0,05$). Além disso, o REM, comparado ao sono NREM, foi caracterizado pelo aumento da FC associado à diminuição da modulação vagal e ao aumento do equilíbrio simpático ($p < 0,01$). A insônia na transição da menopausa é caracterizada por hiperatividade noturna

autônômica durante as fases folicular e lútea do ciclo menstrual, o que poderia ser um fator na etiologia da MTI, bem como um potencial fator de risco CV(de ZAMBOTTI; TRINDER ; COLRAIN; BAKER, 2017).

Considerando os escores de depressão pela análise de regressão, nesse estudo, que se apresentaram significativos com valor de $p < 0,05$, as mulheres que apresentam o estado de saúde auto relatado ruim e muito ruim, que amamentaram seus filhos, uso regular de medicamentos, problemas de visão, disfunção do sono, irritabilidade e tontura.

O objetivo de um estudo foi comparar medidas de qualidade de vida (QV), suporte social e incapacidade funcional em mulheres com mulheres com depressão na perimenopausa (DPM) e não-deprimidas. Avaliamos mulheres com idade entre 40 e 60 anos que apresentavam irregularidade no ciclo menstrual, níveis elevados de FSH no plasma e preenchiam os critérios para a perimenopausa. Mulheres com DPM relataram diminuição significativa da QV, apoio social e ajuste e aumento da incapacidade em comparação com mulheres não-deprimidas na perimenopausa. Nem o estado reprodutivo da perimenopausa sozinho nem a presença de ondas de calor tiveram um impacto negativo significativo nas medidas de QV. O estado perimenopausico é acompanhada por reduções significativas na QV, apoio social e incapacidade, semelhantes à depressão em mulheres em outras fases da vida. A PMD também pode contribuir para a diminuição da qualidade de vida em amostras comunitárias ou clínicas de mulheres na perimenopausa. Ainda não está claro se as características clínicas que identificamos refletem os fatores de risco pré-existentes para depressão durante a perimenopausa ou os efeitos de uma depressão atual (BATSHEBA, et al 2017).

Houve associação significativa entre os escores de ansiedade e depressão e mulheres que participaram de programas oferecidos pela rede de atenção de saúde ($p < 0,05$).

Confirma-se, assim, os benefícios do envelhecimento ativo e o envolvimento de pessoas idosas em atividades biopsicossociais (PASQUALÃO, 2017).

A menopausa é considerada uma das fases de evolução no ciclo de vida da mulher com repercussões diretas na qualidade de vida e no bem-estar psicológico (SHIRVANI; HEIDARI, 2016).

Considerando os sintomas ausentes de ansiedade e depressão leve de nosso estudo, a maioria das mulheres de ambos os grupos de nosso estudo, estão na menopausa. A depressão durante a perimenopausa é frequentemente associada ao histórico de depressão anterior (incluindo síndrome pré-menstrual e depressão pós-parto), a uma transição da menopausa mais longa ou a sintomas severos relacionados à menopausa, como fogachos, gerando vulnerabilidade às mudanças hormonais em algumas mulheres. Outros fatores de distúrbios de humor durante a perimenopausa incluem distúrbios da tireoide, efeitos colaterais de medicamentos e fontes de estresse cotidianas. Esse período pode ser uma oportunidade para transformações positivas e amadurecimento, mas algumas mulheres podem se sentir oprimidas, fora de controle, com raiva ou entorpecidas, podem procurar conforto no álcool ou nas drogas, piorando seus problemas. Apoio e encorajamento podem ajudar a mulher a prosperar novamente para viver anos que podem ser os melhores de sua vida (NAMS, 2012; SOBRAC, 2013). Corroborando com nosso presente estudo com relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas as participantes do G1 fazem uso do álcool socialmente em 37,6% e usam o tabaco em 51,9% no G2.

A terapia de reposição hormonal, tem sido o tratamento para os sintomas da menopausa e climatério, a insegurança das mulheres frente à possibilidade dos possíveis efeitos colaterais e riscos provocados pela terapia de reposição hormonal por tempo prolongado, contribuíram para a escolha e utilização progressiva da medicina alternativa e complementar para o tratamento de tais sintomas. Afirmando em nosso estudo, que as participantes fazem uso de tratamento alternativo como o Yoga, uso de soja na alimentação, atividade física, homeopatia, fitoterapia e outros em 38,2% no G1 e 51,7% no G2. Uma pesquisa bibliográfica com artigos publicados nos últimos 15 anos, apresentando a sintomatologia de ondas de calor, alterações psicogênicas, fadiga, irregularidade dos ciclos menstruais, mastodínia depressão e alterações metabólicas. E o tratamento com reposição hormonal é o mais efetivo, com melhora dos sintomas em 80 a 90% dos sintomas. Como tratamentos alternativos os exercícios físicos, o yoga e dietas ricas em isoflavonas, as quais também mostraram efeitos benéficos na melhora da sintomatologia. Quanto aos medicamentos homeopáticos, vários estudos apontam efeitos benéficos no tratamento do climatério, quando comparados ao placebo. Concluiu-se evidências observacionais demonstrando associação entre o tratamento homeopático e a melhora dos fogachos, fadiga, ansiedade, depressão, qualidade de vida para as

mulheres na menopausa e as sobreviventes do câncer de mama; porém o quanto desta melhora se deve aos cuidados, ou aos efeitos dos medicamentos homeopáticos ainda permanece obscuro (MARTINS,2014).

As participantes de nosso estudo apresentaram escores de depressão significativos $p < 0,05$, fazendo uso de medicamentos regularmente como anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, medicamentos para tratamento de doenças autoimunes, hipoglicemiantes, contraceptivos hormonais, analgésicos e anti-inflamatórios. Uma minoria de participantes do nosso estudo que são atendidas pela rede de atenção básica de saúde, não faz uso de terapia de reposição hormonal. Estudo australiano randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e cruzado em 29 mulheres chinesas na pós-menopausa, que receberam 3,3 g dia de *Lepidium meyenii* (Maca), usado por sua propriedade afrodisíaca, melhorou a ansiedade e as pontuações depressivas. A Maca não exerceu ação biológica hormonal ou imune; no entanto, pareceu reduzir os sintomas de depressão e melhorar a pressão arterial diastólica em mulheres chinesas pós-menopáusicas. Embora os resultados tenham sido comparados aos estudos semelhantes publicados anteriormente nas mulheres pós-menopáusicas, pode haver uma diferença cultural entre as mulheres chinesas pós-menopáusicas em termos dos resultados dos sintomas (STOJANOVSKA et al., 2014).

O climatério está cada vez mais presente na vida das mulheres devido ao aumento da expectativa de vida, e demanda estratégias que melhorem sua qualidade de vida. Um estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres na fase do climatério, com ou sem uso da terapia de reposição hormonal (TRH). Foram aplicados à amostra a *Menopause Rating Scale* (MRS) e o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). As usuárias de TRH apresentaram média etária de $50,76 \pm 3,63$ anos, e as não usuárias de $48,95 \pm 6,27$ anos ($p=0,01$). Relataram maior frequência de sintomas climatéricos de intensidade leve a moderada. Os aspectos sociais apresentaram escore abaixo de 50 para os dois grupos. Houve diferenças entre os grupos em relação aos componentes do SF-36 e MRS para estado geral de saúde, capacidade funcional, menor capacidade, depressão, insônia e fenômenos vasomotores (MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Conclusão

Este estudo analisou os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em mulheres climatéricas com e sem filhos atendidas na rede básica e evidenciou que não houve associação significativa entre os escores de ansiedade e depressão e ter filhos ($p < 0,05$). As participantes apresentaram escores de ansiedade mais altos, segundo a tabela de regressão múltipla com variáveis em ter auto relato de saúde ruim e muito ruim, problemas ósseos articulares, disfunção do sono, constipação, irritabilidade e tontura ($p < 0,05$).

Com relação aos escores de depressão mais altos segundo a tabela de regressão múltipla, com associação significativa, as variáveis foram as participantes que amamentaram seus filhos, com auto relato de saúde ruim e muito ruim, uso regular de medicamentos, presença de problemas de visão, disfunção do sono, irritabilidade e tonturas ($p < 0,05$).

Foi altamente significativo em relação aos menores escores de ansiedade e depressão as participantes participarem de programas oferecidos pela rede básica de saúde como programas de dislipidemia, alimentação saudável, preparação física, atividades manuais como crochê e artesanato, hipertensão entre outros. Visto a necessidade, importância e aumento da qualidade de vida de investirem em programas públicos voltados ao atendimento à mulher de meia idade.

Com relação aos escores de ansiedade foram ausentes em ambos os grupos e depressão leve em ambos os grupos

Acredita-se que a temática requer mais estudos por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para esses agravos e propõe-se uma atenção qualificada pelos profissionais na rede de atenção de saúde.

O atendimento deve ser feito pela equipe multiprofissional e interdisciplinar com diagnóstico precoce de doenças crônicas, atendimento ginecológico e psicoclínico, de modo que as mulheres possam reconhecer a fase pela qual estão passando, fazendo escolhas de alternativas em prol da qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIA

BUARQUE, D. <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/10/envelhecimento-da-populacao-mundial-preocupa-pesquisadores.html>, acesso: 23 novembro 2017.

PASQUALÃO, A.C.M. Envelhecimento ativo: As possibilidades de transpor o foco de prevenção para além do controle de doenças. Monografia apresentada ao Programa de aprimoramento profissional. Secretaria do Estado de São Paulo, elaborada no Hospital do Servidor Público Estadual.HSPE/Geriatria-área Serviço Social.2017

NIKOLICH-ŽUGICH, J. , GOLDMAN, D. P, COHEN, P. R. , CORTESE, D. , FONTANA, L. , . KENNEDY, B. K, MOHLER, M. J., OLSHANSKY, S. J. , PERRY T. P.D. , RICHARDSON A. , RITCHIE,C. WERTHEIMER, RICHARD, A. M., FARAGHER G. A., FAIN, M. J. Preparing for an Aging World: Engaging Biogerontologists, Geriatricians, and the Society Journals of Gerontology: Biological Sciences cite as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, Vol. 71, No. 4, 435–444

FONTE SIDRA: <http://www.sidra.ibge.gov.br/> Antônio LUIZ Carvalho LEME Tecnologista em Informáticas Estatísticas e Geográficas. Disseminação de Informáticas Estatísticas e Geográficas. Unidade Estadual de São Paulo - Agência de Marília Av. Nelson Spielmann, 940 - Marília - SP Telefones: (014) - 3433 4693 e 3432 4175

Em 2015 esperança de vida ao nascer de 75,5 anos

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/9490-em-2015-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-75-5-anos.html>

Apresentação de eventos vitais

<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v>, 2014

SHIRVANI, M.; HEIDARI,M. Quality of life in postmenopausal female members and no members of the elderly support association.J Menopausal Med.2016;22:154-60

KIM,T.H.;LEE,H.H.Alternative therapy trends among Korean postmenopausal women.J Menopausal Med, 2016;22:4-5

ENKHBOLD, T. LEE,H.H.Management of menopausal symptoms in Mongolia, J. Menopausal.Med, 2016; 22:55-8.

HEIDARE,M.;GHODUSI,H.R.Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women.J. MenopausalMed.2017;23:42-48.

COLVIN, A.;RICHARDSON,G.A.;CYRANOWWSKI,J.M.;YOUK,A.& BROMBERGER,J.T.(2014).Does Family history of depression predict major depression in midlife women?Study of Women's Health Across the Nation Mental health Study(SWAN MHS).Archives of Women's Mental Health,17(4),269-278.

CABRAL,PU,CANÁRIO,A.C.SPYRIDES,MH, et al.[Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle age women]Rev.Ginec.Obstet.2012;34(07):329-334. Portuguese.

Carvalho, K AM; Cabral, P .Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas fisicamente ativas e sedentárias. UL EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 20, Nº 203, Abril de 2015. <http://www.efdeportes.com/>

MIRANDA, J S; FERREIRA , MLS M; CORRENTE, JE. Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. Rev. bras. enferm. vol.67 no.5 Brasília Sept./Oct. 2014.

LUI FILHO,JF;BACCARO,LFC;FERNANDES,T;CONDE,DM; COSTA-PAIVA,A.Factors associated with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey.Rev. Bras. Ginecol.Obstet.2015.37(4):152-8.

de Zambotti, M; Trinder, J; Colrain, I M; Baker, F C. Menstrual cycle-related variation in autonomic nervous system functioning in women in the early menopausal transition with and without insomnia disorder. *Psychoneuroendocrinology*; 75: 44-51, 2017 Jan.
ID: mdl-27770662

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY.Position Statement: The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society.Menopause.vol24, no.7.2017.

STOJANOVSKA L, LAW C, LAI B, CHUNG T, NELSON K, DAY S, APOSTOLOPOULOS V, HAINES C.Maca reduces blood pressure and depression, in a pilot study in postmenopausal women [Climacteric](#). 2015 Feb;18(1):69-78. doi: 10.3109/13697137.2014.929649. Epub 2014 Aug 7.

RIBEIRO B, MAGALHÃES, AT, MOTA,I.Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva:

prevalência e fatores associados. Ver. Port. Med Geral Fam, 2013;29(01):16-24

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. [Brasília]: Banco Mundial, 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares – módulo I**: orientações técnicas. Brasília, 2010. Disponível em: <ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_MAIO_2010.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHOU, C.H; et al. Effect of previous diagnoses of depression, menopause status, vasomotor symptoms, and neuroticism on depressive symptoms among climacteric women: A 30-month follow-up. **Taiwan. J. Obstet. Gynecol.**, v. 54p. 385-389. Taiwan. 2015.

FILHO, J.F.L.; et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudoeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. Campinas. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**; 37(4):152-8. 2015.

ROBERTS, JE; TONNSEN, BL; MCCARY, LM; FORD, AL; GOLDEN, RN. BAILEY, DBJ. Trajectory and Predictors of depression and anxiety disorders in mothers with the FMR1 premutation. *Society of Biological Psychiatry*. May 15, 2016; 79:850-857.

IBGE, 2010 <https://educacao.uol.com.br/noticia/2010/09/17mulheres-mais-escolarizadas-tem-menos-filho-confirma-ibge.htm>. acessado 30/09/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas. In:_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_din.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. In:_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 25 maio 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. São Paulo: IESS, 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>>. Acesso: 20 ago. 2014.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático / Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa Pivatto Muller, Adriana Parada (Orgs.). – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

BIOPSYCHOSSOCIAL CHANGES EXPERIENCED BY WOMEN DURING MENOPAUSE: A REFLECTION OF THE INFLUENCE OF GENDER Laurimary Caminha Veloso* Inez Sampaio Nery, Diógenes Stefânio de Sousa Celestino. Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 4, p. 46-71, jan. / jul. 2014

Martins, P M. A homeopatia como tratamento alternativo no climatério Monografia – ALPHA/APH. Curso de Pós Graduação em Homeopatia. *São Paulo; s.n; 2014. 40 p.*

de Zambotti, Massimiliano; Trinder, John; Colrain, Ian M; Baker, Fiona C. **Menstrual cycle-related variation in autonomic nervous system functioning in women in the early menopausal transition with and without insomnia disorder.** *Psychoneuroendocrinology*; 75: 44-51, 2017 Jan.

Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27770662

5.3.6 Artigo - Associação entre Índice Menopausal e a condição de ter filhos em mulheres atendidas na rede de atenção à saúde

(Será encaminhado para a Revista Maturitas)

ASSOCIAÇÃO ENTRE ÍNDICE MENOPAUSAL E A CONDIÇÃO DE TER FILHOS EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto¹, Maria de Lourdes Marques Ferreira², Maria José Sanches Marin³, Hélio Rubens de Carvalho Nunes⁴, Marco Antonio Mazzetto⁵ e Marie Oshiiwa⁶

Resumo

Introdução: O climatério é um período de modificações psicofísicas na vida da mulher, compreende um fenômeno endócrino consequente da falência dos folículos ovarianos e surgimento de sintomas comuns desta fase da vida. **Objetivo:** Analisar a presença de sintomas do climatério em mulheres com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e de campo, com 204 mulheres de 45 a 60 anos atendidas em rede de atenção à saúde em um município do estado de São Paulo. Foi utilizada a escala de Índice menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK) para avaliar a intensidade dos sintomas do climatério. As variáveis de confundimento foram características sociodemográficas, antecedentes obstétricas e ginecológicas, autopercepção da saúde, problemas e hábitos de saúde. **Resultados:** A média etária das mulheres menopausadas entrevistadas do G1 com filhos, foi de $54,6 \pm 3,9$ anos e as não menopausadas entre $48,7 \pm 2,7$ anos e do G2 sem filhos, menopausadas entre $56,1 \pm 4,4$ anos e não menopausadas entre $47 \pm 2,5$ anos. O tempo menopausal no G1 estão em menopausa em 67,4% e entre o G2 em 75,0%. Não houve associação significativa entre o escore de índice menopausal e ter filhos ($p > 0,05$). Houve associação altamente significativa entre escore de índice menopausal e mulheres que participam de programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde ($p < 0,05$). **Conclusão:** O estudo evidenciou que não houve associação significativa entre o escore de índice menopausal e ter filhos e que houve associação altamente significativa entre escore de índice menopausal e mulheres que participam de programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde. Propõe-se a importância de entender e controlar os fatores que podem auxiliar na redução dos sintomas menopausais e definir grupos que necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Climatério. Saúde da mulher. Ansiedade. Depressão

Introdução

No Brasil, entre 2012 e 2016, a população de idosos com 65 anos ou mais cresceu 16%, chegando a 29,6 milhões de pessoas (IBGE, 2016). O impacto do envelhecimento, na maioria dos países, indica essencialmente redução da qualidade de vida dos idosos e aumento nos custos da assistência à saúde. As sugestões para diminuir esse problema resultam em estabelecer ações, resoluções, iniciativas com abordagem multidisciplinar, oferta de serviços de saúde seguros e integrados para testar intervenções e resultados, visando à melhoria das condições clínicas específicas e gerenciamento da saúde da população (NIKOLICH-ZUGICH, 2015).

Destaca-se entre os idosos maior preocupação quando se trata das mulheres, visto que elas vivem mais quando comparadas com os homens e apresentam problemas de saúde mais complexos. O processo de envelhecimento das mulheres tem como marco o climatério e, embora haja normas a serem seguidas para o cuidado nessa fase, na prática não tem ocorrido, visto que a rede básica de atenção à saúde está aquém das necessidades integrais desta população (LOPES, et 2013).

Nos últimos anos vem ocorrendo modificações na inserção das mulheres no contexto social, econômico, familiar e político, mesmo assim, mantém-se a compreensão da essencialidade de cumprir com os papéis do ciclo da vida que inclui a maternidade. Sendo assim, o desejo de ser mãe e a condição de não maternidade, são passadas por diversas influências. O desejo de ser mãe surge antes da gravidez, ou seja, na infância, representado pelas brincadeiras de bonecas (GRADVOHL; OSIS, MAKUCH, 2013). Enquanto a maternidade é permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho pela mãe. A maneira como se dará esse cuidado, dependerá dos valores socialmente relacionados ao que é ser mulher e ao significado de um filho em um determinado contexto cultural, observando haver uma influência histórica e de acordo com a inserção das mulheres em culturas específicas (KITZINGER, 1978).

A partir disso, tem-se como hipótese que as mulheres com filhos apresentam menos sintomas climatéricos, quando comparado com as mulheres que não tiveram filhos. Portanto, objetivou-se analisar a presença de sintomas do

climatério em mulheres com e sem filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde

Método

Trata-se de estudo com delineamento transversal de campo, com abordagem quantitativa. Foram investigadas 204 mulheres com faixa etária entre 45 a 60 anos, atendidas em unidades da rede de atenção básica à saúde de um município do interior paulista. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2015 a abril de 2017.

O município conta com 37 UBS com equipe de estratégia de Saúde da Família e 12 UBS sem Equipe de Estratégia da Família unidades de atenção básica, sendo que foram selecionadas aleatoriamente 12 unidades. A partir do cálculo amostral foram entrevistadas 12 mulheres com filhos e cinco mulheres sem filhos de cada unidade.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de coleta de dados contendo dados sociodemográficos, obstétricos e ginecológicos, de hábitos de vida e hábitos de saúde. E também foi aplicada a escala de Índice Menopausal de Blatt e Kupperman.

A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS 11.5. e as variáveis contínuas, que apresentaram distribuição normal, expressas em média, desvio padrão e valores mínimos e máximos das pontuações de cada pergunta.

Supondo amostragem aleatória simples, erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente, quanto a comparação entre mulheres com e sem filhos em relação a pontuação do índice de Kupperman e Blatt, supondo desvio-padrão igual a 10,2 (Carvalho; CABRAL, 2015).

As variáveis de confundimento foram características sociodemográficas, condição obstétrica e ginecológica, hábitos de vida e condições de saúde. A variável independente é a condição de ter ou não ter filhos nesta fase de vida. O desfecho utilizado foi a aplicação da escala de índice *Menopausal de Blatt e Kupperman* (IMBK) para analisar a intensidade dos sintomas climatéricos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos mediante CAAE nº 43082915.7.0000.5411, sob parecer nº. 1.031.180 em 22/04/2015. As que participaram do estudo foram classificadas em dois grupos, G1

mulheres climatéricas com filhos e G2 mulheres climatéricas sem filhos

Resultados

Entre as 204 mulheres que responderam ao questionário, n=144(70,6%) são do G1 e n=60 (29,4%) do G2. Das mulheres climatéricas no G1, n=99 (68,7%) são da área de abrangência da ESF e n=45 (31,3%) da UBS, sendo que no G2 essa proporção foi semelhante.

Conforme se observa na Tabela1, predominou entre as mulheres de ambos os grupos cor branca, religião católica, possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e contam com trabalho remunerado. Quanto a escolaridade prevaleceu entre os dois grupos o ensino médio completo. No aspecto estado conjugal, prevaleceu entre o G1 as que vivem com companheiro em 68,8% e entre o G2 as que vivem só 71,7%.

As mulheres do G1 encontram-se na faixa etária de $54,6 \pm 3,9$ anos e $48,7 \pm 2,7$ anos e as mulheres do G2 prevaleceu a faixa etária entre $56,1 \pm 4,4$ anos e $47,5 \pm 2,5$ anos, as maioria das mulheres do G1 e G2 são menopausadas, 67,4% e 75%, respectivamente. Além disso, a maioria não contam com plano de saúde suplementar (G1 - 59,7% e G2 - 55%). A auto avaliação de ambos os grupos foi predominantemente muito boa e boa em ambos os grupos. O uso regular de medicamento ocorreu em ambos os grupos na mesma proporção 86,8%. O tratamento alternativo para amenizar os sintomas do climatério foi utilizado por 38,2% das mulheres do G1 e em 51,7% das mulheres do G2. Com relação as drogas de abuso as mulheres do G1 utilizam o álcool socialmente 37,6%% e as mulheres do G2 o tabaco em 51,9 %. (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de saúde das mulheres atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017.

Características	G1 Com filhos (%) n=144 (70,6%)	G2 Sem filhos (%) n=60 (29,4%)
Amostra (n)		
Idade		
	$54,6 \pm 3,9$	$56,1 \pm 4,4$
	$48,7 \pm 2,7$	$47,5 \pm 2,5$
Menopausadas		
Não	32,6	25,0
Sim	67,4	75,0
Cor/raça		
Branca	63,1	71,7
Parda	31,3	13,3

Outras	5,6	15,0
Religião		
Católica	54,1	60,0
Evangélica	29,8	21,7
Outras	16,1	18,3
Escolaridade		
Analfabeta	2,1	-
Fundamental incompleto/ completo	34,7	31,6
Médio incompleto/ completo	47,9	35,0
Superior incompleto/ completo	15,3	33,4
Estado conjugal		
Vive só	27,8	71,7
Vive com companheiro	68,8	28,3
Outros	3,4	-
Renda familiar		
Sem Renda	0,6	-
Até 2 salários	48,6	51,7
3-5 salários	41,0	33,3
6 ou mais salários	8,4	13,3
Sem declaração	1,4	1,7
Trabalho/Aposentadoria		
Remunerado	62,5	55,0
Aposentada	9,0	28,3
Não Remunerado	28,5	16,7
Plano de Saúde suplementar		
Sim	40,3	45,0
Não	59,7	55,0
Auto avaliação de saúde		
Muito ruim/Ruim	10,5	5,0
Regular	29,2	28,3
Muito Boa/Boa	60,5	66,7
Uso de medicamento Regular		
Sim	86,8	86,7
Não	13,2	13,3
Tratamento Alternativo	38,2	51,7
Uso de drogas lícitas e ilícitas		
Álcool	37,6	40,7
Tabaco	25,4	51,9
Álcool e Tabaco	33,9	7,4
Maconha, Cocaína e Tabaco	1,7	-
Maconha	1,7	-

Fonte: Dados apresentados pelas
pesquisadoras
Idade: Teste t de Student(p-
valor=0.000)

Com relação ao índice menopausal pela escala IMBK, as mulheres do G1 apresentaram escore moderado em 48,6%. Já as mulheres do G2 atingiram escore leve em 56,7%. No G1, o escore leve não diferiu do moderado. No G2, o escore leve foi maior que moderado, com valor de $p = 0,0190$. conforme a tabela 2:

Tabela 2 – Classificação segundo os scores de Índice Menopausal, das mulheres climatéricas G1 e G2 (%), atendidas na Rede Básica de Atenção à Saúde do município de Marília-SP, 2017

Variável	G1	G2	p-valor
Índice menopausal			
Leve	44,4	56,7	0,2610
Moderado	48,6	30,0	0,0471
Grave	6,9	13,3	0,2296
Ausente	-	-	

Fonte: Dados elaborados pela autora

Teste de Qui-quadrado: $p\text{-valor} = 0,0190$

Com relação a análise de regressão múltipla para o escore de índice menopausal em função dos potenciais fatores associados, observou-se que há associação altamente significativa entre índice menopausal e ter vínculo com programas oferecido pela rede de atenção à saúde, sendo que o escore de índice menopausal, é em média 5 pontos a menos entre as mulheres que possuem vínculo de programas na rede de atenção à saúde, em comparação aquelas que não possuem.

Na associação altamente significativa entre índice menopausal e ter estado de saúde muito boa e boa sendo que o escore de índice menopausal, é em média 7,6 a menos entre as mulheres que possuem um estado de saúde muito ruim, em comparação aquelas que não possuem estado de saúde muito ruim.

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e ter disfunção do sono, sendo que o escore de índice menopausal é em média 6,2 pontos a mais entre as mulheres que possuem disfunção do sono, em comparação aquelas que não possuem disfunção do sono.

Há associação altamente significativa e escore de índice menopausal e ter tonturas, sendo que o escore de índice menopausal, é em média 2,9 pontos a mais entre as mulheres que apresentam tontura em comparação aquelas que não apresentam tontura.

Não houve associação significativa em escore de índice menopausal e ter e não ter filhos.

Tabela 3 Modelo para o escore IM- Análise de regressão para o escore de índice menopausal em função dos potenciais fatores associados

Variável *	β	IC95%		p
(Constant)	19,696	12,862	26,529	,000
Vínculos a programas	-5,079	-7,745	-2,413	,000
Estado Civil	-,359	-2,849	2,131	,776
Renda Familiar> 1 salário mínimo	,375	-3,057	3,806	,830
Estar na menopausa	1,554	-1,100	4,208	,249
Infertilidade	-1,747	-5,825	2,332	,399
Estado de saúde Muito boa e boa	-7,654	-11,769	-3,539	,000
Uso de medicamento Regular	2,915	-,449	6,278	,089
Disfunção do Sono	6,220	3,829	8,611	,000
Irritabilidade	5,846	3,410	8,283	,000
Tontura	2,997	,366	5,627	,026
Ter Filhos	1,249	-1,361	3,858	,346

*Variável Dicotômica(Sim/Não) Considerado Sim

Discussão

Com relação a cor ou raça em nosso estudo em ambos os grupos prevaleceu a cor branca, e segundo dados nacionais é determinante em relação ao número de filhos. As mulheres negras, pretas e pardas, segundo o critério do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) tem famílias maiores. Não há muita diferença regional, porem a pesquisa destaca que no Sudeste as brancas tem maior taxa de fecundidade (1,55 filho) do país e no Norte, as negras tem mais filhos (2,67 por mulher). Em nosso estudo a raça ou cor que prevaleceu foi a brancas em mulheres do G1 em 63,1%, seguidas das pardas em 31,3% e G2 em 71,7% seguidas de outras raças em 15%.

No presente estudo as participantes apresentam a média de idade no G1 54,6±3,9 e 48,7±2,7 e no G2 de 56,1±4,4 e 47,5±2,5 anos, um estudo com objetivo de avaliar a idade da menopausa e os fatores associados aos sintomas menopausais em uma região do sudeste do Brasil. A média etária das mulheres entrevistadas deste estudo foi de 52,5±4,4 anos. Os sintomas, dados obstétricos e hábitos de saúde que foram significativos: depressão e ansiedade, doenças osteoarticulares, auto percepção regular, ruim e péssimo, antecedente de aborto, tratamento para menopausa atual ou prévio, estar na perimenopausa ou pós-

menopausa, número de partos normais, asma e apresentar maior idade (LUI FILHO, et al. 2015).

Em nossa amostra com relação a utilização de medicina alternativa e atividade física regularmente no G1 apresentam em 38,2% e no G2 em 51,7%. Predominando entre os grupos a ausência de prática de atividade física. Estudo que analisou a prática de atividade física associada ao índice menopausal, encontrou que a prática de atividade física pareceu influenciar positivamente a diminuição dos sintomas climatéricos e sua intensidade, sendo que os sintomas analisados como: ondas de calor, parestesia, insônia, impaciência e nervosismo, fadiga ou cansaço, artralgia, cefaleia, palpitação e zumbidos mostraram médias de escores menos elevados nas mulheres ativas (PROBO, et al. 2016).

Um outro estudo, australiano randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e cruzado em 29 mulheres chinesas de Hong Kong na pós-menopausa, receberam 3,3 g dia de *Lepidium meyenii* (Maca), que é um medicamento, usado por sua propriedade afrodisíaca, melhorou a ansiedade e as pontuações depressivas. Os efeitos de Maca em hormônios, lipídios, glicose, citocinas séricas, pressão arterial, sintomas da menopausa e bem-estar geral em mulheres chinesas pós-menopáusicas foram avaliadas. Na linha de base, semana 6 e semana 12, estradiol, hormônio folículo estimulante (FSH), sexo globulina de ligação hormonal (SHBG), hormônio estimulante da tireóide (TSH), perfil lipídicos completos, glicose e soro as citocinas foram medidas. *The Greene Climacteric*, SF-36 Versão 2, *Women's Health Questionnaire* e *Utian* as balanças de qualidade de vida foram utilizadas para avaliar a gravidade dos sintomas da menopausa e da qualidade relacionada à saúde vida. Não houve diferenças nas estratégias de estradiol, FSH, TSH, SHBG, glicose, lipídios e citocinas séricas entre aqueles que receberam Maca em comparação com o grupo placebo; no entanto, diminui significativamente a pressão arterial diastólica e a depressão após o tratamento com Maca. A Maca não exerceu ação biológica hormonal ou imune na pequena coorte de pacientes estudada; no entanto, parece reduzir os sintomas de depressão e melhorar a pressão arterial diastólica em mulheres chinesas pós-menopáusicas. Embora os resultados tenham sido comparados aos estudos semelhantes publicados anteriormente nas mulheres pós-menopáusicas, pode haver uma diferença cultural entre as mulheres chinesas pós-menopáusicas em termos dos resultados dos sintomas (STOJANOVSKA et al., 2014).

Em nossa amostra as mulheres faziam uso de medicação regular no G1 (86,8%) e no G2 (86,7%).-

Um estudo com o objetivo de conhecer a média de idade de ocorrência da menopausa e os fatores associados à maior intensidade de sintomas climatéricos em mulheres com faixa etária de 45 a 60 anos residentes em uma cidade metropolitana de Campinas. A média de idade de ocorrência da menopausa foi de $46,5 \pm 5,8$ anos, a mediana do score total da *Scale Rating Menopause* (MRS) sendo considerado severo o valor 8, para depressão e ansiedade, doenças osteoarticulares, auto percepção do estado geral da saúde, regular, ruim e péssimo, antecedente de algum aborto, tratamento atual para menopausa, estar na peri menopausa e pós menopausa, número de partos normais, asma e se associaram a maior severidade de sintomas menopausais. Porém maior idade associou-se a menor intensidade de sintomas da menopausa. Este estudo sugeriu a importância de entender e controlar os fatores que podem auxiliar na redução dos sintomas menopausais e também definir grupos que necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde (JEFFREY FILHO, et al., 2015)

Relacionado as associações de sintomas da menopausa com fatores de estresse relacionados ao trabalho em enfermeiros no Japão, corroborou em verificar os sintomas típicos da menopausa e os fatores de estresse relacionados ao trabalho em enfermeiras japonesas durante a transição da menopausa e as associações de sintomas da menopausa com estresse relacionado ao trabalho. Foram entrevistadas mil e setecentas enfermeiras do sexo feminino com idade entre 45 e 60 anos que trabalhavam em hospitais no Japão. As proporções de enfermeiros que relataram sentimentos de cansaço, irritabilidade e dificuldade de concentração foram maiores do que as proporções com outros sintomas da menopausa. As proporções de enfermeiros relatando sentir-se infeliz ou deprimido e apresentar choro eram maiores entre os enfermeiros nas posições gerenciais do que entre outras enfermeiras. Os estresses relacionados com a sobrecarga quantitativa no questionário Brief Job Stress Questionnaire entre enfermeiros em cargos gerenciais foram significativamente maiores do que entre as enfermeiras e as posições assistenciais, enquanto os estresses relacionados à sobrecarga física, controle de trabalho, descrição de habilidades, local de trabalho ambiente e satisfação no trabalho entre os enfermeiros que não ocupavam cargos gerenciais eram significativamente maiores do que entre os enfermeiros em cargos gerenciais. O

estudo propões que os profissionais de saúde devem estar cientes de que os sintomas da menopausa estão associados ao estresse relacionado ao trabalho durante a transição da menopausa (MATSUZAKI; UEMURA; YASUI, 2014).

Conclusão

Este estudo buscou analisar os sinais e sintomas do climatério em mulheres com e sem filhos e evidenciou que os sintomas do climatério estavam presentes de forma leve e moderada para a maioria das mulheres entrevistadas, atendidas na rede de atenção à saúde do município do interior paulista. Evidenciou-se que não houve associação entre os escores de índice menopausal e ter filhos ($p>0,05$). Houve associação altamente significativa entre os escores de índice menopausal e mulheres que participam de programas oferecidos pela rede básica de atenção à saúde. Propõe-se a importância de entender e controlar os fatores que podem auxiliar na redução dos sintomas menopausais e definir grupos que necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde. Outra proposição seria um investimento em programas destinados ao acompanhamento não farmacológico, fitoterápico, homeopatia e acupuntura e por fim o farmacológico com terapia de reposição hormonal com indicação e acompanhamento sistemático ao tratamento dos sintomas do climatério a estas mulheres. As mulheres desta fase necessitam reconhecer a fase pela qual estão passando com um conhecimento um pouco mais abrangente onde possam fazer escolhas de alternativas para aumentar sua qualidade de vida e serem acompanhadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, porque o climatério pelas alterações psicofísicas, demanda um acompanhamento integral e especializado a essas mulheres.

Referencias

Preparing for an Aging World: Engaging Biogerontologists, Geriatricians, and the Society Janko Nikolich-Zugich, Dana P. Goldman, Paul R. Cohen, Denis Cortese,⁶ Luigi Fontana, Brian K. Kennedy, M. Jane Mohler,¹ S. Jay Olshansky, Thomas Perls, Daniel Perry, Arlan Richardson,¹⁴ Christine Ritchie,¹⁵ Anne M. Wertheimer, Richard G. A. Faragher, and Mindy J. Fain^{1,*} Journals of Gerontology: Biological Sciences cite as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2016, Vol. 71, No. 4, 435–444.

Wender MC, Freitas F, Castro JAS, Oliveira PP. Climatério. In: Freitas F, organizador. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 700-721.

PNAD.2016.População idosa cresce de 16,6% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões.

<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/574-datasus-lancara-aplicativo-com-objetivo-de-fortalecer-a-integracao-da-saude-publica-e-suplementar>

Melo, Célia Regina Maganha e, Reis, Édina da Silva dos, Silva, Lucia Cristina Florentino Pereira da, Sola, Evelyn Priscila Santinon , Chofakian, Christiane Borges do Nascimento. Aplicação do Índice Menopausal de kupperman: um estudo transversal com mulheres climatéricas. ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, Londrina, v. 17, n. 2, p. 41-50. dezembro 2016

TERAUCH,M;HIROSE,A.;AKIYOSHI,M.;OWA,YUKO;KATO,K.;KUBOTA,T.Subgrouping of japanese middle-agedwomen attending a menopause clinic using phsical and psychological symptom profiles: across seconal study.BMCWomen's Health, 2014.14:148, p.2 a 7.

LOPES,MEL;COSTA,SFG;GOUVEIA,EML,EVANGELISTA,CB,OLIVEIRA,AMM,COSTA,KC. Assistência à mulher no climatério: discurso de enfermeiras.Rev.emferm UFPE.2013[INTERNET] acessado nov 2017.

KUPPERMANN,HS;BLATT,MH;WIESBADER,H;FILLER,W.Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal índices.J.Clin.Endocrinol Metab.1953,13:688-703.

PROBO,AMP; SOARES,NidaS;SILVA,VFda;CABRAL,PUL.Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas.Rev.Bras.Ativ Fis Saúde.2016;21(3):246-254.

PINOTTI R, HALBE HW, HEGG JÁ. Menopausa. 1ª edição. São Paulo: Roca; 1995. 355 p.

GRADVOHL,SMO;OSIS,MJD;MAKUCH,MY.2013.Estress de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade.Rev.Bras.Ginec.Obstetr.,35(6),255-61.
KITZINGER,S.(1978).Mães: Um estudo antropológico da maternidade.Lisboa:Presença

Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisa os sinais e sintomas de ansiedade, depressão e do climatério em mulheres do G1 e G2 e evidencia entre os grupos de mulheres atendidas na rede básica não houve associação significativa entre os escores de ansiedade, depressão e índice menopausal e ter filhos ($p>0,05$). Porém houve associação significativa dos escores de ansiedade, depressão e índice menopausal entre as mulheres terem vínculo com os programas oferecidos na rede básica de atenção à saúde ($p<0,05$).

Entre as representações sociais das mulheres climatéricas emergiu que a vivência do climatério pode ser natural, em alguns momentos referem que sentem incômodo pelos sinais e sintomas e buscam alternativas para o enfrentamento desse período. Com relação a significação de ter ou não ter tido filhos, as que tiveram filhos, vivenciam o papel de mãe e avó e compreendem as dificuldades em ser mãe; e outras optam pela não maternidade e sofrem arrependimentos. Quanto aos relacionamentos sociais, relacionam-se afetivamente, valorizando o relacionamento familiar e social; sentem-se solitárias e desanimadas; sentem-se frustradas, impacientes e apoiam-se nas relações. E por fim sugerem melhorias no atendimento à saúde, sentem necessidade de informações, acolhimento e sugerem inclusão e atendimento na perspectiva da integralidade e especialidades.

Acredita-se que a temática requer mais estudos sobre a mulher de meia idade, referentes à avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, por ser época de grande vulnerabilidade para esses agravos e propõe uma atenção qualificada pelos profissionais na rede de atenção de saúde.

Propõe-se a importância de entender e controlar os fatores que podem auxiliar na redução dos sintomas menopausais e definir grupos que necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde.

É necessário que os prestadores do cuidado de saúde estejam conscientes das concepções dessas mulheres de meia idade e possam guiá-las em caminhos que as levem a empoderar-se da ressignificação do ser mulher climatérica no seu contexto de vida. As representações sociais revelam que as mulheres climatéricas se sentem ligadas a família, dão valor às relações sociais e empoderam-se nessas relações. A pesquisa viabilizou-nos a aproximação com a

realidade das mulheres que se encontram nesta fase e necessitam de um espaço de escuta qualificado, integral e holístico. O atendimento deve ser feito pela equipe multiprofissional e interdisciplinar com diagnóstico precoce de doenças crônicas, atendimento ginecológico e psicoclínico, de modo que possam que as mulheres possam reconhecer a fase pela qual estão passando, fazendo escolhas de alternativas em prol da qualidade de vida e bem estar.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Nikolich-Zugich J, Goldman DP, Cohen PR, Cortese D, Fontana L, Kennedy BK, et al. Preparing for an Aging World: Engaging Biogerontologists, Geriatricians, and the Society. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(4):435–44.
2. Pasqualão ACM. Envelhecimento ativo: as possibilidades de transpor o foco de prevenção para além do controle de doenças [Internet]. 2017. Available from: <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6405>
3. IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 17]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>
4. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. [Internet]. São Paulo: IESS; 2013. Available from: <http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Cabral PUL, Canario ACG, Spyrides MHC, Uchoa SAC, Eleuterio Júnior J, Amaral RLG, et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2012;34(7):329–34.
7. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29(1):16–24.
8. Shirvani M, Heidari M. Quality of life in postmenopausal female members and non-members of the elderly support association. *J Menopausal Med*. 2016;22(3):154–60.
9. Kim TH, Lee HH. Alternative Therapy Trends among Korean Postmenopausal Women. *J Menopausal Med*. 2016;22(1):4–5.
10. Enkhbold T, Jadambaa Z, Kim TH. Management of menopausal symptoms in Mongolia. *J Menopausal Med*. 2016/09/13. 2016;22(2):55–8.
11. Colvin A, Richardson GA, Cyranowski JM, Youk A, Bromberger JT. Does family history of depression predict major depression in midlife women? Study of Women's Health Across the Nation Mental Health Study (SWAN MHS). *Arch Womens Ment Heal*. 2014;17(4):269–78.

12. IBGE. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2013 [cited 2017 Dec 10]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
13. IBGE. Censo demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2012 [cited 2017 Mar 29]. Available from: https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/nupcialidade_fecundidade_migracao/default_nupcialidade_fecundidade_migracao.shtm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no climatério / menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. World Health Organization. Research on the menopause. Geneva: WHO; 1981.
16. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação em climatério. São Paulo: FEBRASGO; 2010.
17. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Vol. 76, Fertil Steril. United States; 2001. p. 874–8.
18. Shifren JL, Gass MLS, Kagan R, Kaunitz AM, Liu JH, Pinkerton JA V., et al. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. Menopause. 2014.
19. The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause [Internet]. 2017;24(7):728–53. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00042192-201707000-00005>
1. National Osteoporosis Foundation. New NOF Guidelines and WHO Fracture Assessment tool. Frax American College of Rheumatology [Internet]. American College of Rheumatology. 2010 [cited 2017 Oct 13]. Available from: http://www.rheumatology.org/publications/hotline/03_18_frax.asp
2. Shifren JL, Davis SR, Moreau M, Waldbaum A, Bouchard C, DeRogatis L, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. Menopause. 2006;13(5):770–9.
3. Leite MT, Taschetto A, Hildebrandt LM, Van der Sand ICP. O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. Rev Eletrônica Enfermagem; v 15, n 2 [Internet]. 2013; Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15424/14785>
4. Cardoso MR, Camargo MJG. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. Cad Ter

- Ocup UFSCar. 2015;23(3):553–69.
5. Miranda JS, Ferreira MLSM, Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):803–9.
 6. Jane FM, Davis SR. A practitioner's toolkit for managing the menopause. *Climacteric*. 2014; 17(5):564-79.
 7. Probo AM, Soares N, Silva V, Cabral P. Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2016;21(3):246–54.
 8. Sociedade Norte-Americana de Menopausa. Guia da menopausa: ajudando a mulher climatérica a tomar decisões informadas sobre a sua saúde. 7th ed. São Paulo: SOBRAC; 2013.
 9. Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):81–9.
 10. Colvin A, Richardson GA, Cyranowski JM, Youk A, Bromberger JT. The role of family history of depression and the menopausal transition in the development of major depression in midlife women: Study of women's health across the nation mental health study (SWAN MHS). *Depress Anxiety*. 2017 Sep;34(9):826–35.
 11. Heidari M, Ghodusi M, Rafiei H. Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. *J Menopausal Med*. 2017/05/20. 2017;23(1):42–8.
 12. Lima JV, Angelo M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35:399–405.
 13. Jeffcoate SN. Aspectos clínicos da ovulação e da menstruação. In: Jeffcoate SN, editor. *Princípios de ginecologia*. São Paulo: Manole; 1979. p. 107–20.
 14. Polit D, Hungles BH. Delineamento de pesquisa em enfermagem. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 249–87.
 15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6th ed. São Paulo: Atlas; 2017.
 16. Marília. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde: estrutura organizacional [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/secretaria-municipal-da-saude/>
 17. Marília. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de

- gestão. Marília: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
37. IBGE. Cidades@: Marília (SP) [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 18]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. 59 p.
 39. Freire MA, Figueiredo VLM, Gomide A, Jansen K, Silva RA, Silva Magalhaes PV, et al. Hamilton Scale: study of the psychometric characteristics in a sample from Southern Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):281–9.
 40. Carvalho KAM, Cabral PUL. Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas fisicamente ativas e sedentárias. *EFDdesportes* [Internet]. 2015;20(203). Available from: <http://www.efdesportes.com/efd203/ansiedade-e-depressao-em-mulheres-climatericas.htm>
 41. Kupperman HS, Blatt MH, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab*. 1953/06/01. 1953;13(6):688–703.
 42. Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, Filizola RG. Fidedignidade do Teste-reteste na Aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2000;22(8):481–7.
 43. Kupperman HS, Blatt MHG. Menopausal indice. *J Clin Endocrinol*. 1953;13(1):688–94.
 44. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–5.
 45. Marcolino JÁM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini ÁA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52–62.
 46. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960 Feb;23(1):56–62.
 47. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1998;25(5):240–4.
 48. Gibbons RD, Clark DC, Kupfer DJ. Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *J Psychiatr Res*. 1993;27(3):259–73.
 49. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro; 2012.

50. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 1992.
51. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
52. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
53. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2009.
54. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. Soc Estado. 2009;24(3):679–712.
55. Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. An Educere. 2008;
56. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
58. Fundação Seade. Seade disponibiliza projeções de população e domicílios até 2050 | Fundação Seade [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 28]. Available from: <http://www.seade.gov.br/seade-disponibiliza-projecoes-de-populacao-e-domicilios-ate-2050/>
59. Souza NLSA, Araújo CLO. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. Rev Kairós [Internet]. 2015;18(2):149–65. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26430>
60. Kaur P, Kaur S, Shanmugam S, Kang M. Efficacy of Yoga versus Relaxation Techniques on Climacteric Symptoms of Perimenopausal women. J Dent Med Sci. 2014;13(7):32–42.
61. Moore TR, Franks RB, Fox C. Review of efficacy of complementary and alternative medicine treatments for menopausal symptoms. J Midwifery Women's Heal. 2017;62(3):286–97.
62. Durkeim É. Représentation collective et representation individuelle. In: Durkeim É, editor. Sociologie et philosophie. Paris: PUF; 1985.
63. Arendt H. La condition de l'homme moderne. Paris: Calmann-Lévy; 1983.
64. Moscovici S, Marková I. La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. In: Representaciones sociales, problemas

- teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 111–51.
65. Machado AL, Oliveira FB de, Silva WV da, Hupsel ZN. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. Vol. 31, Rev Esc Enferm USP. scielo; 1997. p. 486–97.
 66. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D, editor. Les représentations sociales. 7th ed. Paris: PUF; 1989. p. 47–78.
 67. Moscovici S. Preface. In: JODELET D, VIET J, BESNARD P, editors. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF; 1976.
 68. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):300–8.

Apêndices

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

Participante: _____

Unidade básica de Saúde: _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____ Protocolo N°. _____

A. Dados de Identificação

1. Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ DN: _____

2. Cor ou raça declarada: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Não desejo declarar
Outras: _____

3. Religião: Católica ☐ espírita ☐ protestante ☐ testemunhas de Jeová ☐ evangélica ☐ outros ☐

4. Escolaridade: fundamental completo ☐ fundamental incompleto ☐ médio completo ☐ médio incompleto ☐
superior completo ☐ superior incompleto ☐

5. Estado Civil:

Casada ☐ Solteira ☐ Amasiada ☐ Divorciada ☐ Outros: _____

6. Ocupação: do lar ☐ trabalha fora ☐ Qual a Ocupação? _____

Profissão: _____

7. Tem trabalho remunerado? Sim ☐ Não ☐

8. Renda familiar: ☐ Até 1 salário mínimo ☐ mais de 5 e 10
☐ mais de 1 e 2 ☐ mais de 10 e 20
☐ mais de 2 e 3 ☐ mais de 20
☐ mais de 3 e 5 ☐ sem rendimentos
☐ sem declaração

B. Dados Obstétricos e Ginecológicos

1. DUM (data da última menstruação) ____/____/____

2. Está na menopausa? Sim ☐ Não ☐ Há quanto tempo? _____

idade do filho	Se xo	Tipo parto	Amamento u?

3. Número de filhos: ____

4. Teve abortamento? Sim ☐ Não ☐ Quantos? ____

5. Teve filhos sem planejamento? Sim ☐ Não ☐

6. Não pode ter filhos por infertilidade? Sim ☐ Não ☐

7. Adotou um ou mais filhos? Sim ☐ Não ☐ Quantos filhos adotados? ____ Amamentou? Sim ☐ Não ☐

Por quanto tempo? _____

8. Optou por não ter filhos? Sim ☐ Não ☐

9. Tem acesso ao acompanhamento do climatério pelo SUS? Sim ☐ Não ☐

10. Possui plano de saúde? Sim ☐ Não ☐ Qual: _____

11. Dê um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como você considera seu próprio estado de saúde?
☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

12. Faz uso regular de algum medicamento? Sim ☐ Não ☐
 Quais medicamentos você usa? _____

13. Marque com um X problemas de saúde que tem sentido:

Defeitos na visão ☐ Dores Musculares ☐ Pressão Alta ☐ Problemas ósseo-articulares ☐
 Dificuldade de sono ☐ Problemas auditivos ☐ Problemas de prisão de ventre ☐
 Inchaço nas pernas, varizes ☐ Alergias ☐ Irritação ☐ Ansiedade ☐ Tontura ☐ Problemas cardíacos ☐ Diabetes ☐
 Labirintite ☐ Dor Lombar ☐ Outros ☐ Descreva: _____.

14. Vive bem com seu companheiro? Sim ☐ Não ☐

15. Passou/Passa por Terapia de Reposição Hormonal? Sim ☐ Não ☐
 Se sim qual utiliza ?oral ☐ transdérmica ☐ vaginal ☐ intrauterina ☐

16. Usa tratamento alternativo para o climatério? Homeopatia ☐ Medicina Tradicional Chinesa ☐
 Acupuntura ☐ Yoga ☐ Alimentos a base de soja ou outros: Sim ☐ Não ☐ tempo? _____

17. Realiza atividade física mais que 2x semana ou mais? Sim ☐ Não ☐

18. Qual o significado do envelhecimento para você? Bom ☐ Ruim ☐ indiferente ☐

19. Faz acompanhamento psicológico? Sim ☐ Não ☐ Se sim há quanto tempo? _____

20. Quais as queixas que mais ocorreram durante o climatério?

21. Como você considera que o cônjuge vê o climatério? Positivamente ☐ Negativamente ☐ Indiferente ☐

22. Foi histerectomizada ? Sim ☐ Não ☐ Com que idade? _____

23. Foi ooforectomizada? Sim ☐ Não ☐ Com que idade? _____

24. Foi mastectomizada? Sim ☐ Não ☐ Com que idade? _____

25. Realizou laqueadura tubária? Sim ☐ Não ☐ Com que idade? _____

26. Faz uso de métodos contraceptivos? (na pergunta anterior, excluída, era um pouco diferente: “Fez ou Faz”).

Métodos Naturais: Tabela ☐ método do muco cervical ☐ Temperatura ☐ Sintotérmico ☐
 Contraceptivos orais ☐ Hormonais Injetáveis ☐ Transdérmicos ☐ Anel vaginal ☐ Comprimido vaginal ☐ Intrauterino ☐
 Subcutâneo ☐ Contracepção de emergência ☐
 Métodos de Barreira : Condom masculino ☐ Condom feminino ☐

27. Faz uso de drogas lícitas e ilícitas:

Sim () não ()

Tipos de drogas de abuso:

1. Tabaco sim () não () 2. Álcool sim () não () 3. Cocaína sim () não ()
 4. Maconha sim () não ()

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Participante,

Pelo presente instrumento, está sendo convidada a participar da pesquisa que trata-se da minha tese de Doutorado, que tem como tema **ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES CLIMATÉRICAS MÃES E EM MULHERES QUE NÃO TIVERAM FILHOS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA**. A pesquisa tem como objetivo analisar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão no climatério. A senhora foi selecionada para participar dessa pesquisa por fazer parte de uma lista de pacientes que realizam o acompanhamento na rede básica de saúde de Marília. Você participa se estiver de acordo. Sendo que os riscos que poderá advir da mesma refere-se ao desconforto em responder as questões constantes no instrumento em anexo. Caso isso ocorra, você pode interrompê-la quando quiser. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, antes e durante a pesquisa e poderá interromper sua participação quando quiser, sem penalização alguma, danos pessoais ou qualquer prejuízo, assim como interferências trabalhistas. A finalidade do estudo é obter dados que possam auxiliar com propostas de intervenções e cuidados em saúde. Quanto aos benefícios, esperamos que os resultados possam subsidiar os profissionais no desenvolvimento das ações, o que irá favorecer uma melhor qualidade de vida para as mulheres climatéricas com filhos e sem filhos e suas famílias. Sua colaboração é muito importante no sentido de participar das entrevistas ou de responder ao questionário e escalas totalizando 60 minutos de duração. As informações por você fornecidas serão mantidas em sigilo e sua identidade em anonimato. Se no decorrer do estudo optar por não responder a alguma questão ou retirar-se do mesmo, garantimos que não haverá nenhum prejuízo a você e ao seu tratamento. A sua participação não irá gerar qualquer custo financeiro para você ou instituições públicas. Para garantir a fidedignidade dos dados fornecidos na entrevista, solicitamos sua permissão para gravar a mesma, que será realizada seguindo o roteiro em anexo. Na oportunidade, firma-se o compromisso do uso restrito dos dados e informações para esta pesquisa e divulgação de seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, para publicação em periódicos e eventos. O telefone de contato com a pesquisadora estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos referentes a pesquisa. Se estiver de acordo com este documento, deverá assinar em duas vias, sendo que uma via ficará em sua posse e outra com a pesquisadora por um período de cinco anos. Em casos de reclamações entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Botucatu – SP – UNESP, por meio do telefone: (14) 3880-1608 e 3880- 1609. Fica claro que o sujeito da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu Consentimento Livre e Esclarecido e deixar de participar da pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto Telefone para contato: (14) 34021744//ramal 1035
Avenida José De Grande, nº 332, CEP: 17. 519.470, Jardim Parati, Marília/SP email: fmc Mazzetto@famema.br
Data: ____/____/201____ **Assinatura:** _____

ORIENTADOR: Profª. Drª. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira Telefone para contato: (14) 996366175- Botucatu, email: malusa@fmb.unesp.br

CO-ORIENTADOR: Profª. Drª. Maria José Sanches Marin Telefone para contato: (14) 340121813 – Marília/SP email: marnadia@terra.com.br

APÊNDICE C

Banco de Dados- Access- Run Time

Climaterio

Participante: MLB Unidade básica: UBS Cascata Nº Protocolo: 01

Data Nasc: 09/03/1952 Idade: 63 Cor/raça: Branca Religião: católica Escolaridade: fundamental incompleto Estado civil: Casada

Ocupação: auxiliar de enfermagem Trabalha fora: ☒ Trabalho remunerado: ☒ Renda: >03 e 05

Dados obstétricos e ginecológicos Escalas

DUM: 02/04/2006 Menopausa: ☒ Tempo menopausa: 9 Abortos: ☒ Qtde: 1 Nº filhos: 3

Filhos sem Planejar: ☒ Infertilidade: ☐ Adotou filhos: ☒ Qtos: 1 Amamentou? ☒ Optou por não ter filhos: ☐

Acompanha climatério SUS: ☒ Possui plano de saúde: ☐ Qual? Estado de saúde: ruim

Uso regular de medicamento: ☒

Medicacao	posologia	motivo
Bromazepan		
cha de pitanga		
Omeprazol		

Registro: 1 de 3 Sem Filtro Pesquisar

Idade	Sexo	Parto	Amamentou?
43	F	Normal	☒ Tempo: <u>12</u>
37	M	Normal	☒ Tempo: <u>24</u>
36	M	Normal	☒ Tempo: <u>24</u>

Problemas de saúde sentido

Visão: ☒ Dores musculares: ☒ Pressão alta: ☐ Ossos articulares: ☐ Dificuldade de sono: ☐ Auditivo: ☒ Prisão ventre: ☒ Pernas/varizes: ☐ Alergias: ☒

Irritação: ☒ Ansiedade: ☐ Tontura: ☐ Cardíacos: ☐ Labirintite: ☐ Dor lombar: ☐ Outros: ☒ Especifique: cirurgia de catarata, tem gl

Vive bem com o Companheiro: ☐ Conjuge climatério: Indiferente Terapia hormonal: ☒ Via terapia: oral

Tratamento alternativo para o climatério

Homeopatia: ☐ Med tradicional chinesa: ☐ Acupuntura: ☐ Yoga: ☐ Alimentação: ☐ Tempo: ☐

Atividade física regular: ☐ Significado do envelhecimento: bom Acompanhamento psicológico: ☐

Histerectomizada: ☐ idade histerectomia: Mastectomia: ☐ idade mastectomia:

Ooforectomizada: ☐ idade ooforectomia: Laqueadura: ☒ idade laqueadura: 33

Queixas

gostaria de fazer cirurgia plastica ☒

Contraceptivos em utilizados

Condom feminino ☐ Em uso: ☒ Condom masculino ☐ Em uso: ☒

Drogas lícitas e ilícitas

maconha ☐ Em uso: ☐ Tempo: 04 a 05 anos tabaco ☐ Em uso: ☐ Tempo: 20 anos e m

Navegue pelos f... 1 de 19 Sem Filtro Pesquisar

Climaterio

Participante: MLB Unidade básica: UBS Cascata Nº Protocolo: 01

Data Nasc: 09/03/1952 Idade: 63 Cor/raça: Branca Religião: católica Escolaridade: fundamental incompleto Estado civil: Casada

Ocupação: auxiliar de enfermagem Trabalha fora: ☒ Trabalho remunerado: ☒ Renda: >03 e 05

Dados obstétricos e ginecológicos Escalas

Ansiedade

Humor ansioso: 1 Tensão: 1 Medo: 0 Insônia: 3 Dificuldades Intelectuais: 2 Humor Depressivo: 1

Sintomas somáticos musculares: 3 Sintomas somáticos sensoriais: 0 Sintomas cardiovasculares: 3

Sintomas respiratórios: 1 Sintomas gastrointestinais: 0 Sintomas geniturinários: 0

Sintomas sistema nervoso autônomo: 4 Comportamento na entrevista: 0 Fisiológico: 0 Score final: 20

GRAUS: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

Depressão

Humor deprimido: 2 Sentimento culpa: 2 Suicídio: 0

Insônia inicial: 1 Insônia intermediária: 1 Insônia tardia: 2 Trabalho / Atividade: 0 Retardo: 0

Agitação: 1 Ansiedade psíquica: 2 Ansiedade somática: 2 Sintomas somáticos gastrointestinais: 0

Sintomas somáticos gerais: 1 Sintomas genitais: 1 Hipocondria: 0 Perda de peso: 2 Consciência: 0

Variação diurna A: 2 Variação diurna B: 1 Despersonalização e perda da noção: 0 Sintomas paranóides: 0

Sintomas obsessivos compulsivos: 0 Score Depressão: 18 Excluir

Índice menopausal

Ondas de calor: 4 Parestesias: 2 Insônia: 2

Impaciência / nervosismo: 4 Depressão: 2

Cansaço: 2 Astrod e/ou Mialgia: 3 Cefaléia: 1

Palpitação: 4 Zumbidos: 1 Índice Menopausal: 25

Excluir

Score ansiedade
entre 0 a 17 - ansiedade normal;
entre 18 a 24 - ansiedade leve;
entre 25 a 29 - ansiedade moderada;
entre 30 - ansiedade severa.

Score climatério
até 19 => leve
entre 20 e 35 => moderados
acima de 35 => fortes

Score depressão
entre 0 e 6 => normal
entre 7 e 17 => depressão leve
entre 18 e 24 => depressão moderada
maior que 24 => depressão grave

Navegue pelos f... 1 de 19 Sem Filtro Pesquisar

Anexos

ANEXO A

Índice Menopausal de Kupperman e Blatt

Participante: _____

Unidade básica de Saúde: _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____

Protocolo Nº. _____ Iniciais do paciente: _____

TABELA DE KUPPERMAN E BLATT	GRADUAÇÃO		
	LEVE	MODERADO	ALTO
SINTOMAS			
Onda De Calor	4 ()	8 ()	12 ()
Parestesia	2 ()	4 ()	6 ()
Insônia	2 ()	4 ()	6 ()
Impaciência/Nervosismo	2 ()	4 ()	6 ()
Depressão	1 ()	2 ()	3 ()
Cansaço	1 ()	2 ()	3 ()
Astrod. E/Ou Mialgia	1 ()	2 ()	3 ()
Cefaléia	1 ()	2 ()	3 ()
Palpitação	2 ()	4 ()	6 ()
Zumbidos	1 ()	2 ()	3 ()
TOTAL			

Os sintomas são considerados leves se a soma destes for até 19; serão moderados, de 20 a 35 e finalmente, fortes acima de 35

No fogachos/ dia: _____ Idade inicio dos fogachos: _____

KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H. G. Menopausal indice. **Journal of Clinical Endocrinology**, Philadelphia, v. 13, n. 1, p. 688-94, 1953.

Sousa, R.L de; Sousa, E.S.S.; Silva; Filizola, R.G. Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kupperman. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.481-487, 2000.

ANEXO B

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton*

Participante: _____ **Unidade básica de Saúde:** _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____ **Protocolo N°.**

Iniciais do paciente: _____

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita. GRAUS: **Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4**. **Observação:** Conforme se pode constatar, esta *Escala de Ansiedade de Hamilton* (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

*Manzoni, Ana Paula Dornelles da Silva. Avaliação da Depressão e ansiedade nos cuidadores de pacientes pediátricos com dermatoses crônicas/ orient. Tânia Ferreira Cestari; co- orient. Magda Blesmann Weber . Tese(Doutorado) Univ. Fed. Rio Grande do Sul. Fac. De Med. Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e adolescente. Porto Alegre.BR-RS-2011.

Escala de Ansiedade de Hamilton

Humor ansioso: inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Tensão: sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Medo: de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Insônia: dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Dificuldades intelectuais: dificuldade de concentração, distúrbios de memória.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Humor depressivo: perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas somáticos musculares: dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas somáticos sensoriais: visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas cardiovasculares: taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações, sensações de desmaio.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas respiratórios: sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiros, bolo	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

faríngeo.					
Sintomas gastrointestinais: dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor no pré ou pós prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômito, diarreias, constipação, perda de peso.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas geniturinários: micções frequentes, urgência de micção, frigidez, amenorréia, ejaculação precoce, impotência.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Sintomas do sistema nervoso autônomo: secura na boca, ruborização, palidez, sudorese, vertigens, cefaléia de tensão.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Comportamento na entrevista-geral: tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos, tiques, inquietação, suspiros.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Fisiológico: eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20rpm	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Total de pontos:					
A somatória destes valores é utilizada para quantificar o estado de ansiedade do paciente. As faixas de pontuação para esta escala obedecem aos seguintes critérios (3): 0 a 17 - ansiedade normal; 18 a 24 - ansiedade leve; 25 a 29 - ansiedade moderada; acima 30 - ansiedade severa.					

ANEXO C

Escala de Depressão de Hamilton

Participante: _____ Unidade básica de Saúde: _____ Data do preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____ Protocolo no. _____ Iniciais da participante: _____ Pontuação () 0- primeiro item () 1- Segundo item () 2- terceiro item () 3-quarto item () 4 – quinto item 1- Humor deprimido-sentimentos () 0. ausente () 1. relatado apenas se inquirido () 2. relatado espontaneamente () 3. deduzido 2- Sentimentos de culpa () 0. ausente () 1. Auto- recriminação () 2. Ideias de culpa ou ruminação () 3. A doença atual é um castigo () 4. vozes de acusação ou denúncia 3- Suicídio () 0. ausente () 1. a vida não vale a pena () 2. Desejaria estar morto () 3. Ideias ou gestos suicidas 4-Insônia Inicial () 0. sem alterações () 1. dificuldade ocasional () 2. dificuldade diária 5-Insônia Intermediária () 0. sem dificuldades () 1. Inquietude e perturbação () 2. acorda durante o sono 6- Insônia Tardia () 0. sem dificuldades () 1. acorda e volta a dormir () 2. despertar precoce 7-Trabalho e atividade () 0. sem dificuldades () 1. incapacidade, fadiga ou fraqueza () 2. perda de interesse () 3. queda de produtividade 8-Retardo (fala, concentração, motor) () 0. pensamento e fala normais () 1. leve retardo `a entrevista</p> <p>( ) 2. retardo óbvio `a entrevista () 3. entrevista difícil () 4. estupor completo 9-Agitação () 0. nenhuma	12- Sintomas Gastrointestinais () 0. Nenhum () 1. hiporexia () 2. anorexia 13-Sintomas somáticos em geral () 0. Nenhum () 1. fadiga, dores, mialgias () 2. outros Alteração Libido/Menstrual () 0. Ausentes () 1. Leves () 2. Intensos Hipocondria () 0. ausente () 1. auto-observação aumentada () 2. preocupação com a saúde () 3. queixas frequentes () 4. ideias delirantes hipocondríacas 16-Perda de peso () 0. sem perda de peso () 1. provável perda de peso () 2. perda de peso definida 17-Consciência/ Insight () 0. reconhece depressão e doença () 1. reconhece mas atribui outras causas () 2. nega estar doente 18- A Variação diurna Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma". () 0. nenhuma () 1. pior de manhã () 2. pior `a tarde 18- B Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação () 0. nenhuma () 1. Leve () 2. Grave Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado. 19-Despersonalização/ niilismo () 0. ausente () 1. leve () 2. moderada () 3. grave () 4. incapacitante 20-Sintomas paranóides () 0. nenhum () 1. desconfiança () 2. ideias de referência 21-Sintomas obsessivos compulsivos () 0. nenhum
---	---

() 1.inquietude () 2.movimento rápido das mãos () 3.não consegue sentar quieto () 4.torce as mãos e rói unha 10-Ansiedade psíquica () 0. ausente () 1.tensão e irritabilidade psíquica () 2.preocupação com trivialidades () 3. atitude apreensiva aparente () 4.medos impressos sem serem inquiridos 11-Ansiedade Somáticas () 0. Ausente () 1.leve () 2.moderado () 3.grave () incapacitante	() 1.desconfiança () 2.ideias de referência () 3.delírio de referência e perseguição Pontos:_____ Scores:_____ Uma formulação sugere que os escores entre 0 e 6 indicam uma pessoa normal em relação à depressão; os escores entre 7 e 17 indicam depressão leve; escores entre 18 e 24 indicam a depressão moderada e escores mais de 24 indicam depressão grave. http://www.forms.med.br/index.pl/C=A&V=66466F726D49443D
--	---

ANEXO D
Parecer COMAP*Prefeitura Municipal de Marília*

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício SS.10 nº 387

Marília, 28 de abril de 2015.

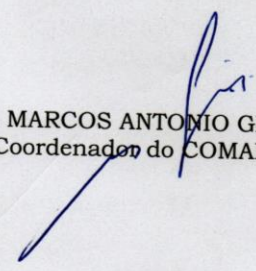
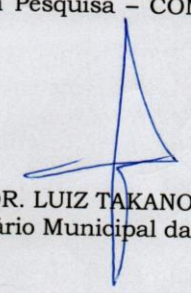
Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 06 de fevereiro de 2015, Protocolada sob nº 125/15-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: **“Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas mães e em mulheres que não tiveram filhos atendidas na rede básica de atenção à saúde do município de Marília”**, nas dependências da Atenção Básica.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a realização da pesquisa mediante a apresentação deste Ofício de Autorização juntamente com o parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,


Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTI
Coordenador do COMAP
DR. LUIZ TAKANO
Secretário Municipal da Saúde

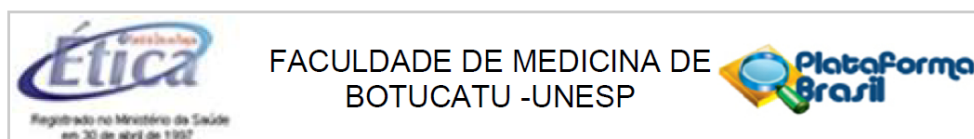
À Sra. Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzeto
DD. Doutoranda da UNESP-Botucatu
Docente da FAMEMA
MARÍLIA

Cópia do Pesquisador

AVENIDA REPÚBLICA Nº 770 - BAIRRO MARÍLIA - FONE (0xx14) 3402-6500 - FAX (0xx14) 3402-6533
e-mail: ss@marilia.sp.gov.br - CEP 17.509-054 - MARÍLIA - S.P.

ANEXO E

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES CLIMATÉRICAS MÃES E EM MULHERES QUE NÃO TIVERAM FILHOS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA.

Pesquisador: Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43082915.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.031.180

Data da Relatoria: 22/04/2015

Apresentação do Projeto:

Já contido no parecer nº 1.003.327 de 27/03/2015

Objetivo da Pesquisa:

Já contido no parecer nº 1.003.327 de 27/03/2015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já contido no parecer nº 1.003.327 de 27/03/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já contido no parecer nº 1.003.327 de 27/03/2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reformulou o TCLE: está em forma de convite, claro e objetivo, constando todas as informações necessárias ao participante.

Recomendações:

nada a relatar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pode ser aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

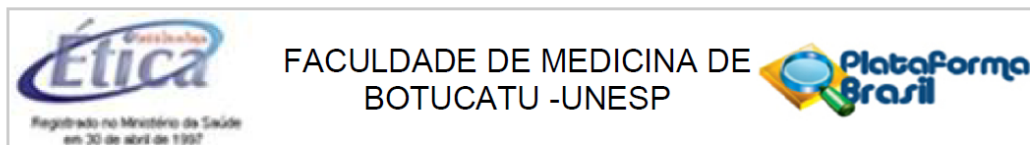
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.031.180

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião extraordinária do CEP de 22 de abril de 2015, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que ao final do presente estudo seja enviado o respectivo "Relatório Final de Atividades" na forma de "NOTIFICAÇÃO".

BOTUCATU, 22 de Abril de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO F

Comunicado interno do COMAP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa

COMUNICADO INTERNO Nº 15/15

Data: 10/08/15

De: COMAP – Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa

Para: Coordenação de Atenção Básica

Venho por meio deste comunicar que os trabalhos abaixo relacionados cumpriram todas as exigências do COMAP, bem como o envio do comprovante de aprovação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa das respectivas Instituições de origem e autorização dos setores envolvidos, estando, portanto, autorizados para o início dos estudos no âmbito dessa Secretaria Municipal da Saúde.

Aproveitamos para solicitar que os Cenários em questão sejam comunicados quanto ao início dos referidos trabalhos.

Titulo	Pesquisador Responsável	Cenários
"Percepção de mulheres quanto à articulação do Hospital Amigo da Criança com a Rede Básica de Atenção na promoção do Aleitamento Materno".	Livia Faria Orso (Famema)	UBSs: Bandeirantes e São Judas; USFs: Jd América, Teruel e Parque das Nações.
"Ansiedade e depressão em mulheres climatéricas mães e em mulheres que não tiveram filhos atendidos na rede básica de atenção à saúde do município de Marília"	Fernanda Moerbeck C. Mazzetto (Unesp/Botucatu)	UBSs: Cascata, São Miguel, Planalto e JK; USFs: Aeroporto, Novo Horizonte, Três Lagos, Altaneira, Vila Barros, Real, Argolo Ferrão e Jardim Renata

Fico à disposição para eventuais dúvidas.

Atenciosamente,