



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

**VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES**

**RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA  
SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: SIGNIFICAÇÕES  
CONSTRUÍDAS POR USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**SALVADOR  
2015**

**VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES**

**RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA  
SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: SIGNIFICAÇÕES  
CONSTRUÍDAS POR USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do título de Doutora.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Miriã Alves  
Ramos Alcântara.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Elaine  
Pedreira Rabinovich.

**SALVADOR  
2015**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

P667 Pires, Vilara Maria Mesquita Mendes.  
Relações familiares e integralidade da saúde da mulher no climatério: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde/ Vilara Maria Mesquita Mendes Pires.– Salvador, 2015.  
170 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Profa. Dra. Miriã Alves Ramos Alcântara.  
Coorientação: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Climatério 2. Integralidade – Saúde da Mulher 3. Família 4. Mulher e Profissional de Saúde I. Título.

CDU 364.444-055.2

## TERMO DE APROVAÇÃO

**Vilara Maria Mesquita Mendes Pires**

**"Relações familiares e integralidade da saúde da mulher no climatério:  
significações construídas por usuárias e profissionais de saúde".**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

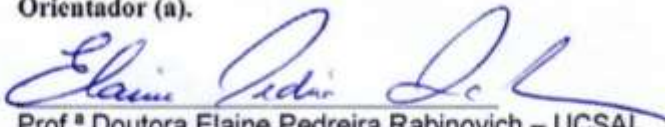
Salvador, 03 fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:



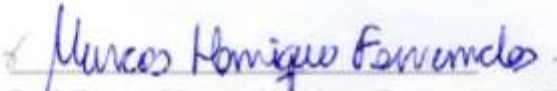
Prof.<sup>a</sup> Doutora Miriã Alves Ramos de Alcântara - IFBA

Orientador (a).



Prof.<sup>a</sup> Doutora Elaine Pedreira Rabinovich – UCSAL

Co-Orientadora.



Prof. Doutor Marcos Henrique Fernandes - UESB



Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Cecília de Sousa Bastos – UCSAL



Prof.<sup>a</sup> Doutora Ivonete Barreto de Amorim - UNEB

*Ao meu querido filho **Gabriel**, que me mostrou e mostra a todo o momento que nunca devemos desistir de buscar a felicidade. Ele, motivo que me faz acordar todos os dias e lutar por um mundo mais justo e melhor. Obrigada, meu filho, por fazer parte da minha vida.*

*A **Roberto**, meu amor, companheiro em todos os momentos da minha vida. Grande incentivador na realização desse doutorado, sempre contribuindo no meu crescimento pessoal e profissional trazendo amor, alegria e cumplicidade na minha caminhada. Obrigada.*

*Aos meus pais queridos, **Oscar** e **Edilia**, que sempre estiveram ao meu lado, incentivadores no meu percurso profissional. Mas, o mais importante, contribuindo na minha formação pessoal. Por mais que a vitória seja minha, ela é antes de tudo fruto do amor incondicional de vocês. Obrigada por existirem.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser presença viva em minha vida, meu refúgio nos momentos de tristeza e aflição, me conduzindo nas tomadas de decisão, fortalecendo a minha fé sempre. Não esqueço um só segundo de adorar-Te e dizer: “Eu creio Senhor, mas aumenta minha fé”.

A minha **família**, que hoje, mais do que ontem, sei do valor que tem para mim. Obrigada por ter compreendido meus momentos de ausência e ter acreditado em mim. Amo vocês.

À professora **Dr<sup>a</sup>. Miriã Alves Ramos Alcântara**, pela valorosa contribuição na construção deste trabalho, sempre se dizendo apaixonada por ele e nunca me deixando desanimar. Uma amiga/orientadora. Obrigada por acreditar em mim.

À professora **Dr<sup>a</sup>. Elaine Pedreira Rabinovich**, por aceitar fazer parte na construção deste trabalho, trazendo alegria, conhecimento e compreensão. Seus ensinamentos em sala de aula contribuíram muito para a construção das ideias. Obrigada.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador**, por me permitir conhecer os diversos contextos familiares que permeiam nossa sociedade.

Aos **professores** do **Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea**, em especial Miriã Alcântara, Elaine Rabinovich, José Menezes, Lúcia Moreira, Ana Cecília Bastos, Livia Fialho, Giancarlo Petrini, pelas valorosas contribuições para meu crescimento profissional.

A **amiga professora Dr<sup>a</sup>. Isabel Lima** pela acolhida inicial ao Programa de Pós-Graduação e pelo seu carinho de mãe nos momentos difíceis. Jamais esquecerei.

Aos **funcionários** da UCSAL, em especial **Geraldo, Lú, Ana Carla** (Secretaria) e **Carla** (Setor Financeiro), sempre carinhosos e acolhedores comigo. Os esforços em me ajudar vão estar sempre registrados em minha memória. Muito obrigada.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**, por me permitir trilhar uma vida acadêmica de vanguarda.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – BA**, por autorizar a coleta das informações nas Unidades de Saúde da Família.

Aos **Profissionais** de Saúde das Unidades de Saúde da Família, pela atenção e disponibilidade em contribuir com a coleta das informações.

Aos **ACS**, por contribuírem na minha aproximação com as participantes do estudo.

Aos **colegas** de Doutorado, pelo compartilhamento de experiências e companheirismo.

Às **amigas** do Programa de Pós-Graduação em Família, em especial **Ivonete, Janete** e **Silvia** por tudo que vivemos. Espero cultivar esta amizade para sempre.

Às amigas **Daniela Neri** e **Aline Simões**, pela contribuição e incentivo para iniciar este curso. Obrigada pelo carinho.

À minha sogra e amiga **Diva do Carmo**, pelo carinho, atenção e pelas orações de todos os dias para o bom êxito deste trabalho. Muito obrigada.

À minha amiga e irmã **Carla Angélica**, pelo carinho, incentivo acreditando sempre no meu sucesso e por estar sempre ao meu lado. Obrigada pelo acolhimento em sua casa na reta final do Doutorado. Você sabe como foi e sempre será importante na minha vida.

À minha amiga e cunhada **Janice**, pelo carinho e atenção sempre comigo e **Gabi**, suprimindo minha ausência e por tornar minhas manhãs mais alegres com a presença de Miguel, “**Meu Belequinho**” presente de Deus em minha vida. Obrigada.

À **Graça**, funcionária dedicada, que soube conduzir minha casa na minha ausência. Muito obrigada.

A **Nanri**, amigo de sempre, por acreditar no meu sucesso.

Enfim, às **mulheres deste estudo**, que, com sua simplicidade e humildade, receberam-me em suas residências e permitiram que mais um sonho fosse realizado.

## **A Mulher Madura**

O ROSTO da mulher madura entrou na moldura de meus olhos.

De repente, a surpreendo num banco olhando de soslaio, aguardando sua vez no balcão. Outras vezes ela passa por mim na rua entre os camelôs [...]. A mulher madura com seu rosto denso esculpido como o de uma atriz grega [...]. Há uma serenidade nos seus gestos, longe dos desperdícios da adolescência, quando se esbanjam pernas, braços e bocas ruidosamente. A adolescência não sabe ainda os limites de seu corpo e vai florescendo estabanada. É como um nadador principiante faz muito barulho, joga muita água para os lados. Enfim, desborda.

A mulher madura nada no tempo e flui com a serenidade da graça sobre o lago. Seu olhar sobre os objetos não é de gula ou de concupiscência. Seus olhos não violam as coisas, mas as envolvem ternamente. Sabem a distância entre seu corpo e o mundo.

A mulher madura é assim: tem algo de orquídea que brota exclusiva de um tronco, inteira. Não é um canteiro de margaridas jovens tagarelando nas manhãs.

A adolescente, com o brilho de seus cabelos, com essa irradiação que vem dos dentes e dos olhos, nos extasia. Mas a mulher madura tem um som de adágio em suas formas. E até no gozo ela soa com profundidade de um violoncelo e a sutileza de oboé sobre a campina do leito.

A boca da mulher madura tem uma indizível sabedoria. Ela chorou na madrugada e abriu-se em opaco espanto. Ela conheceu a traição e ela mesma saiu sozinha para se deixar invadir pela dimensão de outros corpos. Por isto as suas mãos são líricas no drama e repõem no seu corpo um aprendizado da macia paina de setembro e abril.

O corpo da mulher madura é um corpo que já tem história. Inscricões se fizeram em sua superfície. Seu corpo não é como na adolescência uma pura e agreste possibilidade. Ela conhece seus mecanismos, apalpa suas mensagens, decodificas as ameaças numa intimidade respeitosa.

Sei que falo de uma mulher madura localizada numa classe social, e os mais politizados têm que ter condescendência e me entender. A maturidade também vem



à mulher pobre, mas vem com tal violência que o verde se perverte e sobre os casebres tudo se reveste de uma marrom tristeza.

Na verdade, talvez a mulher madura não se sabia assim inteira ante seu olho interior. Talvez a sua aura se inscreva melhor no olho exterior, que a maturidade é também algo que o outro nos confere, complementarmente. Maturidade é essa coisa dupla: um jogo de espelhos revelados.

Cada idade tem seu esplendor. É um equívoco pensá-la apenas como um relâmpago de juventude, um brilho de raquetes e pernas sobre as praias do tempo. Cada idade tem seu brilho e é preciso que cada um descubra o fulgor do próprio corpo.

A mulher madura está pronta para algo definitivo.

Merece, por exemplo, sentar-se naquela praça de Siena à tarde acompanhando com o complacente olhar o vôo das andorinhas e as crianças a brincar. A mulher madura tem esse ar de que, enfim, está pronta para ir à Grécia. Descolou-se da superfície das coisas. Merece profundidades. Por isso, pode-se dizer que a mulher madura não ostenta joias. As joias brotaram de seu tronco, incorporaram-se naturalmente ao seu rosto, como se fossem prendas do tempo.

A mulher madura é um ser luminoso e repousante às quatro horas da tarde, quando as sereias se banham e saem discretamente perfumadas com seus filhos pelos parques do dia. Pena que seu marido não note, perdido que está nos escritórios e mesquinhas ações nos múltiplos mercados dos gestos. Ele não sabe, mas deveria voltar para casa tão maduro quanto Paul Newman, quando nos seus filmes.

Sobretudo, o primeiro namorado ou o primeiro marido não sabem o que perderam em não esperá-la madura. Ali está uma mulher madura, mais que nunca pronta para quem a souber amar.

Afonso Romano de Sant'ana

A Mulher Madura. 3. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. **Relações familiares e integralidade da saúde da mulher no climatério: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde**. 170f. BRASIL. 2015. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea). Universidade Católica do Salvador – UCSAL.

## RESUMO

Os contornos demográficos da população brasileira revelam que as mulheres tendem a superar o contingente populacional masculino em breve espaço de tempo em virtude da maior expectativa de vida, o que traz consequências aos modos de vida em família e impulsiona o desenvolvimento de pesquisas voltadas para questões vivenciadas pelas mulheres nesse contexto. Um número crescente de mulheres ingressa no climatério, período de transição feminina entre as fases reprodutiva e não reprodutiva, privilegiado pela política nacional de saúde integral da mulher. O objetivo geral da pesquisa é analisar o climatério sob a égide da integralidade na percepção de mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família. Os objetivos específicos constituíram-se em compreender o significado do climatério, os fatores biopsicossociais vivenciados pelas mulheres durante esta fase do ciclo vital e identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família às mulheres que vivenciam o climatério. A ética da pesquisa com seres humanos foi respeitada, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo CEP. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado pela Hermenêutica Filosófica que a orientou, fornecendo pressupostos que permitiram uma abordagem interpretativa ao corpus empírico. A pesquisa de campo foi realizada em Unidades de Saúde da Família e no domicílio das usuárias residentes no município de Jequié-BA. Participaram da investigação sete profissionais de saúde e dez mulheres climatéricas. Os dados foram coletados com base na entrevista semiestruturada registrada em áudio em caderno de campo. A análise das entrevistas contemplou um Mapa Conceitual que revelou relação entre os núcleos de sentido e permitiu identificar categorias e subcategorias. Os resultados são apresentados a partir das categorias - a mulher diante do estranho (significando o climatério); o climatério e os contextos femininos (percepções da sexualidade no climatério; meu corpo mudou: e agora?; família: um lócus para transformar); o serviço de saúde e a mulher no climatério: com a palavra as usuárias (quem cuida de mim?); atenção à saúde da mulher no climatério: com a palavra o profissional de saúde (significado do climatério; significando integralidade; e o serviço de saúde e a mulher no climatério: o olhar do profissional de saúde). A discussão mostra que o climatério é um assunto pouco discutido na saúde, mas para as mulheres significa mudança no corpo, na família, na sexualidade, aceleração do envelhecimento; elas não se sentem assistidas em suas queixas. Para os profissionais de saúde, o climatério ainda é um assunto pouco visto o que atribuem à deficiência na formação que os indispõem a desenvolver ações de saúde à mulher climatérica bem como ao desempenho do cuidado integral. Destaca-se a necessidade de se reconstruir o conceito de climatério, reconhecendo a subjetividade, sentimentos e emoções que movem a mulher. A formação de Grupos de Convivência deve ser considerada e deve-se intensificar o olhar para o climatério na PNAISM. Exige-se uma mudança de perfil na estrutura de organização da atenção à saúde, concretizando a integralidade como ação articulada a uma política de formação profissional, com respostas às necessidades da mulher climatérica.

**Palavras-chave:** Climatério; Integralidade; Família; Mulher e Profissional de Saúde.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. **Family relationships and integrality of woman health in climacteric: meanings built by users and health professionals.** 170f. BRASIL. 2015. Doctoral Thesis (Doctorate in Family in Contemporary Society). Catholic University of Salvador – UCSAL.

## ABSTRACT

Brazilian population demographics outlines reveal that women tend to overcome men population contingent shortly, due to the higher lifespan, which brings consequences to the family ways of life and drives the development of researches towards to issues experienced by women in such context. A crescent number of women enter in climacteric, a female transition period between the reproductive and the non reproductive phase, privileged by the national policy for women integral healthcare. The general objective of this research is to analyze the climacteric phase under the aegis of integrality according to women attended in Family Health Unities. The specific objectives constituted in understanding the meaning of climacteric, the biopsychosocial factors experienced by women during this phase of their vital cycle and to identify the actions developed by health professionals from Family Health Teams to the women that experience the climacteric. The ethics of the research with human beings was respected, and the research project was approved by CEP. This is a qualitative study based on the Philosophical Hermeneutics, which has guided it, providing assumptions that allowed an interpretative approach to the empirical corpus. The field research was performed in Family Health Unities and at the homes of users living in the city of Jequié-BA. Seven health professionals and 10 climacteric women participated in this study. Data was collected based on the semi structured interview registered in audio and in field diary. Interviews analysis contemplated a Conceptual Map, which revealed relationships between the meaning nuclei that allowed the identification of the categories and subcategories. The results are presented from the categories - the woman facing the strange (giving a meaning to the climacteric); the climacteric towards the female contexts (perceptions of sexuality in climacteric; my body changed: and so what?; family: a locus to change); the health service and the climacteric woman: the users' speech (who takes care of me?); woman health attention in climacteric: the health professional speech (the meaning of climacteric; giving a meaning to integrality; and the health service and the climacteric woman: the health professional look). The discussion shows that climacteric is still a little discussed subject in health area, but for women it means changes in their bodies, families, sexuality, acceleration of aging and they do not feel assisted in their complaints. For health professionals, climacteric is still a subject little studied by them, and they attribute it to deficiencies in their college education, which make them not feel prepared to develop health actions to the climacteric women and also to provide an integrative attention. It is highlighted the need of rebuilding the concept of climacteric, recognizing its subjectivity, feelings and emotions that are moving the women. The formation of Acquaintance Groups must be considered and it must be intensified the attention to the climacteric in PNAISM. It is required a profile change in the organization structure of the health attention, making real the integrality as an action articulated to a professional education policy, answering the needs of the climacteric women.

**Keywords:** Climacteric; Integrality; Family; Woman and Health Professional.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes **Relaciones familiares e integralidad de la salud de la mujer en climaterio: significados construidos por usuarias y profesionales de la salud**. 170f. BRASIL. 2015. Tesis doctoral (Doctorado en Familia en la Sociedad Contemporánea). Universidad Católica de Salvador – UCSAL.

## RESUMEN

Los contornos demográficos de la población brasileña revelan que las mujeres tienden a superar el contingente poblacional masculino en corto espacio de tiempo, gracias a la más larga expectativa de vida, lo que trae consecuencias a los modos de vida en familia e impulsa el desarrollo de investigaciones direccionadas a cuestiones vividas por las mujeres en este contexto. Un creciente número de mujeres ingresa en el climaterio, periodo de transición femenina entre las fases reproductiva y no reproductiva, privilegiado por la política nacional de salud integral de la mujer. El objetivo general de la investigación se constituye en analizar la fase del climaterio bajo la égida de la integralidad en la percepción de mujeres atendidas en Unidades de Salud de la Familia. Los objetivos específicos se constituyeron en comprender el significado del climaterio, los factores biopsicosociales vividos por las mujeres durante esta fase del ciclo vital e identificar las acciones desarrolladas por los profesionales de la salud de los Equipos de Salud de la Familia a las mujeres que viven el climaterio. La ética de la investigación con seres humanos fue respetada, habiendo el proyecto de pesquisa sido aprobado por el CEP. Tratase de un estudio cualitativo basado en la Hermenéutica Filosófica que la guió, forneciendo presupuestos que han permitido un abordaje interpretativo al corpus empírico. La investigación de campo fue realizada en Unidades de Salud de la Familia y en el domicilio de usuarias residentes en el municipio de Jequié-BA. Participaron de la investigación siete profesionales de salud y diez mujeres climatéricas. Los datos fueron colectados con base en la entrevista semiestructurada registrada en audio y en cuaderno de campo. En el análisis de las entrevistas contempló un Mapa Conceptual, que ha permitido encontrar relación entre los núcleos de sentido y permitió identificar categorías y subcategorías. Los resultados son presentados a partir de las subcategorías - la mujer delante del desconocido (significado del climaterio); el climaterio y los contextos femeninos (percepciones de la sexualidad en el climaterio; mi cuerpo cambió: ¿y ahora?; familia: un locus para transformar); el servicio de salud y la mujer en climaterio: con la palabra las usuarias (¿quiénes cuida de mí?); atención a la salud de la mujer en climaterio: con la palabra el profesional de la salud (significado del climaterio; significando integralidad; y el servicio de salud y la mujer en climaterio: la mirada del profesional de la salud). La discusión muestra que el climaterio aun es un tema poco discutido en la salud, pero para las mujeres significa cambios en el cuerpo, en la familia, en la sexualidad, aceleración del envejecimiento y no se sienten asistidas en sus quejas. Para los profesionales de la salud, el climaterio aun es un tema poco abordado, lo atribuyen a deficiencia en su formación, que los indisponen a desarrollar acciones de salud a la mujer en climaterio, así como al desarrollo del cuidado integral. Destacase la necesidad de reconstruir el concepto de climaterio, reconociendo la subjetividad, sentimientos y emociones que mueven la mujer. La formación de Grupos de Convivencia debe ser considerada y se debe intensificar la percepción del climaterio en la PNAISM. Se exige un cambio de perfil en la estructura de organización de la atención a la salud, concretizando la integralidad como acción articulada a una política de formación profesional, con respuestas a las necesidades de la mujer climatérica.

**Palabras-clave:** Climaterio; Integralidad; Familia; Mujer y Profesional de la Salud.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA, agosto/2009.....	68
Quadro 2 - Caracterização das usuárias, participantes do estudo. Jequié-BA, fev./abril, 2013.....	70
Quadro 3 - Caracterização dos Profissionais de Saúde, participantes deste estudo. Jequié-BA, fev./abril. 2013.....	72
Quadro 4 - Síntese da análise das entrevistas do grupo I – Mulheres no climatério, Usuárias do Serviço, cadastradas e acompanhadas nas USF. ....	77
Quadro 5 - Síntese da análise das entrevistas do grupo II – Profissionais de Saúde da USF.....	78

## LISTA DE FIGURAS

Organograma 1 - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2009. ....	67
Figura 1 - Mapa de análise / Mapa conceitual.....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
ESF	Equipe Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>PARTE I – MARCO TEÓRICO</b>	
<hr/>	
<b>Capítulo 1</b>	
<b>CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PSF COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>34</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>A MULHER NO CLIMATÉRIO: COMPREENDENDO AS RELAÇÕES NESSA FASE DO CICLO VITAL .....</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo 5</b>	
<b>CAMINHAR METODOLÓGICO .....</b>	<b>63</b>
5.1 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA – A HERMENÊUTICA FILOSÓFICA ...	63
5.2 TIPO DE ESTUDO .....	65
5.3 CAMPO DE ESTUDO .....	66
5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	68
5.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	73
5.6 O CONTEXTO DO ESTUDO E A APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	74
5.7 ANÁLISES DOS DADOS .....	76
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	81
<b>PARTE II – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
<hr/>	
<b>Capítulo 6</b>	
<b>CONSTRUINDO O RESULTADO.....</b>	<b>83</b>
CLIMATÉRIO: CONVIVENDO COM AS TRANSFORMAÇÕES DE UM NOVO CICLO VITAL .....	84
CATEGORIA 1: A MULHER DIANTE DO ESTRANHO .....	85
<b>Subcategoria 1.1: Significando o climatério .....</b>	<b>85</b>
CATEGORIA 2: O CLIMATÉRIO EM RELAÇÃO AOS CONTEXTOS VIVIDOS PELA MULHER.....	91
<b>Subcategoria 2.1: Percepções da Sexualidade no Climatério.....</b>	<b>91</b>
<b>Subcategoria 2.3: Família: um “locus” para transformar .....</b>	<b>104</b>



CATEGORIA 3: O SERVIÇO DE SAÚDE E A MULHER NO CLIMATÉRIO: COM A PALAVRA AS USUÁRIAS .....	108
<b>Subcategoria 3.1: Quem cuida de mim? .....</b>	<b>108</b>
CATEGORIA 4. ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: COM A PALAVRA O PROFISSIONAL DE SAÚDE .....	114
<b>Subcategoria 4.1: Significado do climatério .....</b>	<b>115</b>
<b>Subcategoria 4.2: Significando a integralidade.....</b>	<b>118</b>
<b>Subcategoria 4.3 – O profissional de saúde e a mulher no climatério: como desenvolvo minhas ações.....</b>	<b>124</b>
<i>Capítulo 7</i>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>133</b>
DELINEANDO INTERPRETAÇÕES .....	133
<b>PARTE III .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>158</b>
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	158
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIA .....	160
APÊNDICE C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DEPOIMENTOS .....	162
APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM AS USUÁRIAS DO SERVIÇO .....	163
APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	164
<b>ANEXOS .....</b>	<b>165</b>
ANEXO A: OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA APRECIÇÃO DO PROJETO DE TESE AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UESB.....	165
ANEXO B: FOLHA DE ROSTO DO PROJETO DE TESE AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UESB .....	166
ANEXO C: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE TESE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UESB.....	167
ANEXO D: OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE COLETA DE DADOS A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JEQUIÉ.....	170



Fonte: <https://homemdespedacado.wordpress.com/tag/jan-brueghel-o-velho-e-rubens/>

**“Alegoria da Visão (Peter Paul Rubens, 1617)”**, aqui representando a busca para a construção do conhecimento sobre a mulher na fase do climatério.

## APRESENTAÇÃO

“Apreciando o fenômeno do “climatério”, foi possível constatar que o homem envelhece de maneira contínua e a mulher o faz bruscamente, ou seja, ela se vê repentinamente despojada da feminilidade, além da fecundidade e do encanto erótico. A impressão que se tem é que, aos olhos da sociedade e a seus próprios olhos, perde a justificação de sua existência e de suas possibilidades de felicidade” (BEAUVOIR, 1980).

A sociedade contemporânea convive com a expansão do envelhecimento decorrente do aumento da expectativa de vida da população mundial. Como país em constante desenvolvimento, no Brasil, a população feminina vive tempo suficiente para experimentar mudanças em seus corpos, o que em gerações anteriores não era possível (BRASIL, 2008). A maior sobrevida da população feminina tem favorecido o aumento do número de mulheres no climatério. O DATASUS aponta que a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões, dentre as quais aproximadamente 30 milhões se encontram na faixa etária de 35 a 65 anos (BRASIL, 2008).

Apesar de tender a maior sobrevida do que os homens, as mulheres adoecem com maior frequência. Sua vulnerabilidade a certas doenças e causas de morte está mais diretamente ligada à situação de discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade do que com a fatores biológicos (GOLDANI, 2009; BRASIL, 2008).

A saúde da mulher esteve em grande parte ligada às questões biológicas e reprodutivas, sendo a mulher valorizada a partir de suas funções relacionadas à maternidade, traduzindo com isso uma visão restrita sobre a mulher, no seu papel social de mãe, doméstica, responsável pela educação, pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares, o que a deixava cada vez mais restrita ao seu mundo solitário, sendo que, muitas vezes, esse mundo só acontecia por ser ela a parte mais importante. Isso revela uma visão reducionista da atenção à saúde da mulher caracterizada pela ausência de uma abordagem ampla e integral (BRASIL, 2010).

Desde a década de 1980, diversos autores alertam para o fenômeno da solidão feminina e do quadro decorrente do progressivo predomínio de mulheres na pirâmide populacional brasileira (GOLDANI, 1999; BERQUÓ, 1986) a ponto de denominá-la “Pirâmide da Solidão”, termo que retrata a situação de mulheres

brasileiras que enfrentam as novas normas culturais e sociais, ainda sustentadas no fundamento da reprodução feminina e no impacto da mortalidade masculina sobre os anos em que a mulher vive sozinha. Acrescenta-se a isso, o número de mulheres que vivenciam o climatério, momento em que se encerra o ciclo reprodutivo, podendo ser traduzido como um sentido mais existencial da solidão antes retratada do ponto de vista demográfico (BERQUÓ, 1986).

Com o predomínio da mulher na pirâmide da população e conseqüentemente seu envelhecimento, percebe-se a feminilização da velhice, pois daqui a alguns anos a população feminina superará a masculina de modo significativo. A transição epidemiológica em curso e o aumento da qualidade de vida da população, a expectativa de vida do brasileiro tende a aumentar e a impulsionar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para questões vivenciadas pelas mulheres, visto que em seu ciclo vital são muitas as fases a perpassar, iniciando com a infância, adolescência/puberdade, fase adulta e a senescência ou envelhecimento. Em relação a Biologia, a vida humana desdobra-se em três fases: (1) crescimento e desenvolvimento; (2) reprodução e (3) senescência ou envelhecimento (HOFFMAN, 2002).

Assim, na primeira fase, ocorre a evolução dos órgãos, onde o organismo cresce e conquista habilidades funcionais que o habilitam à reprodução. Em seguida, na segunda fase o organismo está apto a se reproduzir, perpetuando a evolução da espécie. E finalmente a terceira fase, a senescência, marcada pelo declínio da capacidade funcional do organismo, perdendo sua fase reprodutiva (HOFFMAN, 2002), período que se divide entre o climatério e a menopausa, vivenciados pelas mulheres, quando elas passam a maior parte de suas vidas, devido ao aumento da expectativa de vida feminina, repercutindo significativamente no crescente número de mulheres no climatério.

Com esse aumento da expectativa de vida, podemos perceber que a mulher passará uma boa parte de sua existência no climatério e isso, por si só, justifica a necessidade de discutir o assunto com as mesmas, a partir de suas percepções e compreensão em relação a esta etapa da vida, para abertura de novas modalidades de serviços de saúde para atendê-las (CUNHA NETTO; GORAYEB, 2005).

O termo climatério deriva da palavra grega “climakter” que significa “ponto crítico da vida humana”, acompanhado de período de crise e mudanças. Uma evolução biológica natural da mulher, que ocorre no processo de transição do período

reprodutivo para o não reprodutivo. E reconhecido também como um momento em que ocorrem intensas transformações (ALVES, 2010).

Esses momentos por que passa a mulher, poderão favorecer para que ela aprofunde o conhecimento sobre seu corpo e os fatores socioculturais que tanto as incomodam em relação ao climatério, desmistificando a realidade social negativa construída sobre esta fase de vida, assim como, poderão revelar suas necessidades de saúde, favorecendo a uma relação melhor conduzida com as mudanças ocorridas nesta fase (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007).

Assim, faz-se necessário que os serviços de saúde possam voltar sua atenção às necessidades biopsicossociais apresentadas pelas mulheres que vivenciam esta fase da vida em uma perspectiva da integralidade, procurando compreender as ansiedades, angústias e inseguranças inerentes a elas.

De Lorenzi et al. (2009) entendem que estas necessidades biopsicossociais estão relacionadas também à subjetividade nas queixas que estas mulheres trazem, e que podem ser descortinadas a partir do resgate da sua história pessoal de vida, seus valores, expectativas e desejos.

Nota-se que, tem ocorrido uma maior procura das mulheres aos serviços de saúde com queixas relacionadas ao climatério. O que revela uma necessidade na mudança da assistência a estas mulheres (ALVES, 2010).

A Organização Mundial da Saúde definiu climatério como uma fase biológica da vida, compreendendo a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher (BRASIL, 2008). É importante sempre ressaltar que na vida das mulheres ocorrem diferentes fases, muitas delas marcantes, traduzidas através de suas histórias de vida, que, a depender do seu modo de viver, revelam vários significados.

O climatério como fenômeno natural da fisiologia feminina ainda hoje pode ser visto como uma doença associada diretamente à feminilidade em relação aos aspectos da fertilidade. Essa afirmativa pode interferir nas relações de gênero nos contextos sociais e culturais, favorecendo para que a mulher desenvolva uma baixa autoestima, considerando-se incapaz de desenvolver normalmente suas atividades ou até mesmo tocar seus projetos de vida (BRASIL, 2008).

Aproximadamente 75% das mulheres desenvolvem intensa sintomatologia, devido a insuficiência ovariana progressiva (COELHO; FRANCO, 2009). De acordo

com Oliveira, Jesus e Merighi (2008), a existência do ser humano é marcada por diversas fases, e nas quais ocorrem transformações, modificando muitas vezes o ser e estar no mundo, e, para a mulher, uma das fases em que ocorrem essas transformações é o climatério, momento que ela tenta se compreender e procura fazer ajustes entre as modificações hormonais e emocionais.

O desafio em compreender melhor essa fase da vida feminina e ajudar a minimizar seus efeitos perpassa pelo desenvolvimento das ações de saúde em práticas efetivadas pelos profissionais dessa área, no sentido de poder acolher melhor as queixas e necessidades trazidas pelas mulheres, na perspectiva de valorizar seu saber/fazer, considerando seu contexto social e familiar, para que possam ser protagonistas de sua história de saúde e vida (BRASIL, 2008).

No campo da Política de Saúde, o Sistema Único de Saúde traz entre seus princípios a integralidade, como dimensão ampliada do cuidado a essas mulheres que se encontram no climatério, de modo que os profissionais de saúde as perceba, valorizando suas necessidades, considerando os fatores socioculturais e emocionais que acompanham essa fase da sua vida.

Para melhor compreender esta realidade, o Sistema Único de Saúde, amparado em seus princípios, busca a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada da atenção, tentando colocar em prática a integralidade como princípio norteador da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (ALVES, 2010). Assim, pretende-se minimizar o enfoque reducionista como era tratada a mulher, no sentido de vê-la não apenas em sua fase reprodutiva, mas trazendo para a atenção à saúde da mulher a discussão sobre outras fases do seu ciclo de vida entre elas o climatério.

Em face dessas premissas, a presente tese foi desenvolvida em três partes: Parte 1, destinada ao marco teórico; Parte 2, constituída pelos estudos empíricos e a Parte 3, um reportar-se às referências utilizadas na tese e também os apêndices e anexos.

A primeira parte foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro, denominado *Contextualizando o objeto de estudo*, aborda a descrição dos temas, bem como a contextualização do problema pesquisado. É destacada também nesse capítulo um pouco da trajetória científica da pesquisadora, demonstrando o porquê do interesse

pelo tema, a relevância da pesquisa que justifica sua realização, além das questões norteadoras e os objetivos que fundamentam a investigação acerca da atenção a saúde da mulher que vivencia o climatério.

O segundo capítulo aborda a temática do processo de construção do PSF como estratégia de reorganização da atenção à saúde, enfatizando os aspectos históricos do Sistema Único de Saúde, seus princípios que permeiam esse processo, destacando também a implantação do PSF e sua relação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PANISM, momento em que se abre a discussão sobre o climatério.

O terceiro capítulo aborda a Integralidade como princípio norteador das práticas nos serviços de saúde, realçando seus sentidos e significados, no intuito de procurar perceber a mulher climatérica na sua integralidade, com escuta atenta para suas necessidades.

No quarto capítulo é feita uma abordagem sobre a mulher no climatério e suas relações nesta fase do ciclo vital. São destacadas também as conquistas femininas que resultaram em uma Política de Saúde para Mulher, o cuidado com a saúde da mulher no climatério, enfatizando os aspectos fisiológicos desta fase, a relação familiar e os aspectos socioculturais e psicológicos decorrentes das modificações presentes no climatério.

No quinto capítulo, denominado Caminhar Metodológico, revela-se como o caminho do pensamento, da construção teórica e do conjunto de técnicas que possibilitam a organizar o dado em face aos objetivos da investigação, considerando a subjetividade bem como as matrizes históricas – culturais na perspectiva de uma análise compreensiva e interpretativa trazida pela hermenêutica, no entendimento do filósofo Gadamer. Também aborda os passos percorridos pela pesquisa, considerando o tipo de pesquisa, campo de pesquisa, sujeitos da pesquisa, caracterização dos sujeitos da pesquisa, técnica e instrumento de coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos.

A segunda parte da tese é composta pelos capítulos sexto e sétimo; o sexto capítulo é referente aos estudos empíricos, onde se encontram descritas as categorias e suas subcategorias. Nas quais faz-se uma análise compreensiva e interpretativa das entrevistas, tentando estabelecer um diálogo com autores que foram referência na

construção desta tese; já o capítulo sétimo apresenta as considerações finais que a autora entende como um momento importante da tese, por permitir esboçar um pouco sobre o rumo em que se encontra a atenção à saúde da mulher dentro da política de saúde, apresentando as suas percepções. Por fim, como pesquisadora sobre os resultados encontrados, as limitações, desdobramentos posteriores, sugestões e aplicabilidade. Por fim, é apresentada a terceira parte da tese, onde encontram-se as referências utilizadas, os apêndices e os anexos da mesma.





Fonte: <http://contos-semnome.blogspot.com.br/2012/07/as-tres-gracas.html>

**“As três Graças” (Peter Paul Rubens - pintor, 1639)**, na mitologia grega são as deusas da beleza, da sedução, da fertilidade, da natureza e da dança – estão associadas a Afrodite, deusa do amor ou a Vênus, na mitologia romana. Aqui reporta a beleza da mulher no climatério.

## PARTE I – MARCO TEÓRICO

---

### *Capítulo 1*

#### **CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO**

Estudos sobre a população feminina, ao longo dos anos, vêm despertando interesse em alguns pesquisadores de diversas áreas do conhecimento científico, dentre elas a área da saúde.

A área da saúde atende os diversos ciclos de vida, tanto de forma individual, quanto coletiva, buscando a promoção da saúde e a qualidade de vida da população. No entanto, um dos focos de atenção é a mulher, vista no contexto social, cultural e econômico no qual está inserida.

As mulheres seguem como a maioria na população brasileira. Segundo IBGE das 195, 243 milhões de pessoas identificadas, 51,5% são do sexo feminino (BRASIL, 2012).

A população feminina passou a apresentar um expressivo aumento no contingente brasileiro. Sobretudo um aumento significativo na expectativa de vida, tendo como consequência o crescimento de pessoas com idade mais avançada e já entrando na fase do ciclo vital que é o climatério (VIEIRA, 2012).

Isso nos remete a pensar que com esse aumento da expectativa de vida da população feminina, representando um expressivo aumento de mulheres vivenciando o climatério, tem-se um significado cada vez mais diferenciado para essas mulheres e para os profissionais de saúde que precisam aprender a lidar com esse novo contexto da demanda nos serviços de saúde.

Mendonça (2004) afirma que, com o aumento da expectativa de vida da população mundial, em particular a feminina, justifica-se a ampliação das pesquisas científicas e programas de saúde relacionados ao climatério.

O aumento da expectativa de vida tem oportunizado que haja um número cada vez maior de mulheres vivenciando o climatério. De Lorenzi et al. (2009) argumentam que com o aumento do número de mulheres com mais de 50 anos no

mundo, podendo chegar a 1,2 bilhões em 2030, já é um fator importante em relação a esta fase do ciclo vital que é o climatério, podendo ser considerado uma das bandeiras de luta na saúde coletiva.

Outrossim, esse aumento do percentual de mulheres no climatério, vai influenciar diretamente o processo de viver dessas mulheres, pois as mudanças ocorridas, sobretudo por estarem ligadas aos fatores emocionais, acabam modificando seus hábitos de vida (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Muitas pesquisas já vêm sendo desenvolvidas voltadas para a Saúde da Mulher, trazendo enfoques variados, mas, na maioria das vezes, trabalhando no universo de mulheres em fase reprodutiva, a exemplo do Pré-Natal, Planejamento Familiar ou a mulher como portadora de alguma patologia específica como câncer de mama, de colo de útero entre outras (DUARTE; ANDRADE, 2008).

A intensificação em pesquisas com mulheres em fase reprodutiva chega a 48,1%, sendo que pesquisas com mulheres em fase não reprodutiva totalizam 18,5%. Nota-se quase que uma inexistência de pesquisas em saúde da mulher no climatério, temática importante devido a tendência nacional de envelhecimento da população e maior concentração de mulheres nessa fase do ciclo vital (BOHRER, 2010).

Nesse sentido, no que se refere às pesquisas com a temática climatério, também é percebido que Políticas Públicas de Saúde para esse grupo ainda são incipientes e com poucos avanços, o que confirma a necessidade de se desenvolver pesquisas com uma temática tão intrincada como a da mulher em fase do ciclo vital identificado como climatério (ESPER, 2005).

Alves (2010) em seus estudos sobre climatério demonstra uma preocupação pertinente à temática em relação aos profissionais de saúde, trazendo uma reflexão acerca da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), que ainda não têm dado a devida importância às mulheres na fase do climatério, tendo em vista a falta da abordagem interdisciplinar e integral necessária para compreender as demandas apresentadas por essas mulheres.

Nesse sentido, Pedro et al. (2002) concluem que dois terços das mulheres procuram serviço médico para alívio dos sintomas climatéricos. Nesta perspectiva, estudos realizados em outros países revelam a intensificação da procura por serviço médico pelas mulheres nesta fase do ciclo vital.

Nos Estados Unidos, a procura do serviço médico por mulheres em fase de climatério é de 62% (PEDRO et al., 2002). Na França, a procura é de 22% (ODEANS et al., 2002). Em alguns países Asiáticos, a procura é de 30% de mulheres com sintomatologia climatérica (PEDRO et al., 2002). De acordo com estes autores, a procura por serviço médico de mulheres em fase de climatério não está relacionada apenas à sintomatologia biológica, enquanto patologia, mas, sobretudo está relacionada também a fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos.

No Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde, chama atenção como alguém que atua no referido sistema como enfermeira e docente do curso de enfermagem de uma Universidade Pública, a constante presença de mulheres nos serviços de saúde. São elas que mais procuram o serviço, são as maiores usuárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Isso faz enxergar que os serviços de saúde ainda estão pautados por uma atenção fragmentada, favorecendo a uma deficiência em alcançar as necessidades das mulheres que procuram o serviço, não entendendo a necessidade que elas têm de uma atenção integral, individualizada e humanizada dentro de um contexto psicossocial e cultural que esta fase do climatério exige.

A partir do contexto histórico, na década de 80 surge o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, com o objetivo de embasar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando uma atenção à saúde da mulher com ênfase na saúde reprodutiva, mas com objetivos de desenvolver uma atenção integral a população feminina, tentando romper com esse foco; com isso, ocorreu uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.

Mesmo com a intenção de incorporar uma atenção integral à saúde da mulher e reconhecendo alguns avanços do PAISM, um estudo realizado no período de 1998 a 2002, apresentado por Correa e Piola (2003), concluiu que, existem ainda algumas lacunas, como o climatério/menopausa, a reprodução assistida, a saúde da mulher na adolescência, a inclusão no panorama de raça e gênero entre outras.

Especificamente a assistência à saúde da mulher no climatério ficou na dependência de iniciativas individuais e da sensibilidade dos profissionais,

configurando uma ação desarticulada, incompatível com o atendimento integral (GONÇALVES; MERIGHI, 2007).

Contudo, em 2004, surge, a partir da Área Técnica de Saúde da Mulher, uma proposta que viabilizava melhor um olhar integral às mulheres em todos os ciclos de vida, o que levou a entender o PAISM não mais como um programa, mas como uma política. Assim, foi elaborado o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes”. A política apontou a saúde como direito de cidadania, contribuindo para que as mulheres avancem em suas conquistas (BRASIL, 2007). Com isso, fortaleceu-se a discussão sobre a atenção ao climatério, tentando estabelecer um cuidado com a saúde da mulher que perpassasse por todas as fases da sua vida, criando então dentro da PNAISM o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008).

Para melhor compreender essa realidade, o Sistema Único de Saúde, amparado em seus princípios e na PNAISM busca estratégias e ambientes propícios para implementação de ações a mulheres no climatério (ALVES, 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) então passou a se constituir em uma nova estratégia de reorientação do trabalho em saúde, considerando que a família seja um ambiente propício para uma nova visão no processo de intervenção em saúde. Nesse sentido, reconhecendo a família como mediadora da atenção à saúde Bastos e Trad (1998, p. 110) entendem que o envolvimento da **família** no processo de “construção, de desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivo” poderá minimizar as consequências que podem ocorrer a partir de problemas vivenciados.

Desse modo, além de uma escuta atenciosa do profissional de saúde às mulheres que vivenciam uma fase nova em sua vida que é o climatério, o suporte familiar também torna-se um aliado importante na construção da saúde destas mulheres. Pois, a mulher pode ser considerada o eixo estruturante da família e sua atenção de forma integral é fundamental para sua compreensão e melhoria da qualidade de vida (SEVERINO; COSTA, 2010). Assim, a família então se constitui como sujeito capaz de propor estratégias no processo de prevenir e cuidar dos membros da família (BASTOS et al., 2006).

Nos últimos anos, a **família** passou a ser o foco em estudos científicos, por conta de suas diversas concepções. Ela surge como uma realidade para a trajetória do ser humano em seu contexto social (DONATI, 2008), e assim, ela está a todo tempo sendo desafiada pelas mudanças sociais como a igualdade de direitos entre os sexos, os divórcios, as questões econômicas, interferindo na autonomia da família em definir o número de filhos, e a mudança no aspecto relacionado à família enquanto unidade de cuidado da saúde de seus membros, não apenas nos fatores biológicos, mas, sobretudo nos fatores biopsicossociais que muitas vezes, de forma perversa, atinge a família.

A família representa as várias dimensões da vida humana (DONATI, 2008), também significa dizer que os profissionais de saúde necessitam reconhecer que existe uma estreita ligação com as crenças, valores, relações, cultura, pois o contexto familiar de algum modo influencia a forma como os indivíduos percebem e vivenciam suas necessidades de cuidado, o que vai determinar a forma como as famílias cuidam dos seus membros.

Nesse sentido, estudos têm demonstrado que é necessário conhecer a realidade familiar em todas suas dimensões para assisti-la, o que torna relevante estes estudos, pois assim, poderá identificar de fato a realidade da família brasileira em que a mulher está inserida (BASTOS et al., 2006).

O Ministério da Saúde (MS) mostra-se sensibilizado com a condução das políticas públicas e tenta desenvolver ações dentro das políticas que estejam voltadas para o desenvolvimento da família.

Assim, o PSF aparece no cenário com o propósito de reorganizar a atenção à saúde, de modo a dar respostas resolutivas às necessidades de saúde trazidas pela família. É importante salientar que esse programa surge em torno do princípio da integralidade, de forma a articular as ações de promoção, prevenção e assistência, de modo a ampliar as ações de cuidado primário, dando respostas adequadas às necessidades frequentes da população (MATTOS, 2002).

O MS enfatiza então o PSF como uma estratégia da atenção básica, para uma organização da saúde mais eficaz e eficiente, no sentido de consolidar o vínculo entre os serviços e a população, o que de algum modo contribui para a integralidade da assistência (BRASIL, 1999).

Coelho et al. (2009) entendem que é fundamental compreender a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres às ações de saúde a partir das especificidades do seu ciclo vital.

A integralidade mostra-se como um princípio doutrinário e como um modelo de ação que pode minimizar o distanciamento entre a teoria e a prática, ao tempo em que se discute muito sobre integralidade e como ela de fato se concretiza nas práticas em unidades de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Guizardi e Pinheiro (2004) complementam que a integralidade pode se concretizar enquanto práticas e relações entre os sujeitos, bem como da interação cotidiana de suas ações e saberes.

Por ser bastante intrincada a fase do ciclo vital da mulher identificada como climatério, e por estar relacionada diretamente com os fatores biopsicossociais além de fatores biológicos, ela também necessita de espaços de escuta, diálogo, acolhimento e relação ética.

Neste cenário, o texto apresentado pelo MS a respeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher detalha a compreensão de integralidade da atenção à saúde quando afirma que está pressupõe também, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas; mais capazes de acolhimento e de vínculo com as mulheres e também mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica (BRASIL, 2004).

Outrossim, a formação profissional de alguma forma está relacionada com o modo como estes profissionais desenvolvem suas práticas nos serviços de saúde. A fragmentação da qualidade da atenção prestada à saúde das mulheres no climatério possibilita ao não acolhimento de suas necessidades como um todo.

Desse modo, Lima e Ângelo entendem que,

só é possível compreender a experiência da mulher no climatério quando se reconhece que cada experiência, é única [...]. Segundo os autores, é preciso ter em vista “[...]” “que a vivencia deste momento incorpora significados diferentes para cada mulher, não podendo ser reduzida a explicações fechadas em modelos universais (LIMA; ÂNGELO, 2001, p. 405).

Isso nos possibilita identificar maneiras de se desenvolver as ações assistenciais condizentes com as necessidades destas mulheres de modo mais individualizado, oportunizando uma atenção integral sustentada por uma abordagem mais humanizada.

Diante do cenário aqui apresentado, considerando os poucos estudos em relação à mulher em sua fase não reprodutiva do ciclo vital, e, por outro lado, as pesquisas que mostram o grande número de mulheres que vivenciam a fase do ciclo vital identificado como climatério e que sofrem com as consequências que esta fase traz, assim também, por perceber a necessidade de serviços de saúde com profissionais preparados para assistir as mulheres no climatério, surge então alguns questionamentos aqui propostos: Qual o significado de climatério para as mulheres que vivenciam esta fase da vida? Como as mulheres compreendem a relação existente entre o climatério e os fatores biopsicossociais? E como os profissionais das Equipes de Saúde da Família desenvolvem suas ações de saúde junto às mulheres que vivenciam o climatério?

Estas questões norteadoras podem ser entendidas como um guia do pensamento e das ações em busca de respostas através da concretização do seguinte **objetivo geral**:

- Analisar a fase do climatério sob a égide da integralidade na percepção de mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família.

Para o alcance deste objetivo geral foram estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Compreender o significado do climatério e os fatores biopsicossociais vivenciados pelas mulheres durante esta fase do ciclo vital;

- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família a mulheres que vivenciam o climatério.

Portanto, durante o desenvolvimento deste estudo, buscou-se a confirmação da **Tese**: A atenção à saúde das mulheres, apesar dos avanços trazidos pelo SUS e pela PNAISM, ainda se apresenta um tanto quanto fragmentada, incorporada por uma atenção biologicista da saúde, desconsiderando os fatores biopsicossociais que envolvem a mulher, sua relação com a família nessa fase, suas necessidades e angústias que muitas vezes nem as próprias mulheres reconhecem seus significados,



vivenciando uma valorização maior do seu ciclo vital reprodutivo, não considerando a fase do climatério como também importante em seu ciclo vital. Conseqüentemente, a mulher na fase do ciclo vital identificado como climatério não vivencia ações de saúde voltadas para as especificidades que esta fase de sua vida exige.

Assim, esta pesquisa se torna importante por trazer no cenário científico uma problemática vivida por mulheres em uma fase de seu ciclo vital permeada de intensas modificações e por ser tão pouco discutida, favorecendo a abertura para o diálogo entre as usuárias dos serviços de saúde da mulher, família e profissionais de saúde no sentido de minimizar os entraves existentes nessa relação, trazendo também para o foco questões relacionadas aos fatores sociais, emocionais que envolvem esta fase, como também, poder dar maior visibilidade aos formuladores de políticas públicas em saúde da mulher de como os princípios e diretrizes estão sendo implementados nos serviços de saúde. Poderá contribuir também para uma reflexão dos profissionais de saúde sobre seu processo de formação, e despertar neles um compromisso pessoal enquanto profissional, favorecendo para a adoção de uma atenção integral no desenvolvimento de suas práticas.



Fonte: <http://www.brasilecola.com/historiag/as-cidades-gregas.htm>

**“Templo da mitologia grega”**, caracterizando aqui o PSF como uma rocha que deveria estar sustentado pelos princípios e diretrizes que regem a saúde.

## *Capítulo 2*

### **PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PSF COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Historicamente, o sistema de saúde no Brasil vem sendo (re) construído a partir do processo de mudanças que remonta à década de 1970, acelerando-se ao longo da década de 1990, ao adquirir estatuto institucional no final daquela década, melhor demarcando, no início da década de 1990. Esta realidade é fruto de um processo interno de forte densidade política e social, influenciado, inclusive, por diversos modelos externos, particularmente aqueles vigentes no Estado de Bem-Estar que teve como propósito atribuir ao Estado maior protagonismo na promoção social e na organização da economia, de modo a regular as relações com a Sociedade.

Apesar desses processos, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi legitimado pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, regulado pelas Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, formulação que corresponde a unificação de vários subsistemas existentes até então, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública e outros), quanto entre as esferas governamentais (federal, estadual e municipal), e entre os setores estatal e privado (BRASIL, 1990a; 1990b).

Ao estabelecer os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção, e ao assumir como diretrizes organizacionais a descentralização e a participação da sociedade, o SUS rompe com o sistema anterior diante das novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais assumidas para prover ações e serviços de saúde no país, ao fundamentar-se no princípio constitucional da saúde como direito universal da cidadania e dever do Estado.

O SUS não se constitui um pacto social, uma ideia criativa de planejadores e políticos. Ao contrário, sua arquitetura institucional altamente inovadora, corresponde a um processo social rico, com choques de interesses e valores sociais diversificados, sujeito a renovação de crenças relevantes, algumas delas inéditas na tradição de políticas públicas no Brasil.

O processo social que ampara o SUS é correlato aos avanços epistemológicos das Ciências Sociais no que diz respeito à compreensão do processo

saúde-doença-cuidado. Processo social e avanços epistemológicos referem-se à experiência de vida individual e coletiva, ao modo como se relacionam com o contexto histórico, cultural, social e econômico em determinado lugar (ARANTES, 1999).

Reconstituindo-se a trajetória sobre os antecedentes do SUS - origens e explicações para sua configuração - é possível identificar dois movimentos ou tendências que influenciaram a evolução das políticas de saúde pelo menos nos últimos trinta anos. O primeiro, de caráter geral no campo das políticas de proteção social, apontou em direção à universalização, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania plena. Resulta na migração do modelo do seguro social que caracterizou, desde suas origens, o sistema previdenciário brasileiro, para o modelo da seguridade social, finalmente adotado na Constituição de 1988. O segundo, de caráter específico ao setor saúde, em busca de uma maior efetividade sanitária, envolveu a adoção de uma concepção mais ampla da saúde, apontando com isso, para um modelo de atenção integral à saúde da população (BAHIA, 2001).

Este novo modelo baseia-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença, na qual o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente, de políticas públicas capazes de prover qualidade de vida (GONÇALVES, 2002). Distingue-se do modelo liberal-privatista que dissocia as ações preventivas das ações curativas, a saúde coletiva da atenção individual, e inteiramente centrada no atendimento à demanda por assistência médica.

Diante desse contexto, é oportuno estabelecer uma relação entre o novo modelo e a perspectiva da saúde coletiva, a qual o insere nas políticas públicas com o intuito de redirecionar a assistência à saúde, adequando-a ao novo modelo de atenção à saúde, tendo em seu bojo uma proposta de reorganização e reestruturação da atenção à saúde (SOUZA, 2001).

Ainda hoje, constata-se a influência das políticas de saúde de um passado remoto representadas pelo modelo sanitarista campanhista tendo como interesse principal o saneamento dos portos, locais de circulação de exportação, com o objetivo de erradicar as doenças que porventura pudessem prejudicar a política econômica do país. Simultaneamente, evidencia-se o modelo médico-assistencial privatista cujo interesse é a capacidade produtiva do trabalhador, disponibilizando a atenção médica da Previdência Social com uma visão estritamente curativista e hospitalocêntrica (MENDES, 1994).

Com o intuito de discutir sobre a questão da assistência e do acesso aos serviços surgiram movimentos que direcionaram estas discussões para a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978 reafirmando que a saúde é um direito humano fundamental, e que a promoção e proteção da saúde da população são essenciais para o desenvolvimento econômico e social, e para contribuir com a qualidade de vida.

No Brasil, com a promulgação da Constituição da República de 1988 que traz em seu artigo 196: “saúde é direito de todos e dever do Estado”, ocorre, a Reforma Sanitária, movimento contra-hegemônico a favor da concepção universal e igualitária das ações e serviços para promoção, proteção e reabilitação da saúde (BRASIL, 1988).

Na prática, a objetivação constitucional da atenção primária não foi suficiente para modificar a assistência à saúde, pois o modelo médico-assistencial privatista continuou privilegiando ações centradas no assistencialismo individual curativista, sob concepção biologicista, em que o processo saúde-doença é entendido de modo isolado em relação aos fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais em que vivem as pessoas.

Franco e Merhy (1999) afirmam que a transformação do modelo requer modificar as estruturas dos modelos assistenciais assim como, melhor forma de aplicar os recursos e a modificação na postura dos profissionais de saúde.

Frente a tudo isso, com a necessidade de se ter um modelo que rompa com as concepções do modelo assistencial privatista e implemente os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de atenção com qualidade (SOARES, 2000), é necessário um modelo de promoção da saúde voltado para o fortalecimento da atenção básica que tenha como objetivo a implementação efetiva do SUS.

Nesse sentido, a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, revê a Política Nacional de Atenção Básica, ao indicar a Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganizar a Atenção Básica no Brasil. Nesse documento a atenção básica é assim definida:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigido a

população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equipe e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Desse modo, a atenção básica como nova proposta de política, direciona-se para o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de mudança, incorporando a promoção da saúde como enfrentamento dos seus problemas.

A promoção da saúde possui uma base conceitual estabelecida a partir das conferências internacionais em Ottawa (1986, Canadá), Sundsväl (1991, Suécia), Bogotá (1992, Colômbia) e Adelaide (1998 Austrália) ensejando maior visibilidade às políticas de saúde.

Com a promoção da saúde o sentido da palavra saúde passa a ser visto como um componente do desenvolvimento humano. Na Carta de Ottawa, a promoção de saúde refere-se também à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002). Buss afirma que a promoção da saúde representa:

Um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado [...] esse termo está associado inicialmente a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000, p. 165-6).

A proposta de implementação de um novo modelo de saúde vem sendo pensada desde quando ocorreu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS). O PACS centra as ações de saúde no contexto da família. Para Viana e Dal Poz (1998), o PACS seria um antecessor do PSF, como um modelo prático e inovador em que a atenção à saúde seria deslocada do indivíduo para a família, buscando desenvolver ações preventivas, desenvolvendo um vínculo da comunidade com a equipe de saúde e, com isso, proporcionando a reorganização da atenção à saúde.

Amparado pela Portaria nº 692 do MS em 1993, na então gestão do ministro Henrique Santillo, o PSF traz como objetivo de sua implementação colaborar com a

organização do Sistema Único de Saúde favorecendo para a municipalização da integralidade e participação da comunidade (VASCONCELLOS, 1998).

Neste cenário, surge a proposta do PSF em 1994, com vistas a reorganizar a atenção à saúde, de modo a dar respostas resolutivas às necessidades de saúde trazidas pela população. Este programa surge em torno do princípio da integralidade, de forma a articular as ações de promoção, prevenção e assistência, e a ampliar as ações de cuidado primário dando respostas adequadas às necessidades frequentes da população (MATTOS, 2002).

Assim, nasce o PSF, que foi tomando corpo como uma proposta estruturada e subsidiada pelo primeiro documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e que trazia explicitos seus princípios e diretrizes:

O programa de Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (BRASIL, 1994, p. 6).

O MS enfatiza, então, o PSF como uma estratégia da atenção básica, para uma organização da saúde mais eficaz e eficiente, no sentido de consolidar o vínculo entre os serviços e a população, o que, de algum modo, contribuiu para a integralidade da assistência (BRASIL, 1999).

Nenhum modelo em si é garantia de mudança, mas ainda assim, em relação ao PSF há uma forte influência da proposta contra-hegemônica ao projeto neoliberal sustentado no modelo médico-assistencial privatista (GONÇALVES, 2002).

Outrossim, o Ministério da Saúde ressalta que o PSF incorpora também os princípios e diretrizes do SUS identificados, em sua estrutura, a partir do caráter substitutivo; da integralidade e hierarquização; territorialização e cadastramento da clientela e da equipe multiprofissional (BRASIL, 2000a).

Assim, o PSF se constitui uma estratégia que “prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2000c).

Por centrar-se no princípio de atenção à família e da promoção da saúde, o PSF levanta discussões acerca de práticas de saúde desenvolvidas no próprio processo de trabalho, o que requer refletir sobre a formação dos profissionais que

desenvolvem ações nas Unidades de Saúde da Família. Tais questões dizem respeito ao compromisso e aos desafios decorrentes do desenvolvimento e da implementação do PSF:

Nesse espaço da prática de Saúde da Família, assumem-se alguns compromissos importantes: entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade; intervenção sobre fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (SOUZA, 1999, p. 24).

Mesmo com todo avanço da implementação do PSF até o momento, a prática voltada para a vigilância à saúde e a clínica desenvolvida a partir da demanda espontânea, produz um quadro de baixa resolutividade, não assegurando a integralidade das práticas dentro de algumas políticas de saúde (GONÇALVES, 2002).

Nesse sentido, com o objetivo de modificar a forma de prestação da assistência à saúde de acordo com o novo modelo, é necessário discutir de que modo as questões sobre a mulher são enfrentadas no contexto das práticas do PSF, mediante uma política que garanta atenção específica.

Por ser uma estratégia que rompe com o modelo médico assistencial privatista hegemônico, o PSF desenvolve suas ações em consonância com políticas de saúde implantadas pelo MS, entre elas as diretamente ligadas à saúde da mulher, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

A PNAISM é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida incluindo atenção à saúde da mulher no climatério. No PSF, as ações desenvolvidas às mulheres estão diretamente relacionadas a sua fase reprodutiva, como exemplo o período do pré-natal e puerpério; planejamento familiar com prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, percebe-se uma lacuna no desenvolvimento das ações de saúde no PSF em relação à saúde da mulher, pois no período de vida em que elas vivenciam mudanças significativas nos aspectos biológicos, psíquicos e sociais sem identificação dos sinais do climatério, as mulheres os associam a sintomas de um quadro patológico (BRASIL, 2008). Fica clara a necessidade de redefinir o modelo na perspectiva de



proporcionar modificações também na estrutura assistencial, assim como no compromisso dos profissionais de saúde com a questão (FRANCO; MERHY, 1999).

O compromisso do profissional de saúde do PSF perpassa a incorporação, na prática, da escuta atenta das mulheres nas suas particularidades para que possa minimizar as dúvidas e redirecionar as intervenções a respeito do climatério (BRASIL, 2008).

Esse entendimento em relação ao PSF coaduna com uma prática humanizada na perspectiva da integralidade, que valoriza uma relação acolhedora, ativa dos profissionais de saúde e a mulher na construção de um projeto terapêutico singular e resolutivo (BRASIL, 2008), considerando suas características sociais, seus valores, sua cultura, direcionadas para um “indivíduo em relação” em oposição ao “indivíduo biológico” (MERHY, 2000).

Diante do exposto é evidente que o PSF tem como característica fundamental o de se configurar como uma estratégia para implementar o SUS, conseqüentemente implementar seus princípios e diretrizes, o que de algum modo estará envolvido com a proposta da PNAISM, incorporando em suas práticas, o cuidado integral e os aspectos culturais e comportamentais que envolvem a mulher em seu ciclo de vida.

Assim, a saúde da mulher, a partir desse programa, passa a ser visto de forma mais ampliada, incorporando o conceito da integralidade, proporcionando um cuidado também ampliado, sendo incluída uma assistência às necessidades biopsicossociais (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).



Fonte: <http://ialexandria.sites.uol.com.br/imagens/classic/OOOic.htm>

**“Fênix”**, pássaro da mitologia grega, que ao morrer renascia das próprias cinzas, transformando-o em símbolo da imortalidade e do renascimento espiritual. É como o princípio da Integralidade, precisa estar sempre renascendo no ato de cuidar.

### ***Capítulo 3***

## **INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

O verbo integrar vem do latim *integer*, que significa inteiro, dando um sentido da ação, através da qual as partes se formam de um todo e de alguma forma desaparecem nesse conjunto (CIARIS, 2005).

A integralidade é um termo polissêmico, tem origem do “hólos” grego, cujo sentido está ligado à totalidade, à completude, à inteireza e à unidade (XAVIER, 2004).

Em uma primeira aproximação a integralidade é uma das diretrizes do SUS, e foi instituído pela Constituição de 1988. Embora em seu texto constitucional é reconhecido como “atendimento integral”, com prioridade para as atividades preventivas, não desconsiderando os serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Ainda assim, Mattos (2001) afirma que o termo integralidade tem sido bastante debatido na implementação dessas diretrizes.

Reconhecendo a importância da integralidade como diretriz básica do SUS, não podemos resumi-la apenas nesse contexto. Ela pode ser reconhecida como uma ação assistencial livre de reducionismo, considerando os usuários do serviço não só como doentes, mas, sobretudo como indivíduos dotados de sentimentos, desejos, cultura e aflições.

As discussões sobre Integralidade reafirmam a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, possa articular a diversidade de sentidos, ao direcionar a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, e também para os processos formativos, constituídos por conjuntos de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

A integralidade tem forte influência ideológica e cultural que permeia a abordagem do processo saúde-doença em sua determinação histórico-social tendo como objeto do trabalho em saúde o ser cuidado e as necessidades trazidas por ele (SILVA, 2006).

Assim, a integralidade no entendimento de Mattos (2008), constitui uma luta constante dos profissionais de saúde e de toda população em busca da conquista de uma saúde mais digna e solidária.

Camargo Jr. et al. (2008) entendem a integralidade como atributo da organização de serviços e das práticas profissionais de saúde. O que de alguma forma coaduna com outros conceitos que entendem a integralidade adotando o acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Cecílio e Merhy (2003) compreendem a integralidade a partir de uma atenção integral, lançando mão a todas as tecnologias possíveis, através do processo de trabalho da equipe de saúde e compartilhadas por todos que estão envolvidos para a produção do cuidado em uma perspectiva horizontal da assistência.

Como princípio do SUS, a integralidade se constitui por três conjuntos de sentidos: as práticas como traço da boa assistência, a organização dos serviços a partir das práticas e as políticas de saúde como resposta governamental aos problemas de saúde, sendo esta articulada por medidas preventivas e assistenciais, não negligenciando as necessidades e direitos dos usuários (MATTOS, 2003).

O primeiro sentido dado a integralidade está diretamente relacionado a postura do profissional de saúde em relação aos usuários considerando seus modos de viver e de lidar com os problemas de saúde e se opondo à visão reducionista de cuidar, reconhecendo as necessidades trazidas pelos usuários do serviço, necessidades estas não só de fórum biológico, mas sobretudo relacionadas as questões psicossociais. O segundo sentido está relacionado à organização dos serviços de saúde, opondo-se a dissociação de práticas de saúde pública das práticas assistenciais. O terceiro e último sentido refere-se à capacidade que as políticas de saúde precisam ter para assistir os diversos grupos populacionais atingidos por um determinado problema, respeitando suas especificidades (MATTOS, 2001).

Assim, a integralidade, como sentido, vem na perspectiva de orientar políticas e práticas a partir das necessidades dos usuários quanto ao acesso à rede de serviços, considerando a complexidade e especificidades do processo saúde-doença.

Destarte, o sentido da integralidade dá-se ao se perceberem os usuários como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem.

Esse entendimento perpassa o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e usuários, de forma coletiva e consequentemente refletir no cotidiano das famílias, definindo a assistência como foco central das ações e serviços de saúde. Isso faz perceber que para prestar assistência integral ao indivíduo, não se pode acreditar que seja possível fazer isso individualmente.

Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de uma visão do cuidado voltado para uma construção de projetos coletivos, com um saber fazer de todos envolvidos no processo. Concretamente, isto significa que a integralidade como eixo norteador de uma política-social deverá ser construída cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos, pautadas na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.

Assim, também é o entendimento de Machado et al. (2007), de modo a entender que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, diálogo, acolhimento e relação ética entre os diversos atores com um único objetivo – o cuidado.

Neste cenário a integralidade da atenção à saúde pressupõe também, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem:

- ✓ mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção;
- ✓ mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviço de saúde e, também,
- ✓ mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica (BRASIL, 2004, p. 4).

Assim, a integralidade se dá a partir da mudança de postura do trabalhador de saúde no ato de cuidado ao indivíduo, por meio de estratégias embasadas em princípios que venham direcionar a relação entre o usuário e o profissional de saúde que lhe atende, evidenciando a inseparabilidade do plano individual do social e coletivo, na perspectiva de projetos mais resolutivos (AYRES, 2004).

O Ministério da Saúde, em 1990, definiu a integralidade como:

O reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível

configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990, p. 5).

Podemos perceber a importância da articulação de ações e serviços de saúde que podem ver o indivíduo com sua autonomia, objetivando cuidar de si mesmo, visualizando também futuras necessidades que não necessariamente se manifestem no momento da assistência.

Com o propósito de fazer cumprir o princípio da integralidade, os serviços de saúde devem desenvolver suas ações voltadas ao usuário como um ser integral, que se apresenta com as mais variadas situações de vida dentro de um contexto social e familiar que o levam muitas vezes a adoecer e morrer. Acreditando que esse usuário deva ser percebido em contexto de vida, sujeito a riscos de ordem biológica, psicológica ou social, as ações desenvolvidas nos serviços de saúde devem ser feitas para a saúde e não só para doenças (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001).

Desta maneira, as discussões sobre integralidade reafirmam a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, possa articular a diversidade de sentidos como à capacidade das políticas governamentais ordenarem o sistema de saúde, a partir de seus serviços, garantindo acesso aos diversos níveis de tecnologia em cada situação assistencial e desenvolver ações em que os trabalhadores de saúde gerem acolhimento com o propósito de desfragmentar o atendimento prestado aos usuários (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003).

Assim, a integralidade da atenção à saúde busca, ainda, o desenvolvimento de práticas inovadoras, nos espaços em que a produção da saúde e do cuidado ocorre, dando ênfase à realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Outrossim, Magalhães (2004), nos leva a pensar na integralidade da assistência no plano macro, como a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional de saúde e no cuidado dispensado por eles a cada indivíduo e/ou comunidade.

Em que pese às diferenças entre esses sentidos acerca da integralidade, é possível sugerir que há pontos de convergência e que, em todos os sentidos, a integralidade “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez, uma afirmação de abertura ao diálogo” (MATTOS, 2001, p. 40).

A construção da integralidade da atenção tem trazido inquietações, no sentido de apresentar necessidade de discussões propositivas a partir das lacunas encontradas para sua efetivação no sentido de garantir um atendimento digno e de qualidade para os usuários. Assim, sua concretização dependerá de um maior envolvimento entre os serviços de saúde, ações de saúde e usuários para uma atenção mais resolutiva.

Como princípio, a integralidade articula-se para corrigir uma atenção à saúde fragmentada, centrada em uma visão biologicista, imposta por um saber científico que se mostra muitas vezes descontextualizado da realidade vivenciada pela população.

Assim, é incontestável a necessidade de se entender a integralidade como princípio em todos seus sentidos mencionados aqui, em práticas em saúde incorporada por um ouvir, entender e, assim poder atender com responsabilidade às demandas e necessidades de saúde das pessoas.

Isso nos leva a buscar a integralidade da atenção à saúde nos seus três eixos, formação de políticas públicas de saúde, organização dos serviços, suas práticas trazendo um adendo que é também importante para efetivação da integralidade na prática que é a formação dos profissionais de saúde, de modo que possam estabelecer um relacionamento com o usuário/família no sentido de profissional e sujeito e não profissional e objeto (MACHADO et al., 2007).

Desse modo, a integralidade ocorre a partir da mudança de postura do profissional de saúde no momento de assistir o ser humano com atitudes menos reducionistas, capazes de compreender as necessidades dos usuários de forma mais abrangente, considerando os aspectos sociais, na perspectiva de um horizonte ético, na construção de projetos de felicidade humana (AYRES, 2004). Esse entendimento coaduna com o propósito de:

[...] defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, 2001, p. 48).

Ao responder ao sofrimento, o profissional de saúde pode estar atento também a outros fatores que podem, de alguma forma, impedir o percurso natural da vida dos usuários, no sentido de identificar fatores de risco e desenvolver no momento a prevenção associada à prática do momento.

Nesse sentido, Mattos (2001, p. 57-7), nos mostra que:

Reconhecer isso nos remete a um outro sentido de integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Para esse novo formato dos serviços de saúde, faz-se necessário uma mudança no processo de trabalho dos profissionais e equipes de saúde, pois a ampliação ocorre a partir do diálogo entre os sujeitos do processo e suas formas diferentes de perceber as necessidades, sendo fundamental a escuta através de práticas acolhedoras (FRANCO; MERHY, 2005).

Diante das considerações aqui desenvolvidas, é um desafio pensar nos vários sentidos que envolvem o princípio da integralidade em relação à implementação da atenção básica de saúde, aqui representada pelo PSF. Na sua efetividade, a integralidade depara-se com limites para ser efetivamente vivenciada, a começar pela necessidade de desenvolver uma prática de saúde pautada numa compreensão mais ética e menos mecanicista ou tecnicista da pessoa humana. Os pressupostos da integralidade se articulam ao ensino e serviços de saúde, aos profissionais e usuários, entre as ciências da saúde e realidade social (OLIVEIRA, 2007).

Nesse contexto, a integralidade implica na integração das práticas de saúde, estabelecendo uma relação com a forma como os profissionais da área respondem às necessidades das usuárias climatéricas. Isso vai ter visibilidade no desenvolvimento do cuidar de forma menos fragmentada, constituindo um modelo de atenção mais dialógico, participativo e mais resolutivo, pautado não apenas na saúde da mulher em fase reprodutiva, mas em seu ciclo vital como um todo.

As demandas em saúde da mulher apresentam-se complexas. O ciclo vital feminino é marcado por eventos biológicos e sociais que, por vezes, interagem e determinam alterações no processo saúde-doença. O profissional de saúde, no contexto da nova perspectiva de saúde, necessita desenvolver um olhar integral para com a mulher, considerando, sobretudo, a presença e influência de elementos subjetivos em sua relação com o mundo, com a sociedade, com a família e consigo mesma.





Fonte: <http://isthar-mitologia.blogspot.com.br/2012/04/peter-paul-rubens.html>

**“Vênus ao Espelho”,** pintura de Diego Velázquez (1599 – 1660).  
Representa o amor, a beleza da mulher. Tem o espelho como composição original, onde Vênus está vendo o espectador através do espelho “a ideia da consciência da representação”.

## *Capítulo 4*

### **A MULHER NO CLIMATÉRIO: COMPREENDENDO AS RELAÇÕES NESSA FASE DO CICLO VITAL**

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada, Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos para saber o que seremos. Que as mulheres no Climatério tenham a oportunidade de saberem quem são e assim, possam definir o que serão” (FREIRE, 2008).

Nos anos 40, a escritora e filósofa Simone de Beauvoir, no seu livro “O Segundo Sexo”, provocou uma discussão ao afirmar que não se nasce mulher, torna-se. Esse momento foi um marco na construção do conceito de gênero que desvincula a autonomia dos modelos construídos culturalmente pela sociedade para definir o comportamento do homem e da mulher (BRASIL, 2010).

A frase “nosso corpo não nos pertence” foi considerada como uma bandeira de luta do movimento feminista nos anos 70, expressando a vontade de autonomia das mulheres de ter desejos e exercê-los sem o controle dos homens de sua família, do Estado ou das instituições religiosas. Assim como, questiona a imposição de padrão de beleza dita pela sociedade, de normas na sexualidade e na reprodução (NOBRE, 2005).

Daron (2003) destaca que as mulheres estão inseridas na sociedade mesmo sem serem reconhecidas, ocupando um papel secundário na produção, trabalhando muito e recebendo pouco, desenvolvendo as tarefas domésticas no lar, reproduzindo vidas, valores e culturas, colocadas numa condição de discriminação, dominação e opressão, onde pouco registro há sobre o que estas mulheres pensavam, queriam e sentiam.

As questões que permeiam a sexualidade feminina estão diretamente relacionadas às nuances e valores na construção histórica e cultural do ser mulher (SOUTO, 2008).

Nesse sentido, o corpo feminino ganha uma importância que extrapola a visão biológica, dando lugar a estereótipos e vivências que se expressam como opressão e submissão. É nesse contexto que o pertencimento do corpo feminino,

significa um resgate da sua condição de mulher, que implica em autonomia dela sobre sua liberdade.

O cuidado com a saúde da mulher também se expressa nas intervenções em relação ao seu corpo, definido pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. Esse é o olhar que por muitos anos, e que ainda se vivencia e que ficou institucionalizado em relação à saúde da mulher, com a devida importância dada à saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, limitando a sexualidade feminina à condição de reprodução (SOUTO, 2008).

Esse entendimento limitado em relação à saúde da mulher passa por modificações a partir de 1984, quando no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em Amsterdã; na Conferência de Nairóbi, em 1985, a posição assumida pela Organização das Nações Unidas (ONU) foi a de que “a promoção dos direitos da reprodução é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade” (COELHO, 2006, p. 19); posição consolidada na Conferência do Cairo, em 1994, e na Conferência da Mulher, em Pequim, em 1995, o que representou um avanço das mulheres na luta por seus direitos (SOUTO, 2008).

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência (CAIRO, 1994, Cap. VII, 7. 2).

Com a inserção dos métodos anticoncepcionais e a divulgação de seu uso, houve uma mudança na vida e no papel social da mulher, levando a sua entrada no mercado de trabalho e a liberdade sexual. Mas o que elas não esperavam era a ocorrência do controle médico sob os métodos, ficando sua oferta limitada, precária e sem assistência adequada, comprometendo então sua saúde (LABRA, 1989).

A intensificação na luta das mulheres pela busca de reconhecimento dos seus direitos deu maior visibilidade ao movimento feminista, onde as reivindicações das mulheres já não podiam mais ser ignoradas. A partir da década de 80, as mulheres começaram a ser ouvidas em relação à formulação de políticas e programas criados para atendê-las (BRASIL, 2010). Nesta fase também, o conceito de gênero ganha espaço, e com seu desenvolvimento nas políticas de saúde, podemos perceber que

“gênero é o conjunto de relações e atributos, papéis, crenças, e atitudes que definem ser homem ou ser mulher” (BRASIL, 2004, p. 12).

Ao contrário do que muitos pensam, gênero não é sinônimo de mulher. Seu conceito se refere a homens e as mulheres, devendo ser considerado nas dimensões histórica, cultural e social em situação que forem necessárias as discussões dessa relação na sociedade, assim como, nas políticas públicas.

O novo contexto de gênero mostra que é historicamente determinado que não apenas se constrói sobre a diferença de sexos, mas, sobretudo, uma categoria que serve para dar sentido a esta diferença (SCOTT, 1998).

Outrossim, a palavra gênero traduz o reconhecimento dos sentidos e significados de ser mulher e ser homem na sociedade, traduzidos em suas trajetórias de vida, valoriza a construção sociocultural e supera a ideia biologicista que permeia a questão de gênero (BRASIL, 2004).

Incluir a abordagem de gênero nas políticas de saúde da mulher significa reconhecer as condições femininas, como fator principal do cuidado integral à saúde, de suas ações e práticas desse cuidado, podendo ser essa a estratégia de humanização e integralidade da atenção à saúde para as mulheres em todo seu ciclo de vida (SOUTO, 2008).

Desse modo, entendemos que a integralidade na saúde da mulher está diretamente associada a abordagem de gênero na perspectiva da construção social e cultural da mulher, definindo formas de cuidar, na intenção de minimizar o olhar que prioriza a saúde reprodutiva, a medicalização do corpo feminino e a negação à mulher da autonomia para escolher e decidir sobre sua vida.

A luta pela saúde da mulher tem importante interface com a qualidade da assistência. Esta, por seu turno, guarda forte relação com os princípios da integralidade e da equidade, os quais são incompatíveis com o atual modelo assistencial, calcado na crescente tecnologização, medicalização e mercantilização do corpo, da saúde e da vida humana (BARBOSA, 2006, p. 324).

Algumas mudanças na abordagem nas políticas de saúde da mulher resultaram da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, influenciando, dentro da rede de serviços de saúde, um novo olhar, pensar e agir sobre as questões que envolvem a mulher (COSTA; AQUINO, 2002).

No Brasil, a saúde da mulher nas primeiras décadas do século XX foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, nesse período às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50, 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, sustentada pela visão biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2007).

Ainda na década de 70, no Brasil, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar era implementado sob o enfoque da paternidade responsável, com o objetivo de diminuir as taxas de morbi/mortalidade infantil e materna (COSTA et al., 2000). Mesmo com a implantação desse programa, a saúde da mulher era vista de forma fragmentada.

Na década de 80, devido às condições político-sociais, surge a necessidade de ampliar o olhar para a saúde da mulher, que ultrapassasse a concepção só de reprodução e culminasse com uma análise mais completa, menos fragmentada e menos reducionista, levando ao conceito de atuação integral à saúde da mulher (MANDÚ, 1995).

Neste período, observava-se no cenário nacional crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como exemplo o movimento feminista (OSIS, 1994). Esse movimento entrou para a história da Política de Saúde da Mulher, pois contribuiu para incorporar nas políticas de saúde ações mais abrangentes, menos verticalizadas e menos centralizadoras, relacionadas à saúde da mulher, considerando as questões de trabalho, desigualdade, sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MOURA et al., 2004; COSTA, 2000).

No cenário internacional já se observava uma preocupação com a saúde da mulher. Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, ficou estabelecido o conceito de promoção da saúde, e a preocupação com a melhoria da qualidade de vida e saúde, assim como, da igualdade entre mulheres e homens em relação aos determinantes da saúde registrados no documento que foi denominado Carta de Ottawa (SOUZA et al., 2004).

Em 1988, acontece a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Austrália, que culminou com a elaboração da Declaração de Adelaide, sendo o primeiro documento, de fato, a discutir de forma objetiva sobre a atenção à saúde da mulher, por meio de políticas de saúde (BRASIL, 2001). Com esse documento, teve início então a implantação de políticas públicas de saúde voltadas à mulher.

Pode-se considerar que as questões referentes à saúde da mulher aqui no Brasil são ainda recentes; o movimento que foi iniciado através de políticas públicas no século XX, é ainda focado na saúde reprodutiva, sem contextualizar as necessidades trazidas pelas mulheres.

O MS, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fato que representou um novo momento para a saúde feminina, rompendo com conceitos e princípios da visão materno-infantil. Essa, além de ser uma luta social na perspectiva emancipatória, que busca fortalecer a atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984), transformou-se em uma estratégia, incluindo a integralidade e enfoque de gênero, atentando para o contexto social, ainda que de forma limitada (SOUTO, 2008).

Na proposta do PAISM, a integralidade significou colocar em pauta que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos de vida da mulher e não apenas no período da gravidez. Também significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia das mulheres (SOUTO, 2008, p. 171).

Assim, a atenção integral remete à recusa ao reducionismo, configurando-se num conjunto de ações voltadas ao cuidado da saúde das mulheres a partir de seu contexto social.

Mattos (2001) faz uma análise específica da concepção da integralidade no PAISM.

São inegáveis os avanços na integralidade da assistência produzidos pelo PAISM. Mas também são inegáveis seus limites, postos em grande parte pela forma que a política assumiu a de um programa. Como os programas têm repercussões institucionais e, portanto, âmbitos delimitados no confronto com outros programas, a perspectiva de integralidade proposta pelo movimento feminista teve que ser limitada... Tal delimitação, embora compreensível no bojo das lutas entre os diversos programas verticalmente construídos (como ainda prevalecia à época), não era aceitável (MATTOS, 2001, p. 59).

Embora o PAISM apresentasse novas especificidades em seu processo de implantação, ocorrido no período de 1984 a 1989 e na década de 90, embora influenciado pela implantação do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e pela organização da atenção básica, ele ainda privilegiava a saúde reprodutiva, demonstrando a visão de saúde materna nas ações de saúde desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, algumas lacunas continuaram existindo em relação a atenção à saúde da mulher, como a atenção ao climatério e à adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero e de raça/ etnia nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Assim, em 2004 o MS lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes, com o propósito de poder construir um consenso nacional em torno da necessidade de se desenvolver políticas públicas de saúde da mulher de forma integrada nos diversos níveis do sistema, buscando coerência e sinergia entre elas, e abandonando a visão reducionista e fragmentada de políticas anteriores (BRASIL, 2004).

Desse modo, a PNAISM é voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, considerando as especificidades de cada um deles. Suas estratégias consistem em ampliar e qualificar a atenção à saúde da mulher, além do contexto reprodutivo (BRASIL, 2004).

Dentre as estratégias e os vários objetivos da PNAISM, está a questão da atenção à saúde da mulher no climatério, com o intuito de desenvolver as ações de saúde à população feminina que vivencia esse momento no ciclo de vida, rompendo com a visão exclusivamente biológica dessa fase e colocando em pauta as situações de desigualdades sociais, políticas, econômicas, culturais na qual a mulher está inserida.

No passado, havia pouca atenção voltada ao climatério, devido à menor expectativa de vida feminina até então. Mas isso vem se modificando com o progressivo aumento da expectativa de vida feminina, ocorrido a partir da segunda metade do século XX (UCHÔA, 2003; PEDRO et al., 2003; BRASIL, 2008).

Com o progressivo aumento da expectativa de vida da mulher a partir do século XX, muitas delas hoje vivenciam a fase do climatério, embora pouco conheça sobre os aspectos que estão relacionados com esta fase.

Para Rosembaum (1998), com o aumento do número de mulheres com mais de 50 anos na população e sua participação no mercado de trabalho, mostra que se faz necessário uma atenção à fase do climatério no âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, o climatério vem impondo uma mudança de atitude, de assistência por parte dos profissionais de saúde. Hoje, sabe-se que o climatério não está apenas sob a influência dos fatores biológicos, mas também sob a influência dos fatores psicossociais e culturais, o que vai conduzir para uma assistência mais integral, humanizada e qualificada (DE LORENZI et al., 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o climatério é uma fase biológica da vida e não um processo patológico, ele é compreendido como a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo na vida da mulher, que ocorre entre 35 e 65 anos (BRASIL, 2008).

Na perspectiva etimológica, a palavra climatério é conhecida por duas formas, procedentes do grego: como *Klimacter*, que significa período crítico; e também como “degrau de escada” que expressa a ideia de uma fase de transição da vida da mulher na qual ela está descendo (GONÇALVES; MERIGHI, 2007).

Já em épocas passadas, existia uma preocupação com essa temática, quando, remontando a Aristóteles, o mesmo já percebia que as mulheres após os 50 anos não mais geravam filhos, sendo que Hipócrates, considerado o pai da medicina, dava o nome de climatério à passagem crítica relacionada às várias fases da vida (RENÓ JÚNIOR, 2002).

O climatério, identificado como uma fase natural na vida das mulheres, manifesta-se em algumas delas de forma diferente. Há mulheres que passam por esta fase sem queixas ou necessidade de medicamentos; outras apresentam sintomas variados, como mudanças nos aspectos psicológicos e sociais, o que revela a necessidade de um acompanhamento sistemático com vistas à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos (BRASIL, 2008).



Desse modo, nota-se que a fase do climatério se mostra como um processo de profundas mudanças, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais na vida da mulher (LIMA; ÂNGELO, 2001), necessitando rever a subjetividade das queixas trazidas pelas mulheres, junto a sua história pessoal, expectativas, valores e desejos (DE LORENZI et al., 2009).

Assim, as alterações que se relacionam a esta fase do ciclo vital afetam todas as mulheres, podendo repercutir nos seus sentimentos, no trabalho, em sua relação familiar, em sua qualidade de vida, uma vez que elas recebem influência de vários fatores, como sua história de vida, relações familiares, características ambientais, cultural, crenças, costumes, dentre outros (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Com o aumento da expectativa de vida da mulher e conseqüentemente a sua vivencia com o processo de envelhecimento por um longo tempo, resulta que os ovários secretam menos estrógeno e progesterona, ocasionando uma reação da hipófise que aumenta a secreção do hormônio folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH). Isso ocorre por volta dos 37,5 anos de idade, e pode provocar mudanças em todo organismo, culminando com ciclos anovulatórios, com diminuição da fertilidade (ORSHAN, 2010), instalando-se ai a fase não reprodutiva.

A autora complementa, dizendo que, nesta fase, para algumas mulheres, há uma percepção negativa, pois o corpo da mulher vivencia não só o esgotamento dos folículos ovarianos, mas uma perda das funções e tônus de seus órgãos como um todo (ORSHAN, 2010).

Do ponto de vista da fisiologia humana, outros autores coadunam com o mesmo entendimento, que o climatério se revela como um fenômeno endócrino decorrente de um esgotamento progressivo dos folículos ovarianos, culminando com a falência ovariana. Isso ocorre em mulheres de meia idade, iniciando-se entre 35 e 40 anos e pode-se estender até os 65 anos (ALDRIGHI, 2002; DENNERSTEIN, 2002, DE LORENZI, 2005).

Esse processo de esgotamento dos folículos inicia-se ainda na vida intrauterina da mulher, e, com o passar dos anos, a cada ciclo menstrual, instala-se o processo de perda de folículos e óvulos, levando a um estreitamento do ovário, transformando-o em órgão oco até chegar a suspensão definitiva dos ciclos menstruais ou menopausa (ALDRIGHI, 2002; DE LORENZI, 2005).

Pedro et al. (2003), em pesquisa realizada com residentes de Campinas-SP, investigou 456 mulheres, na faixa etária de 45-60 anos de idade, sobre os sintomas mais prevalentes no climatério, após a qual registrou: nervosismo (82%), fogachos (70%), cefaleia (68%), irritabilidade (67%) e sudorese (59%), com destaque para as queixas sexuais, como a diminuição do interesse sexual que foi a mais frequente.

Outrossim, aproximadamente 50% a 70% das mulheres referiram muitas vezes a sintomas somáticos e dificuldades de lidar com as emoções, causando uma maior labilidade emocional, isto é, ausência de estabilidade emocional, no período que vivenciam o climatério. Chamam atenção nesta fase para as ondas de calor ou também denominadas de fogachos, que pode elevar a temperatura do corpo, acompanhados de sudorese, palpitações e cefaleia, interferindo até na qualidade do sono e implicando negativamente na qualidade de vida dessas mulheres (ALDRIGHI, 2002; DE LORENZI, 2005).

Embora a proposta desta pesquisa aqui tenha uma maior atenção aos fatores biopsicossociais apresentados pelas mulheres na fase do climatério, foi percebido que esses fatores muitas vezes se apresentam a partir dos fatores biológicos também vividos por estas mulheres nesta fase. Para melhor exemplificar esta afirmativa, alguns autores mostram que a mulher na fase do climatério pode apresentar como um dos aspectos clínicos da fase a atrofia urogenital, o que causa um grande desconforto à mulher devido à diminuição do estrogênio e com isso podendo causar um enrijecimento da parede vaginal, acompanhado de uma menor lubrificação, o que provoca, muitas vezes, dispareunia (dor) e desconforto no ato sexual, interferindo sobremaneira em suas relações conjugais, em sua sexualidade, podendo interferir em sua qualidade de vida (BOSSEMEYER, 1999; DE LORENZI et al., 2005).

A sexualidade merece particular atenção no climatério. Esta é reconhecida como um dos pilares da qualidade de vida, porém a sua abordagem nem sempre é feita adequadamente no climatério por constrangimento das mulheres ou despreparo dos próprios profissionais de saúde em lidar com essa questão (DE LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO, 2009).

As várias dimensões da sexualidade têm influências dos fatores psicológicos e culturais, considerando relacionamentos interpessoais e experiências de vida das mulheres, não ficando relacionados apenas a fatores anatômicos e hormonais (FAVARATO et al., 2000).

Outros fatores são relatados pelas mulheres nessa fase da vida identificada como climatério que é o medo de envelhecer concomitante a sentimentos de inutilidade e carência afetiva (DE LORENZI et al., 2005; DENNERSTEIN et al., 2002).

Esse medo de envelhecer está diretamente relacionado com as culturas ocidentais de valorização da beleza física, a cultura do corpo bonito, o encanto da juventude e da maternidade como fatores mais importantes no mundo feminino, e que a perda pode trazer para as mulheres um sentimento de desvalorização, tristeza, podendo contribuir para o processo de depressão (DE LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO, 2009).

Outro fator importante relatado por algumas mulheres na fase de climatério é o ganho ponderal (de peso) excessivo. Muitas se queixam por levarem em conta as questões estéticas, mas isso implica mais necessariamente em riscos cardiovasculares, câncer de mama, endométrio e cólon (DE LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO, 2009).

De alguma forma, os sintomas ou sinais clínicos que as mulheres apresentam na fase que vivenciam o climatério sofrem influência de fatores do ambiente sociocultural em que elas vivem; da situação pessoal, situação conjugal, familiar e profissional e da diminuição de estrogênio endógeno (BRASIL, 2008).

É importante perceber que o sistema de saúde vigente em nosso país tem dado mais atenção à redução gradativa do estrogênio na fase do climatério, utilizando medicamentos, do que para a prevenção de doenças e promoção da saúde. As questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais das mulheres nesta fase ainda ficam em segundo plano (BRASIL, 2008).

Mesmo com essa prática voltada para os aspectos medicamentosos na fase do climatério, encontramos profissionais de saúde com outro entendimento em relação à atenção à mulher nesta fase, considerando que:

Felizmente, muitos profissionais de saúde reagem contra essa prática e compreendem que o climatério é uma etapa da vida das mulheres, com oportunidades de crescimento e de reavaliação. Opções passadas, atuais e futuras podem ser reconsideradas sob o prisma de novas necessidades (BRASIL, 2008, p. 22).

Diante desse entendimento, é possível perceber o climatério para além dos aspectos biológicos, considerando sobretudo os fatores culturais e psicossociais em

que as mulheres estão inseridas e vivenciando a fase do climatério. Assim também como, a percepção que estas mulheres têm de sua vida nessa fase e como se sentem, considerando suas expectativas em relação a sua qualidade de vida.

Esses fatores estão associados também a um esvaziamento das múltiplas funções social da mulher, a mudança na imagem corporal, assim também como as intercorrências psicológicas, que aparecem como consequência das vivências marcadas pelas perdas (MELO; POMPEL, 2002).

Para melhor compreender essas intercorrências psicológicas, Aldrighi et al. (2000, p. 365), apresentam um significado psicológico dessa fase do ciclo vital conhecido como climatério:

[...] sentimentos de perda da fertilidade e feminilidade, pelas mudanças na sexualidade, pelos questionamentos sobre o processo de transição, tais como as irregularidades menstruais, o desconhecimento sobre a duração dos sintomas, as mudanças de atribuições e o aumento da incidência de doenças crônicas.

Um exemplo em relação aos aspectos psicossociais que se pode refletir aqui, e que acontece geralmente nessa fase da vida da mulher, é a “síndrome do ninho vazio”, que para a mulher significa o esvaziamento da função materna, devido ao crescimento e emancipação dos filhos, que se tornam adultos. Significando com isso, menos cuidado, deixando uma lacuna na vida da mulher, principalmente para aquelas que vivem exclusivamente para o cuidado com o lar e com os filhos (SOARES; ALMEIDA, 1999 apud ESPER, 2005).

Diante dessas questões que se entrecruzam, é necessário entender como todos esses aspectos que envolvem a mulher na fase do climatério podem estar diretamente ligados a sua mudança de humor, sua baixa autoestima, a labilidade afetiva e irritabilidade, juntamente com a diminuição do interesse sexual, levando a um desequilíbrio da sua qualidade de vida (BRASIL, 2008).

A qualidade de vida da mulher está diretamente relacionada ao aumento da sua expectativa de vida, condições estas que se cruzam no dia-a-dia. Hoje a qualidade de vida pode ser reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência servindo de impacto positivo para a promoção da saúde.

Outrossim, a qualidade de vida que envolve as mulheres na fase do climatério perpassa por enfoques subjetivos que as envolve, sua posição na vida, na sua

realidade cultural e nos valores que acredita, levando em consideração seus anseios, preocupações e expectativas (DE LORENZI; BARACAT, 2005).

Frente a todo esse contexto, são percebidas possibilidades de intervenção na fase do climatério a partir de uma sensibilidade maior na escuta das queixas apresentadas pelas mulheres que vivenciam esta fase, no sentido de poder,

[...] avançar na compreensão do seu significado inclui uma análise para além do fisiológico, abarcando a complexidade feminina em todas as suas dimensões, dentro de um processo dialético de construção de sua subjetividade, que inclui um sujeito atravessado pelo desejo e pelas inscrições culturais (ESPER, 2005, p. 26).

Essa tentativa de compreender o significado do climatério a partir da complexidade feminina necessita de uma atenção que permita à mulher manifestar suas reais necessidades, poder expressar suas percepções, sentimentos sobre a fase do ciclo vital que está vivendo, até mesmo suas dificuldades pessoais do período, o que poderá ajudar a entender o climatério como uma fase normal de transição na vida da mulher e que até mesmo os aspectos clínicos podem ser abordados de diferentes formas (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007).

A necessidade que a mulher tem de uma maior atenção na fase do climatério ainda não foi percebida por muitos dos profissionais de saúde. Infelizmente a prática se encontra fragmentada e persistindo o foco nas questões biológicas dessa fase, amparada basicamente na intervenção medicamentosa (DE LORENZI et al., 2005).

É premente para a mulher em seus ciclos vitais ser percebida na sua integralidade, com atenção voltada para a promoção e prevenção em saúde de modo particularizado, considerando seus aspectos individuais, com vistas à qualidade de vida.

Assim, importante se faz que os profissionais de saúde se sensibilizem para acolher as necessidades trazidas pelas mulheres que vivem a fase do climatério. Dessa forma é importante que,

[...] a mulher climatérica tenha espaço para expressar os seus sentimentos acerca do momento que está vivendo e as dificuldades que está sentindo, recebendo informações sobre as mudanças que seu corpo está sofrendo e as suas implicações para a sua saúde. Ao mesmo tempo, que não se pode mais restringir a saúde a questões meramente orgânicas (DE LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO, 2009, p. 291).

Nesse contexto, as abordagens aqui elencadas sobre a mulher na fase do climatério permitem estabelecer uma maior atenção aos aspectos sociais, emocionais

e culturais no momento da procura dessa mulher aos serviços de saúde, com o propósito de minimizar a fragmentação e reducionismo no ato de cuidar. Isso favorecerá para uma escuta mais valorizada em que as mulheres possam expor seus anseios, suas dúvidas resultando em “uma prática que aproxime o saber da sensibilidade” (DE LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO, 2009, p. 291), podendo com isso mergulhar na subjetividade dessas mulheres, resgatando sua história de vida, expectativas, desejos e valores.



Fonte: <http://isthar-mitologia.blogspot.com.br/2012/04/peter-paul-rubens.html>

**“O julgamento de Páris”**, (mitologia grega), quando Páris dá a Afrodite o pomo de ouro da discórdia, elegendo-a como a mais bela de todas as deusas. Aqui para mim representa a escolha mais difícil em um trabalho científico que é a metodologia.

## *Capítulo 5*

### **CAMINHAR METODOLÓGICO**

Com o propósito de mergulhar no debate de ideias e nos caminhos a serem percorridos em busca de responder às indagações da investigação ora proposta, faz-se necessário compreender melhor o sentido da metodologia da pesquisa e como ela se desenvolve na pesquisa social.

A metodologia revela-se como o caminho do pensamento, da construção teórica e do conjunto de técnicas que possibilitam a organização dos dados em face dos objetivos da investigação. A pesquisa social reflete a realidade, mostra o homem em sociedade, suas relações e preocupações à parte de seus interesses dentro do universo das ciências sociais (MINAYO, 2008).

Nesse contexto, será mostrado o caminhar metodológico que permitiu alcançar os objetivos estabelecidos neste estudo, apresentando a Hermenêutica Filosófica como quadro teórico de referência da pesquisa, o tipo de pesquisa, o campo de investigação, os sujeitos da pesquisa, a técnica e instrumentos de coleta de dados, os aspectos éticos e o método de análise dos dados.

#### 5.1 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA – A HERMENÊUTICA FILOSÓFICA

“O modo como vivenciamos uns aos outros, [...] é isso que forma um universo verdadeiramente hermenêutico, no qual não estamos encerrados com barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos” (GADAMER, 1999, p. 35).

O mundo vem se desenvolvendo com uma grande influência na construção do conhecimento da realidade, na interpretação das relações existentes na sociedade, sustentada em uma perspectiva compreensiva, e antipositivista. No sentido em que privilegia a compreensão e a inteligibilidade, mostrando que significados e intencionalidade os separam dos fenômenos naturais (MINAYO, 2008).



A palavra hermenêutica remete, inicialmente, à tradução e interpretação de textos. Alguns estudos qualitativos vêm adotando a perspectiva hermenêutica para a compreensão de entrevistas, discursos e de ações (OLIVEIRA et al., 2005; AYRES, 2004; CAPRARA, 2003; AYRES, 2002b; CAPRARA; VERAS, 2005).

Segundo Gadamer (1999), a hermenêutica busca compreender o sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos. Traz em seu pressuposto que o homem é um ser finito que se completa na comunicação e, que a compreensão dessa comunicação é condicionada pelo tempo e espaço. A compreensão das situações tem limites na historicidade humana e cada situação tem um horizonte próprio (MINAYO, 2008).

Na hermenêutica, a interpretação dos significados é dada pelo círculo hermenêutico, que é caracterizado por um processo em que o significado das partes é determinado pelo significado do todo, e que pode alterar o significado das partes (GADAMER, 1996; KVALE, 1996). Segundo McCarthy (1995), esse processo tem um caráter hipotético e circular. Nessa perspectiva, o intérprete faz uma projeção preliminar do sentido de todo o texto, da entrevista, narrativa, da ação. Ao detalhar o conhecimento dos dados coletados, a projeção inicial é revista, comprovada ou dá lugar a outras alternativas, procedendo o entendimento do todo.

Nesse sentido, o momento compreensivo é sempre mover-se no círculo, e, portanto há necessidade de retornar do todo às partes e vice-versa. O que caracteriza que o círculo vai estar sempre se ampliando, devido à amplitude da compreensão do indivíduo (GADAMER, 1999).

A compreensão perpassa pela gênese da consciência histórica, mostrando a capacidade que a pessoa humana tem de se colocar no lugar do outro – “que é o “tu” do passado, ou o “diferente de mim” no presente, mas com o qual eu formo a humanidade” (MINAYO, 2008, p. 328).

Gadamer propõe a superação da dicotomia entre sujeito e objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Na compreensão hermenêutica, isso se reflete na influência do contexto do intérprete, uma vez que ele se insere num grupo social, num dado tempo, trazendo certa formação (MINAYO, 2008).

A interpretação é uma mediação hermenêutica entre diferentes mundos de vida, diretamente ligada aos acontecimentos da história, o que nos possibilita

reconstruir e reavaliar a cada momento, diante de cada contexto (MCCARTHY, 1995). Sua validação na pesquisa dependerá da capacidade pessoal de interpretação diante do contexto em que se encontra, do sentido de aplicação prática de suas questões e da especificidade de seus interlocutores, de encontrar evidências empíricas consistentes e coerentes, a fim de que se elucide o significado dos discursos sobre os quais se debruça (AYRES, 2002b).

A Hermenêutica Filosófica orientou este caminhar, fornecendo pressupostos que permitiram uma aproximação mais adequada da natureza interpretativa de produção da fundamentação empírica, no sentido de mostrar estratégias que possibilitaram identificar não só os discursos sobre a mulher no climatério, vividos em seu cotidiano, mas também os trazidos pelos profissionais de saúde.

A interpretação deste trabalho respeitou a regra hermenêutica, na qual a compreensão do todo ocorre com base no singular, e o singular, com base no todo, operacionalizada através de leitura exaustiva e repetida que visou ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade dos resultados (GADAMER, 2002).

Outrossim, Gadamer (2002) diz que é importante lembrar que uma condição indissociável da compreensão, é a existência de preconceitos. Desse modo, para compreender, não é preciso descartar as opiniões próprias, apenas abrir-se à opinião do outro. Ou seja, “em princípio, quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa” (GADAMER, 2003, p. 358).

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

A abordagem metodológica qualitativa é o caminho investigativo que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas, permitindo o conhecimento do contexto social dos sujeitos da pesquisa, através de seus questionamentos, concepções, sentimentos, perspectivas e frustrações.

Minayo (2008, p. 57) quando define o método qualitativo:

[...] o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos

das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...]

Por conseguinte, as relações sociais são entendidas como engendradas em terrenos de constantes conflitos estabelecidos de modo não linear, que evocam determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais os quais se interpenetram, e estabelecem relações que podem servir para manter ou transformar as estruturas e relações sociais por meio de um movimento dialético (SANTOS, 2005).

Dessa forma, a presente pesquisa retratou a percepção de mulheres sobre a fase do climatério, assim como, buscou também desvelar a forma como os profissionais de saúde respondem às suas necessidades sob a égide da integralidade.

### 5.3 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, situado na região sudoeste da Bahia, localizado a 360 km da Capital do Estado, com uma população de 151.820 habitantes segundo (IBGE, 2010). Por muitos anos Jequié pertenceu ao município de Maracás, até que em 1910, foi emancipado, transformando-se em um ponto de comércio da região. Sua ascensão ocorreu com chegada da estrada de ferro em 1927, o que finalmente transformou o município em importante centro comercial (ARAÚJO, 1997).

Trata-se de um município peculiar por situar-se entre a faixa litorânea úmida (mata) e o sertão (caatinga), compondo uma zona de transição, plantada sobre um conjunto de palmeiras e terraço do Rio das Contas. Apresenta três tipos de vegetação como a mata, caatinga e a chamada mata-de-cipó, o que possibilita uma maior diversificação na sua produção pecuária e agrícola, tendo o cacau durante muitos anos como a principal riqueza cultivada na zona da mata, considerada sustentáculo da sua economia (NASCIMENTO, 2003).

A partir da década de 1980, a situação de Jequié voltou a se transformar com os consideráveis investimentos no saneamento básico, urbanização, rede de distribuição de água encanada, educação e uma grande melhoria no setor de serviços,

o que determinou um reaquecimento da economia local e expansão da área urbana. Dados sobre a década de 90 (CEI, 1997) reportam que o município apresentou uma taxa estimada de crescimento da ordem de 1,40%, nos últimos seis anos.

Em relação ao sistema de saúde, o município conta com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que foi estruturada pela Lei 1433/97, organizada com base nos seguintes departamentos: Planejamento da Gestão Descentralizada; Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador; Administrativo e Financeiro; Vigilância Sanitária e Ambiental; Assistência à Saúde (PIRES, 2007). Ver organograma seguinte.

**Organograma 1 - Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2009.**



Fonte: Departamento de Planejamento da Gestão Descentralizada

Na atenção básica, o município já tem implantadas 27 Equipes de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de aproximadamente 57,21% das famílias, sendo implantadas em 18 Unidades de Saúde da Família estando distribuídas em 25 equipes na zona urbana e duas na zona rural, conforme quadro abaixo.

**Quadro 1 - Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA, agosto/2009.**

NOME DA USF	Nº. ESF	Médico	Enfermeira	Aux	ACS	Localização
Dr. Milton Rabelo	02	02	02	04	12	Zona urbana
Isa Cléria Santos Borges	01	01	01	02	12	Zona urbana
Aurélio Schiarreta	03	03	03	04	21	Zona urbana
Pe. Hilário Terrossi	02	02	02	04	12	Zona urbana
Giserlando Biondi	02	02	02	04	13	Zona urbana
Antonio Carlos Martins	01	01	01	02	08	Zona urbana
Tânia Brito	01	01	01	02	05	Zona urbana
Senhorinha Ferreira de Araújo	01	01	01	02	06	Zona urbana
Odorico Mota da Silveira	01	01	01	02	10	Zona urbana
Rubens Xavier	02	02	02	04	13	Zona urbana
Idelfonso Guedes de Araújo	01	01	01	02	7	Zona urbana
Isabel Andrade	01	01	01	02	14	Zona rural
Waldomiro Borges de Souza	01	01	01	02	11	Zona rural
Gilson Pinheiro	01	01	01	02	06	Zona urbana
José Maximiliano H. Sandoval	02	02	02	04	12	Zona urbana
Amando Ribeiro Borges	02	02	02	04	10	Zona urbana
João Caricchio Filho	01	01	01	02	03	Zona urbana
Virgílio Tourinho de P. Neto	02	02	02	04	12	Zona urbana
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>52</b>	<b>187</b>	<b>-----</b>

Fonte: Informações coletadas junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, agosto, 2010.

O cenário dessa pesquisa foi constituído, por cinco Unidades de Saúde da Família, tendo como critérios de inclusão a sua localização (na zona urbana), tempo de funcionamento (superior a seis meses), ter a equipe mínima completa de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (pelo menos os dois profissionais de saúde sendo a enfermeira e o médico, por entender que são os que têm uma maior vinculação em relação à assistência com os sujeitos da pesquisa).

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por ser uma pesquisa qualitativa, num primeiro momento não nos preocupamos com a amostragem, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno a ser estudado. Assim, tão logo foram ocorrendo a produção de dados, e os mesmos foram se repetindo delimitou-se a amostragem considerada ideal, aquela que segundo Minayo (2008), possibilitou a abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Os sujeitos da pesquisa foram as mulheres (usuárias do serviço) cadastradas e acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família, os profissionais de saúde – enfermeiro(a) e médico(a), pelo contato direto e maior vinculação significativa com as usuárias no momento da consulta para o problema investigado (DESLANDES, 2010).

Foram critérios de inclusão dos sujeitos: mulheres, usuárias das USF, com idade entre 45 e 65 anos, e que assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Para os profissionais de saúde (médico/a ou enfermeiro/a) seria necessário: atuar no atendimento de mulheres usuárias do serviço que correspondessem à faixa etária supracitada, ter no mínimo dois meses de atuação na equipe e assinar o TCLE (Apêndice A).

Desse modo, os participantes da pesquisa foram configurados em dois grupos, sendo: Grupo I, representado por mulheres, usuárias do serviço com idade entre 45 e 65 cadastradas e acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família. E Grupo II representado por profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiras/os) que compõem a Equipe de Saúde da Família e que desenvolvem suas atividades em USF no enfrentamento das necessidades apresentadas pela mulher.

Foram realizadas dezessete entrevistas. As entrevistadas do Grupo I foram identificadas, usando o nome de Deusas gregas, sem observar a ordem crescente das entrevistas realizadas. A nossa preocupação foi identificar cada uma dessas entrevistadas, levando-se em consideração o grupo a que pertenciam. Portanto, o Grupo I, usuárias do serviço (10). O Grupo II, profissionais de saúde (07) recebeu a numeração crescente a partir do número 1, ou seja, Ent. 1, Ent. 2... Ent. 7.

Assim, logo que se adentrou no campo do estudo, foi feita uma caracterização dos participantes da pesquisa por se acreditar que os contextos sociais e culturais dos participantes poderiam contribuir para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, assim também, como poderiam contribuir na análise dos resultados.

**Quadro 2 - Caracterização das usuárias, participantes do estudo. Jequié-BA, fev./abril, 2013.**

Identificação	Idade (ano)	N. de Filhos	Profissão/ Ocupação	Escolaridade	Estado Civil	Renda Familiar	Religião
Afrodite	57 a	03	ACS	Ensino Médio	Casada	1 salário	Católica
Atena	54 a	01	Auxiliar de Escritório	Ensino Médio	Solteira	1.100,00	Católica
Iris	58 a	05	Dona de casa	Ensino Fundamental I	Casada	1 salário	Evangélica
Perséfone	47 a	02	Empresária/ Dona de casa	Ensino Fundamental II	Casada	5.000,00	Não tem
Selene	53 a	05	ACS	Ensino Médio	Casada	1 salário	Evangélica
Géia	48 a	02	Agente Administrativo	Ensino Médio	Casada	1.900,00	Católica
Hera	46 a	04	Dona de casa	Ensino Fundamental I	Casada	1.140,00	Evangélica
Ártemis*	47 a	04	Cozinheira	Ensino Fundamental II	Casada	1 salário	Evangélica
Hebe	54 a	06	Dona de casa/revende Avon	Ensino Fundamental I	Casada	1 salário	Evangélica
Nikê	48 a	03	ACS/Técnica de Enf.	Ensino Médio	Casada	2.000,00	Católica

Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2013.

\* A Ent. Ártemis no momento encontra-se desempregada, seu trabalho de cozinheira é esporádico, seu companheiro é garçom e sempre que aparece trabalho ela o acompanha para desenvolver os trabalhos de cozinha.

**Obs.:** As usuárias relatam que em relação a Renda Familiar é sempre somada com a do companheiro, sendo dele na maioria das vezes a maior contribuição.

O Quadro 2, construído para caracterizar as participantes da entrevista do Grupo I – usuárias do serviço apresenta os sujeitos do estudo.

Nesse grupo, todas as mulheres são consideradas objeto de estudo. A idade dessas usuárias está dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, assim como, leva em consideração a faixa etária em relação ao Ciclo Vital conhecido como Climatério, período este vivenciado pelas respectivas usuárias.

A partir da caracterização das usuárias – Quadro 2, observamos que (9) delas são casadas, tendo apenas uma solteira, mas todas com filhos.

Nas informações coletadas (09) usuárias encontram-se exercendo alguma profissão/ocupação, tendo apenas uma que se encontra sem exercer nenhuma profissão, tendo apenas a ocupação de dona de casa.

Em relação a escolaridade observamos que (05) usuárias possuem o Ensino Médio completo; (02) usuárias possuem o Ensino Fundamental 1 completo, (01) usuária possui o Ensino Fundamental 1 incompleto e (02) usuárias com o Ensino Fundamental 2 incompleto (frequentam o EJA – Educação de Jovens e Adultos).

No Quadro 2, quando da caracterização em relação a Renda Familiar, todas as usuárias, ao informar o valor da renda, deixaram bem claro que esse valor é somado à contribuição do companheiro, sendo deles a maior parcela, chegam até a informar, especificamente as que têm profissão/ocupação como donas de casa, que basicamente é o salário do companheiro que mantém a família.

Em relação ao item Religião, observamos que a maioria das usuárias entrevistadas está inserida em alguma religião, muitas vezes vista por elas como um bálsamo para o enfrentamento de problemas. Dessa forma, no Quadro 2 nos mostra que (09) usuárias frequentam algum tipo de religião e que apenas uma usuária informa não ter religião. Dessas (09) que frequentam uma religião temos (04) usuárias que são Católicas e (05) usuárias que são Evangélicas.



**Quadro 3 - Caracterização dos Profissionais de Saúde, participantes deste estudo. Jequié-BA, fev./abril. 2013.**

Identificação	Idade (ano)	Sexo	Profissão	Tempo experiência profissional	Tempo de atuação no PSF	Outro vínculo	Trein. Introdutório	Formação
Ent. 1	32 a	F	Enfermeira	06 anos	04 anos	Não	Não	Especialista
Ent. 2	28 a	F	Enfermeira	04 anos	04 meses	Não	Não	Graduação
Ent. 3	25 a	F	Enfermeira	10 meses	03 meses	Sim	Não	Graduação
Ent. 4	38 a	F	Enfermeira	13 anos	04 anos	Sim	Sim	Especialista e Mestre
Ent. 5	25 a	F	Enfermeira	02 anos	04 meses	Não	Não	Especialista
Ent. 6	33 a	F	Médica	10 anos	03 anos	Sim	Não	Especialista
Ent. 7	30 a	F	Médica	05 anos	01 ano	Sim	Não	Especialista

Fonte: Arquivo Pessoal da Pesquisadora, 2013.

O Quadro 3 foi construído para caracterizar os participantes da entrevista do Grupo II – Profissionais de Saúde, no caso, (médicos/as e enfermeiros/as).

Este Grupo é representado por sete (7) profissionais de saúde, todos do sexo feminino, com idade entre 25 a 38 anos. Vale salientar que a entrevistada de número sete (Ent. 7) no momento de assinar o TCLE se negou, ficando então descartado seu depoimento.

Dentre os sujeitos do Grupo II, cinco (5) são enfermeiras; sendo quatro (4) com o tempo de experiência profissional relativamente curto, enquanto que uma (1) apresenta treze (13) anos de experiência profissional e duas médicas (2), do sexo feminino, com um tempo relativamente longo de experiência profissional (10 anos e 05 anos), considerando também o tempo de experiência em atuação no PSF (03 anos e 1 ano) o que favoreceu para o desenvolvimento da pesquisa.

Em relação ao tempo de atuação no PSF todas as sete (7) profissionais de saúde corresponderam a um dos critérios de inclusão do estudo – no mínimo dois (2) meses de atuação na equipe (ESF).

Nas informações coletadas e expostas no Quadro 3, três (3) profissionais não possuem outro vínculo empregatício, dedicando-se apenas a desenvolver seu trabalho na ESF; sendo que as outras quatro (4) profissionais de saúde possuem outro vínculo empregatício, sendo que uma (1) desenvolve atividade na rede hospitalar em caráter de plantão noturno; a outra atuando como coordenadora de uma Faculdade de Enfermagem no período noturno e aos sábados, e as médicas, uma atua também como docente no curso de medicina em uma Universidade Estadual, e a outra em uma Unidade Hospitalar.

Em relação ao item Treinamento Introdutório para ESF, das sete (7) profissionais de saúde apenas uma (1) realizou o treinamento, que é referente à proposta do PSF de como funciona a ESF, seus princípios e diretrizes.

Ainda no Quadro 3, quando da caracterização em relação à formação das sete (7) profissionais de saúde, pôde-se observar que duas (2) das profissionais apresentam apenas a Graduação em Enfermagem, sendo que entre essas duas (2), uma (1) chegou até iniciar o Curso de Especialização, mas não concluiu. As outras cinco (5) profissionais têm Especialização concluída, uma (1) delas chegou a concluir duas especializações; uma em Saúde da Família e outra em Saúde Coletiva, finalizando sua formação com a conclusão do Mestrado em Enfermagem; a outra Profissional tem Especialização concluída em Saúde da Mulher; outra Profissional tem Especialização em Gerontologia, outra tem Residência em Ginecologia e a outra em Clínica Geral.

## 5.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para melhor se atingir os objetivos desta pesquisa, optou-se pela entrevista como técnica e instrumento de coleta de dados.

Foi feita a opção pela **entrevista semiestruturada**, buscando adentrar no cotidiano das mulheres e no contexto em que vivem, bem como dos profissionais de saúde que atendem essas mulheres, de modo a permitir que expressassem suas percepções, sentimentos, opiniões, sugestões e críticas sobre o tema em questão. Segundo Minayo (2008), a entrevista semiestruturada constitui-se em um roteiro para nortear o pesquisador de um padrão e não cerceamento da fala do entrevistado. Assim, a entrevista semiestruturada facilitou a abordagem às mulheres entrevistadas e os profissionais de saúde em campo (Apêndices D e E), o que possibilitou explorar mais o campo de pesquisa no sentido de deixar claro durante a conversa com entrevistadas e profissionais de saúde os pressupostos deste estudo.

## 5.6 O CONTEXTO DO ESTUDO E A APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Como dito anteriormente, o interesse pelo objeto de estudo surgiu da experiência pessoal como docente e a prática profissional nos campos de estágio, onde eram realizadas ações voltadas para diversos grupos populacionais junto com discentes nas Unidades de Saúde da Família. De modo que eram as mulheres as maiores usuárias do serviço, apresentando diferentes necessidades, que muitas vezes saíam sem serem atendidas.

O momento vivido nas Unidades de Saúde foi de tamanha importância que motivou a necessidade de conhecer melhor e de maior aproximação desse universo feminino, com novos olhares, para uma mais profunda apropriação de conhecimentos até então ignorados.

Inicialmente, antes de dar início à coleta de dados, foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA, no qual solicitava-se a autorização do Secretário Municipal de Saúde para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família, tendo como sujeitos da investigação as usuárias cadastradas e acompanhadas na unidade de saúde e os profissionais de saúde (médicos (as) e enfermeiros(as) que assistem diretamente estas usuárias.

Para sensibilizar e captar os sujeitos da pesquisa, em relação aos profissionais de saúde, marcou-se um encontro com os mesmos para apresentação do projeto, seus objetivos, justificativa e a relevância do estudo para melhor desenvolver as ações propostas pela PNAISM. Com relação às usuárias, num primeiro momento, foi marcada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS - para que o projeto fosse apresentado a eles e para se saber deles como poderiam identificar essas mulheres que são atendidas nas USF e que estivessem dentro dos critérios estabelecidos na pesquisa, por entender que eles, devido ao desenvolvimento de suas ações na comunidade, estariam mais próximos dessas mulheres.

Em outro momento, foram agendadas as entrevistas com os profissionais de saúde. Junto aos ACS foi possível agendar as entrevistas com as usuárias que, em princípio, teve-se o cuidado de marcar para que acontecessem na própria unidade de saúde próxima à residência das mesmas.

A realização da primeira entrevista com uma usuária ocorreu inicialmente na Unidade de Saúde da Família, em uma sala reservada. Mas logo após o início da entrevista percebi que a usuária não estava confortável, demonstrando sentir-se um pouco constrangida com o local. Indagada sobre o porquê sentir-se envergonhada com a conversa, já que havia concordado com a entrevista, ela revelou que ali era um local onde todos da comunidade a conheciam e poderiam ouvir o que seria conversado sobre um assunto tão íntimo. Diante disso, questionada sobre outro local que a deixasse mais tranquila durante a conversa, ela pediu que a entrevista fosse na sua casa. Resolveu-se então agendar a entrevista para sua casa, num outro dia. O ocorrido foi comunicado aos ACS da área da Unidade, para que eles pudessem sinalizar às mulheres de sua micro-área e consultá-las se gostariam que a entrevista ocorresse em suas residências. Todas preferiram dessa forma. De modo que os ACS agendaram as entrevistas de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa.

Essa forma de aproximação das usuárias do serviço foi muito interessante, possibilitando uma maior aproximação com estas mulheres, onde elas mesmas passaram a chamar esse momento de “papo de mulher”. A compreensão obtida desse momento é de que elas estavam esperando por isso há muito tempo, visto que, no primeiro momento que teve início a conversa (entrevista), pedindo que elas falassem sobre seu entendimento em relação ao climatério, começa-se um diálogo bem interessante sobre o assunto, sendo possível interagir nesse momento, de modo a escutar sua fala: *“eu não sabia o que era o climatério, agora com esta conversa eu já sei”*. (AFRODITE, Grupo 1) A Experiência fez perceber que o lugar e a forma como foi estabelecida a entrevista possibilitaram às usuárias um conhecimento que até então elas não tinham, desmistificando um conceito equivocado, e que o lugar as deixou muito mais tranquilas para esse momento. Decididamente ficou o entendimento de que a entrevista com as usuárias teria que acontecer mesmo num lugar próprio delas, sua casa. Já as entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família, por eles terem espaços reservados de trabalho, não prejudicando o andamento dos diálogos com os mesmos.

## 5.7 ANÁLISES DOS DADOS

De volta à conceituação teórica-metodológica em que se apoiou o tratamento do material empírico, a análise das informações obtidas foram feitas consubstanciadas pelo método hermenêutico, que se constitui em um caminho do pensamento que leva em conta a subjetividade bem como as matrizes histórico-culturais. Assim, optamos pela hermenêutica como referencial metodológico e filosófico deste estudo para análise dos dados, por entender o ser humano como um sujeito histórico que está a todo tempo se constituindo a partir da realidade social, possibilitando a construção e reconstrução das práticas através de aproximações entre a realidade histórica e a relação dos sujeitos com suas práticas. Isso pôde permitir perpassar pelos saberes que regem as práticas de saúde, entendendo que, para:

[...] a reconstrução das práticas de saúde será preciso seguir construindo pesquisas empíricas, recuperações históricas, análises sociológicas, antropológicas, psicossociais, etc., desenvolvimento de tecnologias, enfim, um amplo conjunto de investigações que compreendem o que está sendo indesejavelmente “negado” na atual configuração da atenção à saúde e ajudem a reconstruí-la na direção dos valores da humanização (AYRES, 2005, p. 555).

Frente a isso, o exercício da hermenêutica se fez presente, uma vez que se percebeu a necessidade de interação entre as mulheres entrevistadas e profissionais de saúde desta pesquisa que são os sujeitos envolvidos nessas práticas. Pois, emerge a necessidade de melhor compreender os discursos que operam na saúde e como eles contribuem ou não para atender as necessidades trazidas por estas mulheres que vivenciam o climatério.

Este método permitiu compreender o contexto social através de um processo de subjetividade e objetividade humanas. Ao tempo em que promoveu a aproximação do objeto de estudo, analisando os dados coletados, na busca do entendimento e da análise das relações.

A utilização da hermenêutica como método de análise dos dados, inspirada em Gadamer (1996), ajudou a compreender e interpretar as várias formas de diálogo dos sujeitos da pesquisa em suas relações cotidianas. A hermenêutica deu-se no instante da oposição das idéias, na busca do encontro da unidade perdida e reencontrada nos sentidos revelados pelos sujeitos do estudo.

Desse modo, a hermenêutica pode ser configurada na forma de pergunta e resposta, o que possibilitou uma compreensão e interpretação nos sentidos revelados pelos sujeitos (GADAMER, 1996), de modo que:

Compartilhem com a hermenêutica filosófica, nos seus traços mais fundamentais, o modo como esta entende a possibilidade de acesso cognitivo aos fenômenos humanos – o círculo da compreensão, a reflexividade, a conexão entre interpretado e intérprete -, mas divergem no modo como enxergam as vocações e meios da hermenêutica nos processos concretos de conhecimento (AYRES, 2005, p. 555).

Assim, esta etapa do trabalho nos permitiu analisar e identificar idéias que podem favorecer a compreensão de um mesmo assunto. Permitiu aprofundar a história dos atores sociais, englobando suas vivências, conceitos e conhecimentos.

A sistematização da análise dos dados teve três etapas a seguir:

**1 Ordenação dos dados:** consistiu o primeiro contato com o material empírico coletado, envolvendo a transcrição das entrevistas da forma como foram faladas nas gravações. Em seguida, a leitura geral do material transcrito, organizando os diferentes dados contemplados nas entrevistas.

**2 Classificação dos dados:** momento de uma relação entre os dados empíricos, os objetivos e o pressuposto teórico da pesquisa. Este momento foi composto por três etapas: **Etapa I – leitura exaustiva** do material coletado nas entrevistas, com o intuito de estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. Esta etapa possibilitou identificar os núcleos de sentido.

Após o contato exaustivo com as entrevistas e já seduzidos pelo seu conteúdo, passou-se para **Etapa II** - leitura transversal de cada *corpus*. Recortaram-se os momentos significantes das entrevistas em termos de núcleo de sentido, sendo cada núcleo separado e guardado em “gavetas”, como se pode observar o modo como ficaram organizados nos quadros 4 e 5.

**Quadro 4 - Síntese da análise das entrevistas do grupo I – Mulheres no climatério, Usuárias do Serviço, cadastradas e acompanhadas nas USF.**

Entrevistados/Núcleos de sentido (NS).	Ent. 1	Ent. 2	Ent. N...
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significando o Climatério</li> <li>- Auto-imagem no Climatério (corpo)</li> <li>- Percepção da Sexualidade</li> <li>- Família e a mulher no Climatério</li> <li>- O serviço de saúde e a mulher no Climatério.</li> </ul>			

**Quadro 5 - Síntese da análise das entrevistas do grupo II – Profissionais de Saúde da USF.**

Entrevistados/Núcleos de sentido (NS).	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significado do Climatério</li> <li>- Entendimento sobre Integralidade</li> <li>- O serviço de saúde e a mulher no Climatério.</li> </ul>			

Após a construção do quadro para cada grupo de entrevistados, passou-se à **Etapa III** na qual foram feitas as sínteses de cada núcleo entre os dois grupos estudados, o que foi de muita ajuda na construção dos temas e de suas categorias.

**3 Análise final dos dados:** Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, procedeu-se à análise das falas das entrevistas, trazendo também a contribuição de alguns autores, estabelecendo-se assim um diálogo; a experiência da investigadora, mesmo vivenciando momentos históricos diferentes, foi significativa e aproveitável para o processo de discussão e análise da pesquisa, de modo que não houve neutralidade total.

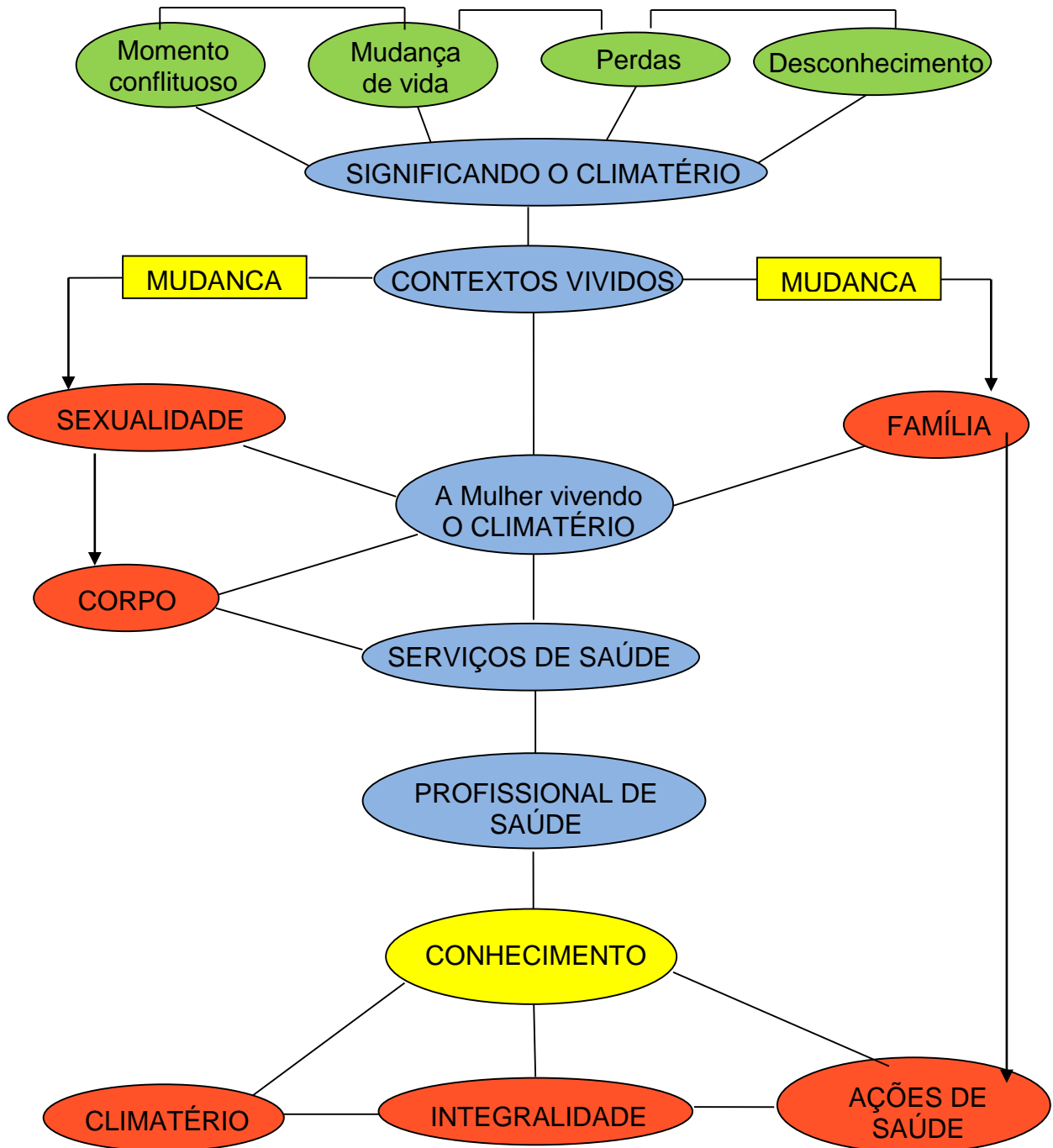
Durante a realização destas etapas da análise dos dados, para se chegar aos temas e suas categorias de análise, foi utilizada a técnica do Mapa Conceitual, que tem sua sustentação na Teoria Cognitiva de aprendizagem de David Ausubel et al. (2003). A técnica do Mapa Conceitual foi desenvolvida em meados da década de setenta por Joseph Novak e seus colaboradores na Universidade de Cornell, nos Estados Unidos.

Mapas Conceituais são diagramas de significados, de relações significativas, que não buscam classificar conceitos, buscam relacioná-los. Aqui o mapa construído permitiu encontrar relação entre os núcleos de sentido que emergiram nos diversos contextos em que se encontram as mulheres, o climatério, o profissional de saúde e o serviço de saúde. No sentido de tentar uma maior aproximação das necessidades trazidas por essas mulheres, e como se relacionam o olhar do profissional de saúde e do serviço de saúde para essas necessidades, pensou-se, quem sabe, tentar minimizar as experiências negativas para ir mudando o sentido da vida dessas mulheres.

Assim, no mapa, ficou claro quais os conceitos contextualmente mais importantes, os secundários ou específicos, os conceitos-chave e as palavras-chave que ao mesmo tempo evidenciaram significados e relação com o objeto do estudo, favorecendo a um processo dinâmico e compreensivo da análise.

Desse modo, a partir da construção desse Mapa Conceitual conseguiu-se chegar aos temas e suas categorias de análise, como se pode observar a seguir.

**Figura 1 - Mapa de análise / Mapa conceitual**



Fonte: Arquivo elaborado pela Pesquisadora.

- Categorias
- Subcategorias
- Conceitos-chave
- Conceitos



Na sequência, eis os temas da pesquisa e suas categorias que emergiram das entrevistas e a partir da construção do Mapa Conceitual:

**CLIMATÉRIO: CONVIVENDO COM AS TRANSFORMAÇÕES DE UM NOVO CICLO VITAL.**

Temas da pesquisa e suas categorias relacionadas com entrevistas do Grupo I – usuárias do serviço da USF. Jequié-BA (fev./abr.), 2013.

**1. “A mulher diante do estranho”**

1.1 Significando o Climatério

**2.0 “O climatério em relação a contextos vividos pela mulher”**

2.1 Percepção da Sexualidade no Climatério

2.2 Meu corpo: e agora?

2.3 Família: um “lócus” para transformar

**3. “O serviço de Saúde e a mulher no Climatério: com a palavra as mulheres”**

3.1 Quem cuida de mim?

Temas da pesquisa e suas categorias relacionadas com entrevistas do Grupo II – Profissionais de Saúde da USF. Jequié-BA (fev./abr), 2013.

**4. “Atenção à Saúde da Mulher no Climatério: com a palavra o Profissional de Saúde”**

4.1 Significado do Climatério

4.2 Significando a integralidade

4.3 O profissional de saúde e a mulher no climatério: como desenvolvo minhas ações.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi conduzida, considerando os princípios éticos básicos para as investigações envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde: o respeito à pessoa, o comprometimento com o máximo benefício individual e coletivo e o mínimo de risco, a garantia que danos previsíveis foram evitados, bem como a igual consideração dos interesses dos envolvidos, assegurando sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012). Desse modo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo aprovado com o número de parecer: 114.076, de 08 de outubro de dois mil e doze (Anexo 1) sem nenhuma pendência.



Fonte: [https://www.google.com.br/search?q=Ariadne+e+Baco+pintada+por+Tiziano+Vecellio&biw=1350&bih=617&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=c55zVPf\\_O8iqNruDg5AH&ved=0CB4QsAQ](https://www.google.com.br/search?q=Ariadne+e+Baco+pintada+por+Tiziano+Vecellio&biw=1350&bih=617&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=c55zVPf_O8iqNruDg5AH&ved=0CB4QsAQ)

**“Ariadne e Baco (Tiziano Vecellio, 1485-1576)”**, a pintura significa uma transmutação, que pode ser associada ao momento de mudanças na vida da mulher trazida com a fase do climatério, que para ela ainda é estranho.

## PARTE II – - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

### *Capítulo 6*

## CONSTRUINDO O RESULTADO

### MULHERES DE ATENAS

Chico Buarque

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas  
     Quando amadas, se perfumam  
     Se banham com leite, se arrumam  
         Suas melenas  
     Quando fustigadas não choram  
     Se ajoelham, pedem, imploram  
         Mais duras penas  
         Cadenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Sofrem pros seus maridos, poder e força de Atenas  
     Quando eles embarcam, soldados  
         Elas tecem longos bordados  
         Mil quarentenas  
     E quando eles voltam sedentos  
     Querem arrancar violentos  
         Carícias plenas  
         Obscenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Despem-se pros maridos, bravos guerreiros de Atenas  
     Quando eles se entopem de vinho  
         Costumam buscar o carinho  
         De outras falenas  
     Mas no fim da noite, aos pedaços  
     Quase sempre voltam pros braços  
         De suas pequenas  
         Helenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas  
     Elas não têm gosto ou vontade  
         Nem defeito nem qualidade  
         Têm medo apenas  
     Não têm sonhos, só têm presságios  
     O seu homem, mares, naufrágios  
         Lindas sirenas  
         Morenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Temem por seus maridos, heróis e amantes de Atenas.  
     As jovens viúvas marcadas  
     E as gestantes abandonadas  
         Não fazem cenas  
     Vestem-se de negro, se encolhem.  
     Se conformam e se recolhem  
         Às suas novenas  
         Serenas

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas  
 Secam por seus maridos, orgulho e raça de Atenas.

## **CLIMATÉRIO: CONVIVENDO COM AS TRANSFORMAÇÕES DE UM NOVO CICLO VITAL**

Na tentativa de melhor compreender e interpretar os sentimentos expressados pela mulher que experiêcia o processo do climatério, sabia-se desde o início que não seria uma tarefa fácil, tendo que compreender seus significados, muitas vezes contraditórios, equivocados, revestidos de incertezas, tabus e surpresas pelo desconhecimento do tema.

Desse modo, a investigadora teve que se desvestir do seu entendimento já formado por leituras realizadas, por sua experiência de vida profissional como enfermeira e docente, para então mergulhar no universo dessas mulheres que vivenciam o climatério, deixando-se conduzir por seus pensamentos sobre o tema. Assim, foi possível perceber quanto a palavra “climatério” soava estranho para essas mulheres, relacionada sempre com fatos negativos de suas vidas.

Diante de tal realidade, e mediante várias leituras e releituras dos depoimentos dessas mulheres, emergiram as categorias e suas subcategorias: Categoria 1 – A mulher diante do estranho, tendo como subcategoria 1.1 – significando o climatério; Categoria 2 – O climatério em relação aos contextos vividos pela mulher, com três subcategorias – subcategoria 2.1: percepções da sexualidade no climatério; 2.2: meu corpo: e agora? 2.3: família: um lócus para transformar; Categoria 3 – O serviço de saúde e a mulher no climatério: com a palavra as mulheres, tendo como subcategoria 3.1: quem cuida de mim?

Assim, apresentaram-se os diversos temas de análise, interpretados e compreendidos como sentimentos a partir dos depoimentos das usuárias: desconhecimento, climatério e menopausa como doença, mudança de humor, tristeza, envelhecimento, mudanças no corpo, falta de apoio na família. Esses sentimentos encontram-se entrelaçados nos depoimentos, mas são sentidos claramente.

## CATEGORIA 1: A MULHER DIANTE DO ESTRANHO

### **Subcategoria 1.1: Significando o climatério**

A fase do climatério vem acompanhada por transtornos significativos para grande parte da população feminina, o que demanda um olhar mais holístico e menos biologicista, considerando as diversas dimensões que constituem a mulher nessa fase, contemplando-a em sua integralidade.

Para algumas mulheres, o climatério é um marco de envelhecimento, de realização de etapas da vida, repercutindo na autoimagem. O alcance do ápice da etapa de desenvolvimento adulto ou da maturidade recebe tratamentos distintos por setores da sociedade ocidental, em geral centrada na capacidade reprodutiva (LIMA; ANGELO, 2001).

Embora as participantes reconheçam o climatério como um momento crítico e cheio de transtornos para a população feminina, as mulheres se deparam com fenômenos diferenciados. Entre elas destacam-se atitudes como a rejeição às mudanças através da perda do encanto com a vida, reflexo da insatisfação diante das mudanças. Por outro lado, há mulheres que se mantêm dinâmicas, adaptam-se e superam as mudanças, encontrando novos modos de relacionar-se com seus parceiros e familiares. É fato que essas atitudes dependem das experiências vividas anteriormente por estas mulheres, também do seu contexto social, significando uma experiência muito mais individual do que coletiva.

Nesse sentido, fazendo uma comparação com as mulheres de classe média-alta, que vivem em um contexto de vida com opções para minimizar essas mudanças ocorridas no climatério, como a atenção psicológica, suporte estético entre outras experiências diferenciadas, percebe-se que o impacto do climatério não provoca tantos danos quanto para as mulheres de classe média-baixa que não convivem com esses suportes (DI LORENZE, 2005).

Entre as narrativas que enfatizam a perda de uma condição identitária e falta de conciliação com as mudanças, destacam-se Iris e Selene que se ressentem do climatério como fase de envelhecimento e de perdas:

A minha experiência no climatério não foi muito boa, sem entender muito as coisas que aconteciam, hoje sou uma pessoa frustrada, me sinto muito inferior, a pele envelhecida, mais velha, não é mais aquele encanto de antes, agora sei que a velhice chegou, as pessoas olham com outros olhos, sempre foi assim, as mais novas têm o encanto (ÍRIS, Grupo 1).

Nessa fase eu senti e ainda sinto muita tristeza, como se eu fosse rejeitada, uma saudade não sei de quê, acho que de quando era moça [...] Hoje não tenho nem vontade de me arrumar para ir a Igreja, o calor não deixa, se arruma pouca hora já ta toda suada, fedendo, corpo feio (SELENE, Grupo 1).

É importante perceber nos depoimentos que ÍRIS e SELENE se mostram muito incomodadas com a fase do climatério, fazendo sempre a relação desta fase com o envelhecimento, não reconhecendo nelas a importância da mulher independente de idade, interferindo cada vez mais no processo de superação que esta fase necessita.

A associação entre a fase do climatério e a baixa autoestima deve-se a se considerarem menos atraentes e menos desejáveis, levando-as a uma insegurança que prejudica em alguns momentos o convívio familiar, conjugal e social (FAVARATO; ALDRIGHI, 2001).

O processo de envelhecimento é determinado não só pela cronologia, mas também pelo contexto social na qual se encontra essa mulher, além de ser um processo fortemente afetado pelas singularidades individuais. Nesse sentido, aponta para a inter-relação de aspectos biopsicossociais na meia-idade feminina. As mudanças corporais, previstas no processo de envelhecimento, impactam a autoimagem feminina e potencializa um sofrimento sentido pelas entrevistadas ÍRIS e SELENE.

Diferente das narrativas anteriores, Perséfone e Géia se percebem como dotadas de mais maturidade, experiência e renovado interesse pela vida:

O climatério eu jurei a mim mesma que eu ia encarar como uma fase da vida da mulher como você falou, e não como doença que muita mulher acha e fica se lamentando, acho que isso que é importante. Eu procuro aproveitar cada momento da minha vida, até mesmo agora entrando no climatério, os anos vão passando e a gente vai amadurecendo, adquirindo experiência, e descobre que nossa resistência nessa fase é outra [...] já esperava passar por uma fase dessas, e fico tentando encarar de modo normal. Preciso sempre pensar assim, pra melhor aceitar esta fase com tranquilidade, toda mulher não vai passar? Que seja com tranquilidade (PERSÉFONE, Grupo 1).

Me falava que a mulher ia ficar fria, não ia ser mais mulher. Mas não aconteceu isso comigo [...] Eu tenho disposição para trabalhar, eu quero é mais crescer, quero voltar a estudar, fazer faculdade para Farmácia. Não teve alteração nenhuma. A disposição é a mesma, meu desejo sexual é o mesmo (GÉIA, Grupo 1).

As entrevistadas PERSÉFONE e GÉIA procuram a cada dia tirar alguma experiência dessa nova fase, não reconhecendo como envelhecimento, mas como amadurecimento, tentando minimizar os tabus que foram apresentados durante a vida, assimilando o processo de superação como objetivo para melhor qualidade de vida.

Para algumas mulheres, os sintomas do climatério as assustam, uma vez que a vivência de algo que ainda é estranho, desconhecido, e que para muitas delas surge com a perda da imagem de si mesma e o medo que o outro não as reconheça em sua existência também é muito sofrido para elas. Os depoimentos de ÁRTEMIS, HEBE e NIKÊ reforçam esse aspecto:

Essa fase é ruim demais, terrível, o pior de tudo é o calor, começa do pescoço queimando, um suor forte, isso me deixa nervosa é terrível. Então isso me incomoda, ainda não consegui resolver isso, parece que eu sou outra pessoa, é estranho pra mim (ÁRTEMIS, Grupo 1).

[...] calor, suor forte, tenho tudo isso, ainda fiquei hipertensa nessa fase, fico irritada fácil, nervosa [...] mas eu senti e sinto tudo isso, calor, suor, queimo no rosto terrível, é uma sensação estranha, tudo isso que sinto, parece que uma coisa toma meu corpo, que eu mesmo não consigo me vê assim, até meu marido eu sei que estranha, ele não fala, mas eu sinto que ele já não me olha como antes ai falo: “essa fase vai passar” (HEBE, Grupo 1).

Já comecei a ficar ressecada, no início atrapalhou muito a relação sexual. Tenho andado muito ansiosa, nervosa com qualquer coisa, me aborrecendo muito fácil, e isso não faz parte de mim, da minha pessoa. Estou muito chorona, choro agora por tudo, isso pra mim é estranho, porque sempre fui muito tranquila. A taxa de ácido úrico descontrolou, sinto agora às vezes taquicardia, tudo isso apareceu depois que entrei no Climatério. É uma transformação na vida da mulher, acho que isso é que me incomoda mais (NIKÊ, Grupo 1).

As narrativas de NIKÊ, HEBE e ÁRTEMIS evidenciam que a compreensão do climatério perpassa também mudanças fisiológicas relativas à produção de hormônios que, conseqüentemente, podem acarretar alteração no funcionamento normal do organismo. Elas indicam a demanda por espaços dialógicos e reflexivos a respeito do processo desencadeado no corpo e experimentado na constituição indenitária feminina. Acompanham as mudanças biológicas, emocionais e sociais, o imperativo de construção de um sentido tão eficaz que supere os mitos, os medos e inseguranças sobre o climatério e as motive a buscar um cuidado integral à saúde.

Diante das mudanças no cotidiano das mulheres climatéricas, muitas referem dificuldades para adaptar-se ao quadro de sintomas característicos dessa fase. A adaptação decorre da falta de conhecimento sobre a fase em que está passando,



além de questões relativas à sexualidade, que as levam a se perceberem como menos atrativas para o companheiro e até mesmo não desejadas ou valorizadas por ele.

Entre as participantes, observa-se certo desconhecimento sobre o que seja o climatério, reconhecendo como conjunto de situações inesperadas, acompanhadas por sensações e sintomas que modificam o ritmo previsto para a vida. O silêncio em torno do climatério é rompido pelas sensações que se confundem com a menopausa.

Então o Climatério chegou sem eu saber o que era, e esse momento mexeu muito comigo [...] Mas comecei sentir também calor, frio, muito suor, fico triste, fico alegre “aqueles altos e baixos”, e eu sem saber o que era Climatério, então foi muito confuso. Tinha momento que eu pensava que estava doente, e não era; eram as sensações do período do climatério (AFRODITE, Grupo 1).

Eu não sabia direito o que era o climatério, com 47 anos de idade comecei sentir do nada muito calor e frio ao mesmo tempo. As pessoas comentavam sobre o calor que eu iria sentir, a menstruação ia embora aos poucos, mês que vinha, daí passava mais três meses pra voltar, ou mais. [...] ficava assustada, amedrontada, mas procurei encarar de forma natural, sabia que ia chegar minha vez. Não prevenia nada, esperei chegar. Fiquei preocupada com a questão da reposição hormonal [...] porque tinha caso de câncer na família e diziam que não podia repor hormônio, podia causar câncer, era esta minha preocupação. Aí fui aprendendo lidar com a fase [...] Quando começou essa fase do climatério a menstruação falhava muito, passava assim 4 meses depois vinha, ficava irritada, o sexo diminuiu por conta da secura na vagina (ATENA, Grupo 1).

Eu nunca soube o que era menopausa muito menos climatério achava que era tudo a mesma coisa, eu ouvia falar que chegava uma idade que a mulher ia sentir muito calor, só isso. Mas quando eu cheguei nos 49 pra 50 anos comecei a sentir quentura nos pés, na barriga, o corpo pegando fogo, mal-estar, dores nos braços, era e ainda é um desconforto terrível, só quem passa é que sabe. [...] A minha experiência no climatério não foi muito boa, sem entender muito as coisas que aconteciam (ÍRIS, Grupo 1).

Olha não sei o que é climatério, achava que era tudo menopausa. Já ouvi pessoas falando que sentem calor, desânimo, estresse, como se estivesse na TPM; é o que todo mundo comenta. As mulheres falam desses sintomas, ninguém aprofunda, desde criança escuto só sobre os sintomas [...] por enquanto só sinto o calor, trinta segundos depois passa e fico normal. Tenho me sentido cansada e desmotivada (PERSÉFONE, Grupo 1).

Eu só vejo o povo falar em menopausa, climatério não. A mulher começa a sentir frio, pouca hora calor, nervoso. Menstrua ainda, mais só fica poucos dias, ela já ta bem pouca, só fica um dia [...] A gente não tem mais o pique de antes, e junta com essa fase de calor e nervosa piora tudo, ressecada na vagina [...] quanto mais nervosa ficar, mais fico suada e com calor (HERA, Grupo 1).

Nos depoimentos, as entrevistadas deixam claro que estão passando por mudanças, referindo-se às queixas em relação às alterações do corpo e na saúde. Para uma boa parte delas, a palavra climatério era desconhecida, algumas reportavam à menopausa como se fosse a mesma coisa, e também não conseguiam

fazer a relação das queixas com a fase do climatério. Diante de tudo isso, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de ações educativas para promover reflexões e proporcionar maior dignidade nessa fase da vida que é o climatério (VIGETA; BRETÃS, 2004).

Grande parcela do contingente de mulheres sem acesso à informação é fadada a sofrer alterações não só da ordem fisiológica, mas também em relação aos aspectos social, corporal e emocional, por falta de conhecimento de si própria em relação as suas fases do ciclo vital.

Os depoimentos mostram que, durante o climatério, as mulheres sentem manifestações que são inevitáveis, deixando-as mais vulneráveis, emocionalmente confusas, refletindo tudo isso em seu cotidiano pessoal, familiar e social. (DE LORENZI, DANELON; SACILOTO, 2005) nos depoimentos, as mulheres expressam vários sintomas, sendo os mais destacados: o calor, frio, suor excessivo, tristeza, alterações no ciclo menstrual, irritação, cansaço, ressecamento vaginal que, conseqüentemente, interferem nas relações sexuais e na diminuição do desejo sexual. E questionamentos tais como:

O que será, que será? Que me queima por dentro, que perturba o sono, que todos os ardores me vêm atíçar, que todos os meus nervos estão a rogar, que todos os meus órgãos estão aclamar, Que nem dez mandamentos vão aliviar, nem todos os unguentos vão aliviar, nem todos os quebrantos, toda alquimia. O que não tem remédio nem nunca terá. O que será? (CHICO BUARQUE, O que será?, 1976).

Os sintomas relatados pelas mulheres em seus depoimentos seguem interferindo sempre no seu cotidiano de vida, pelos quais a busca pelo entendimento sobre o assunto é cada vez mais eminente, o que nos permite fazer uma analogia com um trecho da música de Chico Buarque de Holanda.

Os depoimentos também revelam uma percepção das mulheres: há um sentimento de que o climatério é doença, e não uma fase natural da vida, por associarem a manifestações patológicas. A falta de um grupo de apoio que desenvolva discussões sobre o assunto, transforma-se em necessidade na fala de uma entrevistada: “[...] Se a gente tivesse um grupo junto, passando pelo mesmo problema, seria melhor a aceitação, conversava, tirava dúvida e ficava um ajudando o outro, isso faz falta” (ATENA, Grupo 1), reportando com isso que o difícil acesso às

informações, somado à falta de organização dos serviços de saúde, impedem a circulação de novos sentidos sobre esta fase da vida.

É necessário desconstruir a imagem contraditória do climatério a partir do desenvolvimento de ações propositivas na vida da mulher, para que possam vivenciar essa fase com mais qualidade e menos angustiante, de modo a romper com os estigmas que perpassam por essa fase (ROCHA, NASCIMENTO, PESSOA et al, 2014).

Desse mesmo modo, De Lorenzi (2009) evidencia, ainda, que a falta de conhecimento das mulheres em relação às mudanças biopsicossociais que as acometem no período do climatério, corrobora com a necessidade de se abordar a mulher em todos os seus aspectos, observando-a como um todo, instruindo-a e fornecendo orientações para que ela possa obter uma melhor qualidade de vida.

O significado do climatério trazido pelas entrevistadas não apresenta um conceito bem formulado, algumas já ouviram falar sobre o termo, mas não conseguem expressar com precisão seu significado. Nos seus depoimentos, o significado parte do que sentem como as sensações, queixas, os sintomas que tanto as incomodam.

Nesse sentido, para conseguir conceituar e entender o climatério, muitas mulheres apontam sintomas físicos ou psicológicos que elas percebem nessa fase. Mas ainda assim, não conseguem estabelecer relação com o desequilíbrio hormonal que passam e nem conseguem entender as mudanças que ocorrem em suas vidas, como a reação da família, alterações físicas que podem ocorrer nesse período (FREITAS et al., 1992).

O sofrimento diante de tantas alterações de natureza física, psicossocial e cultural se intensifica, principalmente, pela perda da sua juventude, de não se sentir desejada, causando um declínio em sua qualidade de vida, trazendo insegurança, medo, angústia, e ainda se deparam com a desatenção no contexto familiar, e muitas vezes nos serviços de saúde.

É fato que, independente da mudança ter caráter emocional, físico ou se são os dois, a mulher na fase do climatério necessita ser ouvida, compreendida e orientada.

## CATEGORIA 2: O CLIMATÉRIO EM RELAÇÃO AOS CONTEXTOS VIVIDOS PELA MULHER

### **Subcategoria 2.1: Percepções da Sexualidade no Climatério**

As mulheres convivem ao longo de suas vidas com um discurso social que as coloca frente ao corpo e à sexualidade a partir de inúmeros tabus e preconceitos. Segundo Bernardino (2011), à mulher foi atribuído o estigma de assexuada, vulnerável, receptiva, enquanto ao homem foi atribuído o papel do detentor do poder com relação ao sexo. Assim,

[...] a história de cada um de nós, no que tem de mais íntima e singular, é marcada não apenas pelos traços produzidos por nossa biografia, estabelecida na temporalidade de nossa existência, mas se abre também para o imaginário coletivo, que como tradição simbólica, nos constitui efetivamente. (BIRMAN, 2006, p.377)

Percebeu-se muitas vezes em conversas com algumas mulheres, sobretudo as que já vivenciam o climatério, que a sexualidade foi e ainda é algo pouco falado, menos permissivo no seu meio, e pouco sentido por elas, ou mesmo, que elas não se permitem vivenciar. A narrativa de uma das participantes nos remete a compreender como é difícil vivenciar sua sexualidade.

Vivenciei pouco o sexo, a sexualidade [...] primeiro que aqui em casa nunca se falou muito sobre o assunto, também nem conversei sobre isso com minha filha, sempre foi tudo muito reservado, descobri muita coisa sobre a sexualidade da mulher sozinha, não tinha coragem de conversar sobre isso com ninguém [...] e hoje tá diferente, não tenho companheiro e vivo, não sinto falta do sexo, não tenho mais desejo, se aparecer alguém posso até começar o relacionamento, mas não vai ser aquela coisa como antes. Sei que nessa fase, o climatério né? A sexualidade, que é me sentir mais bonita, desejada, sensual, não dá, não me vejo mais assim (ATENA, Grupo I).

A fase do climatério acontece junto a modificações hormonais na mulher que de alguma maneira mudam a forma como se percebe, sobretudo em relação à sexualidade. Assim, no decorrer dos anos, as mulheres apresentam redução dos níveis do hormônio progesterona, ocasionando outras consequências que envolvem seu corpo, fatores emocionais, que conseqüentemente acarretam mudanças na relação consigo e com o ambiente que a cerca (BULCÃO et al, 2004).

Mitos, tabus e concepções arcaicas sobre a sexualidade feminina permeiam o imaginário social desde a antiguidade e permanecem relevantes, capazes de trazer significados negativos para a vivência da sexualidade na sociedade contemporânea. No climatério, as mulheres estão mais propensas a se deparar com a rejeição em relação à sexualidade, por se sentirem menos desejadas por seus parceiros, atribuindo a isso fatores como idade avançada. Educadas em uma sociedade exigente quanto aos padrões de beleza ligados à idade feminina, a mulher climatérica os reconhece como viáveis apenas na juventude ou entendem a sexualidade e o desejo como algo do passado. Isso é retratado pelas seguintes participantes:

Não tenho desejo sexual, ainda hoje é assim, com a idade avançada você acha que não tem mais capacidade de fazer o outro sentir prazer e sentir também, e se isola [...] o sexo diminuiu, o desejo também. É uma fase da vida da mulher muito difícil, acho que tem muitos casamentos que não aguentam (AFRODITE, Grupo I).

Minha sexualidade tá em baixa acho que isso também fez diminuir meu desejo sexual, não tenho vontade de me relacionar com meu marido, não sei se é vergonha ou a idade, já estou velha, cansada, não me vejo mais como aquela mulher bonita, sensual [...] Agora com 58 anos não tenho desejo sexual, tenho um ressecamento vaginal, e agravou depois dessa fase do climatério, agora já vou pra menopausa e vai piorar. Hoje a relação é só por fazer, então minha vida amorosa não é boa, tenho necessidade, mas não tenho prazer (ÍRIS, Grupo I).

Não tenho desejo sexual, tenho, tenho relação por fazer, se ele não me procurar eu não faço questão. Olha que não tenho ressecamento, tenho lubrificação, mas não tenho vontade [...] acho que com a idade a gente vai perdendo aquele vigor da juventude, antes quando mais jovem era diferente, meu marido olhava com outros olhos “de vontade”, agora nem ele olha e nem eu acho que com essa fase e idade vou despertar mais sensualidade [...] Minha vida mudou bem em relação ao relacionamento com o marido, ele ainda tem até um fogo e eu fria, o desejo acabou (ÁRTEMIS, Grupo I).

A compreensão que se tem da vivência dessas mulheres em fase de climatério em relação a sua sexualidade é que a vergonha muitas vezes se sobrepõe à vontade, a sua própria valorização como mulher em demonstrar que mesmo nessa fase e com a idade avançada ainda sentem necessidade de se relacionar com seu parceiro, mesmo sem muito desejo como antes.

Certamente, na terceira idade, algumas mulheres podem apresentar dificuldades em relação à sexualidade, considerando a educação, a cultura e os costumes da época.

Dessa forma, Kolondy, Masters e Johnsons (1982) já afirmavam que com a idade avançada, conseqüentemente, as mudanças hormonais não ocasionariam a

diminuição da libido. O que também foi compreendido por Capodieci (2000, p. 12) ao afirmar que não existem, excluindo casos claramente patológicos, “obstáculos fisiológicos para uma normal atividade sexual nos indivíduos que passam dos sessenta anos de idade”.

Embora muitas mulheres ainda vivam tentando camuflar uma sexualidade dentro de si, por diversos motivos até então abordados, algumas mudanças em relação a esse cenário vem ocorrendo, influenciada talvez por segmentos da sociedade, como escolas, comunidades, família, que contribuem significativamente para minimizar mitos e tabus.

A sexualidade é acompanhada pela necessidade fisiológica e emocional manifesta de formas diferentes em cada fase da vida do ser humano. Em momentos diferentes, a sexualidade visa o prazer, o bem estar, à valorização, a autoestima e a incansável busca de uma relação íntima com o outro, com quem se compartilha o amor e desejo, levando a uma consolidação mais intensa da união (SOUTTO MAYOR, ANTUNES; ALMEIDA, 2009). Essa busca por uma relação mais amorosa, e recíproca é também ao que se reportam as participantes.

Quando me vi nessa fase eu procurei conversar com meu marido; no início ele falava que eu tava muito fria, e eu dizia que ele precisava de cuidado comigo, “a mulher não é animal, tem que ter hora certa, vontade, precisa ser amada mesmo nessa fase”. Acho que minha sexualidade ficou abalada porque não me sinto mais amada, não tem mais aquele carinho, ternura pra a gente se sentir desejada, essa parte da intimidade não tem mais, e bem nessa fase que a mulher precisa de mais carinho e compreensão [...]. Hoje tenho procurado outros prazeres, o sexo é importante, mas não é só, o simples gesto de beijar, conversar, principalmente no Climatério é muito importante (AFRODITE, Grupo I).

[...] muito fria sexualmente [...] Meu marido não me entende, ele fica calado e isso não me ajuda, queria que ele conversasse comigo, esse silêncio dele me incomoda. Ele é ignorante, então eu me sinto “a corda da descarga”, “na hora do sexo, vai e despeja o esperma e depois sai, como se despejasse fezes e desse descarga”, “não existe o toque, a palavra de carinho, o amor, são sempre palavras grosseiras” [...] questões como sentimentos, na parte a dois e ainda nessa fase do climatério eu sou infeliz (ÍRIS, Grupo I).

Para Eliopoulos (2005) a sexualidade é uma energia que impulsiona o ser humano para o amor, contato, ternura e intimidade; misturando-se ao modo como nos movemos, sentimos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e sexual. Desse modo, a sexualidade pode influenciar pensamentos, a saúde física e mental e o modo de vida das mulheres que vivenciam o climatério. Esse entendimento pode ser compreendido na fala de PERSÉFONE.

Sabe o que é a gente precisa tirar da vida, dos momentos da vida, seja ele qual for, o melhor, é assim que vivo. [...] assim, minha sexualidade é muito tranquila, eu e meu marido nos entendemos, temos carinho um pelo outro, o amor grande entre nós, por isso fico bem comigo mesmo, então só tiro coisas boas da vida, mesmo nessa fase que é um pouco conturbada pelas mudanças que passamos, mas continuo dizendo, procuro tirar o melhor disso tudo (PERSÉFONE, Grupo I).

Esse depoimento revela o construto discursivo da sexualidade feminina, o qual aponta a necessidade de entrever aspectos biopsicossociais que a cobrem. Aqui a sexualidade é construída pelo casal e não apenas pela mulher ou só pelo seu companheiro. Eles se completam e conferem sentido à sua sexualidade, buscando prazer em diversas esferas do cotidiano. Repleto de sentidos vinculados à falta e à perda de funções orgânicas próprias de uma fisiologia feminina predisposta à reprodução, o climatério altera a expressão da sensualidade e, por conseguinte, do desejo sexual. O lugar da sexualidade no discurso indenitário é deslocado e substituído pelo sentimento de carinho, cumplicidade e amor (CASTRO; REIS, 2002).

Durante as entrevistas, denominadas pelas participantes como “papo de mulher”, a sexualidade aparece relacionada ao sexo, ou melhor, ao ato sexual sem ressaltar o envolvimento afetivo do casal. No entanto, outras participantes reconheciam a sexualidade como vinculada à afetividade com o companheiro, momentos retratados como essenciais para a vida conjugal.

Nesse ponto da análise, tornou-se evidente uma condição paradoxal: muitas participantes não se relacionam com seu parceiro com base nas trocas afetivas, e conseqüentemente, não se sentem amadas. No entanto, seus parceiros manifestam desejo sexual para com elas, concretizando o sexo sem amor, em geral, atrelado à concepção masculina de sexualidade. “[...] *“não existe o toque, a palavra de carinho, o amor, são sempre palavras grosseiras”* [...] *questões como sentimentos, na parte a dois e ainda nessa fase do climatério eu sou infeliz*” (ÍRIS, Grupo 1). O paradoxo da condição feminina no climatério com relação à sexualidade diz respeito à busca do sexo entre cônjuges que não possuem mais a relação sexual como ponto de atração estável e contínuo.

Com a chegada do climatério, a relação transforma-se e, por vezes, torna-se mais complexa, pois se de um lado, o companheiro não entende a natureza e o curso das mudanças, as mulheres não se dispõem a conversar com eles a esse respeito. Um episódio ilustra bem esse desencontro.

No momento de uma entrevista, uma inesperada surpresa com a chegada do companheiro da entrevistada; com a investigadora, ele foi muito educado e atencioso, mas com ela foi muito frio e sem dar muita atenção, só perguntou pelo filho e o pelo almoço. “Ela ficou muito nervosa na presença dele, e pediu que a entrevista continuasse à tarde, quando ela estaria sozinha em casa”. Esse fato chamou atenção, pois naquele momento pôde-se perceber o quanto o relacionamento estava comprometido, sem uma cumplicidade de casal. Ela complementa dizendo: “ele tá zangado comigo porque ontem à noite eu não consegui ter relação sexual direito, porque estava ressecada e sem muito desejo, e já tem duas semanas que nada”. Nesses momentos de intimidade, os fatores psicossociais emergiram no semblante da mulher que demonstrou tristeza ao falar de seu relacionamento nessa fase, reportando-se sobre como foi formada na família para ser uma mulher dona de casa, ou seja, confirmando a presença dos mitos e tabus que ainda perturbam sua maneira de ser (Diário de Campo, 14/02/2013).

Mas os fatores biológicos também estão diretamente ligados à forma de lidar com o climatério, pois segundo Bulcão et al (2004), o interesse e a frequência das relações sexuais são determinadas e mantidas pelos estrogênios, assim como por outros hormônios importantes para a mulher como os níveis de testosterona, que na mulher variam com a idade, quando na fase reprodutiva chegam a níveis elevados, diminuindo com a chegada do climatério.

Desse modo, sendo o estrogênio o carro-chefe para estimular o prazer, e estando diretamente relacionado ao desejo sexual, quanto maior o seu nível, maior a libido. Entretanto, em se tratando dos fatores biológicos, isso já explica a diminuição do prazer sexual na fase do climatério.

A compreensão da ausência do desejo, da sexualidade perpassa a todo o momento nas narrativas das participantes, por se sentirem menos desejadas e amadas pelos seus parceiros, por algumas delas entenderem que a sexualidade em sua vida sempre foi explicada e compreendida como exclusivo da reprodução, finalizada pela perpetuação da espécie, o que faz com que transforme a fase do climatério como redutor do desejo, do amor, da libido, já que culturalmente muitas dessas mulheres ao longo da vida aprenderam que a sexualidade e o sexo existiriam para a reprodução humana.



Destarte, historicamente a compreensão da sexualidade esteve e está centrada na concepção reprodutiva. Esta concepção não só limita a sexualidade como também a desvaloriza (ARCOVERDE, 2006).

Daí resulta que, atreladas a esse entendimento e vendo como próprio da juventude o fato de trazer prazer para si e para seu companheiro, o exercício da sexualidade na idade avançada é algo que incomoda as mulheres, como se elas não pudessem ou já não tivessem mais a capacidade de viver sua própria sexualidade. Assim, demonstram sentir-se menos desejadas e amadas apenas por estarem vivenciando o climatério. É o que se percebe nos depoimentos seguintes:

Vivenciei pouco o sexo, a sexualidade, primeiro que aqui em casa nunca se falou muito sobre o assunto, também nem conversei sobre isso com minha filha, sempre foi tudo muito reservado [...], e agora eu já com a idade mais avançada e sem companheiro piorou, não sinto falta. [...] Acho que o sexo, a sexualidade tem mais haver com pessoas mais novas, a gente não tem mais aquele vigor da juventude, entende? Posso até começar o relacionamento, mas não vai ser aquela coisa como antes (ATENA, Grupo I).

[...] Ele reclamava muito dizendo que eu era “folgada, falava em relação ao períneo” então resolvi fazer a cirurgia, aí ele disse que estava a mesma coisa “folgada”, “daí eu disse que não faria outra cirurgia e que daquele dia não dormiria mais com ele”. No Climatério piorou, o desejo sexual acabou e o dele por mim acho que acabou também, juntou a idade da velhice que chegou aquela sexualidade de se sentir desejada, notada não existe mais, eles querem é uma menininha novinha né não? (risos) [...] isso influencia muito no casamento pra o homem, pra mulher é diferente, a gente quer mais é carinho e compreensão nessa fase, mas o homem não entende (SELENE, Grupo I).

Desse modo, Lopes (1999) entende que o que muda na mulher climatérica é o tipo da resposta sexual na fase de excitação, fica mais lenta e menos intensa, devido a diminuição de estrogênio, mas nem por isso é menos prazerosa.

Também é importante considerar que, mesmo a mulher vivenciando o climatério em uma idade avançada, já estando na terceira idade, esse tempo não a dessexualiza, pois a sexualidade permeia todas as fases da vida, “um caminho de faz e refaz, um caminho estável, em constante processo de transformação, assim como, as pessoas, é parte indissociável delas” (PIRES, 2006, p. 2). A vivência da sexualidade independe da idade avançada ou da imagem apresentada, o que leva a compreendê-la como dimensão humana presente na trajetória de vida, podendo ser vivida de diferentes maneiras em cada momento.

Por outro lado, a sexualidade feminina também se depara com a influência de fatores sociais, com os quais elas sentem que a sociedade regula seu comportamento,

por meio de afirmações a respeito do que é certo ou errado na sua vida, implícitas na pressão familiar. Isso faz com que elas se sintam na obrigação de obedecer a determinadas normas de comportamentos, mesmo que não concordem.

Meu marido ainda tem muito desejo, ai eu acabo fingindo que tenho desejo, prazer na relação para satisfazer meu marido. Se ele não me procurar, eu não procuro, ele fala que os amigos dizem que a mulher depois dos 40 anos ta na idade da loba, ai ele comenta que não ta vendo isso aqui em casa não [...] também tem comportamento que combina com ele por ser mais jovem, já comigo não, é outro momento, ele é mais novo que eu [...] então já sabe, percebo que com ele as pessoas não vão falar, mas comigo é diferente, a cobrança é maior, já sou avó (NIKÊ, Grupo I).

Tenho relação de vez em quando, uma vez no mês por meu marido, mas por mim não. Eu não procuro ele. Tenho ressecamento ai na relação sinto muita dor, levo assim, 20 dias, um mês sem fazer sexo. Ele tem até cuidado comigo em relação ao ressecamento. Mas ele é meio ousado, só quer que eu use roupas curtas, quer que eu durma de baby-doll curtinho, mas você pode com isso (risos), [...] com minha idade não dá, o que vão pensar? Não quer que eu use coberta, me quer sem coberta, ainda tem fogo e o meu já acabou (HEBE, Grupo I).

Nesse sentido, Ballone (2002) corrobora as narrativas das participantes, chamando a atenção para a sexualidade como atividade própria da juventude que se apresenta fisicamente atraente. As pessoas distantes dessa faixa etária, como as mulheres no climatério, vivenciam sua sexualidade de modo não aceito culturalmente, sendo muitas vezes alvo de críticas.

Talvez esse seja um dos motivos pelos quais estas mulheres desconheçam sua sexualidade, ou até mesmo, se sintam desencorajadas a vivê-la, por deparar-se com a pressão social, o que muitas vezes as leva a tentar negar seus desejos, reprimindo-os cada vez mais. Tudo isso se reflete de forma negativa na relação familiar e mais precisamente na relação entre ela e seu companheiro.

A sexualidade é uma característica humana que não se perde com o tempo, mas vai se desenhando, conforme a história vivenciada pelo corpo vivente em sua trajetória existencial (LABRONICI, 2002). Ela não se limita apenas à reação aos estímulos eróticos, ela vai muito além, inclui o amor, o carinho, a troca de palavras, o toque, o compartilhar entre as pessoas que se expressam e se percebem como homens ou mulheres (ELIOPOULOS, 2005).

Destarte, essa compreensão coaduna com o entendimento de Foucault (1984), ao afirmar que o prazer não se relaciona apenas ao funcionamento do

aparelho genital, mas se envolve a uma série de excitações e de atividades presentes na vida desde a infância.

Na obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* Freud (1905) afirma que a sexualidade humana integra o ser humano desde o seu nascimento. Para ele, o desenvolvimento da sexualidade é longo e complexo até chegar a sexualidade adulta, e que as funções de reprodução e de prazer podem estar associadas ou não para ambos os sexos, o que vai ao encontro das ideias predominantes de que o sexo é exclusivo do homem e da reprodução.

Isso se traduz em uma evidência da autonomização da vida sexual e da sexualidade feminina, sendo um fato importante para sua realização enquanto mulheres que vivenciam o climatério sem estarem cobertas de tabus e cobranças da sociedade e de si mesmas e possam vivenciar seu bem estar durante toda a vida (SOUSA, 2008).

## SUBCATEGORIA 2.2: MEU CORPO: E AGORA?

“O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos. Ao corpo se aplicam sentimentos e práticas que estão na base de nossa vida social [...] é a origem do nosso modo de ser, de agir ao mundo, representa a forma como nos relacionamos com o mundo” (GUALDA et al., 2009, p.1321;1322).

As pessoas passam por gerações que muitas vezes se identificam com algumas figuras importantes do mundo ou até mesmo figuras mitológicas, pelo simples fato de terem a necessidade de se sentirem valorizadas a partir de sua aparência externa, do que a sociedade exige e reconhece como o bonito, o belo, o desejável, e assim, procuram tratar seu corpo com estas exigências como se fossem objetos.

As mulheres vivem muitas vezes um conflito pessoal, em que experimentam a contradição entre o corpo ideal e o corpo existente. A fase do climatério vivido pelas mulheres traduz bem isso, pois elas nesta fase ficam muitas vezes tentando se transformar no que a sociedade exige como padrão de beleza. E para elas estando no climatério é também estar vivendo um processo de envelhecimento, não se reconhecendo na figura feminina, nem tão pouco com o padrão de beleza exigido, o que nos faz concordar com Del Priore (2000), ao observar que a mulher investe o

invólucro do seu corpo, aprisionada por um pressuposto de juventude eterna, somando-se a uma lógica de estética perversa.

Outro momento significativo para a mulher que vivencia o climatério é em relação à sua saída de cena, saída do seu contexto onde desenvolvia vários papéis, como a mulher trabalhadora (autônoma), mãe, companheira, esposa, amante, e se depara com certa invisibilidade, no sentido de se sentir com o padrão corporal desvalorizado, invisível, associando-se ao declínio da beleza, da perda de status e de poder (GREER, 1994).

Uma pesquisa desenvolvida em 2000 por Wusman e Lemorni-Darton, com mulheres francesas de 50 anos, que ainda atuavam profissionalmente, e não viviam apenas o universo familiar apontou que entre essas mulheres existia um sentimento de desamparo, em relação às mudanças corporais, baixa hormonal e a idade avançada. Assim, Laznik (2003) afirma que “o corpo as abandona quando a sociedade as larga. Num mundo que não gosta nem da ideia nem da imagem do envelhecimento, têm de se defrontar com um olhar que as priva de relacionamento” (LAZNIK, 2003, p. 94).

O sentimento de não pertencimento faz com que a mulher no climatério se sinta mais desvalorizada, considerando que nesta fase a sociedade enxergue a mulher fora dos padrões idealizados, causando certa exclusão social. Foi o que se pôde compreender no momento desta pesquisa.

Em relação ao meu corpo, sempre achei que podia ser melhor, as coxas tinham que ser mais grossas e na fase do climatério percebo que a pele fica muito ressecada e fiquei barriguda, completamente contrário de outras mulheres que eu vejo e que todo mundo acha bonito (AFRODITE, Grupo 1).

Em relação ao meu corpo eu ficava na frente do espelho e via que mudou tudo, os músculos caídos, às vezes não queria ficar na frente do espelho, não era mais aquela coisa rolicinha, pernas bonitas, depois dessa fase você se transforma, aparecem varizes, celulite, tudo muito feio (ATENA, Grupo 1).

Então aquele corpinho bonitinho que sempre tive não é mais o mesmo, tudo flácido, não é gordo, mas é caído, e isso foi de uns tempos pra cá, é justamente da idade que você falou a partir dos 45 anos, hoje tenho 47 anos. Até meus 35 anos meu corpo era perfeito, hoje não gosto tanto, se eu tivesse dinheiro faria plástica na barriga. As varizes me incomodam muito, mas já fiz 03 cirurgias, melhorou um pouco. Então, hoje ainda vou a praia e uso meu biquíni mesmo com essa barriga e sei que vão está me olhando e criticando, porque esse não é o corpo ideal, tenho um pouco de vergonha, mas vou, a barriga é só que me incomoda muito no corpo (PERSÉFONE, Grupo 1).

Comecei mesmo a me preocupar com meu corpo quando comecei a engordar, principalmente na hora de comprar roupa, fico triste, não gosto de experimentar roupa na loja, tenho vergonha, aí compro sem experimentar e se não der dou a uma filha minha. Me olho no espelho e não gosto. Por

exemplo, se eu perder o marido não tenho coragem de arrumar outro, a vergonha do corpo não deixa. Meu marido sempre fala que estou muito gorda (SELENE, Grupo 1).

Nos depoimentos pode-se perceber e ter uma compreensão de que as mulheres climatéricas vivem muito em função da cultura e do culto ao corpo, relacionando a isso as perdas de atrativos sobre sua imagem, decorrente das modificações corporais presentes no climatério, levando a um sentimento de rejeição.

Esses depoimentos fazem lembrar um conto infantil que reporta o conflito de uma mulher com a perda da beleza – História de Branca de Neve – em que sua madrasta se sente ameaçada pela beleza da enteada, quando o espelho afirma que já não detém mais os atributos do poder, conferida a beleza feminina.

Esse fato, por mais lúdico que pareça, por se tratar de uma história infantil, é também um fato que chama a atenção por sua relação com os depoimentos das mulheres climatéricas da pesquisa.

O sentimento de desvalorização, principalmente por parte do companheiro manifesta-se no relacionamento conjugal, onde a mulher atribui os problemas do casamento na fase em que está vivendo, à mudança do seu corpo, à sua aparência, pela falta do olhar carinhoso que antes seu companheiro lhe dirigia, o que reflete de modo negativo hoje na vida dessa mulher, desenvolvendo aí um sentimento de baixa autoestima. Esse sentimento pode ser evidenciado nos depoimentos seguintes:

O meu corpo não estou gostando porque engordei mais de 20 kg, é uma roupa que gosto de vestir e não posso. A gordura indesejada da barriga me incomoda. Eu tenho vergonha porque às vezes quando vou tomar banho e o meu marido entra no banheiro não gosto, fico chateada, ai ele diz: “já to acostumado com essas banhas”, isso me incomoda, fico pra baixo, pode até acabar a relação (NIKÊ, Grupo 1).

Tenho a preocupação com a gordura, tô muito gorda, eu fico muito ansiosa. Meu marido fala sempre que estou gorda, e ele fala: “mulher tu ta gorda, vai emagrecer!”, parece que não sirvo pra mais nada. Como pode um relacionamento ser bom assim? Tem hora que dá um desânimo, que só vendo, antes com corpo bonito era tudo bom, agora não, isso machuca muito (ÁRTEMIS, Grupo 1).

Outrossim, para as mulheres no climatério, a relação existente entre os traços no corpo modificado e a idade avançada é percebida e revelada pelos sentimentos de tristeza, preocupação e ansiedade que elas vivenciam. Isso aponta para certa vulnerabilidade emocional, que reflete insatisfação pessoal, ocasionando um sofrimento nessa fase da vida.

Embora nesse momento, a desvalorização seja reconhecida por algumas entrevistadas devido a não aceitação do seu corpo atual, outras compreendem essa desvalorização, remetendo ao pensamento no sentido em que Beauvoir (1980) refere em sua obra “Segundo Sexo”, apontando a desvalorização feminina em relação a sua ocupação na sociedade, onde as mulheres eram preparadas apenas para se dedicarem ao lar, ficando o exercício de uma profissão e o pensar como privilégio do sexo masculino. Afrodite expressa bem isso em seu depoimento.

[...] é um sentimento de impotência misturado ao não reconhecimento que devia ter, acho que a mulher ficou muito tempo só em casa cuidando das coisas e esqueceu de cuidar de si, do corpo principalmente e só o homem trabalhando fora, acabou que a gente achava que por isso só ele podia decidir as coisas até mesmo se a gente ia cuidar da nossa aparência, isso tudo e o corpo mudando [...] (AFRODITE, Grupo 1).

O modo de conviver com uma ideologia reinante de culto ao corpo perfeito, aos ideais de beleza e juventude que pairam no ar na sociedade moderna, tem se configurado uma questão preocupante para as mulheres que vivem o climatério. A subjetividade que elas incorporam em relação a esta questão permite que elas deixem de se sentir mulher, pois não se percebem como mulheres de idade avançada e assim, se sentem desvalorizadas em seu papel de mulher na vida.

Segundo Gualda (et al, 2009, p. 1321), “alguns eventos são cruciais para o desenvolvimento feminino porque envolvem alterações físicas, emocionais e sociais complexas que interferem na dinâmica pessoal”.

Nesse sentido, algumas entrevistadas da pesquisa reportam um pouco sobre alguns eventos em sua vida que refletem até hoje na sua nova fase do ciclo vital.

Mudou minhas expectativas [...] me sinto mais cansada, uma sudorese que me incomoda, como meu trabalho exige que eu ande muito, quando chego na casa de uma família para visita domiciliar já estou suada e isso me incomoda, ai junta com a idade avançada. Às vezes paro e fico meio deprimida, desanimada, mas ai toma um banho, tento me animar, são altos e baixos, acho que mudou muito meu contexto de vida, de vez enquanto tenho uma recaída emocional fico pra baixo mesmo, nem desejo sexual tenho mais (AFRODITE, Grupo 1).

Minha irmã falava que era normal, mas eu não aceitava, se pudesse voltava aos meus 30 anos. [...] Pra tirar minha roupa nessa fase na frente de um homem (namorado) tenho vergonha, só se ele for da minha idade, porque ele também vai ta com o corpo acabado, ai a vergonha diminui. Não tava psicologicamente e emocionalmente preparada, então mudou muita coisa, por exemplo, eu antes saia muito com colegas de trabalho hoje não saio mais, minha vida social acabou, ficou sem graça (ATENA, Grupo 1).

Eu esperava que minha vida mudasse pra melhor quando eu casei. Porque desde criança minha vida não foi fácil, não tive infância, adolescência nada

disso como já te falou. Quando tinha 10 anos de idade fui estuprada pelo meu irmão por parte de pai, ele já era adulto, minha mãe sempre foi muito grossa com os filhos não tinha carinho de mãe. Isso tudo até hoje fica na minha cabeça e chega mais essa fase da vida muito confusa, muda tudo corpo, cabeça, a gente fica mais velha sem graça, o marido muda com a gente, é muita coisa, a relação sexual, quando ocorre, é só penetrar, despeja o esperma e pronto, fala palavras grosseiras no ouvido, parece um bicho (IRIS, Grupo 1).

Percebe-se que a relação do corpo com a sexualidade encontra-se na base dos relatos das entrevistadas sobre a insatisfação com seu corpo. Engloba a percepção do processo de envelhecimento, quanto ao corpo, não mais como a figura da beleza, quanto à falta do desejo sexual. A construção de eventos cruciais foi acontecendo de modo que alguns equívocos no meio do caminho não foram solucionados ou mesmo esclarecidos, ocasionando com isso insatisfações ao longo da vida, no trabalho, nas relações sociais, nas relações amorosas entre outras.

A necessidade de empoderamento das mulheres em relação a informações sobre si, seu corpo, de ter conhecimento até mesmo sobre os males que se abatem sobre elas é importante para que possam ter atitudes e sentimentos positivos em relação ao climatério e com isso poderem cuidar de si.

Pra mim não mudou nada. Nada que me deixe mal, e nada que já não esperasse, pode até ser pior mais tarde. Minha expectativa em relação a tudo é que continue tudo normal, meu corpo eu sabia que ia mudar, aliás, todas as mulheres sabem, não fico presa a isso, estou bem comigo mesma, alma leve [...] Hoje quero me permitir ser mais livre, fazer as coisas da rotina sem muita cobrança, me permitir ser mais feliz, isso agora que é importante pra mim. Antes não, eu dormir com a pia cheia de prato? Nunca. Hoje se der pra lavar, lavo, mas se tiver cansada, indisposta, não lavo isso já não é mais tão importante na minha vida. Se não for assim eu me acabo antes de chegar a menopausa (risos.....). O climatério já tem seus sintomas, e que não são bons, se eu não mudar meu ritmo de vida ai eu adoço ai o climatério vira doença mesmo. É preciso se informar e saber o que ajuda a deixar essa fase do climatério cheia de problemas tem que conhecer ai viver de modo contrário para não ser um caus, e sim pelo menos agradável (PERSEFONE, Grupo 1).

Procurei logo ajuda para entender a fase do climatério quando começou aparecer os sinais, o corpo mudou, ai comecei a fazer atividade física, cuidar mais de mim, porque eu percebi que essa fase tem que ser cuidada por mim mesmo. Eu tenho disposição para trabalhar, eu quero é mais crescer, quero voltar a estudar, fazer faculdade para Farmácia. Não teve alteração nenhuma nesse sentido, estou bem comigo mesma, graças à Deus. A disposição é a mesma, meu desejo sexual é o mesmo. Acho que muitas mulheres sofrem no climatério porque não buscam saber sobre o assunto, gente o corpo não fica igual a juventude pra sempre, a gente envelhece e o corpo acompanha, mas o importante é o seu interior que tem que tá bem. Tudo que o povo fala elas acreditam, gente o conhecimento faz a diferença, eu sou testemunha disso. E hoje quando posso ajudar as mulheres que chegam aqui na farmácia do posto sem saber de nada dessa fase do climatério, com um monte de ideias erradas, eu oriento no que posso, o seu conhecimento é sua libertação do sofrimento, no caso do climatério (risos...) (GÉIA, Grupo 1).

Estes depoimentos mostram-se positivos, no sentido de mostrar que a mulher deve se cuidar em qualquer fase de sua vida, independentemente de ser ela reprodutiva ou no climatério. Perséfone e Géia procuram a todo o momento descobrir os vários sentidos da vida na fase do climatério, procurando a valorização do ser mesmo em uma fase tão confusa como é o climatério.

Foucault (2007) explica que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si. O que demonstra a necessidade de se corrigir a alma para que o corpo não prevaleça sobre ela e retificar o corpo para que a alma possa manter domínio sobre si próprio. Assim, para a mulher estar bem consigo mesma é necessário atender às necessidades de seu corpo e também de sua alma. É o que as duas participantes citadas se permitiram fazer como atividade física, não mais ficar presa às exigências domésticas como antes. O ritmo frenético da vida moderna, aliado às múltiplas obrigações impostas às mulheres faz com que elas não tenham oportunidade de autoconhecer-se e, com isso, as transformações acontecem sem que elas reflitam sobre isso. É nesse sentido que as participantes acima referidas chamam a atenção de outras mulheres para que não se permitam passar por isso, porque para elas o importante é viver sem pressão, cuidando mesmo do corpo e da alma.

Essa mesma forma de encarar o climatério encontra-se na narrativa de Nikê, que na Mitologia Grega é a “Deusa da vitória”, que assim percebe a fase do climatério: cada dia uma vitória, por todas as transformações vividas nesta fase. Ela sente o climatério como a fase de constante desenvolvimento criativo, sempre reinventando o modo de vida.

Eu sou feliz, sei que as mudanças são as minhas células que já estão cansadas me aparecem cabelo branco, rugas, isso faz parte da vida. A felicidade nessa fase depende muito da gente, vai procurando desenvolver atividades novas, que dá mais sentido a vida, não pode é ficar se lamentando, isso abate a pessoa. Eu e meu companheiro procuramos fazer coisas juntos e com prazer, mesmo ele mais novo que eu, não importa. O mundo coloca na cabeça das pessoas aquela ideia de valorizar a juventude, a mulher bonita, tudo que é passageiro, fica a gente vivendo naquela artificialidade e sem tá feliz. Isso pra mim não dá, eu me sinto uma vitoriosa por está passando esta fase tranquila (NIKÊ, Grupo 1).

Embora as vivências sejam únicas, singulares e subjetivas para cada mulher, as trajetórias individuais trazem inúmeros indícios de uma construção sociocultural dessa fase, que sustenta uma representação do climatério. Essa participante, por



exemplo, traz uma representação bem menos sofrida do climatério, no qual busca recriar momentos prazerosos em sua vida.

Dessa forma, constata-se que não se pode uniformizar os sentimentos, as percepções, pois a subjetividade de cada mulher tem que ser considerada, bem como a maneira pela qual cada uma fará elaborações para essa fase da vida.

Assim, essa relação existente entre o corpo da mulher e sua fase do climatério demonstra uma complexidade que coloca as mulheres diante de várias bifurcações, e seu desvelamento se torna importante para desmistificar ideias que mutilam o sentido da vida dessas mulheres.

### **Subcategoria 2.3: Família: um “*locus*” para transformar**

Por muito tempo, a sociedade conviveu com uma mentalidade, pode-se dizer individualista no modo de ver as pessoas, como se elas existissem fora de um contexto que pudesse significar sua existência no mundo, fora de uma concreta rede de relações familiares, pois essas eram na época consideradas irrelevantes para a sociedade (DONATI, 2008).

Hoje existem alguns estudos concentrados em analisar a família e suas novas configurações por se reconhecer sua relevância para o desenvolvimento de pessoas nas diversas fases da vida. A família favorece o delineamento da identidade humana e social, sentido que Donati (1991, p. 33) abraça ao afirmar que “o símbolo da família é dos mais fortes, estáveis e relevantes no tempo da vida social, desde o início da história humana até hoje”.

Assim, há de se analisar o desenvolvimento das mulheres climatéricas em seu contexto familiar como a primeira instância de cuidado. Embora reconhecido como função da família, é necessário repensar esse cuidado, levando-se em conta o descontentamento das mulheres, pela falta de “espaço” onde possam pensar, falar, refletir e receber atenção durante essa fase de suas vidas.

[...] moramos apenas eu, minha filha, minha mãe já tá bem velhinha e uma irmã, fico com vergonha de falar sobre o assunto, apesar de saber que elas sabem o porquê quando estou agitada, nervosa, muito calor, mas percebo que só minha filha não consegue compreender, pois não tem paciência comigo, e assim vou levando. É um momento que você precisa conversar com alguém pra tirar dúvidas, angústias, até mesmo pra lhe acalmar quando tá nervosa, aqui não tenho (ATENA, Grupo 1).

[...] a família, os filhos cada um em sua casa, só tem um que ainda mora aqui, casou a pouco tempo e a casa ainda não ficou pronta. Mas sempre vivi para a família, criar filhos, cuidar de marido, hoje queria que cuidassem de mim pelo menos nessa fase do climatério, menopausa. [...] “Minha vida é uma frustração total”, esperava apoio da família, do marido, mas nada, dele é só grosseria (ÍRIS, Grupo 1).

Nunca contei com ninguém para dividir esses problemas, às vezes falo com meu marido, mas ele não compreende. Quando ele vai falar algo, fala de um jeito como se eu é que quisesse ficar assim, aí ele fala: “toma um remédio que fica boa”. E eu lá preciso de remédio? Uma falta de compreensão [...] a gente nessa fase, pelo menos eu, precisava e ainda preciso de carinho, alguém que me escute sem falar nada, sair pra se divertir, pra vê se diminui a tristeza, o choro, isso é o remédio pra mim. Olha aqui em casa eu sempre fui trocada por um filme, música, hoje detesto filme, meu marido deixava de ficar comigo por isso, então a atenção é tudo (SELENE, Grupo 1).

Para essas mulheres, a família representa um lugar acolhedor, considerando que muito já fizeram e fazem pelos seus membros. Mas logo vem a decepção em perceber total afastamento e desinteresse dos familiares em relação ao momento da fase de vida que estão vivenciando.

A compreensão que se obtém nas falas dessas participantes reflete uma vulnerabilidade emocional, resultante da ausência de momentos afetivos, que conseqüentemente resultam em insatisfações pessoais, com reflexo principalmente na área familiar. Percebe-se aí certo sofrimento nessa fase da vida.

Outrossim, essas participantes apresentam expressivos sentimentos de desamparo, que de algum modo comprometeram sua relação familiar e sua qualidade de vida. Hoje, diante da realidade apresentada, elas poderiam parafrasear Simone de Beauvoir (2003, p. 109) quando diz: “Quando se viveu de total maneira para os outros, é um pouco difícil de converter em viver para si”.

Dessa forma, pode-se perceber também uma relação existente entre a fala de Beauvoir com a ideia da “Rainha do Lar”, na qual a mulher encontra-se sempre disponível para os cuidados com a família, muitas vezes esquecendo-se de si, traduzindo com isso a ideologia da valorização do papel de mãe (KAHHALE, 2003).

Nesse sentido, fica claro que o desenvolvimento humano dessas mulheres, resulta da interação das características constitucionais como pessoa e do ambiente

onde sempre viveram (ROOKE; PEREIRA-SILVA, 2012; BRONFENBRENNER, 1999). Ambiente onde se reproduzem relações cujas consequências positivas ou negativas afetam o coletivo.

Outro fator percebido nas entrelinhas dos depoimentos de Atena, Íris e Selene é a solidão presente na vida delas. Apesar de conviverem com diversas pessoas ressentem-se da relação conjugal desgastada, seja pela saída dos filhos de casa ou outros fatores não explicitados (ZAMPIERI et al., 2009).

Por outro lado, é de grande importância que essas mulheres que vivenciam o climatério entendam essa fase, pois talvez seja também uma oportunidade para novas conquistas e vivências mais estáveis emocionalmente. Urge a necessidade de ressignificar momentos de vida de forma positiva, pois o modo de ver o climatério depende muito mais de como a mulher procura vivenciar essa fase, sem perder a preciosidade que é viver a felicidade. É o que algumas participantes da pesquisa tentam colocar em prática durante esta nova fase.

Não conto com ninguém de fora, só com meu povo, minha família de casa mesmo, pra ver se diminui o cansaço. Meu filho mesmo que já é casado e mora na casa dele, todo dia seis da manhã ta aqui pra me ajudar cuidar dos avós, então já uma ajuda e tanto, até fralda ele troca quando estou ocupada ou cansada. Quando estou nervosa, tensa todos aqui tem paciência comigo. [...] Hoje quero me permitir ser mais livre, fazer as coisas da rotina sem muita cobrança, me permitir ser mais feliz, isso agora que é importante pra mim. Antes não, eu dormir com a pia cheia de prato? nunca. Hoje se der pra lavar, lavo, mas se tiver cansada, indisposta, não lavo isso já não é mais tão importante na minha vida. Se não for assim eu me acabo antes de chegar a menopausa (risos.....). O climatério já tem seus sintomas, e que não são bons, se eu não mudar meu ritmo de vida ai eu adoço, ai o climatério vira doença mesmo. Essa é minha opção para ser mais feliz mesmo no climatério (PERSÉFONE, Grupo 1).

Sempre pude contar com minhas filhas, com as coisas de casa quando to cansada, ai elas entendem e me ajudam. [...] A minha família é tranquila, eles sempre me apoiam, ajudam graças a Deus. Isso faz a gente se sentir mais confortável, principalmente nessa fase que é tão difícil (HERA, Grupo 1). A família acabou mudando, porque hoje tenho mais vontade de me dedicar mais aos filhos e netos, dou mais importância, acho que é pela idade, a maturidade. Mesmo com essa fase do climatério, tenho que tirar o melhor dela e ser feliz. A vontade de viver é maior. Eu fico querendo sempre viver melhor pra ter mais tempo em vida com minha família. E assim vou vivendo, feliz (NIKÉ, Grupo 1).

Dessa forma, a família aparece no cenário como uma aliada na construção da saúde de seus membros, podendo ser considerada como corresponsável pela manutenção da saúde da família, participando de forma significativa nas fases específicas de vida que cada um dos seus membros vivencia.

Esse entendimento perpassa o momento em que a família vem se protagonizando em relação à saúde-cuidado a partir da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, atualizando com isso, o princípio da família como unidade de cuidado, centro da agenda das políticas sociais. O que aproximou cada vez mais os serviços de saúde das experiências familiares, apesar de complexas, pela vasta diversidade cultural, econômica e social.

Embora considerando sua importância no processo saúde-doença-cuidado, a maioria das famílias não está preparada para ser parceira dos serviços de saúde, no sentido de poder identificar nas relações familiares necessidades, dificuldades e problemas para, então, desenvolver práticas relacionais mais acolhedoras a um membro da família em momentos específicos individuais ou coletivo.

Nesse sentido, Trad (2010) demonstra que o tema família, embora adotado como eixo importante nas políticas de saúde, reveste-se da imprecisão de um marco conceitual, que se faz sentir principalmente nas ações existentes.

O fato é que a família tem um significado expressivo para as mulheres que vivenciam o climatério, apesar de algumas reportarem a falta de apoio. Isso também é percebido nos mesmos depoimentos sobre a falta que elas sentem desse suporte familiar, intensificando com isso sua importância nesta fase da vida.

Algumas pesquisas já sinalizam também esse entendimento. Observou-se em uma pesquisa sobre a análise da qualidade de vida das climatéricas, e constatou-se que 94% das mulheres do estudo consideraram o convívio familiar importante para a qualidade de vida (BOTELHO; TAVARES; MACEDO; GONÇALVES, 2009).

Em um estudo realizado com mulheres no climatério, num grupo de autoajuda evidenciou-se que os sintomas e os problemas psicofisiológicos mais frequentes nas mulheres nesta fase tinham relação com seu contexto familiar (FREITAS; SILVA; SILVA, 2004).

Assim, alguns depoimentos de participantes deste estudo também evidenciam a relação existente entre o climatério e o contexto familiar.

Mudou também na família, pois hoje tenho que criar um neto, porque meu filho está cumprindo pena no presídio, então esse era um momento pra mim, e não tenho tido tempo. Fico nervosa com meu neto, além de ter que acompanhar meu marido no tratamento de alcoolismo. Então na família mudou nesse sentido, precisava ser mais tranquila. Em relação a minha vida conjugal agora estamos nos entendendo melhor, é como falo estou saindo da geladeira. Mas

estamos bem, de alguma forma minha família é meu porto seguro, passar essa fase sem ser dentro da família é pior (AFRODITE, Grupo 1).

A família é minha base, agradeço pelos filhos, então vou buscando esses prazeres na vida. Quando tudo vai bem com os filhos que são a família, tudo fica bem, fico mais tranquila, até esqueço o calor, a irritação e outras coisas que essa fase traz (SELENE, Grupo 1).

[...] esses dois filhos aqui que moram em casa não queria, se eu pudesse engolia os dois (risos). Esses dois me respondem ai eu meto a mão na cara, não quer estudar, não quer trabalhar, isso me irrita mais, são brutos comigo. Eles não entendem essa fase que estou passando, mas meu marido me apóia e entende. Às vezes tão me vendo com esse calor que sinto, suando muito, nervosa, não ta nem ai, a menina não pega nem uma vassoura pra passar na casa pra me ajudar, como posso ficar bem nessa fase do climatério? Se os filhos não ajudam e nem entendem? [...] me sinto magoada com eles, muito brutos comigo, não tem aquele amor. Nessa fase do Climatério a gente fica muito sensível, se não tem amor, carinho fica difícil (ÁRTEMIS, Grupo 1).

É imprescindível compreender que o climatério representa uma fase de transformações sociais, fisiológicas e psicológicas, constituindo-se assim, em um momento de vulnerabilidade para a mulher.

Desse modo, a família exerce uma influência significativa na trajetória de vida dessa mulher que vivencia todas essas transformações que vêm com o climatério, e a forma que seus membros relacionam-se entre si poderá trazer resultados positivos ou negativos para a adaptação da mulher a essa fase, permitindo que ela viva de maneira mais tranquila, harmônica, com mais naturalidade e mais segura ou não o seu papel na sociedade.

### CATEGORIA 3: O SERVIÇO DE SAÚDE E A MULHER NO CLIMATÉRIO: COM A PALAVRA AS USUÁRIAS

#### **Subcategoria 3.1: Quem cuida de mim?**

A saúde da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde, tendo suporte no Sistema Único de Saúde a partir dos princípios doutrinários e constitucionais de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990). Mesmo com grandes conquistas na área da saúde da mulher, essa área ainda apresenta

lacunas, fragilidades em relação à assistência integral à saúde feminina, principalmente na fase do climatério.

Por ser uma fase complexa, de sintomas que geram desconforto, ela demanda o atendimento na Atenção Primária da saúde. Mas será que os cuidados disponibilizados pela atenção básica de saúde às mulheres na fase do climatério respondem às necessidades trazidas por elas?

A presença significativa dos transtornos ocasionados pelo climatério é apresentada por uma grande parte da população feminina, seja pela falta de informação por parte das mulheres, seja pela pouca qualificação do profissional de saúde, agravado pela fragilidade da política pública voltada à saúde da mulher, bem como pela falta de resolutividade em relação às suas necessidades. Nos depoimentos seguintes, observa-se a falta de conhecimento das mulheres, a falta de suporte dos profissionais de saúde e sua interferência no cotidiano feminino.

Não existem ações dos profissionais de saúde voltadas para nós mulheres que vive essa fase do Climatério. Existe sim, apenas o pré-natal e o planejamento familiar com muita dificuldade. Quando falo para eles sobre minha hipertensão e que acho que estou nessa fase do climatério, eles falam que não tem nada relacionado [...] Mas aqui no PSF não existe profissional de saúde que já tenha abordado sobre climatério, o que a mulher pode apresentar, só ouvi falar quando teve aluno de enfermagem aqui em estágio (AFRODITE, Grupo 1).

Nunca vi falando de nada sobre o climatério no Posto, nem palestras, nem grupo de mulheres. Os profissionais de saúde nas consultas nunca falam sobre o assunto. A única coisa que fazem é o preventivo e pré-natal. Até parece que a mulher só tem duas fases: preventivo e pré-natal. Sei que tem muitas mulheres que não sabem o que é climatério como eu não sabia, e nem a diferença da menopausa, que tem. Não sei dizer em relação a momentos agradáveis, porque nunca tive essa orientação no PSF. Os profissionais nunca falam nada, nunca ta disponível para orientar certo sobre esse assunto do climatério, e deveria ter essa orientação, é uma das últimas fases que a mulher passa deveria ser mais cuidada, será que a gente só serve pra botar filho no mundo? (ATENA, Grupo 1).

Os profissionais de saúde não dão importância nenhuma [...] nunca falam sobre o assunto climatério [...] porque nunca falaram comigo sobre o climatério, menopausa lá no PSF, parece que até eles não sabem o que é, é só gestante, gestante... (ÍRIS, Grupo 1).

Não existe ação nenhuma aqui na unidade, nunca vi profissional de saúde aqui falar sobre o Climatério, nem palestras, primeira vez agora que estou ouvindo. Eu mesma nem sabia o que era depois de nossa conversa já entendi o que é Climatério e a diferença da menopausa. Outra vez eu falei com um médico sobre que eu achava que estava na menopausa e ele desconsiderou, não deu importância para as queixas e falou que ainda não era o momento dessa fase (SELENE, Grupo 1).

Aqui no PSF tem muitas mulheres sem esclarecimento nenhum, aqui os profissionais não falam sobre esse assunto, nem médico, nem enfermeira [...] aqui tem campanha de tudo sobre mulher (sempre pré-natal, planejamento,

cuidado com o bebê, como amamentar), mas nunca campanha sobre Climatério, Menopausa, até parece que a mulher vai ficar a vida inteira tendo filho, dando mama e cuidando de menino, e ela como mulher que hora vai cuidar? E quem vai cuidar? Mas aqui no PSF é diferente, a mulher sofre, pense que um dia uma usuária chegou queixando que quando o marido queria porque queria ter relação e ela ressecada ela usava margarina para lubrificar, porque o profissional de saúde daqui não orientou nada e nem deixou falar sobre isso, olha isso me chocou (GÉIA, Grupo 1).

Nos depoimentos, pôde-se perceber como as mulheres usuárias do serviço de saúde compreendem a postura do profissional de saúde frente ao climatério. Surge a necessidade de mudança na formação e qualificação desses profissionais, no sentido de atuarem na perspectiva de um caminho diferente ao histórico do ensino na área da saúde, onde ainda se deparam com uma visão extremamente biológica e curativa (REIS; ANDRADE, 2008). Os depoimentos seguintes reforçam bem esse entendimento.

Não me lembro de quando ouvi falar sobre o assunto, eu com 46 anos sentindo esse calor terrível, uma irritação fora do normal e ao mesmo tempo sentindo frio, e o médico só falava que era menopausa, e não era, era Climatério, pois se a menstruação ainda vinha de vez enquando. Então eles também não sabem (HEBE, Grupo 1).

Não vejo nada não sobre o Climatério aqui na Unidade. Não tem palestra, não tem informação sobre o Climatério (NIKÊ, Grupo 1).

Nas entrelinhas desses depoimentos, vislumbra-se a necessidade de melhorar as práticas dos profissionais de saúde, para, então, melhorar a qualidade do atendimento, passando a ver essa mulher como quem necessita de mais do que consegue expressar verbalmente.

Oliveira, Jesus e Merighi (2008) confirmam que os profissionais de saúde precisam dar mais importância às necessidades da mulher na fase do climatério, a partir do desenvolvimento de ações que respondam às demandas trazidas por essas mulheres, ajudando a minimizar o silêncio repressor que muitas apresentam.

De modo não muito elaborado, algumas entrevistadas falam do descontentamento por não encontrar nos profissionais de saúde o interesse devido à importância que suas queixas demandam.

[...] os profissionais de saúde não conseguem entender essa fase, e acho que em relação à mulher o atendimento é igual e padronizado independente da fase do ciclo, me sinto muito pra baixo, fico triste e desmotivada, como posso ta encaminhando uma usuária da minha micro-área que está vivenciando esta fase para a unidade se sei que é assim. Como conseguem atender bem uma gestante e não conseguem ter o mesmo respeito comigo por está em outra fase da vida, então isso é desagradável (AFRODITE, Grupo 1).

[...] chega nessa fase, calor, frio, irritação, dificuldade pra dormir, psicológico, a não aceitação, as mudanças com tudo, até com o corpo e com o companheiro pra quem tem, é tudo isso, que chamo de problema. Tem profissional de saúde que fala que tem que fazer reposição hormonal, outros falam que não. Outros falam que tem que ter alimentação natural, outros não (ATENA, Grupo 1).

Eu nunca vi ação nenhuma desenvolvida pelo povo que trabalha ai no Posto sobre esse assunto. Vou lá sou atendida, mas nunca falaram sobre Climatério/Menopausa, não sabem o que fazer com minhas queixas. Aqui no Posto eles não trabalham isso (HERA, Grupo 1).

Aqui no Posto não deram importância pro meu problema. Fora a ACS que é boa pra mim, mas lá no Posto são realmente momentos desagradáveis, nessa fase do Climatério é pior, tenho andado muito nervosa, muito deprimida, to numa fase que tudo choro e o povo não entende (HEBE, Grupo 1).

Os profissionais de saúde precisam acolher mais adequadamente as necessidades trazidas pelas mulheres que vivenciam o climatério, facilitando para que as mesmas possam expor suas dúvidas e receios. O apoio e o respeito dispensados às mulheres, além de uma assistência direcionada às suas verdadeiras necessidades, podem minimizar as queixas e as intervenções desnecessárias (DE LORENZI, 2009).

O fato é que, no cotidiano dos serviços de saúde, pouco tempo tem-se dispensado e dedicado a uma atenção mais qualificada à saúde dessas mulheres; quando isso ocorre, são abordagens superficiais que não respondem a seus problemas.

Outros depoimentos sinalizam a necessidade de promover estratégias de socialização de informação entre as mulheres, um diálogo entre elas, um momento de encontro, onde possam externar o que estão vivenciando nessa fase do climatério, quais as modificações, suas queixas, com o objetivo de que essa troca de experiência e realidades semelhantes sirva para proporcionar uma compreensão do seu processo de viver.

Converso com algumas mulheres sobre o climatério, do que sei, na hora do meu trabalho na visita domiciliar, ai a gente acaba trocando experiências [...] As mulheres sentem falta nessa fase de alguém que possa ouvir minimizar o que sente, quem sabe até trocar experiências, ouvindo outras mulheres ou um profissional que seja mais sensível ao momento (AFRODITE, Grupo 1).

Queria era que tivesse um grupo de apoio, convivência de mulheres que tivesse passando por essa fase, pra uma ajudar a outra, e um profissional para ajudar. Acho que isso diminuiria as nossas dúvidas e os problemas que ocorrem nessa fase (ATENA, Grupo 1).

Às vezes fico ouvindo as histórias das usuárias, e vejo que todo mundo tem suas queixas, problemas em relação ao Climatério, outras com vida sexual realizada mesmo no Climatério, outras não, e percebi que muitas têm os mesmos problemas que eu tenho. Então se fosse formar um grupo, uma ajudaria a outra, acho que isso ta faltando já que os profissionais de saúde não desenvolvem nada (SELENE, Grupo 1).



Desse modo, a compreensão que se pode ter no momento, a partir desses depoimentos, é que várias usuárias dos serviços de saúde apresentam uma carência dos serviços e ações de saúde nesta fase que é o climatério. Outrossim, a atenção primária ainda é pautada por uma atenção curativista, deixando uma lacuna muito grande na atenção integral à saúde da mulher.

Oliveira, Jesus e Merighi (2008) chamam a atenção para o diálogo como necessidade da mulher que vivencia o climatério, por oportunizar a abertura e a partilha de experiências.

[...] é necessário promover a sua autonomia porque, quanto mais empoderada a mulher, em relação às diversas fases de sua vida, melhor será vivenciar o climatério, e, provavelmente, menos repercussões negativas ele trará à sua vida (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009, p. 369).

A necessidade de se refletir sobre a promoção da autonomia da mulher é um fato. Refletir no sentido de despertar nela uma consciência crítica, capaz de transformá-la em cidadã de direito, capaz de conquistar uma atenção à saúde que atenda realmente às suas necessidades.

A implementação de uma política voltada para educação em saúde poderia estimular a autonomia feminina, somando-se ao favorecimento do autocuidado. Essa atitude poderá ajudar às mulheres a terem um entendimento mais positivo sobre o climatério (DE LORENZI, 2005).

Assim, pode-se entender a educação em saúde como uma prática que ajudará a desmistificar a ideia de que o climatério é uma doença que precisa ser tratada. Segundo Valença e Germano (2010):

A educação em saúde no climatério configura-se como uma estratégia que pode envolver os profissionais de saúde, mulheres e até mesmo seus parceiros no desenvolvimento de uma nova visão sobre o climatério, numa perspectiva de estímulo ao autocuidado e a promoção à saúde (VALENÇA; GERMANO, 2010, p. 170).

Faz-se necessária uma atenção que ajude a mulher a ter conhecimento sobre o climatério, seus sinais e sintomas e as mudanças que surgem por conta destes em seu corpo, para que também consigam minimizar as dúvidas referentes ao significado do climatério e a diferença entre este e a menopausa; a vivência da sexualidade, os estados depressivos, o saber vivenciar o envelhecer, bem como todos os outros fatores que muitas vezes se traduzem em queixas pelas mulheres. É outra a

compreensão que as mulheres precisam ter para uma nova segurança em seu caminhar pelo climatério.

A assistência à saúde da mulher apresenta uma necessidade de mudança em seu desenvolvimento. Em decorrência do aumento da expectativa de vida da população feminina e os fatores que estão relacionados a isso vêm a todo o momento mostrando a importância do desenvolvimento de ações na fase do climatério, que passem por uma mudança de paradigmas em sua prática, exigindo dos serviços e dos profissionais de saúde mudanças de atitude em assistir essas mulheres, de modo mais humanizado, integral e qualificado (DE LORENZI et al, 2009; BRITO, MAKIAMA, 2008).

A necessidade de se buscar um paradigma mais abrangente para a atenção a saúde da mulher no climatério vem em conjunto com sua realidade social envolvida por fatores políticos, culturais entre outros. Isso fica bem claro quando algumas entrevistadas reportam sobre a necessidade de que o profissional de saúde possa reconhecer esses fatores no desenvolvimento de suas ações.

Apenas quando temos alunos em estágio de enfermagem é que podemos falar das nossas dúvidas sobre Climatério, com nossas culturas e costumes, porque eu sei que eles valorizam, e que em algum momento entram em concordância com o que eles trazem de científico, mas também superficial, ainda precisa ser mais trabalhado no serviço, a comunidade feminina tem muitas dúvidas decorrentes dessa fase (AFRODITE, Grupo 1).

Eu acredito que não deveria usar reposição hormonal com remédio, tem a reposição natural com o chá de amora que eu acredito, e defendo também a alimentação natural, isso ajuda a cuidar mais de si nessa fase do climatério, acredito até que o exercício físico deve fazer bem nessa fase, e isso eles não falam, e percebam que não gostam muito quando falo dos chás e outras coisas alternativas (ATENA, Grupo 1).

Até comento com eles sobre uso de chás, uso muito, acho bom, mas eles nunca falaram que não faz efeito nenhum, não serve, isso não, eles falam que eu posso continuar tomando, porque se bem não faz, mal também não vai fazer (PERSÉFONE, Grupo 1).

Eu acredito muito no chá de amora, e faço uso porque ouvi outras mulheres falando que era bom para essa fase, diminui os sintomas, fica com desejo sexual e acaba a secura vaginal (SELENE, Grupo 1).

Eu não concordo que o primeiro passo para cuidar seja a reposição hormonal com remédios. Deve tentar ter uma vida mais natural. Comigo a primeira opção foi hormônio por inexperiência, e me acabou, mas quando comecei o tratamento fitoterápico natural por conta própria minha vida mudou pra melhor. Não paro de usar o chá de amora me faz muito bem, fico lubrificada, quando paro é que começo sentir os sintomas (GÉIA, Grupo 1).

Discordo quando fala de reposição hormonal com remédio, uso reposição natural chá de amora, leite e carne de soja, e me dou bem (HEBE, Grupo 1).

Embora alguns entrevistados em seus depoimentos não concordem com a reposição hormonal, não se pode desconsiderar a função da terapia hormonal no alívio dos fogachos e sintomas urogenitais. Entretanto as mulheres chamam a atenção para a importância de o serviço de saúde dispensar cuidados voltados para a promoção da saúde no climatério, com vistas à qualidade de vida das mulheres, dando ênfase aos cuidados com a alimentação, o combate ao sedentarismo, sinalizando também para a necessidade da atividade física.

Alguns estudos demonstram que mulheres climatéricas que praticam atividade física tendem a manifestar menos sintomas e a melhorar o humor, bem como a diminuir ondas de calor. Ela também favorece a preservação da mobilidade articular e o fortalecimento muscular, além de manter controlada a pressão arterial, contribuindo assim, para uma menor incidência de co-morbidade óssea e cardiovascular (UEDA, TOKUNAGA, 2000; NADAI, NAHAS, BURINI, 1999).

Diante do que foi apresentado, a necessidade de uma assistência diferenciada da que as usuárias climatéricas já se deparam, é uma verdade, de modo que seja para além dos aspectos clínicos, considerando, sobretudo, os fatores culturais e psicossociais. Como bem compreende De Lorenzi et al (2009), é preciso considerar a subjetividade da mulher, enxergando além de suas queixas, evitando ações mecanicistas, mas sempre oferecendo uma atenção ajustada às suas necessidades.

#### CATEGORIA 4. ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: COM A PALAVRA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Considerando a diversidade dos sintomas e mudanças que ocorrem no período do climatério, vale ressaltar a importância do conhecimento sobre esse período de parte do profissional de saúde, que é aquele que vai estar sempre em contato com a mulher que vivencia esta fase. A busca por uma assistência de qualidade, pautada por uma atenção integral, pode permitir a redução do desconforto, minimizando também o impacto das transformações no decorrer dessa fase do seu ciclo vital.

Assim, na análise da Categoria 4, intitulada “Atenção à Saúde da Mulher no Climatério: com a palavra o profissional de saúde” surgiram três subcategorias. Subcategoria 4.1: significado do climatério; subcategoria 4.2: significando

integralidade e subcategoria 4.3: o serviço de saúde e a mulher no climatério: o olhar do profissional de saúde.

#### **Subcategoria 4.1: Significado do climatério**

A fase do climatério na vida da mulher constitui-se uma oportunidade tanto para os profissionais de saúde como para ela própria construírem uma relação mais próxima, favorecendo uma maior adaptação na vivência das mudanças que essa fase traz, sejam físicas, psicológicas e ou emocionais.

O climatério percorre uma grande extensão da vida da mulher, aproximadamente 25 anos, com uma abordagem complexa que perpassa por várias áreas do conhecimento humano e com as demais fases do desenvolvimento feminino (BRASIL, 2008). Assim, chegar à compreensão do seu significado envolve uma análise que vai além do fisiológico, considerando a complexidade feminina em todos seus aspectos.

A experiência da investigadora enquanto docente do curso de Enfermagem, acompanhando estágio nas Unidades de Saúde da Família possibilitou-lhe reconhecer que o conhecimento por parte dos profissionais de saúde em relação ao climatério ainda é pequeno, a ponto de comprometer o desenvolvimento de ações voltadas para mulheres que vivenciam esta fase do ciclo vital. Fato que também vem comprometendo o entendimento desse momento de vida pelas usuárias, as quais apresentam pouca compreensão sobre o processo do climatério.

Nessa fase as mulheres experimentam a cada dia um novo sintoma, que pode ser agravado pelas diversas vivências familiares e sociais. Assim, o profissional de saúde necessita se apropriar do entendimento sobre as mudanças que surgem nessa fase e de todo o contexto por que passam essas mulheres, no sentido de estabelecer condutas terapêuticas que respondam às necessidades trazidas por elas.

Os depoimentos seguintes mostram como alguns profissionais entendem o climatério.

O Climatério é uma fase de mudança que a mulher ta sofrendo, ela passa pela fase produtiva, mudança de quebra de hormônio. Muitas vezes elas não entendem as consequências, como a diminuição do desejo sexual, diminuição da menstruação confunde muito com a menopausa, e que nem sabem o que é. Elas nunca ligam esses sintomas a fase do ciclo que é o

Climatério. Falam muito do calor, suor e ao mesmo tempo frio. É um desequilíbrio (Grupo 2, Ent. 1).

O climatério é a fase da mulher que ela pára de menstruar, é uma das alterações hormonais que acontece no seu organismo. Sente mais calor, são as poliqueixosas, a gente vê muito isso [...] Eu sei que existe uma diferença entre a mulher no climatério e na menopausa, mas não sei explicar, é um assunto que a gente não se aprofunda, tem a política, mas na prática é outra coisa (Grupo 2, Ent. 4).

O climatério é uma fase de transição em que a mulher passa entre fase reprodutiva para fase não reprodutiva, e é uma das formas de se explicar é a cessação das menstruações e a mulher também senti vários sintomas que são bem inespecíficos, que variam de mulher pra mulher. Podem ser sintomas depressivos, fogachos, calor, e outros (Grupo 2, Ent. 5).

Alguns profissionais de saúde, ao significar o climatério, confundem-no com a menopausa, e estabelecem o conceito a partir dos sintomas apresentados.

A dificuldade que alguns profissionais de saúde sentem em significar a fase do climatério é bem clara quando são questionados sobre o assunto. Esse fato talvez se deva à lacuna que existe na Política de Saúde voltada para a mulher em relação ao investimento em capacitação desses profissionais sobre a fase do climatério que é uma das fases do ciclo vital feminino, isso pode ser comprovado principalmente pelo depoimento do Ent. 4.

Apesar de o climatério se constituir em uma fase do ciclo vital feminino, a partir dos depoimentos acima, percebe-se que alguns profissionais de saúde, ao abordarem esse assunto, reforçam uma visão dessa fase como um processo patológico. Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), define o climatério como uma fase biológica da vida da mulher e seus contextos psicossociais e não um processo patológico (BRASIL, 2008).

Embora alguns profissionais de saúde considerem o climatério uma patologia, Halbe et al. (2002) afirma que esta fase não representa doença, no entanto, por ser uma fase caracterizada também por uma carência estrogênica e por fenômenos do envelhecimento, pode acarretar processos patológicos. Mas se faz necessário que o profissional de saúde estabeleça uma relação entre a carência hormonal com o contexto vivido pela mulher climatérica.

Assim, também afirma De Lorenzi et al. (2005) ao considerar que, possivelmente os sintomas climatéricos possam ocorrer da interação da carência hormonal com fatores culturais, sociodemográficos e psicológicos, não sendo um evento puramente biológico e hormonal.

Em outros depoimentos, registrou-se que o profissional de saúde consegue expressar seu entendimento sobre climatério não apenas a partir dos sinais e sintomas que a mulher apresenta, mas, de certo modo, tentam expressar um conceito melhor elaborado, não se aprofundando no assunto, visto que, o investimento nas Políticas de Saúde na promoção de uma qualificação profissional ainda é muito incipiente. É o que se pode perceber nos depoimentos seguintes.

Climatério é a fase que antecede a menopausa, onde a menstruação fica irregular até ir embora definitivo, saindo da fase reprodutiva, tenha dúvida se poderia ocorrer a gravidez, não sei, sei que onde se inicia a baixa de produção dos hormônios, chegando a fase não reprodutiva. [...] Não teve treinamento sobre o assunto, com o treinamento fica mais claro o assunto (Grupo 2, Ent. 2)

As pessoas confundem muito Climatério e Menopausa. A menopausa é a suspensão da menstruação e o Climatério é o fim da fase reprodutiva, os hormônios sexuais diminuem até parar de ser produzidos. Isso é importante saber. É preciso aprofundar mais sobre esse assunto, mas não tenho esse conhecimento todo (Grupo 2, Ent. 3)

O climatério é conhecido como uma extensa fase da vida da mulher, marcada pelo esgotamento e diminuição da produção de hormônio ovariano (BRASIL, 2008), muitas vezes pode ser confundido com a menopausa, que é compreendida como a última menstruação da mulher. A diferença é que a menopausa tem uma data para acontecer, que é caracterizada pela suspensão da menstruação, e o climatério é uma etapa ou toda uma fase da vida da mulher que inclui a menopausa (VARELLA, 2012).

Desse modo, com a redução dos hormônios e da frequência ovulatória, a mulher tem sua competência reprodutiva diminuída, tornando-se 50% menor entre 40 e 45 anos do que entre os 35 e 39 anos, caracterizando assim o climatério. Conseqüentemente as menstruações tornam-se esparsas até a suspensão total, denominada de menopausa (BRASIL, 2008).

Segundo Lima e Ângelo (2001, p. 400), “o período do climatério está associado a sintomas resultantes tanto da deficiência hormonal, como de fatores socioculturais e psicológicos”.

É importante salientar que, embora o profissional de saúde não consiga significar o climatério de forma precisa, eles conseguem conceituar a partir da identificação de seus sinais e sintomas, mesmo não estabelecendo a relação destes com o processo fisiológico da diminuição da produção hormonal que caracteriza o climatério, nem com os fatores socioculturais que envolvem a vida na mulher nessa fase. Os depoimentos seguintes reportam bem esse entendimento.

Aqui falam muito do ressecamento vaginal [...] Falam muito do calor, suor e ao mesmo tempo frio (Grupo 2, Ent. 1)

Falam muito sobre aparecimento de muita sudorese, perda do desejo sexual, [...] (Grupo 2, Ent. 2)

Ai recai nos sinais e sintomas [...] o calor, face vermelha, [...] Elas reclamam muito do calor, do suor (Grupo 2, Ent. 3)

Sente mais calor, são as poliqueixosas, a gente vê muito isso. A gente percebe muito isso (Grupo 2, Ent. 4)

Observa-se nos depoimentos de alguns profissionais de saúde que suas falas retratam uma forma de pensar na qual não existe um entendimento a priori sobre o climatério formado e elaborado a partir de um conhecimento científico. Aqui o que eles significam como climatério não é suficiente para lhes proporcionar um maior conhecimento sobre o assunto, com o propósito de desenvolver com mais segurança suas ações de saúde.

O entendimento de que o climatério não é um ponto final na vida da mulher é necessário. Compreendê-lo como uma fase normal do ciclo vital feminino, em que ocorrem mudanças é uma necessidade, uma vez que os profissionais de saúde, percebendo o climatério dessa forma, isso poderá proporcionar a eles e às mulheres a informação necessária para se desenvolver um cuidado integral, mediante o qual as mulheres poderão vivenciar essa fase com mais qualidade de vida.

#### **Subcategoria 4.2: Significando a integralidade**

A Política de Saúde para a mulher tem no seu arcabouço a intenção de promover uma atenção integral à saúde da mulher, no sentido de estabelecer uma assistência em que se perceba a mulher climatérica na sua integralidade.

Embora a integralidade seja considerada como difícil de conceituar, ela pressupõe um olhar diferente às várias perspectivas que contribuem para a formação da produção de saúde. Portanto, é visão ampliada das necessidades do indivíduo, considerando o contexto que ele vive, para que o processo de cuidar surja da interação entre o profissional de saúde e a usuária (HECKLER; OLIVEIRA, 2008).

É fundamental que o profissional de saúde estabeleça um olhar holístico, intersubjetivo para a mulher no climatério, como um ser único revestida por dimensões biopsicossocial e espiritual.

A expressão integralidade também tem sido empregada como uma estratégia de enfrentamento das necessidades, e uma construção de alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2004).

O entendimento sobre integralidade precisa ir além do “ver o indivíduo como um todo”, mas procurar buscar o verdadeiro significado das queixas, com o objetivo de assistir o usuário e não somente o problema referido. Isso necessita do rompimento com as práticas atuais, pautadas numa visão reducionista do indivíduo, de um processo tradicional no qual são feitas as intervenções em saúde.

Nos depoimentos seguintes os profissionais de saúde tentam estabelecer um significado para a integralidade na atenção à mulher no climatério.

É tentar o máximo ver a mulher como um todo e não como partes divididas. Tratar no seu total, como um todo, sua sexualidade, dificuldades sociais, econômicas. De um problema você já vai buscar outras coisas que estão relacionadas, porque uma coisa ta ligada à outra (Grupo 2, Ent. 1).

Integralidade é o que tem que acontecer na saúde da família, trazendo essa família para unidade (Grupo 2, Ent. 2).

A integralidade é um dos princípios do SUS, aquela parte bonita que o SUS prega – equidade e outros. Tentar integrar usuária – unidade de saúde. A própria palavra já fala “agrupar” – “buscar” (serviço – profissional – usuária). Eu tento fazer acontecer. A gente tem que pensar um pouco mais no usuário (Grupo 2, Ent. 3)

A integralidade é tentar ver o indivíduo como um todo. Em todas suas fases de vida, e tentar dar atenção as necessidades dela e o nível de atenção primária, secundária e terciária, dando resposta aos problemas de saúde que ela ta vivenciando. Então a gente vê que em relação ao climatério essa integralidade não é proporcionada a mulher que está vivendo essa fase (Grupo 2, Ent. 4)

A integralidade busca satisfazer todas as necessidades de saúde do paciente, quando ele chega a unidade de saúde, ele tem que ser acolhido, e seus problemas resolvidos de forma integral (Grupo 2, Ent. 5)

Pra mim integralidade é ver a pessoa como um todo, na parte física, psicológica, social. Tudo que afeta a mulher nessa fase, como um todo, e que vai interferir na sua vida (Grupo 2, Ent. 6).

Nos depoimentos, os profissionais de saúde apontam para uma visão ainda fragmentada da assistência à saúde da mulher. A definição de integralidade não fica



muito clara, ainda assim, afirmam a necessidade de um atendimento integral, embora não consigam deixar clara essa definição na sua prática profissional.

Os depoimentos dos entrevistados 1, 4 e 6 apresentam uma interpretação a partir da incerteza clara que eles têm sobre o que inclui a integralidade, dizendo o “todo”, não conseguindo definir o que significa essa totalidade, transparecendo, uma limitação conceitual. De modo que, o profissional de saúde muitas vezes não consegue pensar o indivíduo como parte de um contexto bem maior que o sofrimento físico.

No depoimento da entrevistada 3, interpretou-se como um sentido dado a integralidade, em que se tentou estabelecer um padrão de relacionamento entre os envolvidos. Nesse sentido, para Ribas (2004), a integralidade exige novas formas de relacionamentos entre serviços, profissionais e usuários e se efetiva através da relação entre os diversos atores com suas diferentes perspectivas e interesses, no interior das instituições, nos vários níveis de atenção do sistema de saúde.

Embora alguns depoimentos manifestem-se tentando dar um sentido à integralidade a partir das necessidades demandadas pelas usuárias, é percebido um limite que envolve o momento de intervenção do profissional de saúde.

Segundo Pinheiro e Luz (2003), o uso dessa categoria integralidade é um tipo de marcador contínuo, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores envolvidos nas práticas no interior das unidades de saúde.

Uma das dimensões da integralidade é expressa na capacidade dos profissionais de saúde de responderem ao sofrimento manifesto pelas usuárias – processo de busca daquelas necessidades mais silenciosas.

Desse modo, a integralidade aqui pode ser pensada com incorporações ou redefinições pelo profissional de saúde a partir de seu processo de trabalho. Pode ser pensada como dimensões das práticas, ou seja, a preocupação de discernir as necessidades dos usuários. O depoimento desses profissionais de saúde demonstra um pouco esse aspecto.

Eu tento fazer acontecer. Quando eu busco o serviço social para resolver as questões sociais (Grupo 2, Ent. 3)

Porque o PSF ele propõe ser porta de entrada do usuário na rede, mas a gente não tem dentro desse nível de atenção pra onde encaminhar essa mulher. Se eu encaminhar essa mulher para ginecologista, ele vai avaliar, vai solicitar dosagem de hormônios, os exames necessários para avaliar a

mulher na fase do climatério. Mas ela não vai conseguir fazer pelo SUS aqui no município, o elenco mínimo de exames nessa fase aqui não existem, aí já está a falha na integralidade, a descontinuidade. Então como acompanhar e tratar essa mulher? É só prescrever? A gente precisa garantir o atendimento como um todo, dando resposta. O sistema não vê essa mulher como um todo, porque não garante isso pra ela (Grupo 2, Ent. 4)

A fragmentação da mulher fica marcada quando o profissional de saúde sente a necessidade de encaminhá-la para o ginecologista para solicitação de exames, ocorrendo aí uma descontinuidade na atenção à mulher, fugindo do contexto da equipe de saúde. Nesse caso, a profissional de saúde já sabe antecipadamente da não resolução da necessidade existente.

A atenção integral não deve ficar restrita aos serviços de saúde, mas, sobretudo, assegurar uma atuação intersetorial, de modo a abranger as diversas áreas que de alguma maneira possam repercutir na saúde da mulher e da família no sentido de responder as necessidades apresentadas.

Assim, enquanto prática de saúde, que é também uma dimensão da integralidade, há necessidade de desenvolver uma assistência que envolva ações de promoção, prevenção e cura, possibilitando intervir nos problemas de saúde, em suas condições de vida, nos riscos e danos.

Nesse sentido, Mattos (2004a) chama atenção para as práticas dos profissionais de saúde, que é uma das primeiras dimensões da integralidade, onde o profissional expressa a capacidade de responder ao sofrimento manifesto de um modo articulado à oferta relativa de ações ou procedimentos preventivos, o que exige a inclusão de rotinas ou processos de busca daquelas necessidades mais silenciosas.

Desse modo, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar a percepção das necessidades do grupo, e descobrir qual melhor forma de responder a essas necessidades (MATTOS, 2001).

Seguindo ainda o entendimento de Mattos, pode-se analisar o termo integralidade a partir da perspectiva da forma de organização dos serviços, das respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde e do ponto de vista das práticas dos profissionais de saúde. Ele questiona se o termo integralidade se refere a uma noção ou a um conjunto de noções que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde, tornando-se assim, um termo polissêmico.

Desse modo, por alguns depoimentos aqui expostos, percebe-se a tentativa da busca em orientar a organização dos serviços pelo princípio da integralidade, buscando-se ampliar as percepções das necessidades das mulheres, e interrogando-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades, embora os profissionais de saúde não se sintam tão preparados e amparados pela política pública de saúde para a mulher, no desenvolvimento de suas ações na perspectiva da integralidade.

Em relação às políticas públicas de saúde que têm em seu arcabouço a integralidade, Soares (2000) nos chama a refletir sobre o modo como os profissionais de saúde estão inseridos nas políticas.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde fazem parte das políticas através da execução das ações, sem que tenham claro em quais necessidades de saúde se pautaram para a sua formulação e quais são os objetivos destas políticas. A análise crítica de suas ações acaba se restringindo aos direcionamentos locais e, portanto, a um microuniverso em que o poder de modificação também é restrito, porque as diretrizes são formatadas em nível central (SOARES, apud REIS; ANDRADE, p. 63, 2008).

A reflexão que Soares nos instigou recai sobre as questões que envolvem a política de educação permanente do SUS. A integralidade se coloca como eixo que direciona a política de educação, no sentido de desenvolver estratégias de formação no e para o trabalho no SUS (CECCIM, 2005).

A necessidade de garantir a atenção integral vem acompanhada da necessidade de transformar os conceitos e as práticas de saúde que orientem o processo de formação de profissionais de saúde capazes de desenvolver ações relativas à integralidade durante suas práticas. Essa compreensão está consubstanciada nos depoimentos seguintes.

Então é muito incipiente esse atendimento a mulher no climatério, a gente não ta preparado para atender essas mulheres, nossa formação tem essa deficiência, somos impotentes para lidar com essas mulheres, a política para elas não nos dá respaldo, entende? (Grupo 2, Ent. 4)

[...] a gente não teve curso, treinamento sobre como trabalhar as questões do climatério, precisaria um curso para discutir sobre essa mulher no climatério e como seria o atendimento, a gente não tem isso na faculdade (Grupo 2, Ent. 5)

Outra compreensão e interpretação que se tem sobre os depoimentos acima são da importância da formação no trabalho, no sentido de desenvolver um programa de capacitação para o profissional de saúde que está no serviço, mas também para outros órgãos que estejam diretamente ligados aos serviços de saúde, como

universidades, escolas técnicas e o próprio gestor do sistema. Pois o que se percebe nos profissionais de saúde em relação ao processo de formação, é que as instituições formadoras vêm perpetuando modelos conservadores, intensificando cada vez mais o sentido biologicista e fragmentado no modo de ver o indivíduo.

Modificar a formação do profissional de saúde a partir de sua prática, não pode focar nas questões puramente técnicas, pois envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, e principalmente nas pessoas envolvidas. Pinheiro e Luz (2003) conduzem à compreensão de que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessárias. Assim também, requer ações no âmbito da formação técnica, da graduação e da organização do trabalho, bem como da interação entre os serviços com vistas à educação permanente.

A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, p. 43, 2004).

O depoimento seguinte mostra a falta de preparo do profissional de saúde, sendo justificada pela deficiência na formação. Indo de encontro justamente ao que os autores acima entendem como a boa formação profissional em saúde.

[...] não me sinto preparada sobre esse assunto, na faculdade é tudo muito rápido, as coisas são pinceladas, o mais a gente é que corre atrás, o climatério a gente não fala muito, nem no estágio, integralidade fala, mas só quando fala do SUS e não consegue alcançar, com a mulher em estágio é só gestante e planejamento familiar e às vezes preventivo. Agora depois da nossa conversa eu sinto a necessidade, vou começar a ficar mais atenta (Grupo 2, Ent. 2)

É importante perceber que o processo da formação profissional em saúde não pode ser independente da direção política do Estado, sobretudo da direção política do governo federal, que desenvolve políticas que, de algum modo, induzem as universidades a desenvolverem seu papel social. E por ter uma perspectiva social, precisa ter seus objetivos em relação à formação profissional, a produção de conhecimento, a produção científica, entre outros, alinhados aos interesses da sociedade com relevância pública (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Outrossim, quando se assume o compromisso de sensibilizar nos profissionais de saúde a potencialidade da abordagem integral à saúde das pessoas,

existe aí um compromisso na construção de uma aprendizagem que perpassa por um olhar de inteireza para o ser humano capaz de transformar sua atuação enquanto profissional de saúde com ênfase na integralidade em sua prática.

Considerando-se a discussão da integralidade dentro do sistema, pode-se pensar o Climatério como um grande desafio para a política pública de saúde para a mulher, uma vez que isso traz uma possibilidade ampliada de atendimento, exigindo a incorporação de novos saberes e diferenciadas ações, que podem fazer repensar o atual modelo e sua forma de atendimento às novas demandas em saúde para a população feminina.

Destarte, a questão da integralidade representa hoje o maior desafio nas práticas em saúde, não é exatamente algo novo, mas se apresenta também como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição (COSTA et al., 2010).

De fato, a integralidade precisa ser exercida através de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.

Para tanto, a prática pela integralidade busca no seu cotidiano escapar de todo tipo de reducionismo. Integralidade fala contra o assistencialismo e contra o preventivismo. Fala de um esforço de contextualização do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção de cada um (AYRES, 2004; MATTOS, 2004b).

#### **Subcategoria 4.3 – O profissional de saúde e a mulher no climatério: como desenvolvo minhas ações**

Atualmente, várias são as razões pelas quais o período do climatério tem merecido uma maior atenção nas políticas públicas de saúde, e, sobretudo nos serviços de saúde, pelos profissionais da área. Os dados já citados inicialmente nesta tese, como o aumento do número de mulheres com mais de 50 anos na população mundial, além do aumento de sua expectativa de vida, por si já justificam a procura dessas mulheres aos serviços de saúde, com queixas relacionadas ao climatério (PEDRO et al., 2003; ZAHAR et al, 2001)

Desse modo, é reconhecida a necessidade de se buscar um paradigma mais abrangente, e interpretativo das questões relacionadas à saúde da mulher climatérica. O importante é assistir a mulher não reduzindo a assistência a ações meramente curativas, pois o ser humano apresenta diferentes modos de estar no mundo, tendo que considerar o seu momento de vida.

Há de se considerar a influência de fatores culturais e psicossociais para um cuidado efetivo, para que o profissional de saúde consiga perceber a mulher climatérica na sua integralidade, para então conseguir responder a todas as necessidades referidas nessa fase em que ela vivencia. O depoimento seguinte do profissional de saúde em relação ao desenvolvimento de suas ações voltadas a mulher no climatério nos mostra um pouco a fragmentação no atendimento a esta mulher.

Então posso dizer que não tem ações de saúde que relacione com essa fase da mulher que é o climatério, é uma fase que tem muita coisa envolvida, o fator emocional dessa mulher é confuso, minha ação é limitada, questiono mais o que ela tá sentindo (Grupo 2, Ent. 2)

[...] a gente não tem na semana típica o atendimento para essas mulheres, atende no serviço de hiperdia, aí ela queixa de muito calor, muita dor, muito suor, e a gente percebe que não dá muita importância para esses tipos de queixa dessa mulher, que já é sinalizando para a fase que vive o climatério [...], mesmo assim não estamos preparados para atender em nenhuma condição dessas [...] em relação as queixas relacionadas a essa fase do climatério fica complicado, eu tenho uma limitação, não me sinto preparada. A gente reconhece as fases do ciclo vital vivida pelas mulheres, mas só conseguimos intensificar o atendimento a mulher em relação ao pré-natal – gestante, a gente consegue atender [...] (Grupo 2, Ent. 4)

Estes depoimentos confirmam o que se falava anteriormente em relação aos equívocos no processo de formação profissional. A entrevistada 2 não consegue estabelecer no seu processo de trabalho ações voltadas para a mulher na fase do climatério, fala que esta fase tem muita coisa envolvida, mas ainda assim no exemplo que ela dá sobre o aspecto emocional ela também demonstra uma confusão emocional grande ao ter que lidar com essa mulher vivendo essa fase. A entrevistada 4 mostra um entendimento em relação ao seu trabalho um pouco formatado, como se costuma dizer “em caixinhas” quando quer se referir à “semana típica” que é muito usada nas Unidades de Saúde da Família. É um entendimento em relação às ações de saúde que precisam seguir uma organização na semana, ou seja, segundo a entrevistada nessa semana não tem espaço para desenvolver ações com as mulheres climatéricas.

Outrossim, ela coloca que, mesmo ouvindo das próprias mulheres as queixas relacionadas com o climatério, ela, enquanto profissional de saúde, não se sente capaz de intervir em determinadas queixas. O que recai mais uma vez na fragmentação da formação profissional e conseqüentemente na fragmentação do cuidado a essa mulher. Ao mostrar cada vez mais a intensificação do cuidado à mulher, priorizando sua função reprodutiva, quando ela se reporta conseguir intensificar seu cuidado a mulher no período de gestação, dificulta-se aí o entendimento da integralidade na saúde da mulher.

Pode-se compreender e interpretar esses depoimentos como um comportamento disperso na assistência, não existe uma metodologia de atenção definida pelo profissional de saúde, o que seria fundamental para a mulher assistida, levando-a a maior conhecimento sobre sua condição de saúde.

Nessa perspectiva, alguns profissionais de saúde centram suas ações em terapias medicamentosas, enquanto outros, muitas vezes, não se sentem preparados com autoridade para desenvolver nenhuma estratégia de saúde, visto que os serviços que assistem a saúde da mulher, muitas vezes não contemplam estratégias específicas para atendê-las.

Em relação às ações eu vou ser muito clara, verdadeira. Eu apenas faço orientação diante das queixas que ela apresenta né. Caso precise de hormônio eu passo pra médica (Grupo 2, Ent. 4)

Eu hoje ainda não desenvolvi ações específicas voltadas para a mulher no climatério na unidade de saúde. Não consigo fazer muita orientação para essa mulher. Assim, o que eu via no preventivo eu aproveitava e orientava, mas elas nunca chegaram queixando pra mim assim: "tô com calor", então não oriento muito (Grupo 2, Ent. 5)

A compreensão consiste em perceber que no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo nas USF, campo desta pesquisa, nos deparou-se com pouco ou nenhum tempo dedicado à atenção qualificada à saúde da mulher. Muitas vezes, são abordagens que não acolhem os problemas dessa mulher como um todo.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma que,

A atuação dos profissionais de saúde deve incorporar aspectos como a escuta qualificada, a integralidade na atenção, a possibilidade de diversas orientações sexuais e o estímulo ao protagonismo da mulher. Avaliar cuidadosa e individualmente cada caso com objetivo de identificar quais os fatores relacionados à etiologia das dificuldades referidas, e muitas vezes até omitidas, favorece sensivelmente o resultado da conduta adotada (BRASIL, 2008, p. 29).

A autonomia da mulher climatérica na relação com o profissional de saúde é muito importante. A relação não pode se estabelecer a partir de um contato superficial, precisa desenvolver ações propositivas, com uma escuta atenta, valorizando as formas de comunicação e de expressões diversificadas.

Ayres (2004) sempre chama a pensar a importância de uma prática de saúde humanizada no atendimento ao usuário para se ter como resultado sua autonomia, como “sujeito-agente da sua história. O ser histórico é o produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou ideias para o progresso da vida humana”. (AYRES, 2009, p.21) Em alguns depoimentos, percebe-se uma compressão e interpretação contrária à compreensão de Ayres, na qual o profissional de saúde muitas vezes não reconhece esse ser histórico, construindo seu processo de cuidar. Assim, também o profissional de saúde não se mostra muito conhecedor das políticas públicas de saúde voltadas à mulher, embora tenha que seguir normas para fazer acontecer. Vejamos os depoimentos seguintes que mostram bem esse entendimento.

Então as ações têm que ta voltada para a melhoria, e no climatério não existe nenhuma preocupação dentro das políticas públicas do município. Tento orientar pra ela ta conversando com o parceiro dela, porque ela ta nessa fase. E como eu trabalho na equipe em que a médica é ginecologista, encaminho para ela ser avaliada, porque eu não posso prescrever nessa fase (Grupo 2, Ent. 4)

Em relação às ações que desenvolvo aqui na unidade eu sigo meu protocolo e que eu faria com qualquer paciente. Eu peço os exames relacionados com essa fase, o problema é que elas não fazem e nem podem comprar os medicamentos que eu posso passar. Sou ginecologista, então atendo muitas mulheres com essa especificidade (Grupo 2, Ent. 6)

Na busca por conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde às mulheres climatéricas e por compreender como elas acontecem, defrontou-se com dois depoimentos de profissionais de formação diferenciada, sendo uma enfermeira e outra médica, e foi visto que os dois profissionais têm o mesmo entendimento em relação ao cuidado dispensado à mulher no climatério, com uma visão biologicista, curativista baseada em boa parte na medicalização. A escuta, a informação, o acolher e a educação em saúde como parte do processo de cuidar são tão necessários ao autocuidado, bem como a própria participação dessa mulher nas decisões sobre sua vida, no entanto, não são práticas presentes nos serviços de saúde.

Outrossim, no sentido de desenvolver as ações de saúde o profissional da área muitas vezes não considera a escolha do usuário porque o conceito de cuidado



que permeia as ações de profissionais de saúde, gestores e a formação se limita a práticas assistenciais biologicista, não levando em conta as questões sociais destas práticas (GERHARDT; RIQUINHO; ROTOLI, 2008).

Ayres (2009) complementa esse entendimento ao pensar o cuidado como uma categoria ontológica, tirando o foco já consagrado no senso comum, como um conjunto de procedimentos técnicos para o bom resultado de um determinado tratamento. Ele tem uma compreensão muito mais filosófica,

[...] uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade (AYRES, 2009, p.42).

Embora fossem identificados equívocos em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde à mulher climatérica, em outros momentos das entrevistas, pôde-se perceber nos depoimentos atitudes potencializadoras ou preocupadas desses profissionais em relação ao cuidado com as mulheres climatéricas que eles atendem na USF. Vejamos os seguintes depoimentos.

Deixo elas falarem o que sentem e a partir daí vou orientando [...] queixam que não tem mais desejo sexual, ai eu falo: “que ela deve ta doente!”, que a mulher não pode ficar assim. Fala que sente dor na relação sexual, às vezes por conta do ressecamento, oriento usar um creme vaginal. Outras nem relatam, ai descubro na hora do Preventivo. Depois do uso elas relatam que melhorou muito, falam que até o prazer volta. Então isso tudo melhora a relação do casal, e pode melhorar também a relação familiar (Grupo 2, Ent. 1)

Agora estou até pensando em formar um grupo com essas mulheres pra conversar sempre sobre o climatério, tirar dúvidas e posso até aprender com elas, acho que pode ser interessante para as mulheres (Grupo 2, Ent. 2)

Oriento sobre alimentação natural, atividade física. Acho que essa fase do climatério mexe muito com a auto-estima, essa fase é muito complicada (Grupo 2, Ent. 3)

Os sintomas do dia-a-dia que elas queixam eu oriento, faço o que posso, mas nem sempre ela pode cumprir o que eu peço, depende de vários fatores, da contribuição do companheiro e de outros setores, [...] muitas vezes elas nem entendem o que você fala o que eu oriento. Um exemplo é sobre a sexualidade, sua intimidade, [...]. Elas queixam ou de falta de libido ou falta de orgasmo. Às vezes tem libido, mas não tem orgasmo, a maioria delas é assim. Na maioria dos casos e conforme as queixas teria que ter uma psicoterapia, terapia de grupo e isso não faz aqui, tento com algumas terapias que elas podem fazer em casa envolvendo música, relaxamento junto ao parceiro, é o máximo que eu posso. Na verdade elas não fazem as orientações terapêuticas que oriento, porque têm que estimular ela e o parceiro têm que ler, criar situações, e elas não fazem, elas não foram criadas para isso, elas são socialmente, culturalmente bloqueadas e não conseguem se libertar delas mesmas, pra depois conseguir trabalhar essa sexualidade nela e no parceiro, a maioria tem um bloqueio (Grupo 2, Ent. 6)

Estes depoimentos demonstram atitudes por parte dos profissionais de saúde que contribuem para minimizar um pouco o sofrimento dessa mulher climatérica, que de alguma forma pode lhes proporcionar bem estar de modo específico.

O depoimento do entrevistado 1, mostra uma preocupação durante suas orientações em relação às queixas trazidas pelas mulheres sobre o desejo sexual dessa mulher e o incômodo no ato sexual. É importante pontuar aspectos relativos às demandas das mulheres que estão no climatério relacionadas com a vivência da sexualidade. A sexualidade sofre mudanças no período do climatério, causando muitas vezes uma redução da libido, alterando o padrão sexual devido à insuficiência ovariana (PEDRO et al., 2003).

Nesse sentido, os autores percebem um fator positivo e benéfico em relação à Terapia de Reposição Hormonal (TRH), entendendo que além de agir sobre o estado de humor da mulher, também pode estar relacionado diretamente aos hormônios sexuais femininos, minimizando os desconfortos sentidos por elas (PEDRO, et al., 2002).

A importância que é dada por esse profissional de saúde à queixa sobre a sexualidade, de algum modo teve um êxito valoroso, pois ela soube trabalhar com orientação, tentando fazer com que estas mulheres conseguissem ressignificar sua sexualidade, seu modo de envolver seu parceiro sem se sentir diminuída. E esse profissional buscou o retorno dessa mulher o que é muito importante no processo de cuidar, é você conseguir inserir o usuário nesse processo como sujeito e não como objeto da ação. Ao vivenciar esse momento que é o climatério e seus contextos, vai-se tentando adquirir um conhecimento de novas percepções e experiências até conseguir transformá-las em novos modos de vida (GUALDA, et al, 2009).

Faz-se necessário ao desenvolvimento de ações voltadas à sexualidade da mulher no climatério uma abordagem do profissional de saúde que estimule o autocuidado, com reflexões e informações sobre o assunto, suas queixas, buscando parcerias com outros profissionais que possam minimizar os desconfortos existentes, a partir da escuta, e fazer com que as mulheres consigam expressar seus conhecimentos e valorizar suas experiências adquiridas por toda a vida.

A compreensão aqui passa pela necessidade de romper com a concepção cultural da diminuição do desejo sexual na fase do climatério. É necessário que os profissionais de saúde busquem informações científicas sobre a sexualidade humana e suas particularidades para a fase do climatério, de modo que possam com isso ajudar as mulheres climatéricas a buscar sua própria forma de exercer a sua sexualidade.

Os depoimentos dos entrevistados 2 e 3 chama a refletir sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no desenvolvimento das ações às mulheres climatéricas. O destaque para essa abordagem permite acolher melhor as necessidades, podendo interligar saberes e habilidades a partir de um cuidado integral, considerando os fatores que envolvem o climatério. Para Pedro et al (2003), a formação de grupos que no depoimento o profissional chama de “grupo de conversa” (Ent. 2), o autor fala de “grupos operativos em saúde das mulheres”, podendo ser uma alternativa que possibilite momentos de discussão das queixas que as afligem. Outro destaque é o estímulo do profissional de saúde para atividade física, alimentação natural, mesmo sabendo que para essas mulheres não é uma tarefa fácil, por elas dividirem o tempo entre trabalho, afazeres domésticos, entre outros.

Mas ainda assim, o profissional reconhece que esse esforço poderá servir para realizações de diversas outras ações que possam ajudar a mulher a descobrir um significado positivo para esse momento. O profissional de saúde pode e deve tentar de algum modo desenvolver ações multidisciplinares, buscando parcerias com outros profissionais que abordem assuntos diversos os quais estejam diretamente relacionados com o momento vivido pela mulher climatérica, proporcionando a diminuição do estresse e da depressão que, provocadas por essa fase pode ocasionar-lhe uma sensação de bem-estar.

Embora alguns profissionais de saúde não utilizassem em suas práticas a troca de conhecimento dentro do processo de cuidar, os depoimentos acima começam a valorizar essa proposição quando têm em sua prática profissional ações a partir de orientações, e identificando a formação do grupo de mulheres climatéricas como forma de intervir nas suas necessidades. A informação e a educação em saúde são necessárias no desenvolvimento das ações às mulheres, sobretudo em relação ao seu entendimento sobre a fase que vivenciam que é o climatério, as mudanças que ocorrem e como podem lidar com esse novo momento.

No depoimento da Ent. 6, modifica-se um pouco o contexto no desenvolvimento das ações. Ela aponta a realização de orientações no seu processo de trabalho, mas ao mesmo tempo chama atenção para os fatores que limitam essa ação, como a não participação do companheiro na relação, a pouca capacidade de entendimento das orientações por parte das usuárias, além de outras variáveis como a necessidade de trabalhar com a multidisciplinaridade, quando se necessita de uma terapeuta para desenvolver ações com as mulheres climatéricas; também a variável

intersetorialidade, ao se utilizar outros seguimentos sociais para responder as necessidades das mesmas. A Ent. faz também uma reflexão sobre a percepção que ela tem em relação às mulheres climatéricas de se mostrarem bloqueadas socialmente e culturalmente, não conseguindo libertar-se dos tabus existentes sobre sua sexualidade, tendo a profissional atribuído isso à criação que tiveram.

Embora essa profissional reconheça as mulheres climatéricas como bloqueadas em relação à sexualidade, pôde-se observar nas falas das usuárias analisadas anteriormente que nem todas as mulheres que estão vivenciando o climatério se percebem bloqueadas em relação a sua sexualidade. Elas reconhecem as mudanças ocorridas no seu corpo, as alterações do seu funcionamento principalmente em relação a sexualidade, mas estão a todo momento buscando ressignificar essa sexualidade, tentando desmistificar os tabus existentes ao longo de suas histórias. Percebe-se então que o profissional precisa relativizar sua impressão sobre as mulheres climatéricas para não generalizar suas percepções.

Ainda em relação ao depoimento da Ent. 6, a interpretação também conduz à identificação de que essa profissional não enxerga totalmente o climatério com conotações negativas. Ela entende que as ações não podem ser negligenciadas ou ignoradas pelo fato de não haver uma estrutura de gestão, de cuidado integral no processo de trabalho, mas acredita que ainda consegue fazer algo que possa minimizar o sofrimento das mulheres climatéricas que tanto necessitam de uma atenção especial.

No desenvolvimento de suas ações voltadas às mulheres no climatério, o profissional de saúde precisa reconhecer as mudanças visíveis que estão ocorrendo, suas reações físicas e emocionais que essa fase traz e empoderar as mulheres para que elas consigam perceber os reflexos dessa fase na relação com a família e no seu contexto social, promovendo espaços de diálogo para que haja um aprofundamento na sua vivência o que facilitará a compreensão sobre essa fase do ciclo de vida.

Ainda se pode perceber que a atuação dos profissionais de saúde, especificamente na Atenção Básica, não muito direcionada à singularidade de cada mulher. Por isso, faz-se necessária uma prática humanizada, desenvolvendo a escuta, valorizando as diversas formas de comunicação e expressão de sofrimento, a partir de uma relação que não seja superficial, favorecendo a uma prática ativa de outros profissionais da saúde, envolvendo também a mulher climatérica para construção de um projeto terapêutico singular, com o objetivo de dar respostas às demandas identificadas.



Fonte: <http://www.zazzle.com.br/dan%C3%A7a+do+campon%C3%A7as+mousepads>

**“A Dança Camponesa” (Peter Paul Rubens – 1636-40)** “era a forma que as mulheres usavam para expressar que o trabalho havia terminado e que o momento era de viver, antes que a velhice chegasse”. Aqui nesta Tese, pode significar o festejo por ter concluído, por hora, uma obra de arte.

## *Capítulo 7*

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### DELINEANDO INTERPRETAÇÕES

Na finalização de mais uma etapa de vida profissional, é importante que sejam feitas algumas considerações sobre esta pesquisa desenvolvida, para então abrir novas possibilidades de (des) construção de antigos conceitos e (re) construção de outros novos.

A inquietação em relação à atenção dispensada às mulheres na fase do climatério, qual o significado dessa fase para elas em seu contexto de vida motivou a realização desse trabalho. Hoje existe a vivência de uma outra fase na qual os valores passam a ser reavaliados, necessitando por vezes ser substituídos e/ou fortalecidos. Os fatos vividos, no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa somando-se à experiência já existente, dão novos significados à vida profissional.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma compreensão de que o climatério é uma fase importante da vida feminina, tanto quanto as demais fases; porém, pôde-se constatar que nem sempre esta fase é compreendida e entendida dessa maneira.

Assim, observou-se que o climatério é uma fase vivida de modo diferente entre as mulheres; considerada algumas vezes de forma positiva e outras vezes de forma negativa. Período em que se percebe vivência alicerçada em seus modos de viver, com suas heranças culturais, experiências diferentes em cada mulher e nas relações que possui.

A atenção à saúde da mulher, apesar dos avanços propostos pelo SUS e pela PNAISM, ainda se apresenta um tanto quanto fragmentada, muitas vezes incorporada de uma visão biologicista, desconsiderando os fatores psicossociais, culturais e familiares que envolvem a vida dessa mulher.

O climatério não pode ser reduzido a fatores biológicos, considerando apenas sinais, sintomas, meios de diagnóstico e tratamento, mas deve estabelecer relação entre o fator biológico com outros contextos vividos pela mulher, como a vida social, o trabalho, a família, sentimentos, a sexualidade feminina, a cultura, costumes entre outros aspectos.

Ao ouvir as mulheres sobre o que elas entendiam por climatério, foi constatado que algumas desconheciam essa fase do ciclo vital, embora relatassem um conflito constante, por se perceberem diferentes, com mudança de humor, tristeza, mudança no corpo, o que as fazia sentirem-se menos atraentes aos olhos do companheiro e menos desvalorizadas aos olhos da sociedade. Outras revelaram que a presença de sinais e sintomas, como calor intenso e ao mesmo tempo frio, mais a sudorese, tudo contribuía para alteração na vida social, por não se sentirem mais motivadas a sair em razão de todo esse desconforto. Para elas, a alteração que percebiam na sua sexualidade tinham uma relação com sua autoimagem, por se sentirem envelhecidas, devido a idade e limitações, confirmando assim que o climatério não pode ser entendido e reduzido somente ao contexto biológico.

Outro aspecto que se pôde destacar no desenvolvimento da pesquisa foi a construção dos saberes das mulheres sobre sua compreensão em relação ao significado do climatério. Inicialmente, muitas delas não conseguiam expressar seu entendimento sobre o assunto, por nunca terem ouvido falar a respeito, mas, a partir do momento em que foram iniciadas as conversas, elas conseguiam aos poucos compreender o que era a fase do climatério, para daí então conseguirem expor a sua compreensão. Outras já apresentavam uma compreensão sobre o climatério após conversa informal que tiveram com amigas. Entretanto, no momento de suas falas, percebeu-se uma compreensão carregada de mitos e tabus. Constatou-se que essa forma de compreensão as deixava apreensivas quanto à fase que estavam vivendo, principalmente com relação ao tratamento, pois elas são ainda peças do modelo biomédico, que lida com o climatério muito mais como doença do que como um ciclo natural da vida da mulher.

As mulheres climatéricas desta pesquisa são esposas, donas de casa, mães, filhas, irmãs, avós; cuidam da sua casa, da família e ainda trabalham fora de casa. O que levou à compreensão de que além de vivenciarem os conflitos do climatério, vivenciam experiências em seus contextos de vida que influenciam o seu modo de enfrentar essa fase.

No decorrer da pesquisa, evidenciou-se a importância que a mulher coloca sobre seu corpo. As mudanças sentidas por elas em relação ao seu corpo se revelam num sentimento de desvalorização, onde vivem um conflito entre “o corpo ideal e o corpo existente”, como uma sombra que exige dela o que a sociedade reconhece

como padrão de beleza, ocasionando com isso uma vulnerabilidade emocional, que reflete em insatisfação pessoal.

A compreensão que resulta é a de que elas são invadidas pela sensação de estranheza e de familiaridade ao mesmo tempo em relação ao seu corpo, como uma condição que elas vivenciam o tempo todo. Há momentos em que elas se veem com múltiplas formas, percebem que está longe de defini-lo, pois para elas, na fase do climatério, o corpo é desconhecido e abstrato ao mesmo tempo. Isso devido a condição de estar com um corpo envelhecido, a se manifestar a cada momento desta fase.

Algumas entrevistadas da pesquisa demonstraram uma melhor aceitação do climatério em sua vida, entendendo e aceitando melhor as mudanças no seu corpo, na sexualidade e em outros aspectos de modo bem menos sofrido, tentando recriar momentos prazerosos em seu dia-a-dia. De forma que procuram viver com a evolução natural, compreendendo as manifestações que a própria fase do climatério apresenta; considerando que, ao longo do tempo de sua história de vida, houve várias descobertas, algumas positivas, outras negativas ou mesmo revolucionárias, que provocaram nelas transformações a ponto de poderem tirar o de melhor para conceber e viver o climatério.

Assim, de algum modo, essas mulheres vêm aos poucos conquistando espaços na sociedade, mesmo reconhecendo que continuam submetidas a novos padrões de imagem. Mas ainda assim, todas elas seguem questionando como não perceber o envelhecimento no climatério? E como viver essa fase sob a sombra da beleza-juventude que tanto a sociedade exige? Se viveram sempre conhecendo a beleza do corpo a partir da juventude?

Mesmo tendo uma explicação científica para perda da juventude, é muito difícil para a mulher viver essa situação. Então, elas procuram viver, aprendendo a lidar com seus limites na vivência do climatério. Aprender a viver a partir daí é tentar significar um renascer, para recomeçar, procurando trazer lembranças e emoções que poderão contribuir com essa nova fase de suas vidas.

O assunto sexualidade apareceu inúmeras vezes nos momentos de entrevistas, como um dos contextos vividos pelas mulheres climatéricas, e que, tem uma relação com os fatores psicossociais apresentados por elas. Em seus depoimentos, muitas delas deixaram bem claro que a sexualidade para elas se acabou ou se foi quando começaram viver o climatério, ao fazerem a relação com o envelhecimento. Algumas relacionavam a sexualidade com o ato sexual, queixando-



se muito da relação sexual com seus parceiros por motivos diversos, como o ressecamento vaginal, causando dor durante a relação; por vergonha do corpo por não apresentar a beleza de antes; pela idade, mas também pela falta de sensibilidade do companheiro que não conseguia acompanhar essa fase com mais paciência e delicadeza.

Os tabus existentes na vida dessas mulheres em relação à sexualidade, de algum modo contribuíam significativamente em sua relação com o outro, por não se aceitarem na fase do climatério. Fato que também foi sinalizado pelos profissionais de saúde, sendo o tabu um dos limites no desenvolvimento de suas ações de saúde à mulher climatérica.

A construção da história de vida de muitas dessas mulheres revela momentos de repressão ao longo da vida, sobretudo em relação à construção da sua sexualidade, pois sempre conviveram com o entendimento de que a sexualidade e sexo seriam a mesma coisa, e com a finalidade apenas de procriar. E diante desse entendimento, ao chegar na fase do climatério em que se encerra o ciclo reprodutivo, o sentimento é de desvalorização de sua imagem, de sua identidade.

Outra compreensão ocorrida ao longo da pesquisa e que está relacionada à sexualidade é a necessidade que a mulher climatérica tem em ressignificar seu próprio corpo, o seu tempo, seu espaço, sua forma de ser, sua liberdade e sua vida. O que permitiu compreender o ser mulher na sua complexidade.

Outro contexto na vida das mulheres que foi identificado durante a pesquisa foi o ambiente familiar. Elas deixaram claro o seu reconhecimento sobre a importância da família em suas vidas. Veem a família como aliada na fase do climatério, embora se deparem muitas vezes com a falta de sensibilidade de alguns membros da família, quando esses não conseguem perceber que sua “Rainha do Lar”, que são mulheres, mães, trabalhadoras, cuidadoras, avós, estão vivenciando uma fase de suas vidas que nem elas mesmas muitas vezes conseguem entender, e que, por isso mesmo, tanto precisam de acolhimento, escuta e compreensão.

Mesmo sendo um *lócus* importante para o desenvolvimento das ações das Equipes de Saúde da Família, utilizando-a como unidade de cuidados, pôde-se compreender, a partir dos depoimentos das mulheres, que as famílias não se encontram preparadas para estabelecer essa parceria/relação com o serviço de saúde, sobretudo por serem algumas mulheres vistas por alguns dos membros da

família como “dona de casa”, aquela que está para cuidar, mais do que para ser cuidada. Ainda assim, elas sinalizam a importância da família em suas vidas.

Outrossim, compreendeu-se a importância da família por favorecer ao delineamento da identidade humana e social dessas mulheres que reconhecem a família como a primeira instância de cuidado. Mesmo quando elas se deparam, muitas vezes, com uma solidão na família, tentam ressignificar a vida familiar, pela influência que exerce em suas vidas.

No que se refere ao climatério, as limitações nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em alguns momentos, originam-se na falta de ações multidisciplinares e na falta de implementação efetiva da PNAISM. Na realidade, pôde-se interpretar, a partir dos depoimentos, que muitos profissionais de saúde queixam sobre a deficiência nas Políticas de Saúde para a mulher, mas poucos demonstraram envolvimento e comprometimento quando era feita referência à saúde da mulher no climatério. O que se continua vendo usualmente é a atenção prestada à mulher na fase do ciclo reprodutivo, como pré-natal, parto e planejamento familiar.

O fato fortemente preocupante em relação à atenção dos profissionais de saúde à mulher no climatério é que os entrevistados apresentaram uma dificuldade em significar essa fase da vida da mulher, apresentando um conhecimento superficial, sem aprofundamento científico. Ainda se posicionam em relação ao desenvolvimento de suas ações com olhar biologicista e bem objetivo. Eles não conseguem pensar o indivíduo como parte de um contexto bem maior que o sofrimento físico. A atenção fragmentada que se dispensa às mulheres climatéricas nos serviços de saúde revela-se a partir das falas dos próprios profissionais. Muitos deles justificam o fato por não terem recebido um preparo preliminar em sua graduação, ou até mesmo já como profissional, sinalizando para a falta de investimento de gestores em relação ao seu quadro de profissionais.

É possível compreender que nas falas dos profissionais de saúde impera o reducionismo da atenção à saúde, tornando o cuidado o mais objetivo possível, unindo-se à falta de importância em efetivar a implementação das políticas de saúde. Assim, diante dos depoimentos dos profissionais de saúde, a integralidade, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, revela-se como algo desconstruído. Muitos não conseguem significar essa prática, esse princípio, e se mantêm desenvolvendo ações desconectadas da realidade em que vivem as mulheres climatéricas, pois

desconhecem as ações como possibilidade de transformar essa realidade, negligenciando o sentido da mulher como sujeito que produz sua própria história.

Nesse sentido, espera-se que surja um olhar diferenciado no processo de cuidar, no sentido de ampliar a visão do profissional de saúde para as necessidades de cada indivíduo, de modo a considerar seu contexto e sua fase de vida. O que pressupõe mudanças na forma de desenvolver as ações de saúde.

Espera-se que tais ponderações proporcionem uma dimensão fundamental para se pensar: qual a responsabilidade de quem ensina a temática do climatério? Quem deve cuidar da mulher que está vivenciando essa fase?

Os profissionais de saúde em seus depoimentos sinalizaram para uma formação acadêmica limitada, na qual a problemática do climatério só foi percebida no momento de sua atuação nos serviços de saúde, sinalizaram também a deficiência organizacional desses serviços, daí a necessidade de que os cursos de graduação comecem a repensar os seus currículos com vistas às propostas existentes nas Políticas de Saúde, de modo a contemplar os princípios que regem o SUS, garantindo uma formação profissional que atribua importância às necessidades sociais de saúde no desenvolvimento de suas ações, na perspectiva da integralidade, formando assim profissionais de saúde mais competentes e comprometidos socialmente.

Será de grande importância desconstruir o conceito de climatério como síndrome da falência ovariana, como fase não reprodutiva e reconstruí-lo como um processo complexo de vivências no qual a mulher passa por transformações que envolvem aspectos fisiológicos, psicológicos, social, cultura, bem como seus valores.

A crítica pela crítica sobre o que vem ocorrendo em relação à saúde não ajuda em nada. Ressignificar o processo saúde-doença pode sim levar os profissionais de saúde, e aqueles que trabalham na academia, a desenvolverem um outro saber, reconhecendo o processo em que a mulher encontra-se inserida. De modo que dê condições para vivenciar essa fase do climatério da forma mais natural possível.

Desse modo, é possível que os profissionais de saúde possam superar algumas limitações no desenvolvimento de suas ações, trazendo práticas que possam empoderar as mulheres para melhor viverem essa fase, inovando as ações com demandas trazidas por elas como formação de grupos de convivência juntamente com os profissionais para a socialização de saberes, e para que possam compreender que cuidar da mulher nessa fase pressupõe estar junto a ela, responsabilizando-se por suas demandas, compartilhando anseios, dúvidas, sentimentos, valorizando e

motivando a mulher a refletir sobre seu modo de vida e seus limites, no sentido de buscar alternativas de novos caminhos para conviver melhor com essa fase.

A necessidade de despertar para a prática do reconhecimento da subjetividade, dos sentimentos, das emoções que movem essa mulher é fato. Na verdade, ainda existem vários desdobramentos em relação ao cuidado com a mulher no climatério, e que precisam ser olhados e compreendidos por vários aspectos. É preciso sim, aproximar-se mais ainda das diferentes situações que são apresentadas na vivência de cada mulher.

Os resultados relatados nesta tese não pretendem ser conclusivos, uma vez que são evidentes a importância e a necessidade de ações de saúde que precisam fazer sentido para cada mulher em particular. Chama-se portanto a atenção para a importância da formação de grupos de convivência, como forma de esclarecer melhor sobre a fase do climatério em conjunto com o profissional de saúde. É necessário desenvolver um trabalho de equipe que inclua a família para melhorar a qualidade de vida das mulheres em fase de climatério e, sobretudo implementar de fato a PNAISM nos serviços de saúde intensificando o olhar para o cuidado à mulher climatérica. Urge também, voltar um olhar mais apurado para os cursos de graduação em saúde, no sentido de dar uma visão mais social na implementação dos seus currículos, favorecendo a uma melhor formação profissional.

Por ora, conclui-se a tese, com a expectativa de que a agenda de pesquisa acerca da família contemporânea contemple as questões relativas ao climatério e fomenta ações que favoreçam a interlocução entre os diversos atores envolvidos nas políticas demográficas e familiares em vista de uma saúde integral.



Fonte: [https://www.google.com.br/search?q=Diana+pintada+por+Peter+Paul+Rubens&biw=1350&bih=617&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ei=IZxzVPbfHcynNvaNglgH&ved=0CAYQ\\_AUoAQ](https://www.google.com.br/search?q=Diana+pintada+por+Peter+Paul+Rubens&biw=1350&bih=617&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ei=IZxzVPbfHcynNvaNglgH&ved=0CAYQ_AUoAQ)

**“Diana (Ártemis na mitologia grega), pintada por Rubens, é a deusa das mulheres, da lua, das flores. Como caçadora pode alegoricamente representar nossa busca ao vasto material bibliográfico para a elaboração da Tese.”**

## REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M. Alterações sistêmicas do climatério. **Rev Bras Med**, 2002; v.59, n.4, p. 15-21.

ALMEIDA, E. S; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALVES, A. M. T. **Climatério**: identificando as demandas das mulheres e a atuação das equipes de saúde da família nesta fase da vida. (Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais), 2010.

AUSUBEL, D. (2003). **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas. Tradução de The acquisition and retention of knowledge: a cognitive view. (2000). Kluwer Academic Publishers.

ARANTES, C. I. S. **Saúde Coletiva: os (des) caminhos da construção do ensino de enfermagem**. 1999, 202p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARCOVERDE, M. A. M. (2006). **A percepção da sexualidade do corpo idoso**. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oMarcosArcoverde.pdf>.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) Humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p. 16-29, set/dez, 2004a.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e Humanização das Práticas de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 549-560, 2005.

\_\_\_\_\_. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

ARAÚJO, E. P. **A Nova História de Jequié**. Salvador: EGB, 1997.

BAHIA. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2001. (Série Cadernos Técnicos, n. 2).

BALLONE, G. J. (2002). **Sexo nos Idosos**. PsiquWeb Psiquiatria Geral. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>.

BARBOSA, R. H. S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, Suelly Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 3, v.1, p.106-115, 1998.

BASTOS, A. C. S. et al. Saúde: um dever do estado ou um assunto de família? Análise da experiência de famílias de um bairro popular junto ao Sistema de Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.16, n.2, p. 1-15, maio/ago. 2006.

BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo**. Vol. II. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980 [1949].

BERNARDINHO, E. (2011). **A sexualidade na terceira idade: o discurso social do suposto corpo assexuado**. Disponível em: <http://repositorio.favip.edc.br:8080/bitstream/123456789/459/1/II-Edjane.pdf>.

BERNI, N. I. O; LUZ, M. H; KOHLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev. Bras Enferm**, v.60, n.3, p. 299-306, 2007.

BERQUÓ, E. **Pirâmide da solidão**. Campinas: Núcleo de Estudos de População/UNICAMP, 1986. (Mimeo).

BOHRER, A. F. R. **Caracterização das dissertações de mestrado referente à Saúde da Mulher do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS**. (Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS), 2012.

BOSSEMEYER, R. P. Aspectos gerais do climatério. In: FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos Editora, 1999. p. 17-33.

BOTELHO, N. M.; TAVARES, N. C. S.; MACEDO, L. F. C.; GONÇALVES, B. K. Avaliação da qualidade de vida de pacientes climatéricas em uma unidade de saúde. **Rev. Para. Med** [Internet]. 2009. [acesso em 16 junho 2014]; 23 (2): Disponível em: <http://files.bus.br/upload/s/0101-5907/2009/v 23 n 2/a 2001.pdf>.

BULCÃO, C. B et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. **Ciência & Cognição**, v.1, n.1, p. 54-7, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**, 1984. 27p.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília-DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Brasília-DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: informe técnico institucional. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p. 316-9, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF**. Brasília: MS; 2000a.



\_\_\_\_\_. **Promoção da Saúde.** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Atenção Básica nº 648** de 28 de março de 2006. Brasília – DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 82p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 192p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um Diálogo Aberto e Participativo /** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 50p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Editora do Ministério da Saúde, p. 192. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 01 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa,** 2012.

BRITO, R. C. S.; MAKIAMA, S. T. Terapia de reposição hormonal e qualidade da vida sexual de mulheres no climatério. **InteraPsico.** [periódico na internet]. 2008

[acesso em 10 de maio 2012]; 12 (2): 245 – 253. Disponível em:  
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/9644/10256>.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev C S Col**, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CAMARGO JR. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S58-S68, 2008.

CAPODIECI, S. **A idade dos sentimentos**: amor e sexualidade após os sessenta anos. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

CAPRARA, A 2003. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p. 923-931.

CASTRO, N. M. S.; REIS, C. A. C. Sexualidade na terceira idade: não posso, não quero ou não devo. O mito da dessexualização das idosas e a influência da estereotipia negativa as mesmas e suas consequências na vida afetiva e sexual. **Revista de Iniciação Científica Newton Paiva**, p. 1-21, 2002.

CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÕES: **Informações básicas dos municípios baianos (CEI)**. Região Sudoeste. Salvador, 1997.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 61-88.

CECCIM, Ricardo. **A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida**. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>. 2005.

CECCIM, Ricardo; FEUERWERKER, Laura. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: ENSP, v.20, n.5, p. 1400-1410, set./out., 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CENTRO INFORMÁTICO DE APRENDIZAGEM E DE RECURSOS PARA A INCLUSÃO SOCIAL (CIARIS). Organização Internacional do Trabalho (OIT). 2005. Disponível em: <[http:// www.ilo.org/ciaris>ShowIndex.do?userLanguage=pt](http://www.ilo.org/ciaris>ShowIndex.do?userLanguage=pt)>.

COELHO, E. A. C et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: limites da prática profissional. Escola Ana Nery. **Rev Enfermagem**. v.13, n.1, p. 150-160, jan/mar, 2009.

COELHO, S. et al. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115p.

COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, Elza, B. S.; CALVO, Maria Cristina.; COELHO, Clair (orgs.). **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.1.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em Português.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos programáticos e financeiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, v.4, n.2, p. 209-17, 2000.

COSTA, A; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: MERCHAN – HAMMAN et al. (org.). **Saúde, equidade e gênero**: desafio para as políticas públicas. (p. 181-202). Brasília. Editora da Universidade, 2002.

COSTA, Isabel, K. F. et al. Os sentidos da integralidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Revista Científica Internacional – INTER Science PLACE**. Ano 3, n.12, mar./abr., 2010

CUNHA NETTO, J. R.; GORAYEB, R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v.15, n.31, ago., 2005.

DARON, V. L. P. **Educação, cultura popular e saúde**: experiências de mulheres trabalhadoras rurais. Dissertação de Mestrado. Passo Fundo, 2003.

DE LORENZI, D. R. S et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, v.27, n.1, p. 12-9, 2005a.

DE LORENZI, D. R. S; BARACAT, E. C. Climatério e qualidade de vida. **Femina**, v.33, n.12, p. 903-9, 2005b.

DE LORENZI, D. R. S; CATAN, L. B; MOREIRA, K; ÁRTICO, G. R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 287-93. Brasília, mar/abr, 2009.

DENNERSTEIN, L. et al. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. **Arch of Women Mental Health**, v.5, n.1, p. 15-22, 2002.

DEL PRIORI, M. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Senac, 2000.

DESLANDES, S. F; A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

DONATI, P. **Teoria relazionale dela società**. Milano: Frenco Angeli, 1991.

\_\_\_\_\_. **Família XXI**: abordagem relacional. São Paulo: Paulinas, 2008.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. O significado do Pré-Natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p. 132-139, 2008.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas de políticas públicas. In: **IPEA/iPLAN**. Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília. (Políticas Sociais e Organização do Trabalho, 4), 1990.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontologia**. (Trad.) YOSHITOME, A. Y.; THORELL, A. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ESPER, E. M. B. **O climatério na contemporaneidade**. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), 2005.

FAVARATO, M. E. C. et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. **Reprod Clim**, v.15, n.4, p. 199-202, 2000.

FAVARATO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.4, p. 339-345, 2001.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3**: o cuidado de si. 9. ed. São Paulo: Geral, 2007.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: **Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública**. v.2. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. p. 145-154.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 181-194.

FREUD, S. Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: **Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. v. VII Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976 [1905]. p. 129-213.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008. 79p.

FREITAS, K. M.; SILVA, A. R. V.; SILVA, R. M. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta sci., Health.sci.** [Internet]. 2004. [acesso em: 16 junho 2014], v.26, n.1, p. 121-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihelthsci.v26i1.1633>.

GADAMER, H. G. **Verdad y método**: fundamentos de uma hermenêutica filosófica. Ed. Sigueme, Salamanca, 1996.

\_\_\_\_\_. Experiência e objectivização do corpo, 1997a, p. 73-83. In: GADAMER, H. G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Edições 70, Lisboa.

\_\_\_\_\_. **Verdade e método**. Hermenêutica Filosófica. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Verdade e método**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Sobre o círculo da compreensão. In: **Verdade e método II**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 72-81.

GERHARDT, T. E.; RIQUINHO, D. L.; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuida do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutividade no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec/Population Council. 1999. P. 25-69.

GONÇALVES, A. M. **Cuidado diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família**. (Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), 2002.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Rev Brás Enferm.**, v.58, n.6, p. 692-7, 2005.

\_\_\_\_\_. Climatério: novas abordagens para o cuidar. In: FERNADES, R. Á. Q; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

GUALDA, D. M. R et al. O corpo e a saúde da mulher. **Rev. Esc Enferm. USP**, v.43, (Esp 2): p. 1320 – 5, 2009.

GREER, G. **Mulher: maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. S331-S336, 2004.

HECKLER, A. P. M; OLIVEIRA, F. A. Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

HOFFMAN, E. (2002). **Bases Biológicas do Envelhecimento**. Idade ativa – velhice e qualidade de vida/revista eletrônica da terceira idade. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env10.htm>.

HOLANDA, Chico Buarque de. **O que será**, 1976.

\_\_\_\_\_. **Mulheres de Atenas**, 1976.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.  
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais** – Diferença entre as expectativas de vida de mulheres e homens. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>.

\_\_\_\_\_, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>.

JEQUIÉ, Prefeitura Municipal de. **Online**, 2009. Disponível em: [http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=54](http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=54). Acessado em 18 de julho de 2009.

KAHHALE, E. M. S. P. Gravidez na Adolescência: orientação materna no pré-natal. In: OZELLA, S. (Org.). **Adolescências construídas** – a visão da psicologia social – histórica. São Paulo: Cortez Editora, 2003. p. 91-101.

KOLONDY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **Manual de medicina sexual**. São Paulo: Manole, 1982.

KVALE, S. **Interviews**: na introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.

LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes. 1989.

LABRONICI, L. M. **Eros proporcionando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. Florianópolis, 2002. 135f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

LASCH, C. **A cultura do Narcisismo**: a vida americana numa era de esperança em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LAZNIK, M. C. **O complexo de Jocasta**: a feminilidade e a sexualidade sob o prisma da menopausa. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

LIMA, J. V.; ANGELO, M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.35, n.4, p. 399-405, dez. 2001.

LOURO, G. L. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 2007. Pedagogias da Sexualidade; p. 14.

LOPES, G. P. Sexualidade no Climatério. In: FERNANDES, C. E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. (eds.) **Climatério Feminino**: fisiologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p. 283 – 295.

MACHADO, M. F. A. S, MONTEIRO, E. M. L. M, QUEIROZ, D. T, VIEIRA, N. F. C, BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva** [periódico na internet]. 2007 Abr [citado 2009 Fev 12]; 12(2): 335-342. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt).doi: 10.1590/S143-81232007000200009.

MCCARTHY, T. **La teoria crítica de Jurgen Habermas**. Madrid: Tecnos, 1995.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MAGALHÃES, R. Desigualdades sociais e equidade em saúde. **Saúde e direitos humanos**, v.1, n.1, p. 61-68, 2004.

MANDÚENT et al. **Saúde no olhar de mulheres**: afirmação e negação dos saberes e práticas dominantes no campo médio. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MASINI, E. A. F.; MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa**: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagogia, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser deferidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro; UERJ/IMS, 2001.

\_\_\_\_\_. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis*. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 77-180, 2002.

\_\_\_\_\_. Integralidade e a Formulação de Políticas Especiais de Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.



MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p. 1411-1416 set./out., 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, J. C. F. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional**: contribuições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-352.

MELO, N. R.; POMPEI, L. M. Síndrome do Climatério. **Revista Brasileira de Medicina**, v.59, n.5, p. 333-345, 2002.

MENDES, E. V. (org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

MENDONÇA, E. A. P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.6, p. 109-116, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MITOLOGIA. Baco. São Paulo: Abril, n.3, 1973.

MOURA et al. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 1023-32, 2004.

NADAI, A. NAHAS, E. A. P.; BURINI, R. C. Aspectos metabólicos do exercício físico na menopausa. **Femina**, v.27, n.10, p. 791-3, 1999.

NASCIMENTO, M. S. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família**: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NOBRE, M. SOF-SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Feminismo e Luta das Mulheres**: análises e debates. São Paulo, 2005. 70p.

OLIVEIRA, M. Coleta. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: NERI, Anita L.; DEBERT, Guita G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999. p. 69-86.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 376-382, jun. 2005.

OLIVEIRA, T. R. B. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. **Rev. Saúde.com**, v.3, n.1, p. 20-27, 2007.

OLIVEIRA, D. M; JESUS, M. C. P; MERIGHI, M. A. B. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora – Minas Gerais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v.11, n.1, p. 42-53, jan./mar., 2008a.

OLIVEIRA, D. M; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.17, n.3, p. 519-526, set. 2008b.

ORSHAN, S. A. A experiência da Menopausa In: ORSHAN, S. A (Org.). **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, p. 1001-1023, 2010.

OSIS, M. J. M. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994.

PEDUCE, A. F.; HALBE, H. W. Aspectos psicológicos do climatério. **Sin. Ginec. Obstet**. v.1, n.2, 1992.

PEDRO, A. O, et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 484-90, 2002.

\_\_\_\_\_ et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, dez. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910200300060008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200300060008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 mai. 2010.

PEREIRA, Q. L. C.; SILVA, C. B. C. de A.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, abr/jun 2008.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Grupo terapêutico de auto ajuda à mulher climatérica: uma possibilidade de educação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.14, n.4, p. 593-598, 2009.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas e modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 7 – 34.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.

PIRES, R. C. C. A Sexualidade feminina, envelhecimento e educação: algumas aproximações necessárias. **Revista UDESC**, v.7, n.1, p.1-7, 2006.

PIRES, V. M. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações. (Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS), 2007.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. de. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, n.1, p. 61-70, 2008.

RENÓ JÚNIOR, J. **Estudo Randomizado Duplo Cego de Avaliação dos Efeitos de Terapia de Reposição Estrogênica sobre Funções Cognitivas e Psicomotoras em Mulheres Menopausadas**. São Paulo, 2002. 203 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

RIBAS, E., 2004. **O cuidado integral na instituição hospitalar**. PRATTEIN - Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social. Disponível em: [www.prattein.com.br/prattein/dados/anexos/125](http://www.prattein.com.br/prattein/dados/anexos/125).

ROCHA, A. W.; NASCIMENTO, E. G. C de.; PESSOA, J. M.; As incertezas de mulheres em vivenciar a sexualidade no climatério. Ver. *Enferm UFPE on line*, Recife, v.8, n.2, p. 314-22, fev., 2014.

ROHDEN, L. **Hermenêutica filosófica**: entre a linguagem da experiência e a experiência da linguagem. São Leopoldo: UNISINOS, 2002.

ROOKE, M. I.; PEREIRA-SILVA, N. L. Resiliência familiar e desenvolvimento humano: Análise da produção científica. **Psicologia em pesquisa**. Minas Gerais, v.6, p. 179-186, Julho-Dezembro, 2012.

ROSENBAUM, H. Why has menopause become a public health problem? **Therapy**, v.53, n.1, p. 49-59, 1998.

SANT'ANNA, Afonso Romano. **A mulher madura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

SANTOS, A. M. dos. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas-BA**. Feira de Santana-BA, 2005.

SEVERINO, J. G.; COSTA, N. C. G. Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. **Revista Matogrossense de Enfermagem**. Mato Grosso, 2010.

SCOTT, J. La **Citoyene Paradoxale**: lês féministes française et lês droits de l'homme. Paris: Albin Michel, 1998.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.4, p. 488-91, jul-ago, 2006.

SOARES, M. C. **A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo de útero nos serviços de saúde**. 2007. 204f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SOARES, S. M. **Práticas terapêuticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos**. Tese de Doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Rev. SER Social**, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, jan/jun, 2008.

SOUTTO MAYOR, A.; ANTUNES, E.S.D.C.; ALMEIDA, T. (2009, novembro). O “devir” do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica (pp .286-293). Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de

Psicologia Clínica – IPUSP, São Paulo – SP. Disponível em: [http://www.thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/anais\\_vii\\_jornada\\_apoiar.pdf](http://www.thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/anais_vii_jornada_apoiar.pdf).

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.20, n.1, p. 59-64, 2008.

SOUZA et al. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5: p. 1354-60, 2004.

SOUZA, H. M. Incorporando uma prática. In: **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**, v.1, 1999, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, 1999.

TRAD. L. A. B.; A família e suas Mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD. L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, v. 1, p. 27-50.

UEDA, M.; TOKUNAGA, M. Effects of exercise experienced in the life stages on climacteric symptoms for females. **I Physiol Anthropol Appl Human Sci**, v.19, n.4, p. 181-9, 2000.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 87-94, 2003.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Revista REME**. Fortaleza, v.11, n.1 p. 161-171, jan./mar., 2010.

VARELLA, D. Climatério e Menopausa. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/saude-da-mulher/gravidez/climaterio-e-menopausa/> Acesso em: 29 mar. 2012.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA, KAY. F. L. **Sexualidade e Qualidade de vida do Idoso**: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. 2012, 221f. (Tese de Doutorado). Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2012.

VIGETA, S. M. G.; BRÊTAS, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1682, Nov./dez., 2004.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma Semiótica da Integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ – IMS: ABRASCO, 2004.

ZAHAR, S. E. V.; ALDRIGHI, J. M.; TOSTES, M. A. “Avaliação de qualidade de vida na menopausa”. **“Reprodução e Climatério”** v.16, n.3, p. 163-166, 2001.

ZAMPIERI, M. F. M et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem** v.13, n.2, p. 305-12, abr./jun., 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE



#### Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – Profissionais de saúde

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”**.

Esse estudo traz como objetivo geral: Analisar a fase do climatério sob a égide da integralidade através na percepção de mulheres atendidas em Unidade de Saúde da Família, e como objetivos específicos: Compreender o significado e os fatores biopsicossociais vivenciados pelas mulheres durante esta fase do ciclo vital e Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família as mulheres que vivenciam o climatério.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, pela doutoranda Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, sob a orientação da Profa. Dra. Miriã Alves Ramos Alcântara e Co-orientação de Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Pedreira Rabinovich.

Os colaboradores voluntários desse estudo serão os profissionais de saúde – “enfermeiro (a) e médico (a)” que atuam nas Unidades de Saúde da Família na assistência às mulheres em fase de climatério.

A coleta de dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família, através da entrevista semi-estruturada, em dia e hora previamente agendados, durante os meses de fevereiro a junho de 2013.

Ao concordar em participar do projeto seus depoimentos serão gravados por meio de um gravador digital. Você poderá ouvir a sua gravação e retirar ou acrescentar qualquer informação. Após a transcrição, irei levar a entrevista até você para que possa validar, retirando, acrescentando ou mudando qualquer informação.

Se o (a) senhor (a) se sentir desconfortável ou constrangido (a) em responder a alguma pergunta, tem o direito de não responder à questão que lhe causou tal incômodo. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e utilizados em sigilo. As pesquisadoras assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados a outras pessoas. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados.

As gravações ficarão em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de pelo menos, 5 anos o grupo decidirá entre continuar mantendo a sua guarda ou destruí-los (queimar). Você tem o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado participar poderá desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de saúde, nem qualquer tipo de constrangimento ou represália.

Os resultados obtidos nesse estudo serão divulgados na tese e publicados em artigos e eventos científicos, porém a sua identificação não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

A coleta e análise dos dados serão feitas pela própria pesquisadora, que não está sendo remunerada para a participação nesse estudo, bem como os colaboradores não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Esse Termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pelo colaborador e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficará de posse de uma via. No Termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

## CONSENTIMENTO

Eu,-----, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: **”RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”**, desenvolvido pela pesquisadora Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, aluna do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador - UCSAL.

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre minha identidade, podendo usar com um nome suposto (pseudônimos).

Eu fui devidamente esclarecida (o) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetida (o) e estou ciente que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

-----, ----- de ----- de -----

Assinatura -----

Colaborador (a)

Assinatura -----

(Pesquisadora)

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires  
R. Botafogo, 81. Mandacaru. Jequié-BA.  
Fone: (73) 8801 – 9108  
E-mail- [vilaragondim@yahoo.com.br](mailto:vilaragondim@yahoo.com.br)



APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
USUÁRIA



**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - usuária**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”**.

Esse estudo traz como objetivo geral: Analisar a fase do climatério sob a égide da integralidade na percepção de mulheres atendidas em Unidade de Saúde da Família, e como objetivos específicos: Compreender o significado do climatério e os fatores biopsicossociais vivenciados pelas mulheres durante esta fase do ciclo vital e Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família as mulheres que vivenciam o climatério.

Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o Curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, pela doutoranda Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, sob a orientação da Profa. Dra. Miriã Alves Ramos Alcântara e Co-orientação de Elaine Pedreira Rabinovich.

Os colaboradores voluntários desse estudo serão as mulheres cadastradas e acompanhadas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA que estejam com idade entre 45 e 65 anos, em fase de climatério.

A coleta de dados será realizada na própria Unidade de Saúde da Família, através da entrevista semi-estruturada, em dia e hora previamente agendados, durante os meses de fevereiro a junho de 2013.

Ao concordar em participar do projeto seus depoimentos serão gravados por meio de um gravador digital. Você poderá ouvir a sua gravação e retirar ou acrescentar qualquer informação. Após a transcrição, irei levar a entrevista até você para que possa validar, retirando, acrescentando ou mudando qualquer informação.

Se a senhora se sentir desconfortável ou constrangida em responder a alguma pergunta, tem o direito de não responder à questão que lhe causou tal incômodo. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e utilizados em sigilo. As pesquisadoras assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados a outras pessoas. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados.

As gravações ficarão em posse do grupo de pesquisa ao qual este estudo está vinculado. Após um período de pelo menos, 5 anos o grupo decidirá entre continuar mantendo a sua guarda ou destruí-los (queimar).

É importante saber que esse estudo não lhe trará constrangimentos. Você tem o direito de aceitar participar ou não, e tendo aceitado participar poderá desistir e retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem prejuízos na sua relação com o pesquisador ou com a unidade de saúde, nem qualquer tipo de constrangimento ou represália.

Os resultados obtidos nesse estudo serão divulgados na tese e publicados em artigos e eventos científicos, porém a sua identificação não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

A coleta e análise dos dados serão feitas pela própria pesquisadora, que não está sendo remunerada para a participação nesse estudo, bem como os colaboradores não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Esse Termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pelo colaborador e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficará de posse de uma via. No Termo consta o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

## CONSENTIMENTO

Eu,-----, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, aceito livremente participar do estudo intitulado: “**RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde**”, desenvolvido pela pesquisadora Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, aluna do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador - UCSAL. Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Declaro também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em eventos e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre minha identidade, podendo usar com um nome suposto (pseudônimos).

Eu fui devidamente esclarecida (o) quanto aos objetivos da pesquisa, ao procedimento ao qual serei submetida (o) e estou ciente que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder a qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalidade, constrangimento ou prejuízos financeiros ou pessoais. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa.

-----, ----- de ----- de -----

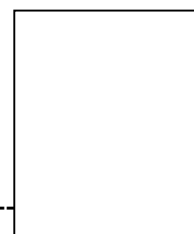
Assinatura -----

Colaborador (a)

Assinatura -----

(Pesquisadora)

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires  
R. Botafogo, 81. Mandacaru. Jequié-BA.  
Fone: (73) 8801 – 9108  
E-mail- [vilaragondim@yahoo.com.br](mailto:vilaragondim@yahoo.com.br)



## APÊNDICE C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DEPOIMENTOS



## Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS DEPOIMENTOS

Eu \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada: **“RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”**. Bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, Miriã Alves Ramos Alcântara e Elaine Pedreira Rabinovich do projeto de pesquisa a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destes depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras do estudo, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Nº 8.069/1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável pelo projeto

APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM AS  
USUÁRIAS DO SERVIÇO

**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA**  
**USUÁRIAS DO SERVIÇO**

**TEMA: “RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”.**

AUTORA: Vilara Maria Mesquita Mendes Pires

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriã Ramos Alves Alcântara

CO-ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Perfil Sócio demográfico:

- Idade: -----. Escolaridade: -----. Profissão/Ocupação: -----.
- Estado Civil: -----. N<sup>o</sup>. de filhos: -----. Renda familiar: -----.

**Pergunta disparadora:** Queria que você falasse quais as primeiras imagens que surgem quando você lembra das mudanças físicas e psicológicas decorrentes da sua vivência do climatério, desde o momento em que você imaginou que não teria mais seu ciclo reprodutivo ativo, como foi isso para você? Quais as imagens que vêm na sua cabeça?

1. **Primeiro momento:** Ao contrário da maternidade e do casamento, o climatério é um processo não planejado, inerente ao desenvolvimento e ao ciclo vital feminino.
  - a. O que você recorda das primeiras imagens que lhe foram passadas sobre as mulheres desta fase (sobre estar nessa fase)?
  - b. Você conversa com outras mulheres sobre o climatério?
  - c. Com quem você contava ou conta para lidar com as mudanças decorrentes do climatério? (redes e serviços)
  - d. Você tinha ou tem alguma preocupação com seu corpo? Quais as suas reações, pensamentos e sentimentos quanto às mudanças no seu corpo?
  - e. Como você avalia a experiência do climatério? Você pode me contar como foi que começou a se sentir nessa fase?
  - f. Algo mudou em relação às suas expectativas (vida, trabalho, relacionamento conjugal/amoroso, maternidade, família)?
  - g. Como a vida passou a ser vivida depois que você entrou no climatério?
2. **Segundo momento:** Agora vou fazer algumas perguntas sobre o modo como você percebe a atuação dos serviços de saúde que lidam com as diversas situações do cotidiano decorrentes do climatério.
  - a. Com relação aos profissionais de saúde: como exercem as atividades ou ações voltadas para a mulher que vivencia o climatério?

APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**TEMA: “RELAÇÕES FAMILIARES E INTEGRALIDADE DA SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO: significações construídas por usuárias e profissionais de saúde”.**

AUTORA: Vilara Maria Mesquita Mendes Pires

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriã Ramos Alves Alcântara

COORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Perfil Sócio demográfico:

- Idade: -----. Sexo: -----. Profissão: -----
- Tempo de experiência profissional: -----. Tempo de atuação no PSF: -----.
- Regime de trabalho: -----. Outro vínculo empregatício: -----.

2. Perfil Educacional:

- ( ) Treinamento Introdutório (Saúde da Família);
- ( ) Curso de atualização em áreas específicas. Qual? -----
- ( ) Formação na atenção aos cuidados nos ciclos da vida;
- ( ) Especialização – área: -----. ( ) Mestrado – área: -----.
- ( ) Doutorado – área: -----. ( ) Apenas graduação.

3. Perguntas disparadoras:

3.1 – A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) surge com o objetivo de ampliar o cuidado à saúde da mulher em seus diversos ciclos de vida com ênfase na Integralidade. Entre as etapas do ciclo de vida a mulher vivencia a fase do climatério. Assim, gostaria que você pudesse falar sobre a temática em questão:

- a) Qual seu entendimento sobre a fase do ciclo de vida identificado como climatério?
- b) Qual sua concepção sobre integralidade?
- c) Como você desenvolve suas ações de saúde voltadas para a mulher na fase do climatério?

## ANEXOS

### ANEXO A: OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA APRECIÇÃO DO PROJETO DE TESE AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UESB

Jequié, 20 de julho de 2012.

Ilma. Sra

**Profa. Ana Angélica Leal Barbosa**

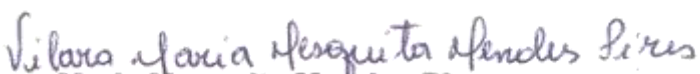
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezada Senhora,

Encaminhamos para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB o projeto de pesquisa intitulado "**Mulheres Vivenciando o Climatério: encontros e desencontros nas ações de saúde sob a égide da integralidade**".

Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Atenciosamente,

  
Profª MSc. **Vilara Maria Mesquita Mendes Pires.**

Departamento de Saúde

## ANEXO B: FOLHA DE ROSTO DO PROJETO DE TESE AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UESB



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MULHERES VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO: encontros e desencontros nas ações de saúde sob a égide da integralidade		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Vilara Maria Mesquita Mendes Pires			
6. CPF: 674.243.335-34		7. Endereço (Rua, n.º): BOTAFOGO MANDACARU JEQUIE BAHIA 45207040	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (73) 8801-9108	10. Outro Telefone:
		11. Email: vilaragondim@yahoo.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Data: <u>24</u> / <u>08</u> / <u>2012</u> <span style="float: right;"><u>Vilara Maria Mesquita Mendes Pires</u> Assinatura</span></p>			
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB		14. CNPJ: 13.069.489/0001-08	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (73) 3525-6683		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Marcos Henrique Fernandes</u> CPF: <u>027.230.964-71</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretor do DS</u></p> <p style="text-align: center;">Data: <u>24</u> / <u>08</u> / <u>2012</u> <span style="float: right;"><u>Marcos Henrique Fernandes</u> Assinatura <b>Prof. DSc. Marcos Henrique Fernandes</b> Diretor do Departamento de Saúde Matrícula 72411623-6</span></p>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

ANEXO C: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE TESE DO COMITÊ DE  
ÉTICA E PESQUISA DA UESB

Jequié, 20 de julho de 2012.

Ilma. Sra

**Profa. Ana Angélica Leal Barbosa**

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezada Senhora,

Encaminhamos para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB o projeto de pesquisa intitulado "**Mulheres Vivenciando o Climatério: encontros e desencontros nas ações de saúde sob a égide da integralidade**".

Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Atenciosamente,

  
Profª MSc. **Vilara Maria Mesquita Mendes Pires.**

Departamento de Saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a fase do ciclo vital identificada como climatério sob a égide da integralidade através da percepção das mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família; analisar o processo de construção do PSF/ESF como estratégia de reorganização da atenção à saúde em sua interface com a PNAISM; identificar as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família a mulheres que vivenciam o climatério sob a égide da integralidade e compreender o significado do climatério e os fatores biopsicossociais vivenciados pelas mulheres durante esta fase do ciclo vital.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresentados consta que os participantes da pesquisa podem se sentir desconfortáveis em responder alguma pergunta e que, caso isso ocorra, têm o direito de não responder ao questionamento que lhe causou incômodo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo aborda uma temática relevante para a área de Saúde e em especial a Saúde Coletiva e seus resultados poderão servir de subsídios para os gestores e trabalhadores de saúde na implementação de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher, principalmente na fase do climatério.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



JEQUIE, 03 de Outubro de 2012

---

Assinado por:  
Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

ANEXO D: OFICIO DE SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE COLETA DE DADOS  
A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JEQUIÉ



**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**  
**Departamento de Saúde**  
Fone: (73) 3528-9623/9610 – dsuesb@yahoo.com.br/dsjq@uesb.br



Ofício 18/13–DS

Jequié, 07 de Fevereiro de 2013.

*Ilmo Sr.*

*Ivanilton José de Freitas Cerqueira*  
*MD Secretário Municipal de Saúde - Jequié*

Assunto: Liberação para Coleta de Dados.

Prezado Senhor,

Venho através deste informar sobre o Projeto de Tese intitulado “MULHERES VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO: encontros e desencontros nas ações de saúde sob a égide da integralidade” elaborado pela docente e doutoranda a Enf. Vilara Maria Mesquita Mendes Pires em conjunto com a Universidade Católica do Salvador pelo Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, sob a orientação da Dra. Miriã Alves Ramos Alcântara. Em tempo, solicito liberação para iniciar o procedimento de coleta de dados, que tem como cenário da pesquisa o município de Jequié-BA, com a proposta de utilizar as Unidades de Saúde da Família (USF) como campo de pesquisa, assim como, sujeitos da pesquisa será os profissionais de saúde que desenvolvem suas ações nas USF e usuárias cadastradas e acompanhadas nas respectivas unidades.

Desde já agradecemos sua colaboração, no sentido de comunicar as referidas unidades sobre o assunto em questão, ao tempo que nos colocamos à disposição para maiores esclarecimento.

Atenciosamente,

  
Prof. Marcos Henrique Fernandes  
Diretor do Departamento de Saúde  
Prof. DSc. Marcos Henrique Fernandes  
Diretor do Departamento de Saúde  
Matrícula 72411623-6

  
Prof. Vilara M. Mesquita Mendes Pires  
Pesquisadora

Av José Moreira Sobrinho, S/N - Jequezinho - CEP 45206-190  
Fone: (73) 3526 8623 - Fax (73) 3525 6683  
E-mail: dsjq@uesb.br

*Recebi 07/02/2013 às 15:50*  
Marcos Alex Rabelo da C. Pereira  
Diretor do Dept. de Administração e Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Decreto - 12.999