

**FERNANDA PICCOLO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER  
CLIMATÉRICA**

**ITAJAÍ, (SC)  
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CONVÊNIO UFSC/UNIVALI**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER  
CLIMATÉRICA**

*Fernanda Piccolo*

**ORIENTADORA**

**DRA. SANDRA NOEMI CAPONI**

**CO-ORIENTADORA**

**DDA. ÁGUEDA LENITA WENDAUSHEN**

**ITAJAÍ, (SC)  
MAR. 1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
POLO – FAEVI – UNIVALI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER  
CLIMATÉRICA.

MESTRANDA: FERNANDA PICCOLO

Dissertação para obtenção do título de Mestre  
em Enfermagem avaliada em 26/03/98 pela  
banca examinadora composta por:

  
\_\_\_\_\_  
DRA SANDRA NOEMI CAPONI - PRESIDENTE

  
\_\_\_\_\_  
DRA. VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK – MEMBRO

  
\_\_\_\_\_  
DRA. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES – MEMBRO

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARIA DE LÚRCES SOUZA – MEMBRO

  
\_\_\_\_\_  
DDA. ÂNGELA MARIA ALVAREZ – MEMBRO

# SUMÁRIO

RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	ix
1 - INTRODUÇÃO.....	10
2 - OBJETIVOS .....	23
3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	24
3.1 A MULHER NA HISTÓRIA.....	24
3.2 MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL .....	29
3.2 ALGUNS ASPECTOS DO CLIMATÉRIO .....	35
3.3.1 O QUE É O CLIMATÉRIO? .....	36
3.3.2 O CLIMATÉRIO ENQUANTO ENDOCRINOPATIA.....	39
3.3.3 ESTROGÊNIOS .....	43
3.3.4 PROGESTOGÊNIOS .....	44
3.4 TRATAMENTOS NÃO HORMONAIS.....	45
3.5 MUDANÇAS POUCO VISÍVEIS DO CLIMATÉRIO .....	47
3.5.1 Osteoporose.....	48
3.6 MUDANÇAS CORPORAIS E EMOCIONAIS NO CLIMATÉRIO .....	56
3.7 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO DE DIÁLOGO COM AS MULHERES CLIMATÉRICAS .....	58
3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER CLIMATÉRICA .....	63
4 - METODOLOGIA .....	67
4.1 ITAJAÍ, O LOCAL DA PESQUISA:.....	67
4.2 A OPÇÃO PELO INSTRUMENTAL : .....	71
4.3 O CICLO DA PESQUISA .....	73
4.3.1 O Instrumento de Coleta de Dados.....	74
4.4 A SISTEMATIZAÇÃO DO CONTEÚDO PESQUISADO .....	76

<b>5 - DISCUTINDO O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS:</b> .....	<b>79</b>
<b>5.1 o GRUPO ENQUANTO ELEMENTO DE AMIZADE</b> .....	<b>79</b>
<b>5.2 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO PARA PENSAR EM SI MESMA</b> .....	<b>84</b>
<b>5.3 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO PARA APRENDIZAGEM</b> .....	<b>88</b>
<b>5.4 O GRUPO ENQUANTO DESENCADEADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	<b>94</b>
<b>5.5 EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A ATUAÇÃO DA PROFISSIONAL ENFERMEIRA JUNTO AS MULHERES CLIMATÉRICAS.</b> .....	<b>98</b>
<b>5.6 MUDANÇAS CORPORAIS</b> .....	<b>101</b>
<b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>105</b>
<b>7 - BIBLIOGRAFIA:</b> .....	<b>109</b>

*Esta mulher que é minha mãe  
Esta mulher que é minha avó  
Esta mulher que é minha filha  
Esta é a mulher que sou.  
Sou todas elas, inda mais algumas  
nenhuma delas, nenhuma,  
nenhuma delas é  
A mulher que sou.*

**Atribuído a Clarice Lispector**

## DEDICATÓRIA

*Ao Pedro, Caio, Lia e Elisa,  
razão primeira de tudo isso, pelo carinho,  
incentivo e compreensão e principalmente  
paciência, durante toda a nossa trajetória  
juntos.*

*Amo vocês...*

## AGRADECIMENTOS

*A trajetória deste trabalho, foi um encontro com pessoas que comigo se comprometeram, transmitindo força, amizade e respeito.*

*Saio dele convencida de que o compromisso com a vida, implica em decisões corajosas e muitas vezes solitárias.*

*Gostaria de agradecer em especial :*

*À Professora Doutora Sandra Noemi Caponi, educadora competente, que soube me orientar nessa caminhada, respeitando paciente e amorosamente, o meu tempo, na realização deste trabalho.*

*À Doutoranda Agueda Lenita Wendaushen, co-orientadora deste trabalho, minha amiga, que mais uma vez, esteve presente em um momento importante da minha vida... Agueda sem a sua capacidade de partilhar seu conhecimento, certamente este trabalho não teria existido.*

*Aos professores do Curso de Mestrado, que contribuíram nesta busca.*

*À banca examinadora, que tão gentilmente se propôs a contribuir na melhoria deste trabalho.*

*Às mulheres climatéricas, que se dispuseram a participar deste estudo, que com a sua presença, tornaram possível esta pesquisa.*

*Às professoras, Maria Denise, Rosângela, Denise e Vanilde, por terem segurado muitas “petecas”, em meu lugar na disciplina que ministramos juntas.....*

*Aos meus companheiros do Posto de Saúde São Judas, em especial a Dina e a Isa, que várias vezes “bagunçaram” suas vidas, para que eu pudesse me ausentar do Posto.*

*À Universidade do Vale do Itajaí, que propiciou o meu ingresso no Mestrado e em momentos críticos dispensou-me parcialmente do trabalho.*

*Aos meus pais que mesmo com a grande distancia, que nos separa, souberam me ouvir pacientemente, várias vezes no telefone.*

*À todos aqueles que lutam incansavelmente pela educação e saúde.*



## RESUMO

Este estudo, busca conhecer a contribuição da Pedagogia da Problematização, como metodologia de apoio para o planejamento de assistência de enfermagem à mulher climatérica. Para tanto entrevistou-se mulheres, que participaram de um Grupo de Mulheres Climatéricas, conduzido por esta pedagogia, no Posto de Saúde São Judas Tadeu, em 1995, na cidade de Itajaí- SC. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semi - estruturada, com 9 (nove) participantes, sendo realizadas em sua maioria, no domicílio da entrevistada. Para a codificação das entrevistas e construção das categorias de análise, utilizou-se como instrumental, a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. As categorias de análise construídas, foram as seguintes: O grupo enquanto elemento de amizade; o grupo enquanto espaço para pensar em si; o grupo enquanto espaço para aprendizagem; o grupo enquanto desencadeador de cuidados de saúde; expectativas em relação a atuação do Enfermeiro em relação à mulher climatérica; mudanças corporais. Verificou-se existir grande potencial em trabalhos de Educação em Saúde, junto à mulher climatérica, orientados por esta metodologia, uma vez que a mesma propicia, o dialogo entre as participantes, favorece o relacionamento afetivo, considerado valoroso e denominado amizade pelas entrevistadas. A transformação dos serviços de saúde em espaços de aprendizagem e criação de cuidados de saúde, foi outro potencial, desta metodologia, revelado pelo estudo, a medida que transformação favorece a humanização dos serviços de saúde. O uso desta pedagogia permite ao enfermeiro, partilhar seus conhecimentos “científicos” com as mulheres climatéricas, ( que neste estudo reconheceram o mesmo), e assim se mostrar de forma comprometida política e socialmente, com o direito à saúde inerente, a qualquer cidadã brasileira.

## ABSTRACT

This study seeks to understand the contribution of the *Problematização* Pedagogy to the Nursing Care for climacteric women. Using this pedagogy, participants in a climacteric women group have been interviewed, at the São Judas Tadeu Health Center, in the city of Itajai – Santa Catarina State, in 1995. For the gathering of information, the semi-structured interview technique was used with 9 (nine) participants. Most part of the research was conducted at the interviewee's place of residence. Bardin's analysis of content technique was used to codify the interviews and construct the categories of analysis. The established categories were the following: the group as an element of friendship; the group as a sphere to think about themselves; the group as a sphere of learning; the group as a producer of health care; expectations with reference to the Nurse routine with the climacteric women and Corporal Changes. A great potential towards group work has been verified. This group work was developed by the *Problematização* standpoint, as it allows for the dialog among the participants and the objective relationship, which is considered valuable and termed as friendship by the interviewees. The transformation of the health services into "spheres" of learning and the creation of health care were other potentials revealed by the study. The use of this pedagogy allows the nurse to share their knowledge with climacteric women. Thus, they show themselves to the participants as being both politically and socially engaged in the right that every Brazilian citizen has to health.

## 1 - INTRODUÇÃO

As dimensões continentais e as muitas riquezas naturais do Brasil, não impedem, na visão de Vianna, que o mesmo tenha “cinquenta por cento da sua população vivendo abaixo do nível de miséria absoluta, com precária situação de saúde, analfabetismo absoluto e subnutrição intolerável” ( 1995 p.133).

Dentro do setor saúde, o Brasil exhibe o paradoxo de ter em seu quadro sanitário, a presença de doenças típicas da pobreza, como a desnutrição e doenças de países desenvolvidos como as doenças cardio-vasculares e o câncer. Compõe este quadro ainda, o retorno de doenças outrora controladas, como a tuberculose e a dengue.

A estruturação do setor saúde no Brasil, deixa a desejar pois boa parte da população não tem acesso aos serviços de saúde, enfrentando longas filas, ausência de leitos e dificuldades para internação, a insuficiência e inexistência muitas vezes de serviços de prevenção.

Por outro lado, o declínio das taxas de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer, tem produzido modificações profundas nas tendências demográficas da estrutura etária do Brasil. Segundo Veras, “embora as estruturas etárias do Brasil ainda pareçam estar bastante jovens, o grande numero de pessoas mais velhas chama atenção para as questões gerontológicas e as colocam em posição de destaque na política”, (1994,p.23).

O envelhecimento da população vem colocando novas exigências para o sistema de saúde do Brasil, isso porque as doenças crônicas freqüentemente associadas ao idoso, em sua maioria requerem o uso de tecnologia complexa, portanto mais cara.

“A estimativa média do custo de saúde de uma pessoa idosa poderia cobrir o custo de três pessoas de menos idade. Nos EUA, os custos per capita dos idosos, é de cerca de três

peças jovens com idade inferior a quinze anos” ( Veras, 1994 p.37).

O sistema de saúde brasileiro tem, a curto prazo, o desafio de se preparar para o envelhecimento da população.

Lemos,( 1995), ressalta que existem no Brasil, segundo o censo do IBGE de 1991, 17.323.044 mulheres com mais de 40 anos, e se no começo do século a expectativa de vida da mulher brasileira era de cinquenta anos, atualmente é de oitenta anos.

O Brasil acompanha o fenômeno dos países industrializados, tendo mais mulheres do que homens, na terceira idade.

Esses dados por si só justificariam um atendimento de qualidade por parte do serviço de saúde, para as mulheres que estão iniciando o processo de climatério, hoje, ajudando-a a planejar essa experiência. Este tipo de atenção por parte do sistema de saúde poderá contribuir com a população idosa, no sentido de se garantir melhor qualidade de vida, a medida que a prevenção de problemas crônicos, se tornariam a tônica dos serviços de saúde. Essa perspectiva poderia inclusive propiciar o atendimento de um maior número de mulheres idosas, à medida que os gastos com tratamento de doenças crônicas poderiam se tornar menores.

A palavra climatério vem do grego “klimater” e significa degrau de escada, segundo Biffi, (1991), essa palavra era utilizada pelos gregos para designar qualquer época da vida considerada crítica, por se pensar que o organismo sofria periodicamente, uma transformação radical.

Atualmente, o termo climatério é aplicado, em relação à época da menopausa, indicando o período de diminuição fisiológica e falência da função ovariana, durante a qual existem alterações endócrinas, somáticas e psíquicas.

No momento em que o ciclo reprodutivo da mulher entra em declínio, ela vai

perdendo aquele que seria seu papel definidor na sociedade, mesmo atualmente, a capacidade de ser mãe. (Hardy et al, 1992).

Este fato acabará por impor-lhe uma nova identidade, porém sem poder se apegar a identidade anterior, representando um momento de crise, de construção de uma nova imagem. Essa nova identidade, pesa para a maior parte das mulheres, levando as mesmas a questionarem seu valor social, sendo esta ainda uma época que pode ser de grandes alterações: ser filha de pais idosos, muitas vezes doentes ou dependentes econômica ou fisicamente; pode ser mãe de filhos adolescentes e problemáticos ou adultos independentes. Pode se estar no ápice de uma carreira profissional ou se estar prestes aposentar-se. Pode se ficar viuva ou se perder o companheiro para mulheres mais jovens, enfim são novas janelas que se abrem, enquanto outras se fecham.

Segundo Hardy et al, (1992), questões relacionadas ao climatério, são tratadas como competência do saber médico. A princípio a medicina pretendia demonstrar a mulher que essa seria uma etapa normal de seu ciclo biológico e não uma doença, porém durante a década de 70 ocorre uma mudança na percepção dos profissionais de saúde, (principalmente entre os médicos), fazendo com que o climatério/menopausa passe de um fenômeno fisiológico para uma insuficiência ovariana, ganhando o status de síndrome endócrina, merecendo portanto tratamento farmacológico.

Segundo Neves, Wanmacher e Freitas, (1994), na década de 70, a terapia de reposição de estrogênio foi severamente condenada por sugerir um aumento no risco de câncer de mama e endométrio nas pacientes que a utilizavam. Nas duas últimas décadas, entretanto, houve críticas quanto à natureza, veracidade e magnitude desse risco, pois a maior parte dos efeitos negativos relatados, relacionavam-se primariamente à ausência da progesterona no esquema de tratamento hormonal.

Atualmente um número cada vez maior de mulheres climatéricas, utiliza a Terapia de Reposição Hormonal, (TRH), visando diminuir a sintomatologia produzida pelo climatério e como prevenção da osteoporose. Sem dúvida, existem muitas evidências dos benefícios da TRH, porém a mesma não pode ser utilizada indistintamente por todas as mulheres, exigindo acompanhamento médico para aquelas mulheres que já a utilizam. Os serviços de saúde, agora, precisam estar com uma mulher que nunca olhou, pois até então as mulheres procuravam os serviços de saúde em função de sua prole.

Almeida, (1993), Trien, (1994), Gutierrez, (1993), colocam que o apoio familiar e um bom nível de conhecimento sobre as modificações biológicas e psicológicas deste período levam as mulheres a passarem mais serenamente por este período, que é vivenciado de formas diferentes, por mulheres em situações diversas.

Para Thiriet & Képes, (1994), as mulheres atuais negligenciam a busca de conhecimento sobre o que passa no interior de seu próprio corpo, apesar de estarem saturadas sobre coisas mais fúteis e remotas. Já para Sheehy, (1995, p.11), “as pessoas dispõem-se a falar com estranhos acerca dos abortos que fizeram ou de seu problema de alcoolismo, até mesmo declarar em cadeia nacional de televisão que seu exame de AIDS deu positivo, e não obstante as mulheres ainda se recusam a mencionar, mesmo às suas boas amigas, o medo que possam estar na menopausa”, o que é até certo ponto é o esperado pela sociedade pois se atribui valor a mulher, em sua maioria, pela capacidade reprodutora.

No entanto, essa autora, coloca que é necessário que essa situação mude, e um dos caminhos apontados pela mesma, é a obtenção de informações médicas mais detalhadas para despertar a conscientização das mulheres como consumidoras dos serviços de saúde.

Segundo Gutiérrez, (1992), as mulheres climatéricas chegam aos serviços de saúde, com queixas muito variadas e as instituições públicas de saúde tem um efeito nefasto

na vida destas mulheres, pois comumente as mesmas são taxadas de “poliqueixosas” e “abandonadas” como caso sem solução pelos profissionais de saúde.

Para Vianna, (1995), muitos desses profissionais sofrem de algum grau de “deficiência ética”, quando condicionam o nível e a qualidade de seu atendimento ao nível econômico e social do paciente que atende, utilizam mal o tempo que permanecem nas instituições e muitas vezes são mal preparados para o tipo de atividade que desempenham.

Em 1993, após dez anos, trabalhando em gerências de serviços de saúde pública, sempre com o firme propósito de questionar e combater quando possível as deficiências éticas do sistema de saúde, citadas anteriormente, voltei a trabalhar na assistência direta de Enfermagem, em um posto de saúde básico, da Secretária de Saúde Municipal de Itajaí.

Logo chamou minha atenção, o envelhecimento da população na área de abrangência do Posto, bem como a desinformação das mulheres climatéricas e a minha própria sobre esse período tão importante da vida das mulheres.

Procurei corrigir essa lacuna do meu conhecimento a fim de que o mesmo não se transformasse em “deficiência ética”, (uma vez que faz parte das minhas atribuições como enfermeira do Posto São Judas, a realização de consulta de enfermagem visando a Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino e de Mama), passando a estudar e discutir com o profissional médico ginecologista, uma vez que o Código de Ética da Enfermagem, alerta que ao enfermeiro que a assistência de Enfermagem deve ser livre de riscos para o cliente, pressupondo assim competência para a mesma.

De início, passei a incluir orientações sobre o climatério durante as consultas de Enfermagem, no sentido de elucidar os sinais e sintomas mais comuns, a fim de que as clientes pudessem deter algum conhecimento sobre o climatério, buscando contribuir assim com a valorização, desta etapa da vida, por parte das mulheres atendidas.

Simultaneamente, as mulheres que procuravam atendimento ginecológico para “tratamento” da menopausa passaram a ser encaminhadas pelo profissional médico , com certa regularidade, a consulta de Enfermagem, para orientações de cuidados preventivos necessários nesse período.

A minha percepção de que havia um grande numero de mulheres climatéricas que freqüentam o Posto, é confirmada posteriormente por pesquisa realizada por Borges & Möbbs, em 1997. A pesquisa tem como tema o serviço de Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino, no Posto de Saúde São Judas, durante o ano de 1995, identificando que trinta e oito por cento, (38%), das mulheres que freqüentaram este serviço neste ano, atravessavam alguma etapa do climatério, esse numero pode ser maior se levarmos em consideração a possibilidade de menopausa precoce.

Em 1995, ao final dos créditos do Mestrado em Assistência de Enfermagem, escolhi as mulheres climatéricas como tema, para a disciplina de “Prática Assistencial”. Por acreditar que todos os seres humanos detêm algum tipo de conhecimento sobre aquilo que vivenciam e de que, é seu direito de pessoa-cidadão , conhecer o corpo humano e poder decidir sobre eventuais tratamentos de saúde propostos por profissionais, escolhi realizar esta prática assistencial com a ótica da educação em saúde e em grupo.

Acreditava que em grupo a mulher estaria “entre iguais” e assim poderia construir em conjunto com outras mulheres, conhecimento sobre esse período, (ação e reflexão), tal que pudesse leva-la a se ver como um ser humano integral, ( subjetividade e objetividade), percebendo os desafios, se mobilizando e organizando para SER MAIS.

Por concordar com Wendhausen, ( 1992), que o enfermeiro é um intelectual comprometido com a transformação do processo saúde-doença e que pode contribuir na instrumentalização do indivíduo ao qual assiste, levando o mesmo a perceber e defender seus



direitos, escolhi como referencial teórico para condução dos trabalhos de grupo, a Teoria da Problematização, aplicada e explicada em livro pela primeira vez no Brasil, por Bordenave e Pereira, em 1977.

O conhecimento popular para Brandão, (1985), é a ciência do homem comum, que reflete o conhecimento prático e empírico, acumulado ao longo dos séculos, possibilitando as pessoas além da sobrevivência, a criação e interpretação da própria vida. O problema para as mulheres climatéricas, é que o senso comum é de certa forma revelador da maneira como a sociedade encara o climatério, que liga o mesmo a decadência, sendo muitas vezes reforçado pelos critérios da medicina que descreve o processo degenerativo biológico.

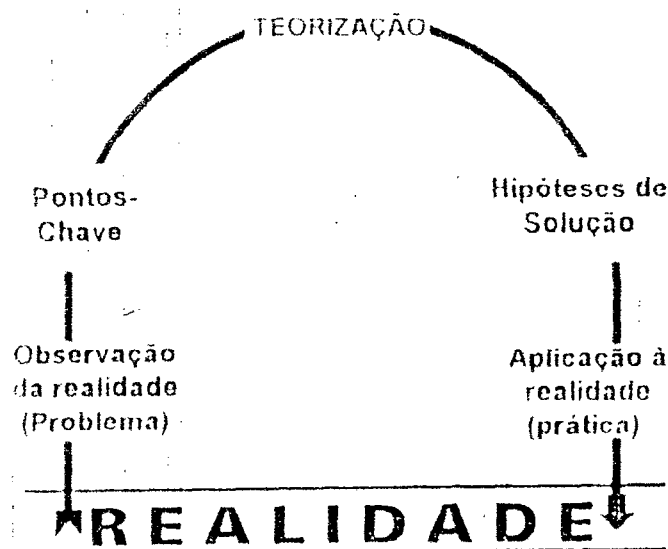
A escolha da pedagogia problematizadora como referencial para a prática assistencial, se deu principalmente porque em minha opinião a mesma ofereceria a oportunidade de partilhar “meu conhecimento” intelectual a respeito deste tema, demonstrando honestamente o meu compromisso com as mulheres climatéricas na construção do conhecimento desta etapa da vida, sem que fosse necessário sempre dar razão ao conhecimento popular ou ao contrário, somente ao conhecimento acadêmico, buscando desenvolver a capacidade de fazer perguntas relevantes, presente em qualquer ser humano, inclusive à ciência.

“A teoria da Problematização parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do participante, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Por esta razão, a capacidade que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação e ser capaz de resolvê-la adequadamente” ( Bordenave, 1986 ).

Nos deteremos na análise e explicitação da pedagogia problematizadora, porque a

aplicação da metodologia grupos não é interdependente do desenvolvimento dos grupos.

O diagrama a seguir, chamado de método do arco, apresentado por Bordenave, resume a pedagogia problematizadora:



Fonte: Bordenave e Pereira, 1977

O diagrama nos diz que o processo ensino-aprendizagem, se dá inicialmente com a seleção de um determinado aspecto da realidade.

A primeira etapa do processo se dá pela OBSERVAÇÃO DA REALIDADE, que deve se dar sempre que possível com os “próprios olhos” dos participantes, se isso não for possível, podem ser utilizados vídeos, revistas, jornais. “Ao observar a realidade, os participantes expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira “leitura sincrética” ou ingênua da realidade” (Bordenave, 1986).

Após a observação e discussão da realidade, as participantes separam no que foi observado, o que é realmente importante do que é superficial, identificam os PONTOS CHAVES, do assunto, isso ocorre devido a problematização da realidade.

Em um terceiro momento, as participantes se perguntam o porque da realidade observada, trata-se do caso de apelar para os conhecimentos que os participantes tem sobre o

observada, trata-se do caso de apelar para os conhecimentos que os participantes tem sobre o assunto, e após recorrer se necessário ainda a recursos didáticos, que façam com que os participantes TEORIZEM o problema. Assim as participantes através de suas próprias abstrações passam a compreender aquele problema. Podendo a participante, utilizar esse mesmo esquema para a solução de outros problemas observados na realidade.

Naturalmente, a participante começa a se inquietar e procurar HIPÓTESES DE SOLUÇÃO, para o problema teorizado. Nesta fase impera a imaginação e criatividade, no entanto, as participantes devem ser levadas a pensar sobre a aplicabilidade das hipótese levantadas em sua própria realidade.

Na fase, APLICAÇÃO NA REALIDADE, a participante põe em prática as soluções encontradas pelo grupo como sendo as mais viáveis e aplicáveis, aprende a generalizar, ter discernimento para saber em quais situações pode aplicar as soluções encontradas, podendo assim decidir sobre o uso ou não do conhecimento “científico” em sua vida.

O trabalho com o grupo de mulheres a que me referi, foi desenvolvido em dois meses, tendo sido realizado 08 encontros. O numero de participantes variou entre 12 e 5 mulheres, sendo que cinco mulheres estiveram presentes em todos os encontros. No relatório da disciplina “Prática Assistencial” , foram descritos seis encontros.

Durante os encontros foram enfocados diversos temas em relação ao climatério, desde as transformações biológicas da mulher até o cotidiano em que vivem. Os temas ou foram escolhidos pelas mulheres na reunião anterior, ou por mim após analisar a gravação das reuniões, verificando assuntos que foram tocados, porém não debatidos.

Os assuntos problematizados nas reuniões foram os seguintes: osteoporose, sexualidade no climatério, nutrição, exercícios físicos, o frágil coração da mulher climatérica,

terapia de reposição hormonal, a questão da autonomia na velhice, o relacionamento com a família e aspectos relacionados à estética do envelhecimento de uma maneira geral.

Para a observação da realidade foram utilizadas técnicas como autobiografias, vídeos, gravuras, entrevistas com outras mulheres de mesma faixa etária, colagens, leituras de textos propostos tanto pelo enfermeiro, quanto pelas mulheres do grupo. Os textos trazidos pelas componentes do grupo, se tratavam em sua maioria de reportagens de revistas femininas, demonstrando o interesse pelos assuntos escolhidos, bem como o sentimento de igualdade que imperou no grupo.

Após a observação da realidade, iniciava-se o debate e escolhidos os pontos-chaves, os mesmos eram problematizados, buscando quais questões precisavam ser resolvidas no dia a dia para que as mulheres climatéricas pudessem garantir qualidade de vida.

Na fase da teorização se procurou identificar que tipo de conhecimento as mulheres já dispunham sobre o assunto, valorizando-os e com a ajuda de vários recursos didáticos, se procurou amplia-los, sempre valorizando a capacidade de pensar, aprender e comunicar-se das mulheres participantes do grupo.

A fase de hipóteses de solução chegava naturalmente, quando as mulheres começavam a planejar como usariam em suas vidas os conhecimentos obtidos na reunião, avaliando o que poderia ser realizado, em seu dia a dia.

Já a última fase do arco, aplicação a realidade, iniciava-se no grupo, porém, muitas vezes, para a aplicação das soluções encontradas, estas mulheres teriam que fazer modificações em seu dia a dia, demandando planejamento e tempo, fazendo com que essa fase extrapolasse as reuniões.

A avaliação realizada na época pelas mulheres da prática assistencial em grupo foi positiva, ressaltando principalmente ter sido bom a convivência com outras mulheres

climatéricas, podendo conversar sobre seus problemas e não guardá-los para si. Outro ponto positivo apontado por elas foi a oportunidade de entrar em contato com as informações médicas a respeito do climatério, uma vez que descobriram que muito do que sentiam não era “invenção” da sua cabeça. Colocaram ainda que era bom poder levar os textos para casa, primeiro porque podiam voltar a consultar quando quisessem, e também porque poderiam emprestá-los a familiares e amigas que estivessem passando pelo climatério.

Já a avaliação realizada por mim da prática assistencial orientada pela Pedagogia da Problematização, foi de que a mesma foi positiva a medida que as mulheres presentes neste grupo conseguiram uma boa interação. O fato de trazerem outros textos para as reuniões e relatos de outros familiares lendo os textos, indicavam em minha visão, o diálogo entre iguais e o interesse pelos temas escolhidos.

As reportagens que foram trazidas ao grupo pelas mulheres, demonstram o potencial dialógico da pedagogia problematizadora, a medida que proporciona a partilha do conhecimento, possibilitando uma visão de mundo ampliada.

Outro aspecto positivo, foi a participação das mulheres, principalmente na etapa de observação da realidade, demonstrado pelo empenho em discutir os aspectos da realidade proposto inicialmente, o que geralmente levava a ampliação do recorte da realidade.

Também destaquei no relatório da disciplina “Prática Assistencial”, a identificação por parte das mulheres, das “deficiências éticas” dos serviços de saúde em relação á mulheres climatéricas, embora as participantes não tenham chegado a formular hipóteses de soluções para as mesmas. Esta identificação sem dúvida, foi possível pela capacidade de indagar e teorizar a realidade das participantes, estimuladas pela pedagogia da problematização.

Em minha opinião o ambiente físico onde eram realizadas as reuniões do grupo,

extremamente quente, impedindo que se fechasse a porta, diminuindo a intimidade do grupo, interferiu muito no desenvolvimento do mesmo.

Apesar de já ter usado a pedagogia problematizadora em vários treinamentos propostos pelo Ministério da Saúde, pela primeira vez trabalhei com a mesma sem as sugestões ou mesmo roteiro dos técnicos da área. No relatório da prática assistencial, exponho que esse fato, aliado ao de que a fase de aplicação a realidade ter se dado em sua maioria, fora do grupo, dificultaram a avaliação por minha parte da eficácia das técnicas escolhidas por mim, bem como da pedagogia da problematização enquanto suporte deste tipo de grupo.

Depois do grupo, permaneci realizando consultas de enfermagem para prevenção ao câncer cervico-uterino e com as orientações para clientes climatéricas, mas sempre no plano individual. O número de clientes climatéricas que procuram o serviço aumentou nesses dois anos e muitas delas me perguntam durante as consultas, quando voltarei a fazer outro grupo, relatando seu desejo de participar de um trabalho em grupo, onde possam aprender sobre a menopausa.

Apesar da avaliação positiva do grupo, não tornei a repeti-lo, em parte, porque as condições físicas do posto não se modificaram nesses dois anos, mas principalmente por não ter noção da contribuição da pedagogia problematizadora, enquanto metodologia para a condução de grupos de mulheres climatéricas

Encontrei na literatura relatos de experiências em grupos com mulheres climatéricas, Trien, (1994), discorre sobre a validade de grupos de apoio para mulheres menopausadas. Gutiérrez, (1992), relata a experiência no Rio de Janeiro de grupos de sala de espera, orientados pela concepção feminista, com bastante sucesso uma vez que as mulheres expressaram uma vontade coletiva de que o trabalho fosse estendido a outras unidades de

saúde do município. Porém apesar dessa metodologia também se propor a educar a partir do diálogo, o trabalho não chega a mostrar, como as mulheres participantes do grupo teriam utilizado, os conhecimentos veiculados no grupo em suas vidas. Não encontrei trabalhos que relatassem a aplicação da metodologia problematizadora, em trabalhos de grupo com mulheres climatéricas.

Assim decidi aproveitar a oportunidade criada por este trabalho acadêmico, para responder essa pergunta que ficou sem resposta, após a realização do grupo de Mulheres Climatéricas, principalmente porque meu encontro com as mesmas, está ficando cada vez mais freqüente e não tem data para terminar.

**Teria o trabalho em grupo, em uma perspectiva problematizadora, contribuído com as mulheres no processo de ampliação de conhecimentos sobre o climatério e os mesmos contribuíram na construção desta nova fase de vida?**

## 2 - OBJETIVOS

1 - Investigar a contribuição do grupo para as mulheres participantes, no processo de conhecimento do climatério;

2 - Verificar como as mulheres utilizaram os conhecimentos problematizados no grupo;

3 - Levantar mudanças corporais enfrentadas pelas participantes do grupo, nesses dois últimos anos;

4 - Verificar quais contribuições na opinião das mesmas, podem ser dadas pelo enfermeiro na assistência a mulher climatérica.



### 3 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1- A MULHER NA HISTÓRIA

A inferioridade do homem em relação à natureza, nas comunidades primitivas, fez com que os mesmos vivessem em pequenas tribos, salvando-se pela solidariedade de grupo.

Dentro deste sistema cabia a mulher todo o trabalho caseiro da tribo: cozinhava, lenhava, fazia vestes e calçados, se responsabilizava pelo cuidado das crianças bem como pelo dos doentes. Segundo Leite (1994), foi ela quem deu início a agricultura ao redor do acampamento, iniciou a domesticação de animais, inventou a costura e a tecelagem e se dedicou a arte do cesto, da esteira e da cerâmica.

Nestes tempos, as mulheres se igualavam aos homens em estatura e robustez, muitas vezes se responsabilizando pela proteção da tribo, o que lhe exigia habilidade e coragem. Não era portanto um objeto sexual ou de beleza do homem, mas uma companheira, capaz de lutar quando necessário.

Portanto os dois sexos tinham igual valor, porém as mulheres gozavam de certa forma de posição superior, de mais respeito que os homens, devido a maternidade, uma vez, que o papel do homem na reprodução humana não era, então, conhecido. Não havia relação de causa e efeito, entre o intercuro sexual e a geração de prole (Leite, 1994).

Esse conhecimento incompleto da biologia, influenciou na estruturação dos sistemas sociais primitivos, os quais estavam centrados na figura de mãe e no culto de deusas (Leite,

1994, French 1992).

O advento da agricultura intencional , diminuiu a necessidade de procura de alimento, gerando muitas vezes um excedente, surgindo desta maneira a herança. Este fenômeno atribuiu à mulher uma função nuclear nos sistemas familiares e sociais existentes, isso porque , a mãe e seus filhos, unidos pelos laços de sangue, se constituíram na forma mais remota de família conhecida ( Muraro, 1992; Alambert, 1986).

Ao trabalhar na terra para a produção de alimentos, o homem começa a desenvolver o sentimento de propriedade privada, reivindicando para si a terra onde trabalhou. Paralelo a esse fenômeno, se descobre, o papel masculino na reprodução humana, ocorrendo então a passagem para as sociedades patriarcais.

Neste novo tipo de sociedade, o comando econômico passa lentamente a pertencer ao homem, trazendo assim a subordinação sexual da mulher, pois agora o homem, (marido), exigia exclusividade sexual, para que possa ter certeza de que a herança será transmitida somente a seus filhos. O patriarcado foi fatal para a autonomia da mulher, que passa a ser considerada pelos homens como mais um elemento da natureza ( Leite, 1994, French, 1992).

Na idade antiga, (4000 a.C. até 476 D.C.), a noção de propriedade fica cada vez mais forte e se caracteriza por um aprimoramento das técnicas de agricultura e pela domesticação de animais para a produção de alimentos, passando o homem então a se fixar na terra.

As civilizações greco-romanas, que deram grandes contribuições culturais, artísticas e científicas a humanidade, foram incrivelmente injustas ao situar a mulher na sociedade, sem o status de cidadã e enfatizando sobremaneira a instituição jurídica do “pater-familis”, sob quem se concentrava todo poder em relação à mulher, filhos e escravos. O acesso à filosofia, à política e ao conhecimento , na Grécia e em Roma era dado somente aos

cidadãos, o que não era o caso das mulheres. (Leite, 1994).

Apesar deste imenso poder jurídico, muitas vezes coube a mulher a administração dos bens familiares, uma vez que os homens guerreiros permaneciam muito tempo ausentes, mas ao retorno destes, “naturalmente” a mulher, voltava às suas ocupações anteriores.

Paralelamente a mulher, algumas vezes, ocupou o poder, como no caso de Cleópatra, que demonstrou saber usar seu poder de sedução como instrumento de persuasão política.

A Bíblia também traz exemplos de mulheres corajosas, sábias e algumas vezes obstinadas, como por exemplo na história de Vasti (Livro de Ester 1:1-22) , esposa do príncipe Assuero, que ousou desobedecer o mesmo, durante um banquete que este oferecia a todos os príncipes da época. Bebia-se a vontade, pois o príncipe havia ordenado aos empregados de sua casa que deixassem cada um fazer o que queria. Vasti , também oferecia um banquete as esposas dos príncipes da época. No sétimo dia de banquete o príncipe ordena que a rainha se apresente pois deseja mostrar a todos a beleza da mesma. Vasti, se nega argumentando que todos os homens estavam alterados pelo álcool, seu gesto leva todas as esposas a negarem se apresentarem diante dos maridos no banquete. Essa atitude lhe custou o repúdio do príncipe e sua deposição do trono, este é provavelmente um dos primeiros atos de insubordinação feminina, demonstrando segundo Leite ( 1994), não ser novidade dos tempos modernos.

Durante a Idade Média, surge a igreja como instituição, revestida de muitos poderes. Atuou em todos os níveis sociais, estabeleceu normas, orientou comportamentos e imprimiu no homem ideais e valores religiosos. Pregava o valor da alma em detrimento do corpo, a disciplina, o medo, o conformismo e a obediência as regras da mesma. “As mulheres, figuras importantes na fundação e expansão do cristianismo, eram muito poderosas

dentro da Igreja Romana dos primeiros tempos, até o auge da Idade Média. Mas logo que obteve o controle político da Europa, a Igreja excluiu as mulheres de qualquer forma de poder e fechou em claustro as outrora ativas freiras”( French, 1992, p. 106).

Segundo Pereira & Bellato, (1995, p.67). “ na idade média, relegou-se à mulher um fazer menor dentro da ótica patriarcal e cristã vigentes. Este fazer era o cuidado e a manutenção da higiene dos doentes e da ordem do ambiente, do que era sujo para as mãos dos médicos”.

Foi um período em que segundo Lima (1993, p.13), houve “a desapropriação do poder e do conhecimento que as mulheres detinham em relação à saúde e seus corpos”, passando assim o conhecimento e o poder das mãos das mulheres para os técnicos e especialistas, que normalmente eram homens e oriundos de famílias abastadas, que eram ensinados a não tocar nos doentes.

No final do século XV, os homens europeus, haviam construído navios capazes de navegarem em alto mar, passando a explorar a terra movidos por cobiça, riqueza, curiosidade e fama, e assim na maioria das vezes pela subversão e força exploram a Ásia, África e as Américas, matando, escravizando, subjugando os povos e se apropriando de seus recursos, passando assim a difundir a ideologia do patriarcado.

Desafiando as proibições da igreja, no século XVI, os homens europeus, expandiram-se intelectualmente, criando os princípios de uma ciência experimental, apoiando-se na bíblia, que fala do domínio humano sobre a natureza.

Essa ciência experimental, é a base de uma nova tecnologia, que finalmente dá origem a Revolução Industrial. A industrialização beneficiou a um pequeno grupo de donos das máquinas, mas levou principalmente as crianças e mulheres ao trabalho industrial, que no seu início tinha características de trabalho escravo (French, 1992).

A revolução industrial começou na Inglaterra, marcando o fim do feudalismo, fazendo com que as pessoas fossem expulsas do campo, juntando-se aos trabalhadores da indústria, formando o que mais tarde Marx, chamou de proletariado.

No século XIX, a maior parte dos seres humanos era constituída de trabalhadores, dominada pela elite, os proprietários industriais ou de terras. Sendo que as mulheres, por não terem, na maioria dos países, direito à educação e à herança, eram sustentadas por algum homem. Segundo French (1992, p.11) “as mulheres não possuíam quase nenhum direito humano - não tinham expressão política, não eram proprietárias, não geriam negócios por conta própria e não tinham sequer direito sobre seus próprios corpos”.

A exclusão das mulheres destes direitos, se dá por conta de sua “natureza” que seria familiar e privativa.

Na visão de Bonachi & Groppi (1995 ) a mulher, durante a revolução francesa, ganha o status de “cidadã passiva”, isso porque à mesma competia passividade e exclusão da esfera pública, não podendo assim ser uma cidadã, pois este conceito implicava em atividade e participação na causa da soberania.

Assim a mulher, primeiro como filha, depois esposa e mais tarde como mãe, foi tendo historicamente, sua sobrevivência garantida pela presença masculina.

Mas sujeição gera ressentimento, rebelião e nos dois últimos séculos as mulheres, passam a reivindicar seus direitos, protestam contra as dificuldades econômicas e a falta de expressão política.

As mulheres, desde a revolução industrial, estavam no mercado de trabalho, mas ganhando um salário bem menor ao oferecido ao homem, sob a alegação de serem sustentadas pelos mesmos. Essa situação se torna, em uma das maiores bandeiras, de luta das mulheres, no século XIX e XX.( Ibidem).

Outra luta muito importante desfraldada pelas mulheres no século XIX foi a da reivindicação do sufrágio universal, tendo seu início nos Estados Unidos, iniciada com a convenção dos DIREITOS DA MULHER convocada em Seneca Falls, no ano de 1848. Apesar de ter o voto feminino como centro da luta, essa vitória só é alcançada em 1920 com a 19ª emenda constitucional. Essa convenção é considerada por muitos historiadores, como o início do movimento feminista . (Ibidem).

No Brasil, o pensamento feminista é introduzido, pela primeira vez no século passado por Nísia Floresta Brasileira Augusta. Essa feminista e jornalista acaba por traduzir a obra de Mary Wollstonecraft (1832), mas dez anos após publica seu livro Conselho à Minha Filha (1842), e A Mulher (1856), marcando uma nova forma de pensar a condição-feminina. (Sardenberg & Costa, 1994).

### **3.2 MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL**

O histórico do movimento feminista brasileiro que passaremos a apresentar está baseado na palestra realizada por Sardenberg & Costa: Feminismo, feministas e movimentos sociais, durante o Seminário MULHER DESENVOLVIMENTO e RELAÇÕES DE GÊNERO, realizado em 1991.

O movimento feminista no Brasil, já assumiu diversas bandeiras e facetas, segundo as mesmas autoras citadas anteriormente ele já foi sufragista, anarquista, socialista, comunista, burguês e reformista. Já lutou para conquistar e garantir o acesso da mulher à educação formal, pela igualdade de salários e condições dignas de trabalho, pela valorização do trabalho doméstico, pelo direito de controle sobre seu próprio corpo, lutas que acompanharam o processo histórico do país, demonstrando que o movimento feminista

procurou estar engajado às mudanças da sociedade brasileira.

Na época do Brasil colonial, não se tem registro de “insubordinação consciente”, das mulheres, as poucas que se destacaram o fazem por papéis considerados típicos de mulheres, que no fundo até são aplaudidos pela sociedade, como por exemplo o caso de Maria Quitéria.

No século XIX, a vinda da família real para o Brasil (1808), dá início a mudanças importantes na vida econômica e política do país, ocorrendo crescimento dos centros urbanos. Cresce o sentimento de identidade nacional e as idéias liberais e burguesas. Com a proclamação da República, se promulga uma nova constituição, que assegurava o direito ao voto de maneira universal, no artigo 72, dizia que “todos são iguais perante a lei”.

Na prática o direito ao voto, se estendeu apenas aos homens alfabetizados, o que acabou por excluir a maioria da população brasileira do direito ao voto. No entanto, a Constituição oferecia a possibilidade, em teoria, de que ao menos as mulheres alfabetizadas também pudessem votar.

Logo após a proclamação, 1889, se ergue a voz de Francisca S. Da M. Diniz, editora do jornal “O Sexo Feminino”, para “fazer valer sua determinação de lutar pela conquista de direitos políticos, sobretudo o sufrágio, mudando o título do seu jornal para : O Quinze de Novembro do Sexo Feminino”.

A primeira metade do século XX, o movimento feminista brasileiro concentrou sua atenções e lutas, para a conquista do voto feminino. Em 1901, surge em Diamantina o jornal “Voz Feminina”, destinado a ser um veículo das mulheres de classe média, nessa luta.

Em 1910, ocorre a fundação do Partido Republicano Feminino, que desenvolveu um estilo de luta mais próximo do que ocorria no restante do mundo, tendo seu ponto alto em uma passeata muito concorrida realizada no Rio de Janeiro, em 1917. Mas foi certamente a

Criação da “Liga para Emancipação Intelectual da Mulher”, em 1919, que posteriormente em 1922 é transformada em “Federação Brasileira para o Progresso Feminino”, (FBPF), que impulsionou a luta pelo voto feminino.

A FBPF, sob o comando de Bertha Luz, assume a liderança da luta sufragista no plano parlamentar, sem nunca ter usado nos dizeres das autoras “terrorismo feminista”, apesar da reconhecida influência das sufragistas norte-americanas sobre a mesma.

Em 1927, a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, consegue sua primeira vitória, por intervenção do governador do Rio Grande do Norte, Juvenal Lamartine, a Assembléia Legislativa aprova uma resolução concedendo às mulheres o direito de voto. Logo no ano seguinte ocorre a eleição de Alzira Soriano, para a Prefeitura Municipal de Lages. No entanto, essa resolução é rechaçada pelo Senado Federal.

Em 1932, termina a luta pelo sufrágio feminino, quando essa reivindicação foi concedida pelo governo implantado pela Revolução de 1930. Essa concessão, fazia parte de uma série medidas sociais implantadas por Getúlio Vargas, para conquistar o apoio popular ao seu governo.

Em 1936, Bertha Luz assumiu seu cargo na Câmara Federal e já em 1937, apresenta o Estatuto da Mulher, que estabelecia a licença especial de três meses após o parto, além de uma série de leis de proteção ao trabalho feminino, porém essas propostas somente foram garantidas recentemente com a Constituição de 1988.

Não se pode negar, a valiosa contribuição da FBPF, na construção da atual situação legal da mulher brasileira, legando ao movimento feminista uma larga experiência quanto à organização das mulheres na luta pela sua emancipação.

Paralelamente a esse movimento feminista de caráter burguês, desenvolveu-se no Brasil, sob a orientação das organizações de esquerda, uma mobilização de mulheres da



camada mais pobres em torno das lutas gerais da sociedade. As feministas de caráter socialistas, apesar de não proclamarem sua aderência a nenhum partido político, deixam clara essa influência política, principalmente no Partido Comunista do Brasil, através das palavras de ordem e da sua filiação à Federação Democrática Internacional de Mulheres. Esse foi o caso da União Feminina, criada em 1935, do Comitê da Anistia em 1945, do Instituto Feminino do Serviço Construtivo criado em 1946 e também da Federação de Mulheres do Brasil criada em 1949 e de várias outras entidades.

Esses grupos sob a influência das feministas socialistas européias, apagaram quase que totalmente de suas lutas as questões específicas das mulheres, pedindo e lutando por transformações econômicas e políticas da sociedade, através de lutas gerais. Com o golpe militar de 1964, tanto o movimento feminista socialista quanto o burguês, serão silenciados, juntamente com os outros movimentos populares do país.

Em meados da década de setenta o movimento feminista do Brasil, a exemplo de outros movimentos populares do Brasil começa a se reorganizar.

Em 1975, é realizado no Rio de Janeiro, um grande Seminário, promovido pela Organização das Nações Unidas, em comemoração ao Ano Internacional da Mulher, que reuniu mulheres interessadas em discutir a condição feminina em nossa sociedade. As discussões foram orientadas pelo “novo” movimento feminista que estava se desenvolvendo na Europa e Estados Unidos. Organizado em torno da afirmativa de que o “pessoal é político”, as mulheres brasileiras, a exemplo das mulheres do chamado primeiro mundo, começaram a questionar a divisão sexual do trabalho e, conseqüentemente, o papel tradicional da mulher na família e na sociedade.

A partir desse encontro, surgem por todo país grupos de mulheres, interessadas na discussão e luta pela modificação da condição feminina. Muitos desse grupos, a exemplo da

Europa e Estados Unidos, se constituíam em grupos de estudo e reflexão, que tinham como base uma metodologia feminista, que dava voz a todas as mulheres presentes. Outros são de reflexão e ação, nos quais o princípio de autonomia se torna um ponto inevitável de confronto com Partidos Políticos que insistem em cooptar os mesmos para suas linhas. O princípio de autonomia se torna claro, a medida em que as mulheres se negam a colocar as questões das mulheres em segundo plano.

Na década de oitenta os encontros feministas, ganham destaque no cenário nacional. A partir de 1984, passam a acontecer encontros feministas independentes, dentro das reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

Em 1985, acontece em Bertioga, o III Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe, com a participação de mais de mil mulheres brasileiras. Esse encontro traz uma novidade em relação a outros encontros feministas, que é a incorporação de mulheres que militavam em áreas distintas do feminismo. Essa incorporação, se deve, sem dúvida, à incorporação, pelo movimento feminista do discurso das lutas próprias das mulheres.

Neste mesmo ano acontece em Belo Horizonte o VII Encontro Nacional de Feministas, onde se acirra a discussão sobre se o feminismo deveria acontecer em nível institucional, porque muitas feministas defendiam a participação do movimento, no recém criado Conselho Nacional de Direitos das Mulheres. Entretanto essa discussão, acaba por se revelar inútil, pois o governo Sarney, contrariando a lei que criou o Conselho, nomeia para sua ocupação mulheres ligadas principalmente pelo parentesco, aos setores mais conservadores da sociedade, mudando totalmente a correlação de forças dentro do Conselho, fazendo com que as feministas que participavam do mesmo, entregassem seu cargo. Essa arbitrariedade gerou muitos protestos por parte de diversos setores da sociedade organizada.

O movimento feminista brasileiro, novamente supera diferenças, entre suas várias

tendências para discutir e organizar propostas específicas para as mulheres na Constituição de 1988. Os Fóruns Feministas ou de Mulheres como se chamaram em alguns estados, estão presentes em todas as Constituintes Estaduais e Municipais.

Em 1989, ocorre a desarticulação definitiva do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. O movimento feminista por diversas razões se retrai, sai das ruas e perde sua visibilidade, muda suas feições. As mulheres de uma maneira geral passam a militar em movimentos de bairro, nos sindicatos, no movimento negro, em clubes de mãe, pastorais e nos partidos políticos.

O que convém ressaltar é que essa nova cara do movimento é fruto da militância feminista, por creches, contra a violência à mulher, por práticas que garantam a saúde da mulher. Mas, apesar dos avanços, as mulheres das camadas populares, em sua maioria ainda desconhecem esses avanços, não podendo portanto deles se beneficiar. As feministas brasileiras hoje, lutam para que os direitos conquistados na constituição de 1988, que retiraram a mulher brasileira da condição de cidadã de segunda categoria, passem a ser realidade. Os caminhos usados para que tanto aconteça são os mais variados, mas todos passam por uma conscientização das mulheres sobre seus direitos.

↳ Durante o século XX, o feminismo possibilitou às mulheres o acesso à educação, aos direitos políticos, empregos, embora haja muito ainda a se trabalhar no sentido da eliminação de leis e de “costumes” que contribuem para manterem as mulheres em posições inferiores.

Nas três últimas décadas, após um longo silêncio, as mulheres ganharam as ruas provocando um “renascimento” do feminismo, alcançaram a educação superior, entraram para o mundo dos negócios em profissões liberais, derrubando crenças antigas quanto ao seu papel. A posição de destaque das mulheres no mercado de trabalho, é uma das tendências do 3º

milênio.

Com os avanços da medicina e melhoria da qualidade de vida, homens e mulheres tem vida mais longa. Isso vem representando um novo capítulo na história das mulheres, fazendo com que o movimento feminista comece a focalizar questões além dos anos de procriação.

Segundo Gutiérrez, (1992), o feminismo tem procurado levantar os véus desta cultura que subestima a mulher de modo geral e principalmente na terceira idade, com o intuito de abrir novos caminhos que a conduzam à conquista de um papel íntegro na vida.

### **3.2-ALGUNS ASPECTOS DO CLIMATÉRIO**

“Historicamente, o climatério ou a menopausa como é mais conhecida pelas mulheres, até recentemente era apresentada às mesmas como algo ruim, o fim, como sinônimo de envelhecimento, pois “o papel social da mulher sempre esteve ancorado aos valores de sua etapa reprodutiva e à sua capacidade de gerar e educar filhos” ( Tolosa,1997).

O espetacular aumento na expectativa de vida proporcionado pelos avanços da sociedade moderna , fez com que, pela primeira vez na história as mulheres tenham esperança de passar um terço de suas vidas após a menopausa.

Para Rodrigues & Rodrigues, apud Biffi (1995, p.9), “a esperança de vida ao nascer para a mulher brasileira foi de sessenta e seis anos entre 1980 e 1985 e, a projeção para o ano de 1985 ao ano 2000, é de setenta e um anos e meio”.

As profundas mudanças na estrutura sócio-econômica deste final de século, onde a mulher está cada vez mais dividindo espaços e obrigações com os homens, faz com que atualmente, as salas de diretoria de grandes empresas, as salas de pós-graduação e outros

locais de trabalho, venham sendo invadidos pelas ondas de calor das mulheres da geração pós-guerra, ( a geração baby-boom), vivendo e trabalhando a cem por cento de sua capacidade. Parece ser um momento ainda que muitas estão decidindo ser mães, (fenômeno mãe menopáusica), outras estão envolvidas com familiares idosos e doentes, a maioria não se sente velha, e se incomoda com os sinais e sintomas do climatério que possam abalar sua capacidade de produzir, de estar no momento de vida, que profissionalmente, intelectualmente, muitas vezes é o melhor pelo qual já passou. Esta geração vem discutindo e provocando mudanças na maneira de se encarar o climatério feminino.

### **3.3.1- O que é o climatério?**

“Em documentos médicos do século XVIII não há registro da palavra menopausa, porém encontra-se a seguinte definição de climatério: Ano tido supersticiosamente como de azar. Tempo de doenças temperamentais ou perigoso por suas circunstâncias. Estar climatérica é estar de mau humor” (Tolosa,1997 p.7).

Atualmente o termo climatério é mais utilizado, e por vezes confundido, para designar a época em que acontece a menopausa, do grego menos, (menstruo) e pausis (cessação), significando a interrupção definitiva do ciclo menstrual. É a fase da vida feminina imediatamente anterior e posterior à última menstruação.

O climatério marca a transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher, podendo ou não ser acompanhado de sintomas gerais, ocorrendo normalmente na meia idade.

Em geral, os autores dividem o climatério em três fases :

- 1) Pré - Menopausa: fase que se inicia os transtornos menstruais. Este período pode se iniciar de dois a até dez anos antes da última menstruação.

- 2) Menopausa, última menstruação, que só pode ser considerada como tal após um ano da última menstruação.
- 3) Pós - menopausa, definido como o período até três anos após a última menstruação, aonde pode se apresentar distúrbios neuro-vegetativos e orgânicos. (Trien, 1994, Almeida, 1995).

Tolosa, (1997), ressalta que para as mulheres submetidas a histerectomias, porém com conservação dos ovários, o processo da menopausa terá início quando os níveis hormonais começarem a diminuir.

Ao longo da idade adulta, a produção hormonal começa a diminuir de forma lenta e gradativa. A redução de hormônio circulante provoca mudanças nos órgãos onde os mesmos exercem suas funções, gerando os sintomas do climatério.

Em média, a menopausa acontece por volta dos cinquenta anos variando em função de características familiares e particulares. Segundo Tolosa, (1997,p.21), “estudos já admitem que nas classes sociais mais baixas, em que a nutrição é deficiente, a idade média com que as mulheres chegam á menopausa é menor do que nas classes sociais em que não se verificam deficiências alimentares”.

O climatério é um período de transição, crítico, caracterizado por instabilidade hormonal e emocional, que na opinião de Almeida (1995 ) “andam sempre imbricadas, sendo impossível separá-las”.

É uma fase na visão dessa autora de contestação, de questionamentos aos valores que conduziram a vida da mulher até esse momento e quanto ao futuro que a aguarda. O climatério, a menopausa, são eventos que irão acontecer na vida de todas as mulheres, mesmo para aquelas que estão em plena capacidade profissional.

Este é um período da vida das mulheres em que a mesma está enfrentando grandes

mudanças físicas, e as emocionais também são muitas: provavelmente a mulher no climatério está enfrentando a saída dos filhos de casa, a dependência ou morte dos pais, um companheiro que também está atravessando crises de meia idade, o medo da velhice, fazendo-a encarar sua própria finitude.

Trien (1994), Gutierrez (1993), Halbe (1981), colocam que para este período cada mulher tem uma história particular para contar. Os profissionais de saúde devem levar em consideração o conjunto de emoções e experiências, o contexto e o estilo de vida de cada mulher, pois os mesmos farão variar a intensidade dos sintomas. A gravidade dos sintomas também dependerá da rapidez com que ocorra a queda dos níveis hormonais, principalmente o estrogênio e a sensibilidade da mulher a essas mudanças.

Os sintomas mais comumente atribuídos ao climatério são: irregularidade menstrual, ondas de calor, suores noturnos, ressecamento vaginal, insônia e/ou pesadelos, alterações sensoriais ( referentes à visão, ao olfato e às alterações de sabor), sensações estranhas na cabeça, dores lombares, surgimento de alergias e sensibilidades, flutuação no desejo e na resposta sexual, coceira vulvar, indigestão, flatulência, súbita aparição de pelos faciais, alterações no ritmo cardíaco, choro sem razão, articulações doloridas, dores no calcanhar ao despertar, alteração da grossura e textura de cabelos e pêlos, embranquecimento de cabelos e pêlos pubianos, dificuldade para respirar, aumento da frequência miccional, perda urinária involuntária ( ao espirrar, pequenos esforços e no orgasmo), tendência a infecções urinárias, aumento da ocorrência de infeções urinárias, aumento de peso localizado ( principalmente no abdômen), súbitos ataques de raiva, sensibilidade exagerada ao toque, ataques de pânico inexplicáveis, ansiedade, perda de confiança pessoal, depressão, dispareunia, cefaléias, facilidade para se magoar, formigamento na pele e lapsos de memória.( Almeida, 1992, Tolosa, 1997).

Trien (1994, p. 18), reforça que para a comunidade médica apenas três sintomas resultam diretamente da diminuição do estrogênio:

*“1) Fogachos e rubores: súbitas ondas de calor no rosto, pescoço e tórax. Quando ocorrem à noite são chamados “suores noturnos”, isso ocorre devido a instabilidade vaso - motora.*

*2) Atrofia vaginal, provocando o ressecamento da mesma. Ocasionalmente por vezes prurido vaginal, convém ressaltar que as mucosas da boca e olhos muitas vezes também ressecarão.*

*3) Perda de densidade óssea. Por volta dos trinta e cinco anos os ossos da mulher começam a perder cálcio. Para a maioria isso não traz problemas, entretanto, uma em quatro vai desenvolver osteoporose, doença óssea que torna as mulheres vulneráveis ao aumento de fraturas na velhice”.*

Raramente o climatério é um fenômeno devastador, estima-se que apenas 10% das mulheres que chegam naturalmente a menopausa experimentam sintomas severos, outros 10% não experimentarão nenhum sintoma, passando pelo mesmo sem percebê-la. A grande maioria experimentará de pequenos transtornos até problemas existenciais, que podem ser de difícil solução. Quanto mais envelhecem, mais diferentes ficam as mulheres, umas das outras. (Trien, 1994, Tolosa, 1997).

### **3.3.2- O climatério enquanto endocrinopatia.**

Antes do século vinte, segundo Trien, (1994), se acreditava que os fogachos e outros sintomas do climatério, se relacionavam com a retenção do sangue menstrual. As mulheres eram submetidas então a sangrias, sanguessugas e tratamentos com laxantes,



buscando livrar o corpo da mulher das impurezas menstruais.

Em 1929, Adolf Butenandt, ganhou o prêmio Nobel de química ao isolar o estrogênio da urina em mulheres grávidas. Mas o uso do estrogênio como terapêutica para os sintomas do climatério, passa a se difundir a partir de 1966, com a publicação do livro *Feminina para Sempre*, do ginecologista Robert Wilson.

Este livro recomendava que as mulheres começassem, o tratamento com estrógenos, antes que ocorressem os estragos da menopausa, e que deveriam continuar a tomar os mesmos até a morte. A notícia de uma nova fonte de juventude, ressalta Trien,(1994), levaram as mulheres a uma corrida às livrarias e farmácias.

“Em 1975, o estrogênio já era a quarta ou quinta droga mais prescrita nos Estados Unidos”, quando neste mesmo ano, várias equipes independentes de pesquisadores, provaram que as mulheres tratadas com estrógeno por mais de um ano corriam um risco maior de desenvolver câncer de endométrio”, ( Ibidem)

Apesar da demonstração dos riscos da estrogenoterapia, durante a década de 70, ocorreu uma mudança na percepção tanto dos profissionais de saúde, quanto das mulheres climatéricas, fazendo com que a menopausa passe de um fenômeno fisiológico para uma insuficiência ovariana, uma síndrome endócrina, podendo e devendo ser tratada, pela terapia de reposição hormonal (TRH). A insuficiência ovariana, caracteriza-se pela perda da capacidade dos ovários de produzir quantidades equilibradas de esteróides sexuais, particularmente estrôgenios e progesterona.

*“A função ovariana influencia de forma significativa o equilíbrio estrogênico feminino, que, por sua vez, condiciona modificações importantes nos órgãos-alvo, ou seja, todo sistema geniturinário, mamas, pele, ossos e sistema cardiovascular”* ( Krahe & Guaragna, 1993, p. 161).

Segundo Wehba e Fernandes, (1996, p. 1), a TRH, *“como o próprio nome diz, representa a reposição de hormônios, em situações em que esses se encontram diminuídos, procurando-se atingir níveis sanguíneos suficientes para a normalização da função das células e dos tecidos-alvo, diminuindo ou eliminando a sintomatologia da privação hormonal”*.

Esta terapia foi severamente condenada, durante as décadas de 70 e 80, pelo sugerido aumento no risco de câncer de mama e de endométrio, nas pacientes a ela expostas. Entretanto, na última década, essas críticas praticamente desapareceram, uma vez que se demonstrou que a maior parte dos efeitos negativos relatados, relacionava-se à ausência da progesterona, na maioria dos esquemas terapêuticos.

Embora, ainda existam controvérsias em relação à TRH, a mesma vem ganhando a aceitação junto aos profissionais médicos, principalmente por seu papel cardioprotetor e bloqueador da perda de massa óssea. As controvérsias atuais, entre os profissionais, em sua maioria, se referem à quanto tempo, uma mulher deve ser submetida à TRH.

Segundo Tolosa,(1997, p. 48), essa mesma unanimidade não existe entre as mulheres, *“pois muitas das mulheres que atualmente atravessam a menopausa presenciaram os efeitos dos hormônios quando começaram a ser usados medicamente, como anticoncepcionais em 1961. Os primeiros preparados hormonais disponíveis naquela época continham grandes quantidades de hormônio e seus efeitos colaterais, como o aumento de peso e o aparecimento de pêlos faciais, eram geralmente intensos”*.

Para esse autor, é importante o profissional de saúde levar em conta esses componentes, uma vez que estão baseados em memória coletiva, e expor às mulheres os avanços do conhecimento científico e os benefícios desta terapia, discutindo e decidindo com ela, sua adoção.

Apesar de todos os benefícios da TRH, descritos na literatura, existem contra-indicações absolutas para a TRH, como : câncer de mama ou de endométrio prévios, (hormoniodependentes); hepatopatia aguda ou grave; distúrbio tromboembólico ativo; distúrbio tromboflebítico ativo; gestação; sangramento uterino sem diagnóstico de causa ( Wehba & Fernandes, 1996).

Algumas outras patologias, apesar de não serem contra-indicação, necessitam de maiores cuidados médicos, como por exemplo: diabetes grave, epilepsia grave, doenças benignas de mama, edemas de origem renal ou cardíaca, pancreatite e hipertensão grave.

Entre os efeitos colaterais da hormonioterapia, o mais comum é o sangramento uterino. Também são observados o aumento de peso, o aumento e sensibilidade das mamas, cefaléia, náuseas, edema de membros inferiores, além de cloasma. Vários autores chamam atenção para o fato dos efeitos colaterais variarem enormemente de mulher para mulher, e que esses efeitos devem sempre serem discutidos com o médico da mesma, pois às vezes uma simples mudança de via é suficiente.

Antes de iniciar a TRH, alguns cuidados devem ser adotados. Wehba & Fernandes, (1996, p.4), sugerem que os médicos, antes de indicarem a TRH, devem proceder a seguinte investigação:

*“ verificação da presença de antecedentes familiares e próprios de fatores de risco para câncer, doenças cardiovasculares e osteoporose; exame clínico-ginecológico: pressão arterial, peso, exame ginecológico, propriamente dito e de mamas. Realizar os seguintes exames laboratoriais e de imagem: urina I, glicemia, lipídios, triglicérides e colesterol total e de frações ( HDL, LDL); colpocitologia oncótica; teste de progesterona em menopausadas com um ou mais anos de amenorréia. Esse teste se faz administrando-se progestógenos por sete dias. Se, após o 7º. dia, houver sangramento, uma investigação da*

*cavidade uterina se impõe na profilaxia de hiperplasias e câncer silenciosos; mamografia nas mulheres com mais de 50 anualmente; densiometria óssea; o ideal é realizá-la em todas as pacientes ou, pelo menos, nas que apresentem fatores de risco para osteoporose; dosagens de FSH e LH - somente para as pacientes no climatério pré-menopausal ( quando se deseja caracterizar esse período); ultra-som pélvico ou vaginal: para a profilaxia de neoplasias pélvicas, nas pacientes de risco”.*

Krahe & Guaragna, (1993, p.167), acrescentam a avaliação da função da tireóide para afastar hipertireoidismo cujos sintomas assemelham-se aos do climatério.

Apesar de necessária, o impacto financeiro dessa investigação no Sistema Único de Saúde é imenso, exige por parte dos profissionais critérios para solicitação dos exames, por parte dos dirigentes planejamento e avaliação da eficácia das ações de saúde, realmente executadas para as mulheres climatéricas e, por parte das mulheres climatéricas, a discussão e luta por um atendimento digno e resolutivo no Sistema de Saúde.

### **3.3.3 ESTROGÊNIOS**

Os estrogênios mais utilizados nesta época da vida são os naturais: estriol, 17-beta-estradiol, valerinato de estradiol e os estrogênios conjugados.

O Ministério da Saúde, (1994), recomenda que os estrogênios sintéticos, não devem ser os de primeira escolha, por apresentarem maior resistência metabólica e atividade prolongada.

O estriol apresenta ações central e periférica fracas, isto porque apresenta um tempo curto de retenção, de 1 a 4 horas, no núcleo das células alvo. Não é considerado eficiente na prevenção da osteoporose, nem no controle dos sintomas da menopausa. É utilizado para tratamento, de 1 a 3 mg diários, para tratamento de sintomas locais da atrofia

urogenital. Apresenta-se em forma de comprimidos e creme vaginal . (Ministério da Saúde, 1994; Krahe & Guaragna, 1993).

O 17-beta estradiol tem boa ação central e periférica, é encontrado na forma transdérmica com 25, 50 e 100 mg, que são liberados em um período de três dias. (Ibidem).

O valerinato de estradiol possui ação central, periférica e é bem tolerado.

Os estrogênios conjugados, são bem tolerados, por via oral, a absorção é entérica. Possui uma absorção uniforme, alcançando níveis séricos terapêuticos sem grandes oscilações, sendo observado desta maneira, um efeito benéfico sobre o metabolismo lipídico. O mesmo já não acontece, quando utilizado pela via vaginal, pois a absorção vai depender do grau de maturação do epitélio. (Ibidem)

#### **3.3.4 PROGESTOGÊNIOS**

Os mesmos são administrados periodicamente com o objetivo de promover a descamação do endométrio.

Existem dois grupos de progestogênios:

1) Progestogênios de síntese do grupo acetoxiprogesterona, que são os seguintes: progesterona, 17-hidroxiprogesterona, caproato de 17-hidroprogesterona, acetato de megestrol, acetato de ciproterona e clomardinona.

2) Progestogênios de síntese do grupo 19-nortetosterona: alilestrenol, linestrenol, noritinodrel, noretindrona, acetato de noretindrona, diacetato de noretindrona, diacetato etinodiol e gestonorona.

*“Via de regra, deve-se administrar o progestogênio por período de 12 dias, após o qual ocorre a descamação endometrial. Algumas pacientes vão tomar progestogênio todos os meses, outras de três em três meses. No período em que estão sob ação do progestogênio,*

*referem comumente sintomas como ingurgitamento mamário, mastodinia, irritabilidade, angústia, desconforto pélvico. Outros esquemas indicam o uso do progestogênio de forma contínua em baixa dosagem junto com estrogênio”* ( Krahe & Guaragna, 1993, p.169).

Os mais utilizados no climatério são: acetato de medroxiprogesterona, noretindrona e acetato de norentindrona.

Juntamente com o médico, a mulher deve decidir que se a hormonioterapia deve ser instalada e qual a melhor via a ser utilizada. A escolha do esquema terapêutico de cada mulher, deve ser particularizada de acordo com idade, peso, época da menopausa, início e intensidade dos sintomas e doenças intercorrentes. *“A adoção padronizada de um só tipo de produto, não preenche as necessidades terapêuticas diferentes de cada mulher”* (Krahe & Guaragna, 1993, p.170).

Muitas mulheres não conseguem se adaptar a TRH ou mulheres que resistem a tratar com medicamentos um acontecimento tão natural quanto a menopausa, podem lançar mão de outros recursos tanto da medicina alopática quanto da natural, para amenizar sinais e sintomas provocados pelo climatério.

### **3.4 TRATAMENTOS NÃO HORMONAIIS**

Os fogachos, ondas de calor, são apontados como o sintoma mais comum do climatério e como um dos que mais incomodam as mulheres. Aproximadamente 80% das mulheres relatam sentir ondas de calor, em diferentes graus. As ondas de calor em sua maioria são inofensivas e temporárias, não constituindo um risco para a saúde da mulher. Segundo Trien, (1994), apenas 15% das mulheres, consideram seus calores tão severos, a ponto de exigir tratamento médico.

Nos casos em que a mulher decide não fazer uso de hormônios ou em que a

mesma se encaixa dentro de uma das contra-indicações da TRH, pode-se usar outras alternativas farmacológicas para minorar as ondas de calor.

É importante salientar, que vários autores alertam para o fato de que essas drogas não têm atuação sobre as alterações do sistema urogenital, osteoporose e metabolismo lipídico.

**Clonidina:** medicamento usado originalmente no tratamento de hipertensão e enxaqueca. Entretanto, a clonidina tem efeitos colaterais desagradáveis e freqüentes, como secura na boca, tonturas e enjoô. “Além disso, a clonidina é eficiente no alívio dos fogachos apenas em quarenta e seis por cento dos casos” (Trien,1994).

**Sulpiride e Veralepride:** sedativos e tranqüilizantes, (psicotrópicos), também são prescritos como alternativa no combate as ondas de calor, porém seus efeitos são discutíveis pois os mesmos aliviam os fogachos, embotando as sensações das mulheres. Seus efeitos colaterais, são bastante desagradáveis e normalmente contra-indicam seu uso como a galactorréia e a mastalgia.

**Antidepressivos:** embora se constitua em recurso, que alguns médicos lançam mão para o tratamento dos fogachos, a literatura é bastante ambivalente em relação aos mesmos, indo de publicações que falam do seu uso com sucesso, até aquelas que dizem que os mesmos não tem nenhum efeito sobre a sintomatologia climatérica.

**Vitaminas e antioxidantes:** as publicações a este respeito estão baseadas em testemunhos de mulheres que declaram terem usado as vitaminas E, e também o conjunto de vitaminas do complexo B e C, bem como dos bioflavonóides, no controle da sintomatologia própria do climatério. “Apesar de as evidências apontarem resultados positivos, não há estudos médicos com grande número de pacientes que possam confirmar seus efeitos, principalmente em relação à sintomatologia climatérica” (Tolosa, 1997).

**Fitoterapia:** As ervas medicinais sempre foram utilizadas pela humanidade no tratamento de enfermidades, embora hoje se constituam recurso usado na medicina popular e natural, muitas mulheres e terapeutas naturais pensam ser as mesmas um bom recurso a ser utilizado para o alívio dos fogachos.

“As seguintes ervas são consideradas úteis na menopausa: salsaparilha, alcaçuz, framboesa vermelha, cramp bark, black cohosh, damiana, ginseng, don quai, squaw vine e falsa raiz de unicórnio” (Trien,1997). Afirma-se que essas plantas contêm estrógeno e que estimulam o corpo a produzir o mesmo, a maior parte dessas ervas podem ser encontradas em consultórios de terapeutas naturais, assim como em lojas de produtos naturais.

Sheehy, (1995), cita também o óleo de primula, que contém o ácido gamalinolênico, que ajuda a intermediar a atividade hormonal.

**Terapias Alternativas:** Muitas mulheres também relatam melhoras dos sintomas vasos motores, com a adoção de técnicas como a acupuntura, massoterapia, meditação, oração e biofeedback, por aliviarem as tensões, e acreditarem que estas técnicas mantêm a acidez do sangue em perfeito equilíbrio, representando uma defesa natural contra a osteoporose.

### 3.5 MUDANÇAS POUCO VISÍVEIS DO CLIMATÉRIO

Segundo Sheehy, (1995), a menopausa é um dos três grandes mistérios de sangue que assinalam a vida interior da mulher, sendo os dois primeiros a menarca e a gravidez. Todos esses três eventos levam a mulher a mudanças na sua vida, iniciando novos caminhos, traçando novos objetivos e novos cuidados para consigo.

Raramente as mulheres que estão entrando no climatério hoje, passando por toda essa mudança hormonal e emocional, podem contar com os ensinamentos de sua mãe, isso



porque as mesmas foram criadas em um período em que era vergonhoso falar do corpo e porque sendo a primeira geração que sobreviveram em grande número ao climatério não conheciam as perturbações e doenças fatais que poderiam privá-las de uma qualidade de vida razoável.

A mulher que tem cinquenta anos hoje, não quer ser relegada a fileira das vovós, na maioria das vezes ela quer SER considerada por suas opiniões maduras, pelo seu intelecto bastante disciplinado e também pelos seus talentos. Essas mulheres vem procurando conferir normalidade à menopausa, que introduz a mulher na maturidade, procurando se tornar consumidoras atentas, ativas e bem informadas sobre a assistência médica, determinando sua qualidade, procurando por uma expectativa de vida não só longa, mas saudável.

As mulheres climatéricas precisam se informar sobre as mudanças não tão visíveis do climatério, (por se darem no interior do corpo feminino, permanecendo de certa maneira ocultas), que podem diminuir em muito sua qualidade de vida em um futuro próximo, como a osteoporose, alterações cognitivas e as doenças cardíacas.

Devido ao impacto que essas doenças podem ter na qualidade de vida e autonomia, da mulher climatérica, principalmente no período pós-menopausa, faremos uma pequena revisão sobre os mesmos.

### **3.5.1 OSTEOPOROSE**

Osteoporose, significa ossos porosos, nesta condição os ossos vão ficando cada vez, mais finos, até que não conseguem mais constituir a estrutura do corpo. *“Trata-se de uma doença silenciosa que progride quase ou totalmente sem sintomas. O indivíduo pode perder massa óssea lentamente, até que uma fratura ocorra. De fato, uma fratura pode ser o primeiro sinal da doença.”* (Borges, 1994, p. 33).

Como todos os outros tecidos, os ossos são afetados pelo envelhecimento, encontrando dificuldades maiores para se reconstituírem, a partir dos 35 anos de idade.

*“As mulheres perdem tecido ósseo na mesma proporção que os homens até a menopausa. Aí os caminhos se modificam. O declínio dos níveis de estrógeno acelera a perda de tecido ósseo. Nos cinco ou seis anos que se seguem à menopausa, as mulheres perdem o dobro do tecido ósseo que os homens da mesma idade, no mesmo espaço de tempo. Não é raro uma mulher ter de 1 a 2 por cento de perda num ano e perder de 50 a 70 por cento da massa de esqueleto até sessenta e cinco anos . A taxa de perda óssea entre as mulheres na menopausa decresce gradualmente e pelos sessenta e cinco anos volta a se igualar a dos homens”* (Trien, 1994, p. 229).

Por ser muito comum a perda de massa óssea no processo de envelhecimento, a mesma é considerada normal, porém essa perda não pode ser aceita como normal e as fraturas inevitáveis para as mulheres idosas, pois se essa condição for aceita pacificamente por profissionais de saúde e mulheres climatéricas e da terceira idade, com o tempo podem surgir dores atrozes, a deformidade e até mesmo a imobilidade.

Segundo McIlwain et al, (1993), a osteoporose pode ser dividida em quatro estágios. O primeiro estágio, se inicia em algum ponto quando se chega a idade adulta , entre os 30 e 40 anos, quando o equilíbrio entre o processo de formação e eliminação de tecido ósseo se rompe, porém ainda não há possibilidade de detecção do decréscimo da densidade óssea.

Porém esse seria o momento ideal para que os profissionais de saúde identificassem as mulheres, com fatores de risco para a osteoporose, uma vez que esse é o melhor momento para a adoção de medidas preventivas específicas.

O segundo estágio, se inicia em geral logo após que se tenha completado 40 anos,

quando já se perdeu massa óssea, mas o tecido ósseo restante ainda é saudável, não representando ainda risco de fraturas para a maior parte das mulheres. Porém, a redução de massa óssea já é detectável por RX, nessa época.

Nesta época, a mulher pode realizar um RX por qualquer motivo de saúde, e descobrir uma alteração na densidade óssea, uma osteopenia, termo destinado a descrever a ausência aparente de osso nos exames radiográficos. O problema segundo McIlwain et al,(1993), é que a maior parte dos médicos, confere pouca ou nenhuma importância a osteopenia, uma vez que classicamente a mesma não representa um diagnóstico, mas se esquecem que é necessário 30% de perda da densidade óssea, para que a mesma se torne visível no RX comum.

Mais uma vez aqui a identificação dessa condição, poderia alertar mulheres e profissionais da necessidade da adoção, de um plano de prevenção dos próximos estágios da osteoporose, procurando eliminar os fatores de risco para a mesma.

O terceiro estágio da osteoporose se inicia quando acontece uma fratura, devido a um entorse ou a um acidente de pequeno porte. Usualmente é nessa fase que a osteoporose é identificada, essa primeira fratura evolui para cura, sem maiores seqüelas. Provavelmente a osteoporose existe a algum tempo, nesta fase o acompanhamento médico regular já se faz necessário.

Novamente aqui a mulher terá que adotar um plano de medidas que eliminem os fatores de risco, mas já será necessário o uso de medicamentos como cálcio e a calcitonina, sendo necessário a partir daqui o seguimento da densidade óssea, através da densiometria monitorando ganhos e perdas ósseas.

O quarto estágio é aquele onde as fraturas passam a acontecer por movimentos da vida diária e já estão presentes a dor crônica e as deformidades. Este estágio passa a acontecer

após os 55 anos de idade, algumas mulheres podem adotar nessa fase uma postura curvada devido as freqüentes fraturas da coluna, provocando dores e limitação dos movimentos cotidianos. Outro sinal dessa fase é a perda de altura.

Nesse estágio, o médico e a mulher terão que traçar um plano de reabilitação das deformidades e controle da dor. Provavelmente se farão necessários medicamentos para se impedir que se continue a perder massa óssea. Normalmente a mulher necessitará de ajuda psicológica, pois como os progressos são lentos, há uma tendência acentuada a depressão.

A osteoporose pode ser classificada nas formas primárias e secundária. A osteoporose primária, tipo I ou pós-menopáusicas, não pode ser associada a qualquer outra patologia subjacente. A osteoporose secundária, tipo II, ou senil, pode ser o resultado de outras patologias como o hiperparatireoidismo, ou de condições iatrogênicas como o uso prolongado de corticosteróides e heparina.

A divulgação de que a osteoporose pode ser prevenida e até mesmo tratada com êxito, é vital tanto para as mulheres individualmente, bem como para o sistema de saúde brasileiro que pode assim tentar evitar tratamentos longos e caros, onerando ainda mais a sua já abalada saúde financeira.

#### 3.5.1.1 Incidência da osteoporose

*“Apenas nos Estados Unidos, a osteoporose afeta 25 milhões de indivíduos, sendo responsável por mais de 1,3 milhões de fraturas por ano, a maioria das quais ocorre após os 65 anos de idade. O sistema de assistência de saúde norte-americano gasta mais de 10 bilhões de dólares que são pagos para os custos emergenciais associados com essas fraturas, assim como os custos médicos e sociais a longo prazo” (Black & Jacobs, 1993, p. 1835).*

Segundo o Ministério da Saúde,(1994), aproximadamente 25% das mulheres brasileiras apresentarão osteoporose importante após quinze anos de menopausa.

Castro, (1993), ressalta que apesar de desconhecemos, o real impacto da osteoporose no Brasil, a mesma não deve ser menosprezada, já que em estudo, realizado pelo mesmo em 1986, sobre a incidência de fraturas de colo de fêmur em Porto Alegre, foi encontrado uma faixa intermediária entre as conhecidas no resto do mundo.

### 3.5.1.2 Aspectos clínicos e avaliação Laboratorial, da Osteoporose

As dores nas costas e as fraturas são os sintomas iniciais mais característicos. As fraturas ósseas são a principal complicação da osteoporose e resultam em perda de altura, dores crônicas, com destaque para a lombalgia, deformidades, como a cifose, incapacidade funcional, imobilidade que pode resultar em morte. Segundo Castro, (1993 p. 147), *“as principais fraturas de osteoporose pós menopáusicas são as de rádio distal, ou de Colles, e as de coluna vertebral, que resultam da perda predominante de osso trabecular. Também podem ocorrer fraturas de fêmur proximal, mas estas são mais comuns nas osteoporose senil”*.

Os exames radiográficos são de pouca utilidade, para prevenção e controle de tratamento, uma vez que são muito pouco sensíveis para medir a massa óssea, entretanto podem identificar fraturas e outras causas de dores articulares.

As densiometrias, são seguras e indolores, proporcionam uma mensuração da quantidade de tecido ósseo, no entanto a realização desses exames não são acessíveis a maior parte da população brasileira, por serem caros e necessitarem de um profissional bastante qualificado, para a interpretação do mesmo.

Os exames bioquímicos são úteis para a exclusão das causas de osteoporose secundária. A excreção de hidroxiprolina e de cálcio na urina e a fosfatase ácida, fração tartarato-resistente sérica são marcadores das perdas ou da atividade osteoblástica, bem como a fosfatase alcalina e a osteocalcina séricas são marcadores da atividade osteoblástica. No entanto, vários autores recomendam seu uso com muita cautela pois são pouco específicos.

A biópsia óssea pode ser um recurso, entretanto raramente é usada por ser considerada invasiva e precisar de um patologista especializado, para sua interpretação.

O tratamento da osteoporose depende da adoção de medidas preventivas como uma dieta rica em cálcio, evitar realizar regimes extremamente severos, passar a exercitar-se diariamente, evitar substâncias que interfiram na absorção do cálcio (álcool, cafeína e nicotina), cada mulher deve examinar atentamente junto com seu médico a necessidade de se iniciar a TRH.

Quando a mulher tem osteoporose o tratamento medicamentoso é realizado no sentido de não se perder mais massa óssea. Para tanto se utiliza desde a combinação TRH e suplementação de cálcio e vitamina D.

Também são usadas as calcitoninas, especialmente as de salmão e a humana, pois além de provocar alívio dos sintomas, efetivamente aumentam a massa óssea.

Entretanto diversos autores e profissionais médicos são unânimes em enfatizar que as atitudes preventivas, devem se iniciar na infância, mas que devem ser adotadas com certo rigor pelas mulheres climatéricas, sendo que entre essas atitudes as mais enfatizadas são a mudança de hábitos alimentares e a inclusão de um programa de exercícios na rotina diária.

### 3.5.1.3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Após a menopausa, quando os níveis de estrogênio diminuem, as mulheres

perdem a proteção do mesmo que estimula o nível de HDL, aumentando dramaticamente o risco de ataque cardíaco. “*Com o início da menopausa o risco de doença cardiovascular aumenta 18 vezes nas mulheres, comparado com um aumento de cinco vezes nos homens de mesma faixa etária*”(Almeida, 1993).

Sand, (1995 ), chama a atenção para o fato de que essas estatísticas, apesar de serem conhecidas nos meios médicos, ainda são pouco consideradas nos serviços de emergência, expondo ainda mais as mulheres a um ataque cardíaco fatal.

Porém, Tolosa (1997), Almeida (1994), ressaltam que a menopausa não pode ser responsabilizada sozinha, pelo aumento de doenças cardíacas em mulheres mais velhas, os fatores de risco como obesidade, hipertensão arterial, doença aterosclerótica, o hábito de fumar e vida sedentária, contribuem em muito com a perda estrogênica.

Uma alimentação equilibrada livre de colesterol e gordura insaturada, pode ser vital na qualidade de vida futura da mulher climatérica. Como em outras fases da vida, no climatério, a alimentação tem como objetivo fornecer calorias, proteínas e carboidratos, vitaminas, cálcio e sais minerais. O que deve ser levado em consideração ao planejar a alimentação dessa fase da vida é que a cada década diminui a necessidade energética em 2%, essa regra vale para homens e mulheres. (Tolosa, 1997).

A redução do metabolismo energético tem relação direta com a diminuição da massa muscular, própria do envelhecimento. O número de calorias necessária para uma mulher de cinquenta anos varia em torno de 1800 calorias, variando de acordo com o estilo de vida pessoal.

Os alimentos são veículos de nutrientes, sendo que existem cinquenta nutrientes essenciais para o funcionamento do corpo humano. Dois aspectos devem ser levados em consideração para uma dieta saudável: a quantidade e a qualidade do alimento.

Sand, (1995 ), Tolosa, (1997), Trien, (1994), Dutra, (1994), chamam atenção para o fato de que as mulheres climatéricas devem, se necessário consultar profissionais especializados no tratamento de obesidade, para que o mesmo adapte uma dieta a suas necessidade. A mulher climatérica deve aprender: a diminuir o colesterol e gordura insaturada, através da diminuição do consumo de carnes vermelhas e molhos, bem como diminuir o consumo de cafeína, álcool, açúcar e sal e aumentar o consumo de leite e derivados, e de outros alimentos ricos em cálcio. Deveriam também adquirir o hábito de leitura de rótulos, passando assim a escolher alimentos mais saudáveis.

O exercício físico, de acordo com muitos autores, é o melhor remédio para não envelhecer que já foi inventado. As mulheres que não se exercitam têm menos energia, flexibilidade, força e resistência. A atividade física age como um estimulante do bom humor.

Mulheres que praticaram exercícios físicos durante toda sua vida têm maior densidade óssea, um pulmão com maior capacidade ventilatória e um coração mais forte com melhor capacidade de bombear sangue, aumenta a produção do HDL e diminuem a pressão arterial.

***“ A inatividade causa tédio e fadiga. Mas os exercícios lhe dão energia. Como notam os especialistas, não há garantia de que os exercícios adicionem anos à sua vida, mas certamente juntarão vida a seus anos”*** (Trien,1994 p.155).

Os melhores exercícios para coração e pulmões são os aeróbicos, sendo que os mais comuns são: andar, correr, nadar, pedalar, dançar , frescobol, jogar handebol, tênis, pular corda e patinar. Andar é a melhor atividade para quem vai começar a realizar exercícios, isso porque não exige maiores habilidades atléticas e queima as mesmas calorias quando se corre, por exemplo. Além disso é um exercício de sustentação do esqueleto o que ajuda a reduzir as possibilidades da osteoporose.



Qualquer mulher climatérica que vá começar um programação física, antes disso deve realizar uma consulta médica a fim de descartar qualquer impedimento físico, começar devagar e ir intensificando gradualmente os exercícios a fim de manter um nível de batimentos cardíacos seguro, deve se alongar antes de começar os exercícios, fazer e obedecer um horário semanal de exercícios e procurar não abandonar os mesmos.

Sand, (1995), chama atenção para a responsabilidade que o profissional de saúde tem para com as mulheres climatéricas no sentido de alertar as mesmas para a relação entre alimentação, exercícios físicos e saúde.

### **3.6 MUDANÇAS CORPORAIS E EMOCIONAIS NO CLIMATÉRIO**

A associação de acontecimentos externos e de mudanças de ordem pessoal, inclusive as fisiológicas, traz as mulheres dúvidas, perguntas como:

*Que estou fazendo tem algum valor? O que fiz de minha vida? É hora de mudar?*

Da mesma forma que quando adolescentes, as mulheres climatéricas, precisam descobrir a sua verdadeira identidade e se propor novos objetivos, isso porque na maioria das vezes, as metas da juventude, não satisfazem mais nessa etapa da vida.

Atualmente, as mulheres estão consciente da sua capacidade em exercer a profissão que escolheram, usufruem de seu sexo com mais liberdade, concorrem e se elegendem a cargos políticos e muitas encaram a maternidade, como a principal realização de suas vidas.

Algumas mulheres podem sofrer de uma pequena depressão temporária, aliás isso é bastante comum em períodos de transição, podendo se sentir melancólicas ou mal-humoradas e relatam principalmente dificuldades para dormir.

A mente e o corpo, estão interligados, exercendo influência poderosa um no outro. Assim, alguns autores ressaltam que as mudanças físicas do climatério, embranquecimento dos cabelos, rugas e outras modificações na pele, ressecamento das mucosas determinando problemas visuais, auditivos e sexuais, que também podem ser agravados pelo relaxamento pélvico, podem provocar e agravar, essa “depressão temporária”.

*“A mulher que concentrou todo seu interesse no culto de atrativos físicos, que não conseguiu ampliar sua área de interesse, sente-se, agora, culpada, por não saber como preservar sua beleza, como continuar sua vida”* (Natrielli, Soares & Vidigal, 1995 p.8).

Sheehy, (1995), relata ter descoberto que as mulheres que desempenham papéis que valorizam basicamente o intelecto, o raciocínio, a criatividade ou a força espiritual, gozam de alguma vantagem no amor próprio e no status durante o climatério, enquanto que as mulheres cujo valor sempre foi estimado a partir de sua aparência e da sua sedução, têm seu amor próprio e status diminuído.

Mesmo para aquelas mulheres que concentraram seu interesse no intelecto e raciocínio, as mudanças corporais do climatério trarão algum grau de apreensão, principalmente por haver uma tendência na sociedade ocidental em se relacionar beleza com eficiência, existindo até mesmo um preconceito de que a beleza e a eficiência estejam congeladas na juventude.

A maior parte das mulheres na meia idade hoje, está envolvida ou tem procurado concentrar sua atenção na criação de uma nova estética na sua vida. Não querem mais renunciar à beleza própria de sua idade, nem abandonar seu corpo à própria sorte e estão dispostas a direcionar sua vida para além das perdas e ameaças que o climatério possa representar.

Sand, (1995 , p.136), coloca que sua mãe e sua sogra , fizeram parte de uma geração de mulheres climatéricas, que procuravam ignorar seus sintomas e não discuti-los com os médicos, que as mesmas eram consideradas, principalmente pelos médicos, *“uma subespécie... as sem hormônios. Por isso ignoravam seus sintomas esperando que desaparecessem. Infelizmente a menopausa afeta cerca de trezentas funções corporais e os problemas que iniciam com ela não desaparecem. Não há nada de psicótico em ataques cardíacos, câncer e osteoporose.... muitos dos problemas poderiam ser prevenidos.”*

Continua colocando que, *“felizmente, hoje em dia temos mais oportunidades de lidar física e emocionalmente com a menopausa do que nossas mães. Elas não tiveram oportunidade de ter uma medicina climatérica e clínica para menopáusicas. Nós temos.”*

A meu ver a enfermeira é um profissional que por seu potencial de educador pode contribuir muito com as mulheres climatéricas dentro do sistema público de saúde. Ao se comprometer com a educação em saúde, a enfermeira assume o desafio de favorecer o processo de cidadania das mesmas, uma vez que pode proporcionar o acesso a conhecimentos “científicos” que possam estimular a mulher, a começar (ou continuar) a implementação de cuidados de si, procurando garantir, entre outros direitos, uma existência física plena e saudável.

### **3.7 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO DE DIÁLOGO COM AS MULHERES CLIMATÉRICAS**

Classicamente a assistência oferecida a mulher no sistema de saúde se restringe ao período produtivo, com destaque para as ações de pré-natal, planejamento familiar e prevenção de câncer ginecológico, o descaso do sistema de saúde para com a mulher

climatérica é grande, o que fica claro, através dos raros serviços oferecidos as estas mulheres, e das dificuldades, (que em muitos casos chegam a ser impossibilidade), de acesso a exames especializados e medicamentos.

O aumento do numero de mulheres passando pelo climatério no Brasil e a mudança no status da mulher, começa a provocar mudanças no seu atendimento pelo sistema de saúde. As mudanças no status da mulher vêm ocorrendo entre outros fatores pelo grande numero de mulheres presentes no mercado de trabalho, o que lhes garante um certo poder de consumo, influenciando o mercado.

Um motivo, para essa mudança são as concepções preservacionistas do corpo veiculadas a todo momento na mídia e à ênfase dada a responsabilidade particular de cada um com a “preservação” de seu corpo, o que faz com que a mulher climatérica busque cuidar mais de seu corpo. Esta corrente, segundo Debert, (1997), é apoiada pela burocracia estatal que enxerga aí uma maneira de reduzir os custos com o setor saúde.

Outro motivo que vem levando às mulheres climatéricas a freqüentarem cada vez mais o setor saúde é a nova linguagem que vem se instalando na mídia segundo a qual, a velhice também seria uma etapa da vida propícia para realização de sonhos e, que, portanto, o corpo é um veículo de auto-expressão e de prazer, merecendo ser cuidado.

A presença cada vez mais numerosa de mulheres no início do processo de climatério no SUS, poderá propiciar ao enfermeiro atento à presença das mesmas e consciente de seu potencial como educador, a oportunidade de propor ações de cuidar, tanto na assistência individual como em grupo, que teriam como finalidade propiciar a mulher climatérica, alcançarem sua auto-valorização e auto-estima, usando toda sua sensibilidade e capacidade de criar.

*“O homem sempre utilizou o grupo para trabalhar, divertir-se e estudar. Essa*

*característica tão antiga do ser humano é anterior mesmo à sua consciência da necessidade de viver como um ser humano agregado*”, (Munari & Rodrigues, 1997, p.237).

Rogers, (1994), coloca que sempre houve e haverá grupos, enquanto o homem sobreviver no planeta.

Para Pichon- Rivière, (1994), um conjunto de pessoas, interagindo em tempo e espaço, articuladas pelas suas mútuas representações internas, que se propõem implícita ou explicitamente a uma tarefa, seria um grupo.

Para Zimerman apud Munari & Rodrigues, (1997), um grupo não é um mero somatório de indivíduos, pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Todos os seus integrantes estão reunidos em torno de uma tarefa e objetivos comuns.

*“A literatura relata o trabalho desenvolvido por Pratt no Hospital Geral de Massachussets, nos EUA em 1905 como marco histórico no que concerne as primeiras experiências de utilização de grupos enquanto recurso terapêutico*”, (Munari & Rodrigues, 1997, p. 6).

A partir da década de 60, as técnicas grupais, são amplamente divulgadas e utilizadas. A década de 70 marca a consolidação de grupos de auto-ajuda , especialmente para pessoas com problemas crônicos de saúde e dos grupos de encontro, visando crescimento pessoal e aumento de produtividade, através do desenvolvimento do potencial criativo do ser humano. (Ibidem).

As mesmas autoras, colocam que as atividades grupais estão inseridas no trabalho do enfermeiro e que sempre procuraram atender as necessidades do seu tempo, porém é a partir da década de oitenta que os enfermeiros passam a divulgar sistematicamente os resultados desse tipo de trabalho.

Segundo Soprano, (1995), o enfermeiro tem um papel primordial dentro da sistemática do SUS, construindo um cuidar inovador, ou seja, o educar e o cuidar se integram, isto se daria principalmente pela “liberdade” do enfermeiro, que em sua maioria não estariam presos a consultórios. Essa capacidade de circular, de estar junto ao cliente tanto em salas de espera, como na comunidade, pode, na visão dessa autora, fazer com que ele seja um profissional “solidário” ao usuário, possibilitando um atendimento mais humano, por parte desse profissional.

De uma maneira geral, a sociedade está passando por uma transformação “cultural”, em que a vida não é feita apenas de raciocínio e trabalho, mas também de emoções e imaginação. Essa nova maneira de encara-la, vem provocando mudanças na maneira de assistir o ser humano por parte da enfermagem, que encontra cada vez mais nas atividades em grupo uma oportunidade para divulgar conhecimentos e ajudar as pessoas a aumentarem sua autoridade pessoal em relação a sua existência e da comunidade da qual faça parte.

Os grupos oportunizam, em maior ou menor grau, dependendo das características de seu coordenador ou da metodologia que o orienta, o exercício do diálogo entre seus componentes. Para as mulheres climatéricas pode ser muito saudável conversar sobre seus problemas, partilhar alegrias, frustrações e preocupações, pois isso poderá ajuda-la a descobrir “soluções” para algum de seus problemas, bem como, que muitos de seus sentimentos, sensações, problemas físicos e preocupações são comuns a outras mulheres. Outro aspecto importante, é o de que um grupo de mulheres climatéricas deve, também, oportunizar o contato com os conhecimentos científicos a respeito desse período, que mudaram profundamente nas duas últimas décadas, visando instrumentaliza-las nas decisões em relação à sua saúde.

A opção por uma abordagem grupal na assistência deve partir, tanto por parte do

enfermeiro, que deve informar a cliente, as vantagens do trabalho em grupo, quanto da cliente, que não deve ser pressionada à participação, pois a adesão das mulheres à proposta é fundamental.

Detalhes como o tempo de duração de cada reunião, local das reuniões, tipos de trabalho a serem desenvolvidos, o que alguns autores chamam de contrato de trabalho, devem ser negociados no grupo e tomados de preferência logo na primeira reunião para facilitar o andamento do grupo. Sempre que necessário essas regras podem ser revistas.

O enfermeiro que opta por um trabalho grupal deve levar em consideração: o número de participantes e o espaço físico para que todos se sintam confortáveis, favorecendo a todas exercer o direito à voz, o que normalmente não é possível em um grupo muito grande. Trien,(1994), coloca que um grupo para mulheres climatéricas deve ser pequeno, entre oito a doze participantes, uma vez que para as mulheres de uma maneira geral o sentimento de intimidade é algo extremamente importante.

As participantes devem ser estimuladas sempre que possível a expor suas expectativas e necessidades, para que se possa avaliar, decidir ou ainda refazer os objetivos, do grupo. As participantes devem ser estimuladas a confiarem umas nas outras e a regra deve ser não comentar as confidências realizadas fora do grupo, pois a percepção que as participantes tem do grupo, muitas vezes determinará sua efetividade e valor.

O coordenador do grupo irá planejar a reunião quanto às técnicas e tarefas que serão desenvolvidas nas reuniões, bem como conduzir o grupo para contato adequado entre os participantes. Segundo Munari & Rodrigues, (1997), o coordenador deve ser sensível ao tempo de cada participante para colocar-se, ou para tomar decisões no manejo de situações delicadas que se apresentarem no grupo. Ressaltam ainda que a sensibilidade para o manejo desse tipo de situação irá aumentar com a experiência do profissional e também da ajuda

externa, ou seja a supervisão que poderá receber de outros profissionais, para avaliar e redimensionar sua participação no grupo.

A avaliação é um processo importante na vida de um grupo, devendo ser realizada tanto pelo coordenador, quanto pelos participantes, e pode ser feita gradativamente, a cada reunião ou através do preenchimento de questionários ao final do grupo ou da permanência de cada participante.

A comunicação, o diálogo, é essencial dentro de um grupo. Se ocorrerem de maneira satisfatória, seus componentes poderão estabelecer relacionamentos, conhecer a si mesmos, examinando suas atitudes e procurando mudanças de atitudes que considerarem necessárias.

### **3.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER CLIMATERICA**

Segundo Passos (1996), o sentido da palavra Enfermagem, está originalmente imbricado com o de mulher, à medida em que ela surgiu para designar cuidados maternos com a criança.

O envolvimento de enfermeiras com Saúde da Mulher, é bastante antigo, remontando o início da profissão, quando a própria Florence Nigthingale, escreveu conselhos e rotinas que deveriam ser observadas por mães para manutenção da saúde de seus filhos. A da história da enfermagem, é permeada de relatos que ligam enfermeiras ao atendimento do binômio mãe-filho.

No Brasil não é diferente, a maneira como as enfermeiras brasileiras prestaram assistência foi se modificando, a medida que o próprio sistema de saúde se transformava. No decorrer da década de 80, a superação do longo período autoritário, culmina com a



implantação de uma nova constituição em 1988.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1988, estabelece um novo marco referencial e novos padrões para a organização dos serviços de saúde no país, tais como :

- a universalidade, garantida através do direito de acesso aos serviços de saúde à toda população brasileira,
- a descentralização da gestão para estados e municípios,
- o controle social, exercido por meio dos conselhos municipais.
- a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A concretização destes princípios, está acontecendo a partir da reorganização dos serviços de saúde. Segundo, Antunes ( 1996, p. 103), ***“dados da realidade apontam que, embora com diferenças importantes, os três primeiros princípios vêm sendo implementados com a municipalização e a criação dos conselhos de saúde. No entanto, são raras, senão teóricas, as propostas para se atingir a integralidade das ações de saúde.”***

A integralidade, qualidade do inteiro ou total, representa a superação do paradigma clínico, do modelo biológico e de problemas independentes, para passar a enxergá-lo como um ser social, que possui seus conflitos e dificuldades.

Assistência de enfermagem integral aos usuários do SUS, constitui-se em um dos maiores desafios do próximo século para a enfermagem brasileira, que vem procurando entender e efetivamente transformar a assistência de enfermagem como parte do modelo de assistência de saúde, que vem sendo construído pelos cidadãos brasileiros. No âmbito da assistência de enfermagem à saúde da mulher, essas modificações começaram a acontecer

ainda na década de 80, com o lançamento em 1983, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa na maior parte dos documentos de lançamento, que a mulher deveria ser assistida como sujeito da sua própria história.

O Ministério da Saúde, ofereceu inúmeras capacitações a enfermeiros, calcadas na Pedagogia Problematizadora, em várias partes do território nacional, reconhecendo competência e habilidade destes profissionais para trabalharem com a mulher como sujeito de sua própria história.

As atividades assumidas pelo profissional enfermeiro, passavam pelas consultas de enfermagem, para mulheres que apresentavam uma gravidez normal, livre de risco e para planejamento familiar, até atividades educativas que segundo o Ministério da Saúde, deveriam estar presentes nos diversos de saúde, como forma de assistir a mulher.

As atividades educativas iam desde palestras de simples transmissão do conhecimento até os grupos de autoconsciência, que buscavam através do desenvolvimento de uma vivência, real participação da mulher na busca do conhecimento.

A forma como os serviços de saúde se organizaram para atender a mulher, tem tradicionalmente confirmado que o período reprodutivo representa o alvo prioritário das suas ações. O envelhecimento da população feminina, a crescente participação feminina na força de trabalho e a crescente consciência da mulher como ser político, vêm provocando pequenas modificações na maneira como atender a mulher que procura os serviços de saúde atualmente.

Segundo pesquisa realizada por Faria em 1995, no município de São Paulo a maior parte dos serviços de saúde oficiais pesquisados, não estavam preparados para atender mulheres climatéricas, pois as mesmas não são prioridade e assim sendo os profissionais não estão suficientemente preparados para a “escuta” das queixas que são muitas vezes associadas a problemas de ordem psicossociais. A autora considera necessária a absorção desse

contingente populacional pelo PAISM, fazendo-se necessária mudanças nos serviços de saúde pesquisados.

Percebendo que o conceito climatério não pode ser considerado definido como fenômeno biológico e procurando evidenciar a natureza sociocultural, ou seja que a visão que a mulher têm acerca do climatério é constituída socialmente, alguns enfermeiros, como Biffi (1991), Santos (1994), Miranda (1996), Landerdahl (1997), direcionaram suas pesquisas para vivências, enfrentamentos e significados do fenômeno climatério/menopausa, buscando conhecer as principais unidades de significação apontadas pelas mulheres pesquisadas.

Rezende & Gomes (1994), Mota & Magalhães (1996), procuraram conhecer através de pesquisa, as principais queixas das clientes climatéricas, registradas em prontuários nos ambulatórios, em que as respectivas autoras atuavam. As queixas mais comuns são as mesmas apresentadas na literatura médica. Segundo as autoras os trabalhos evidenciaram, a interferência significativa do nível educacional e econômico, da cliente, na exacerbação dos sintomas próprios do climatério.

Pinheiro, Guerra & Guedes (1996), realizaram um estudo do tipo qualitativo e descritivo, em Fortaleza, onde se propuseram a investigar o nível de conhecimento das mulheres de todas as idades, em determinado serviço de saúde. Os resultados desta pesquisa demonstraram que as mulheres desconheciam esse termo, chegando mesmo algumas a referir que se tratava de um tipo de exame de rotina. Ao se referirem ao termo menopausa, encontraram um conhecimento maior, mas muitas mulheres disseram também que não estariam se preparando para essa fase, por ser um período distante de suas vidas.

Durante a revisão bibliográfica sobre o tema assistência de enfermagem á mulher climatérica, não encontrei pesquisas e estudos que fizessem referência aos aspectos clínicos do climatério versus intervenções ou cuidados de enfermagem.

## 4 - METODOLOGIA

### 4.1 ITAJAÍ, O LOCAL DA PESQUISA:

O município de Itajaí, está localizado na Microregião da Foz do Rio Itajaí, AMFRI, composta por 11 municípios. Com uma população estimada para 1996 em 139.632 habitantes, possui uma área de 304 km e representa 20% da área total da AMFRI.

O município de Itajaí foi criado a 4 de abril de 1859, mas sua instalação se deu a 15 de junho de 1860. A dependência do beneficiamento e exportação de madeira, cuja espécie mais importante foi o pinheiro, condicionou sua economia até a década de 70.

Do início do século até a Segunda Guerra Mundial, o Vale do Itajaí experimentou um processo de industrialização, estimulado principalmente pelos imigrantes Alemães e Italianos, que inicialmente se dedicaram a agricultura. Em consequência desta, surge em Itajaí um comércio forte, dedicado principalmente a exportação e importação, montando as grandes empresas de navegação, dentre as quais vale salientar a Companhia Malburg, Konder e Bauer.

Na década de 70 constrõe-se a BR- 101, e o transporte fluvial que existia entre Blumenau e Itajaí, vai sendo progressivamente substituído pelo rodoviário.

Hoje, o município tem sua economia baseada na pesca e na atividade portuária que promove a exportação dos produtos fabricados no estado.

Em 1986, a Secretaria Municipal de Saúde, divide o município em seis regiões. Os critérios utilizados nesta subdivisão foram basicamente, geográficos e populacionais.

A região II, de São Judas Tadeu, compreende os bairros de São Judas Tadeu, Itaipava, Loteamento São Pedro e Santa Terezinha, Carvalho, Ressacada, Nossa Senhora das Graças, Dom Bosco, Rio de Meio e Vila Operária, respondendo no ano de 1991 por 20.142 habitantes.

Os aspectos epidemiológicos apresentados no Plano Municipal de Saúde, para o biênio 1998-1999, apresenta a evolução dos coeficientes de mortalidade geral de 1980 a 1995, que mostra variação entre 6,9 (1983) e 5,7 (1992) óbitos por mil habitantes. A análise da mortalidade proporcional por grupos de causa (CID-BR) mostra que os mesmos grupos ocuparam as dez maiores freqüências de óbitos nos anos de 1993 a 1995, com pequenas alterações na classificação de um ano para outro.

Esses dados pouco diferem da realidade nacional, mostrando que 22,7% tiveram como causa Sinais e sintomas mal definidos, diagnóstico tradicionalmente conferido aos óbitos sem assistência médica ou com diagnóstico indefinido, o que prejudica sensivelmente a análise e remete à necessidade de se desenvolver ações no sentido de oportunizar diagnóstico mais precisos de morte no município.

Em segundo lugar o grupo de doenças cerebrovasculares, foi responsável por 12,2% das mortes. Aparece como determinante de óbito a partir da faixa etária 30-39 anos de idade, crescendo progressivamente nas faixas etárias mais velhas.

Os neoplasmas malignos, terceira causa de óbito com 10,4% da freqüência, tal como a doença cerebrovascular, incide com maior freqüência também a partir dos trinta anos.

A evolução da mortalidade infantil no município, demonstra considerável queda dos coeficientes da década de 80, quando estava em patamar de 40 óbitos por mil nascidos vivos, para a década de 90, quando apresenta coeficientes da ordem de 20 mil por nascidos vivos. A queda nos coeficientes foi proporcional entre os dois principais componentes: a

mortalidade neonatal (de menores de 28 dias) cuja redução está particularmente associada às condições de desenvolvimento e qualidade dos serviços de saúde, e a mortalidade infantil tardia ( de 28 dias a menos de 1 ano), vinculada à melhoria das condições ambientais e sócio-econômicas.

Um dado importante a ser destacado, é a alta incidência de portadores do vírus HIV, trazendo como consequência esperada o aumento da incidência de tuberculose, considerado hoje maior que a do próprio estado .

O bairro São Judas Tadeu é dos mais antigos da cidade e nos últimos vinte anos, perdeu bastante o aspecto de bairro pobre, começando a ter um aspecto de bairro de classe média. Isso se deve principalmente à retirada dos trilhos do trem que cortavam o bairro, sendo substituídos pela Avenida Indaial, aumentando a proximidade entre o bairro e o centro da cidade, ocorrendo uma crescente valorização imobiliária, tanto que ao se caminhar pelo bairro, é bastante comum encontrar pequenas casas de madeira, ladeadas por construções de grandes casas de alvenaria .

Estão localizadas no bairro duas escolas de primeiro grau, sendo uma municipal e outra estadual. Há ainda duas pré-escolas particulares e uma creche com capacidade para 175 crianças de uma instituição filantrópica, a COMBEMI. Também se encontra em funcionamento no bairro, uma escola de educação para o lar, mantida pela Prefeitura Municipal, que oferece entre outros cursos: culinária e corte e costura.

Cabe destacar a presença no bairro de duas instituições especealizadas no atendimento de idosos com características bem distintas, uma de caráter asilar, Asilo Dom Bosco , filantrópica, e outra mantida pela Prefeitura Municipal, Centro de Convivência do Idoso, que visa atender aos idosos durante o dia, voltando os mesmos para casa no final do dia, chamada por muitos dos idosos que freqüentam o mesmo, carinhosamente, de “nossa

creche”.

Estão em funcionamento no bairro uma Igreja Católica, a de São Judas Tadeu , duas Igrejas Evangélicas e um Centro Espírita. Sendo que os grupos de orações, são um ponto forte no bairro, acontecendo tanto na igreja católica, como nas evangélicas. Estes grupos, acontecem nos mais variados espaços, inclusive nas casas de alguns dos participantes do mesmo, sendo que seus líderes são bastante procurados por pessoas dos bairros, devido ao fato da maioria deles praticar a imposição de mãos, com bastante sucesso.

Quanto aos recursos de Saúde, o bairro dispõe além do ambulatório e enfermaria, existente no Asilo Dom Bosco, duas farmácias, vários consultórios odontológicos, uma clínica veterinária, um laboratório de análises clínicas e o Posto de Saúde São Judas, não poderíamos deixar de destacar aqui também a presença no bairro de diversas benzedeiros, com destaque para a figura de um deles, o Zé do Aipim, famoso por seu conhecimento sobre ervas e pela confecção de garrafadas, sua fama ultrapassa as fronteiras de Itajaí, atraindo a população da micro região e pesquisadores da FIOCRUZ.

Outra presença que vale destacar é a de um iridólogo, ( auto-didata), filho do bairro como ele mesmo gosta de dizer, apesar de não morar mais no mesmo, que volta sistematicamente ao bairro, um final de semana a cada dois meses, para dar consultas, e é bastante procurado; principalmente por pessoas que se sentem doentes e para quem a medicina tradicional, não encontra diagnóstico.

O Posto de Saúde São Judas Tadeu, é uma unidade padrão da Secretária Municipal de Saúde, possui 100 metros quadrados, divididos em dois consultórios médicos , um consultório odontológico, uma sala de vacinas, uma para procedimentos de enfermagem, sala de espera e uma farmácia.

A equipe de profissionais é composta por: três médicos ( um pediatra, um clínico

geral e um ginecologista), dois cirurgiões dentistas, um enfermeiro, seis auxiliares de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais.

No momento por problemas de ordem técnica a Secretária Municipal de Saúde não dispõe de dados de produtividade atualizados, sendo que nos últimos dados apresentados formalmente, ou seja no relatório de gestão de 1995, o posto apresentou excelente produtividade.

Pode-se dizer, que o Posto de Saúde possui o respeito da comunidade, uma vez que um grande número de pessoas procuram diariamente os serviços oferecidos pelo posto, e pela população que afluí de outras regiões da cidade, atraídas pela fama de bom atendimento dos profissionais.

#### **4.2 A OPÇÃO PELO INSTRUMENTAL :**

O ponto de vista de um investigador, determina suas escolhas, a maneira como interroga a realidade, as mediações que se dão entre ele e seu objeto de estudo. Esse ponto de vista é expresso “*nos fundamentos teóricos de seu marco referencial, na construção de suas hipóteses e ainda no conteúdo e na forma de seu plano de relacionamento com o fenômeno real que lhe interessa*”, mesmo que isso não seja dito explicitamente. (Breilh, 1991, p.22)

Todo estudo em determinado momento, precisa de um caminho metodológico para que possa alcançar os objetivos propostos pelo mesmo. Assim cabe ao pesquisador a escolha, que emprestará seu instrumental ao mesmo, facilitando e ordenando o caminhar do pesquisador.

“*A pesquisa qualitativa na enfermagem vem despontando como um caminho na busca de instrumental que dê conta das diversas facetas de seu objeto de estudo. Isso*



*começou a ser expresso quando a enfermagem passou a analisar o seu objeto de investigação e verificar que a natureza de seu trabalho não era só biológico, mas apontava para as relações interpessoais com os clientes, para as determinações sociais do processo saúde - doença e para a compreensão da enfermagem como prática social” ( Collet & Wetzel, 1994, p.338).*

As metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas por Minayo, (1992), como aquelas que tem condições de abordar e analisar questões da ordem do subjetivo como significados, intencionalidade que se dá aos próprios atos e ou as estruturas sociais. Essa corrente não se preocupa em quantificar e sim em explicar as relações sociais, que pode ser percebido através do senso comum e cotidiano.

Como afirma a autora, *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões de investigação estão portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos” ( 1992, p. 17).*

Essa afirmação respalda a escolha do tema de pesquisa da minha dissertação de mestrado, escolhido, entre outros problemas vivenciados por mim, na minha prática diária de enfermagem no Posto de Saúde São Judas Tadeu.

Por lidar com seres humanos, a pesquisa na área da enfermagem, acaba muitas vezes por promover uma identidade entre sujeito e objeto, podendo tornar o investigador solidário e comprometido, com o seu objeto de pesquisa. Acaba, ainda, por se defrontar com os aspectos subjetivos das diversas vivências humanas, fazendo com que o caminho da pesquisa qualitativa se torne apropriado e bastante utilizado como metodologia por enfermeiros.

Para Minayo, (1996), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando assim, com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A mesma autora coloca que apesar das diferenças entre o qualitativo - quantitativo, serem de natureza, os mesmos não se opõem, ao contrário se complementam, “pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

### 4.3 O CICLO DA PESQUISA

*“A pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. A esse ritmo denominamos ciclo da pesquisa, ou seja um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações”.* (Minayo, 1996, p.26).

A mesma autora nos esclarece que o trabalho de campo constitui etapa essencial da pesquisa qualitativa, o mesmo corresponde a um recorte empírico da construção teórica realizada na primeira fase exploratória da pesquisa. Essa etapa pode combinar uma série de técnicas como entrevistas, observações, levantamentos de material documental, bibliográfico, instrucional e outros, procurando alcançar através dessas várias técnicas os objetivos da pesquisa.

O trabalho de campo desta pesquisa, para mim, se iniciou de certo modo com o grupo de mulheres climatéricas, realizado em 1995. As vivências e observações realizadas pelas mulheres integrantes do grupo, incluindo as minhas, são a base da pergunta de pesquisa

desta dissertação, demonstrando o movimento espiralado, citado por Minayo.

Neste trabalho, a entrevista, foi utilizada como instrumento básico, durante a etapa de coleta de dados, procurando identificar a contribuição da pedagogia problematizadora, como suporte metodológico, para a construção de um processo de assistência de enfermagem integral à mulher climatérica.

#### **4.3.1 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para Ludke & André, (1986), a principal vantagem da entrevista sobre outras técnicas, seria a de permitir a captação imediata da informação desejada, “praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados assuntos”. Colocam, ainda, que a entrevista, possui outras vantagens além das citadas anteriormente, permitindo entre outras coisas que assuntos íntimos de caráter pessoal sejam tratados, e dizem que ela se torna extremamente útil quando se quer atingir informantes de baixa escolaridade, para os quais um questionário se tornaria inviável, as mesmas permitem ainda correções, esclarecimentos e adaptações para a obtenção das informações desejadas.

Uma entrevista, pode ser entendida como uma conversa a dois com propósitos bem específicos, no caso o tema desta pesquisa. Por ser através dela que o pesquisador procura obter as informações necessárias a sua pesquisa, muitos autores chamam atenção para o fato de que se diferencia de uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que o autor da pesquisa escolheu estes entrevistados por acreditar, que vivenciam uma realidade específica e que lhe interessa enquanto objeto de estudo.

Enquanto instrumento de coleta de informações para a pesquisa, se caracteriza, por estabelecer um processo de interação social entre entrevistador e entrevistado. Desta forma, eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações,

e ao mesmo tempo um caminho de criação.

No caso desta pesquisa, as entrevistas foram individuais, procurando observar os fatos apontados por Ludke & André, ( 1986), como determinantes do sucesso de uma entrevista, como o respeito entre entrevistador e entrevistado, quando se acordou previamente com as entrevistadas alguns aspectos como o local e horários , procurando assim respeitar a conveniência da entrevistada. A garantia do anonimato e sigilo, foi claramente colocada às entrevistadas. Procurei, respeitar os valores e cultura da entrevistada, procurando estimular o fluxo natural da fala, sem no entanto, forçar ou direcionar as respostas para alguma direção. As entrevistas aconteceram em um clima de descontração e de confiança, uma vez que aconteceram nas casas das informantes, aumentado pelo fato de já me conhecerem.

As entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, entre esses dois extremos se encontra a entrevista semi estruturada. Na entrevista aberta ou não estruturada, o informante pode expressar livremente sua opinião ou maneira de abordar o tema. Nas entrevistas estruturadas as perguntas foram previamente formuladas, que se desenrola através de um roteiro básico, mas sem seguir a mesma ordem para todos os entrevistados, dando margem a liberdade de expressão de ambos componentes da entrevista.

Para essa pesquisa o esquema, que me pareceu mais adequado, se aproximou de um roteiro semi-estruturado, uma vez que as mulheres que entrevistei não eram desconhecidas, o que propiciou facilmente a criação de um clima de amizade e intimidade durante as entrevistas. As entrevistas em sua maioria ocorrem no domicílio da entrevistada. Todas me esperavam com um lanche, acentuando o clima de amizade e intimidade, reforçando a escolha pela entrevista semi estruturada, uma vez que um questionário poderia ter quebrado esse clima de conversa.

A escolha dos domicílios das mulheres como local para as entrevistas baseou-se primeiro na oportunidade de conhecer um pouco da realidade material das mesmas, e também porque havia menores chances de sermos interrompidas a todo momento e, finalmente, por estarmos em um espaço dominado pela entrevistada, o que, sem dúvida, as tornou mais confiantes e a vontade, durante a entrevista.

Tendo como ponto de partida os objetivos do estudo, procurei colher informações sobre as impressões das entrevistadas sobre o grupo, vivências de mudanças corporais, cuidados dispensados a si mesmas em relação ao climatério e, também, a respeito de expectativas em relação a atuação do enfermeiro.

Foram realizadas nove entrevistas, com duração aproximada de 30 minutos, destas, apenas duas não foram gravadas, a primeira a pedido da entrevistada e a segunda porque a mulher não morava mais em Itajaí e resolveu ir me visitar no Posto, num momento em que estava sem o gravador.

#### **4.4 A SISTEMATIZAÇÃO DO CONTEÚDO PESQUISADO**

Tendo como pano de fundo discutir a contribuição da educação em saúde, com um enfoque problematizador, para mulheres no climatério, passou-se a sistematização teórica do conteúdo pesquisado nas entrevistas.

Após ter <sup>transcrito</sup> desgravado as mesmas, para a análise das entrevistas usei a metodologia proposta por Bardin, (1977), no capítulo III, “Análise de Entrevistas De Inquérito”.

Primeiro realizei a leitura repetida e exaustiva das mesmas. Após, as entrevistas foram recortadas em torno de temas e ou dimensões que as entrevistadas foram atribuindo ao grupo, ou seja tudo o que foi dito a respeito do grupo foi assinalado e posteriormente

transcritos em outras fichas, até que começassem a aparecer coincidências na fala das entrevistadas.

Feita essa primeira classificação do material procedi a categorização em si. Dentro da classificação proposta por Bardin,(1977), as categorias desta pesquisa seriam empíricas, uma vez que emergiram das entrevistas, constituindo-se em unidades temáticas, uma vez que a análise que procurei fazer das entrevistas, consistiu em “*descobrir os núcleos de sentido, que compõe a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido*”, (Bardin, 1977 p.105).

O mesmo autor ressalta que o tema é usado com bastante freqüência como unidade de registro para estudar opiniões, atitudes, valores, sentimentos, crenças e tendências, obtidos através de entrevistas ou questões de questionários abertas individuais ou não, reuniões de grupo, psicodramas, programas de televisão, reportagens em jornais ou revistas.

Ludkë & André, (1986), ressaltam que todo estudo qualitativo, exige do pesquisador sucessivas leituras do material coletado, a fim de criar e selecionar categorias, buscando delimitar os principais achados da pesquisa, tudo isso apoiado no referencial teórico proposto. Colocam ainda que o pesquisador pode usar alguma forma de codificação dos dados, facilitando o trabalho de categorização.

Categorias temáticas, segundo Bardin, (1977), tem como base um critério semântico. Ressalta ainda, que classificar elementos em categorias impõe a investigação do que os mesmos teriam em comum.

O processo de categorização utilizado nesta pesquisa foi o de milha, ou seja, a conceituação de cada categoria, somente foi definida após a codificação, e se procurou observar as qualidades relatadas por Bardin,(1977), para a obtenção de boas categorias: a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, produtividade e fidelidade.

No caso desta pesquisa, como já foi dito, a codificação se deu por unidades temáticas, das quais emergiram os seguintes temas ou categorias:

- grupo enquanto elemento de amizade.
- grupo enquanto espaço para cuidar de si.
- grupo enquanto espaço para aprendizagem.
- grupo enquanto desencadeador de cuidados de saúde.
- Expectativas em relação a atuação do profissional enfermeiro junto à mulher climatérica.
- Mudanças corporais.

## 5 - DISCUTINDO O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS:

*“O enfermeiro é um profissional que arregaça as mangas e põe a mão na massa, mas parece que ele não se apropria do conhecimento produzido pelo que ele faz, porque não tem a percepção do impacto de suas ações tanto para a população como para sua equipe e ele próprio, assim não percebe a dimensão pedagógica da sua prática”, (Soprano, 1995 p.144).*

Por concordar com Soprano, é que resolvi aproveitar a oportunidade apresentada por este trabalho acadêmico para perceber o impacto produzido por minha prática assistencial com um grupo de mulheres climatéricas, em 1995, dois anos atrás. Acredito, que ao responder perguntas a respeito do cuidado que dispensei as estas mulheres, possa colaborar tanto com a minha prática futura como com a de outros enfermeiros.

A experiência de campo foi muito gratificante, constituindo-se apesar de todo trabalho, em momentos de muito prazer, tanto pela possibilidade de estar experimentando algo novo para mim, como por perceber que a solicitude das mulheres em colaborar comigo, atenções dispensadas a minha pessoa, enfim, sentir que sou considerada como alguém de suas relações.

As categorias ou temas que emergiram das entrevistas após a leitura exaustiva do material e codificação do mesmo, serão apresentadas, no decorrer deste capítulo.

### 5.1 O GRUPO ENQUANTO ELEMENTO DE AMIZADE

Nos depoimentos das mulheres, fica claro, inclusive pela frequência com que



apareceu, ( exceto em uma entrevista ), que o grupo representou um elemento da amizade entre as mulheres presentes.

A amizade aparece como algo valoroso, que tornou a participação no grupo prazerosa, um sentimento visível para as mulheres do grupo, revelando a disposição afetiva de cada participante para com as outras.

As falas a seguir, demonstram a visibilidade da amizade, deixando claro que a experiência pessoal é originalmente e continuamente uma experiência compartilhada:

*“Gostava muito do clima de amizade, da confiança, sabia que podia dizer o que eu tinha de dizer..... e foi a amizade que me levou a aprender a dirigir (carro)”(M)*

*“Achei importante a amizade conquistada nas reuniões, apesar de não ter visto mais as gurias, apenas a A que é minha vizinha” (L).*

*“A amizade que estava presente, mesmo que não tenha durado, foi bastante verdadeira....” (J).*

*“Não posso dizer que cheguei a ficar amiga de alguém, eu tava com a cabeça em outros problemas ( faz um movimento com as mãos indicando o céu e também para me lembrar qual era o problema), mas nas poucas reuniões que vim se sentia amizade no grupo”...(E).*

*“Uma das coisas que gostava no grupo era a amizade, o respeito.... Havia confiança no grupo, eu sabia que podia falar e que depois não escutaria por aí....como eu sabia? Não sei... só sabia....” (A).*

*“ Gostava do clima de amizade que havia no nosso grupo, é bom saber que as pessoas são sinceras com a gente...” (M).*

*“Foi bom poder falar sobre o que eu queria, discutir o que estava acontecendo e sentir que as outras davam importância a isso...” (D).*

Nestas falas as mulheres deixam claro, como é importante o sentimento de

aceitação da sua pessoa por outras que consideram como iguais. Colocando como é importante saber que outras pessoas se interessam realmente por aquilo que estavam SENTINDO.

A interação entre as mulheres deste grupo teve seus contornos determinados pela amizade e o sentimento de aceitação entre as mesmas.

Ortega, ( 1996, p.4), define a amizade pelas seguintes características : *“espontaneidade, reciprocidade simétrica, não fixação num contexto determinado, igualdade, controle interativo”*. Estas características realmente estiveram presentes na reuniões de grupo, aumentando o potencial criativo das mulheres do grupo.

Ferreira, ( 1992, p.27), define a amizade como um *“sentimento fiel de afeição, estima ou ternura entre as pessoas que em geral não são parentes nem amantes”*, esta definição vem bem ao encontro a fala das mulheres.

Jaggar, (1997), coloca que sentimentos, emoções, são socialmente construídos e que este fato pode ser demonstrado, quando se ensina deliberadamente às crianças, aquilo que cada cultura define como valoroso, ou como resposta apropriada a certas ocasiões. Outro aspecto que demonstrariam a construção social dos sentimentos, pode ser mostrado pelo fato que os mesmos, envolvem necessariamente julgamentos, que requerem conceitos que possam ser “visíveis”, de tal maneira que as pessoas possam organizar e compreender o mundo.

*“ Por exemplo, ninguém poderia se sentir ou mesmo ser enganado na ausência de normas sociais sobre fidelidade; é inconcebível que a traição ou qualquer outra emoção humana possa ser experimentada por um indivíduo solitário em algum hipotético estado natural e pré-social”*. ( Ibidem, p.164).

Se cada emoção pressupõe uma avaliação do meio ambiente, à procura dos “conceitos visíveis”, podemos dizer que a afeição e estima presentes no grupo, chamada

pelas mulheres de amizade, é considerada pelas mesmas como algo valoroso, através da qual, as participantes do grupo encontraram um caminho, uma trajetória de relacionamento com o mundo.

Para Pichon Rivière, (1995, p.98), *“aquilo que o homem tem de mais primitivo e mais característico é sua necessidade imperiosa de estar em permanente comunicação com outras pessoas”*, e que quando de alguma maneira está impossibilitado de comunicar seus pensamentos e necessidades, aparece o sentimento de solidão e desamparo, exemplificado pela fala a seguir: *“...eu só percebi que foi bom ter um espaço, onde eu falava as minhas coisas, depois que o grupo terminou...”* ( A ).

Através da comunicação existente, (verbal ou de outro tipo), com o mundo, é que cada pessoa articula seus relacionamentos com outras pessoas, construindo-se como pessoa, ser humano, como podemos ver nas falas a seguir:

*“... todo mundo sentia que podia falar o que quisesse e também podia dar conselho a outra sobre o problema dela, isso fazia os meus ficarem menores”*  
(L).

*“ .... foi bom ter ido ao grupo, não falava quase nada dessas coisas de mulher, me senti mais aliviada...”*( )

Conversar em grupo sobre seus sentimentos, partilhar problemas da vida pessoal, tanto do passado quanto do presente, falar sobre os projetos e sonhos para o futuro, possibilita aos indivíduos tomarem entre si um contato mais íntimo e direto, do que geralmente ocorre na vida corrente. Se os sentimentos forem expressos e de algum modo aceitos pelo grupo, podem resultar em intimidade e sentimentos positivos. ( Rogers, 1994).

Os “conselhos” e opiniões dadas pelas participantes umas as outras, permitiram a elas trabalhar as tensões criadas pelo dia a dia, facilitando assim a visualização de seus problemas, através de um dos membros do grupo, sempre buscando a bem estar de todas.

Por outro lado, essas mesmas falas, denotam uma carência de espaços para se expressarem, em suas vidas cotidianas e nos serviços de saúde. Esta constatação no âmbito do setor saúde, não chega a causar surpresa uma vez que as relações e diálogos dentro do setor saúde, de modo geral são assimétricas, não permitindo a livre expressão.

Munari & Rodrigues, (1997), também chamam atenção para o fato de que no grupo seus participantes podem encontrar um espaço para partilhar suas dificuldades, serem ouvidos e que o clima de calor humano e intimidade contribuem muito para isso.

Este espaço parece ter sido encontrado por A :

*“o dia que foi a minha vez de contar a minha vida, foi bastante importante para mim, pois quase sempre conto os fatos, como o Zé caiu do andaime, o nascimento todo complicado da minha filha e todas as outras coisas que vivi, daquela vez falei também de como me sentia em cada um desses momentos e acho até que foi a primeira vez que falei em voz alta que naquele tempo cada vez que alguém me contava uma desgraça eu começava a rir que não me agüentava, falar em voz alta foi muito importante” (A)*

Este depoimento deixa claro a importância da intimidade, do sentimento de afeição presente, oportunizando a esta mulher que já se sentia suficientemente confiante, ou que ficou a partir da relação simétrica e de liberdade do grupo, visualizar que “algo não estava bem” e procurar soluções, fato que revela as características terapêuticas que podem estar presentes neste tipo de grupo.

A afetividade, chamada de amizade pelas mulheres entrevistadas, presente no grupo, parece ter ajudado, suas participantes a superar tensões existentes entre o individual e o social, *“mediante a criação de um espaço intersticial ( uma subjetivação coletiva) susceptível de considerar tanto necessidades, quanto objetivos coletivos”* (Ortega, 1996, p.12).

## 5.2 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO PARA PENSAR EM SI MESMA

A vida de uma mulher adulta é dirigida pelos vários compromissos que assume, maternidade, casamento, trabalho, etc. Para desempenhar a contento as tarefas impostas por esses compromissos, muitas vezes, as mulheres esquecem de si mesma, deixando de ter uma relação consigo, podendo sentir-se extremamente vazias e sem valor, quando a intensidade dessas tarefas diminuir.

Algumas falas das mulheres expressam a realidade das tarefas que as ocupam demais:

*“ você sabe com esse bando de filho solteirão que tenho, me ocupa muito” (J).*

*“com o meu marido doente, tanta coisa pra fazer, não sobra muito tempo..” (Ma).*

*“ Você sabe, na minha vida tudo foi meio novela exigindo muito de mim, hoje a mãe estar comigo é fichinha...” (L).*

*“se tem alguém doente na família, já se lembram de mim, sempre foi assim....” (M Z).*

*“só parei pra pensar na vida, quando a minha pressão endoidou...” (D).*

A qualidade do relacionamento consigo mesma não chega a ser colocada em nenhuma fala, embora algumas mulheres tenham expressado, que o grupo com temas do climatério, essencialmente femininos, propiciou um “espaço”, onde pudessem pensar em si.

*“foi bom ter um espaço, onde nós discutimos o que estava acontecendo conosco ou nossas dúvidas, como era o meu caso, pois ainda menstruava....”(L).*

*“foi um momento de prestar atenção em mim, e verificar que meu sangramento não era normal...” (Ma).*

*“o que eu mais gostei foi ter um lugar pra mim..”*(J).

*“era bom vir ao grupo, falar de mim...”* (D).

*“era bom estar no grupo podia pensar em como me sentia...”* (E).

*“Era bom chegar e ver que era a mim que queriam ver e saber das minhas coisas”.* (I).

Nessas falas as mulheres deixam claro terem apreciado dispensar atenção a si mesma e que através dessa atenção, chegaram a perceber problemas físicos, como Ma. O relacionamento amoroso, o tema e o fato de estarem entre mulheres, parece ter estimulado a percepção das mulheres do grupo a respeito de si mesmas.

Na última fala I, revela o prazer de ter sido ela mesma nas reuniões do grupo e de ter se deixado conhecer no relacionamento que estabeleceu com as mulheres do grupo.

Mas se juntarmos as últimas falas as anteriores, parece que há uma carência de que alguém cuide delas também, inclusive para que possam encontrar um espaço para cuidarem de si mesmas.

Képes & Thiriet, (1994), deixam claro que o equilíbrio da relação com outras pessoas, deverá ser cultivado pela mulher climatérica a partir do relacionamento consigo mesma.

Landerdahl, (1997), coloca que durante o climatério a mulher tem oportunidade de proceder a uma auto-avaliação de sua trajetória de vida, resultando em crescimento emocional e espiritual, e que a mulher climatérica deveria poder contar com informações e apoio emocional, como forma de ajuda-la a viver melhor esta experiência. Neste sentido a experiência em grupo parece ter colaborado com as mulheres, a medida, que colocam ter sido bom, um “espaço” onde pudessem falar de si, uma vez que parece que falar, como no caso de A, de algum modo organiza o mundo interno, que em momentos de crise como no climatério,

pode estar carregado de emoções e bastante caótico.

Desde a transcrição das entrevistas o uso da palavra espaço por parte das entrevistadas me intrigou, primeiro suas falas não deixam dúvidas que não estavam se referindo ao local das reuniões, e me causou surpresa o uso desta palavra que para mim estava bastante relacionada a geografia. Embora, tanto no momento das entrevistas, quanto depois no processo de leitura exaustiva entendesse perfeitamente o que as mesmas queriam dizer com espaço, foi somente ao ler Certeau, (1990), que esta categoria emergiu das entrevistas.

Este autor ao descrever as Artes de Fazer, presentes no cotidiano, faz uma distinção entre lugares e espaços. Para ele um lugar é a ordem, segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência, desta maneira está excluída a possibilidade, para duas coisas, ocuparem o mesmo lugar.

Já o espaço existe, sempre que se leva em conta vetores como direção, quantidades de velocidade e a variável tempo, sendo de certo modo animado pelo conjunto de movimentos que aí se desdobram. *“Espaço é o efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais.”* (Ibidem, p.202).

Em suma o espaço é um lugar praticado, segundo um exemplo do mesmo autor, a rua geometricamente definida pelo urbanista no mapa, é transformada em espaço pelos pedestres que caminham na mesma.

Assim o grupo que se deu em uma sala vizinha ao posto, se transformou em um espaço a medida que as mulheres, puderam expor suas dúvidas sobre o climatério, falar sobre seus sentimentos, bem como partilhar conhecimentos sobre o climatério, a partir de uma prática educativa centrada no dialogo. Essas operações ou movimentos, especificam ações de sujeitos históricos, no caso as mulheres climatéricas, as únicas segundo este autor que

poderiam ter transformado o lugar onde ocorreu o grupo, em espaço uma vez , que este último é sempre existencial.

Continuando a leitura de Certau, (1990), encontro a importância de uma técnica escolhida por mim ao acaso, a narração, praticada através da autobiografia, para a acentuação desta noção de espaço, uma vez que sendo um relato, instaura uma noção de caminhada, a medida que passa pelos fatos da vida da pessoa, ficando clara a noção de movimento. Chama atenção para o fato do relato inscrever o corpo na história, a medida que, a organização da memória, conta com a ajuda de todo o corpo para animar a narração, gesticulando sempre que necessário. É o confronto da familiaridade com a estranheza, podendo desta maneira surgir o novo.

Após o encontro com esse autor o fato de nenhuma mulher ter mencionado nas entrevistas, o encontro com outro “espaço” onde pudessem falar de si, tomou para mim outra dimensão.

Pessoalmente, me incomodou essa ausência, pois inicialmente ao percebê-la me sobreveio a frustração. Afinal, um dos objetivos do grupo era capacitar as mulheres climatéricas a dispensar cuidados à sua pessoa e entre eles estaria o pensar sobre si, mas ao usar Certeau como referencial, identifico que para que isto se torne realidade é preciso que se encontre “espaços”, onde a mulher possa vivenciar o dialogo consigo e com outras mulheres, como uma forma de dispensar cuidado a si mesma, até como uma forma de auto-conquista.

Assim as hipóteses levantadas por mim inicialmente como: o tempo de duração do grupo teria interferido na integração dos conteúdos, passaram a ter uma importância menor, uma vez que o realmente importante, foi a identificação do grupo como um espaço de reorganização de suas vidas, podendo desta maneira surgir um novo conceito de como se cuidar no climatério.



Os grupos de mulheres climatéricas, orientados pelo suporte da pedagogia problematizadora, podem contribuir também, no sentido de buscar a transformação dos serviços de saúde, que hoje são lugares que dispensam cuidados de saúde, através de um espaço de criação destes cuidados, baseado, nos movimentos provocados pelo dialogo.

### 5.3 O GRUPO ENQUANTO ESPAÇO PARA APRENDIZAGEM

Ao falar de suas impressões sobre o grupo, as mulheres, salientaram a importância de terem aprendido sobre a “ menopausa”.

*“ aprendi muitas coisas sobre a menopausa, que considero importante, me ajudam hoje...” (D)*

*“ aprender sobre a menopausa foi importante, hoje acho que sei me cuidar melhor” (J).*

*“quando aprendi sobre a menopausa, percebi o meu problema de saúde”. (Ma).*

*“ quando entendi sobre a menopausa, é que vi ,que o que eu sentia, muita mulher sentia “ (MZ).*

Para minha surpresa, algumas mulheres identificaram o processo educativo que se deu no grupo com a educação formal, exemplificando nas falas a seguir:

*“voltaria a freqüentar o curso, se houvesse outros pois aprendi muitas coisas...” (La).*

*“ acho que fazer o curso é bom, tira dúvidas” (E)*

*“como meu marido está cada vez mais fraco, hoje eu não poderia mais ir ao curso’ . (Ma).*

*“gostei muito da aula sobre alimentação, ela foi movimentada, divertida..” (A).*

*“prestava bastante atenção, pois queria aprender tudo” (I).*

*“gostava de fazer as tarefas, que você pedia, algumas eram bem divertidas, lembro que a gente ria muito.”*  
(C).

Essa identificação com a educação formal, provavelmente aconteceu devido a fase da teorização proposta na metodologia problematizadora, momento em que foi bastante utilizada a leitura, que no senso comum está bastante identificada com a escola.

A leitura, embora não fosse um hábito desconhecido para algumas das mulheres presentes, não era realizada pelas mesmas, da maneira como aconteceu no grupo. As leituras foram realizadas procurando identificar respostas, para as situações problematizadas anteriormente. Essa sistematização da leitura, a presença de muitos livros e revistas que podiam ser consultados, papéis para anotações que se fizessem necessárias, tarefas propostas como a leitura de rótulos de alimentos buscando o número de calorias, e os sucessivos porques presentes, sem dúvida são tarefas do intelecto, do cognitivo, identificadas com a escola e não com a atitude de pesquisa como forma de se colocar na vida, proposta por Bordenave.

Porém, como podemos identificar nas falas a seguir, as mulheres entrevistadas, não identificaram nessas tarefas, algo desagradável ou impossível serem realizadas, confirmando a minha pressuposição, antes da realização da prática assistencial, de que as atividades intelectuais, de algum modo, fazem parte do existir das mulheres adultas:

*“ no começo a gente ficou meio assim (gesto de mão que indica dúvida), porque tinha que ler e se a gente não entendesse? Mas no fim descobrimos que não era tão difícil assim...”* ( J ).

*“Ainda tenho todos os folhetos que usamos, no curso..”*(La).

*“tinha palavras que a gente não entendia, mas você explicava ou a gente olhava em outro livro....”* (D ).

*“gostava de quando a gente tinha que botar a cabeça*

*pra funcionar..., o engraçado é que sempre tinha alguma coisinha que alguém sabia” ( C ).*

Uma das entrevistadas chegou a me confessar, depois do termino da entrevista, quando já tomávamos café, que não deixaria de colaborar comigo, mas ficou com medo que a entrevista fosse uma espécie de prova, para se verificar o que ela havia aprendido, mas que iniciada a entrevista percebeu que a mesma não seria para isso. Todas as mulheres que participaram do grupo me conhecem como enfermeira do Posto e muitas delas sabem que eu sou professora na universidade. Em minha opinião esse fator deve ter contribuído para aumentar a identificação com a educação formal.

A idéia do ser humano ser o construtor do seu conhecimento, a partir da reflexão e da indagação da realidade, presente na metodologia da problematização, aparece nas entrevistas quando as mulheres se referem as “discussões “ levantadas a respeito do climatério:

*“gostei do dia que discutimos sobre a velhice, cada uma tinha uma opinião, todo mundo achava que tava certo e no fim tava mesmo, pois as histórias que cada uma contava mostrava isso, no fim todo mundo saiu pensativo....” ( C ).*

*“ lembro daquele dia em que lemos os rótulos das latas e dos pacotes de comida, fico pensando se alguma de nós já tinha feito isso..... até hoje apesar de não entender quase nada do que está escrito, olho as duas coisas que achamos ser importante as calorias e a quantidade de gordura..” ( D ).*

*“gostava das reuniões porque se falava de tudo, todo mundo punha sua opinião, contava suas histórias.... mas sempre sem briga” ( E ).*

*“a gente tinha que pensar, dizer se concordava e não adiantava se esconder, sempre tinha aquela que perguntava o que a gente achava...” (J).*

*“pra mim foi importante descobrir que a osteoporose encolhia as mulheres, agora não acho nada de bonito em ficar uma velhinha pequeninha..” (La).*

Os verbos utilizados nestes depoimentos, descobrir, pensar, perguntar, ler, opinar, concordar, discordar, deixam claro a participação no processo de construção do seu próprio conhecimento.

Outra faceta do processo educativo presente nos depoimentos é a circulação de conhecimentos e informações que não foram temas problematizados nas reuniões, mas que foram alvo de conversas antes ou depois das reuniões:

*“ quando comentei que nunca havia feito nenhum preventivo, as gurias ficaram espantadas e me disseram que naquele dia se marcava o preventivo, e foi assim que eu descobri o meu problema..” (E).*

*“falando sobre o preventivo, eu disse que não fazia mais porque não tinha útero, mas alguém falou que tinha uma conhecida que ainda fazia, resolvi fazer um e descobri que ainda tenho o colo do útero..” (L).*

*“quando descobri que ela tinha era medo de dirigir (carro) , eu me disse que podia ensinar.....” (J).*

*“foi bom ter aprendido a dirigir, posso dizer que isso mudou a minha vida....” (M)*

*“ foi no grupo que fiquei sabendo que podia fazer a minha ponte bem mais barato, lá na UNIVALL.. (A).*

*“foi no grupo que descobri que chá de alpiste abaixa a pressão rapidamente, com essa minha pressão louca, ele tem me ajudado muito..” (D).*

Esses depoimentos, demonstram que os conhecimentos e informações obtidas com outras mulheres presentes, foram creditados ao grupo, mesmo que não fazendo parte da reunião formal, deixando claro a existência de uma rede paralela de circulação de informações e habilidades, demonstrando mais um potencial deste tipo de grupo.

A circulação destes conhecimentos, chegou mesmo a criar outro espaço de aprendizagem. Espaço esse criado por J e M , quando a primeira, decidiu ensinar a segunda a dirigir seu carro, na entrevista de ambas aparece esse episódio, afirmam que apesar de se conhecerem a muito tempo, foi preciso se encontrarem no grupo, para o surgimento desta idéia.

Em sua entrevista, M repetidas vezes, disse que o grupo foi marcante em sua vida, pois foi neste espaço que “começou” a dirigir, e que esta conquista, aumentou em muito a sua autonomia em relação a sua vida diária e que no seu caso por ser uma cuidadora de um esposo renal crônico, isso representou de certa forma conquistar uma certa individualidade, a medida que puderam passar a morar na praia, um desejo do casal.

Trien,(1994), Zweig, (1995), entre outros autores relatam que a criação de uma rede de apoio entre as mulheres, onde as mesmas troquem suas habilidades, pode melhorar em muito a qualidade de vida das mesmas.

A inteireza do desenvolvimento do ser humano, como no caso dessas duas amigas, pode depender do partilhar suas habilidades. Neste sentido acredito que grupos de educação em saúde com enfoque problematizador, podem contribuir, a medida que abrem espaço para que as mulheres climatéricas se encontrem como seres humanos que são.

A circulação de informações paralelas as reuniões de grupo, pode exemplificar o movimento da aprendizagem, que deve ser compreendido como um sistema aberto aos conhecimentos da humanidade, que se abre e se fecha conforme interesses dos presentes.

Apesar da importância que as mulheres conferiram ao conhecimento adquirido no grupo, apenas uma mulher diz continuar procurar se inteirar sobre o climatério, a medida que sempre procura acompanhar novidades nas revistas e debates na televisão. Essa foi outra ausência sentida por mim, parecem não terem incorporado a pesquisa como atitude em

relação a vida. Depois de pensar bastante sobre o assunto cheguei a conclusão que existem duas explicações para esta ausência, a primeira seria o pouco tempo de contato com esta metodologia, que pode ter sido insuficiente para que as mulheres identificassem esta postura, dentro da metodologia.

A segunda explicação fica por conta da minha presunção, que chega a beirar a arrogância ( ou autoritarismo?), quando penso que esta deveria ser uma postura de vida para todas as mulheres, sem levar em conta suas particularidades, esta constatação recentemente foi reforçada, por uma mulher climatérica que trabalha comigo, e que após uma conversa sobre o climatério, me disse que se reserva ao direito de não pensar no mesmo, lembrando-me a autonomia como principio fundamental da ética.

Outra faceta que chama atenção do ponto de vista educativo, é a troca de vivências, o que tornou possível a universalização das experiências das mulheres presentes nas falas a seguir:

*“foi bom aprender sobre a menopausa, ver que o que eu sentia, os outros sentiam também....” (J).*

*“ falamos sobre a vida sexual, pra mim serviu muito, pois eu tava com uns problemas, e lembro que na época achava que as outras não sentiam”..(I).*

*“tinha ouvido tanta gente falar de tratamento da menopausa, e fazendo coisas diferentes, que foi bom ter falado sobre o tratamento da menopausa..... (D).*

*“ gostei de ter conversado sobre a menopausa com você e as outras, pois a gente percebeu coisas que não dava importância, pensava na vida, no que dava pra fazer.....” (A).*

*“ aprendi que devia dar atenção para o que sentia, não deixar pra lá podia ser algum problema....” ( J).*

*“foi bom ter ido no grupo, tanto me perguntaram porque eu aceitava o que minha cunhada fazia*

*comigo, que eu mesma perguntei porque eu aceitava, e aí não aceitei mais..... mudei de casa .....” (MZ).*

Nessas falas podemos perceber uma certa unidade entre objetivo e subjetivo, ação e reflexão, teórico e prático, essa unidade se deve principalmente pelo fato das mulheres, terem tomado uma certa distancia da sua realidade, a medida que a problematizaram , refletiram juntas ,projetaram o que aprenderam , na realidade e passaram a perceber quais eram as possibilidades de empregarem suas conclusões, para a modificação da realidade.

Refletindo sobre sua maneira de encarar sinais e sintomas do climatério, entre iguais, as mulheres puderam perceber os potenciais dessa etapa da vida, podendo influir ao repassarem seus conhecimentos a outras mulheres climatericas, na percepção da sociedade, desta etapa de vida.

#### **5.4 O GRUPO ENQUANTO DESENCADEADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE**

A última fase do arco da metodologia da problematização APLICAÇÃO NA REALIDADE, como já colocado anteriormente foi iniciada nas reuniões porem a mesma continuou após as reuniões, a medida que se tornaria necessário adaptações no dia a dia de cada uma.

Para verificar como as mulheres fizeram a aplicação das hipóteses de solução, levantadas no grupo, perguntei a mesma se haviam adotado algum cuidado de saúde em relação a sua pessoa, após o grupo.

Apesar da palavra cuidado estar bastante relacionada a enfermagem e ser considerada por vários autores a essência da enfermagem, está ligada ao cotidiano das mulheres que cuidam de sua casa, cuidam de seus filhos, cuidam de seus maridos, é uma

palavra usada frequentemente por mulheres quando se referem a tarefas que *“implicam algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos”* ( Tronto, 1997, p.187).

Pelas respostas obtidas nas entrevistas, fica claro que as mulheres entrevistadas partilham da visão de Tronto, a respeito do cuidado, pois citaram cuidados que tem caráter de continuidade, em seu cotidiano, demonstrando responsabilidade para consigo:

*“procuro sempre caminhar pela praia, para fazer exercício e relaxar, pra não ir só se acontecer alguma coisa com meu marido...”* (M).

*“caminho todo dia, só não vou se estiver chovendo muito, geralmente com a A., a um ano e meio, acho que não sei mais viver sem isso”* (La).

*“diminui muito a fritura, chego a dizer que praticamente não existe mais aqui em casa...”* (La).

*“passei a tomar um copo de leite desnatado, todos os dias ... um copo (fez um movimento com as mãos para indicar que se referia a um copo grande) e procuro tomar sempre sol...”* (J).

*“o preventivo de câncer, e faço direitinho tratamento que os médicos tem pedido por causa da minha doença...”* (E).

*“passei a tomar leite todos os dias...”* (I).

*“tomo um comprimido de cartilagem de tubarão por dia, há uns três meses, aprendi com a minha vizinha”* (C).

As falas acima demonstram que os cuidados em sua maioria físicos, adotados pelas entrevistadas, tem caráter de continuidade, principalmente pela uso de expressões como todos e sempre, denotando que essas mulheres assumiram algum grau de responsabilidade no cuidado para consigo mesma.

*“Cuidar de, envolve responder às necessidades particulares, concretas, físicas,*



*espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais ou de si ou dos outros”*. ( Ibidem).

Os cuidados citados pelas entrevistadas, dispensados a elas mesmas são em sua maioria físicos, ligados as reuniões onde foram problematizados os temas da osteoporose e dos problemas cardíacos, este fato chamou-me atenção. Relembrando, essas reuniões, verifiquei que foram as que onde mais foram utilizados recursos educativos, como por exemplo a leitura dos rótulos de latas e pacotes de alimentos (inclusive citada em algumas entrevistas), a descrição das refeições realizadas nas últimas vinte horas, o preenchimento das tabelas de risco para problemas cardíacos e osteoporose por todas e o relativo conhecimento presente nas falas das mesmas, a respeito do colesterol e triglicerídeos, bem como da osteoporose que a maioria já detinha, contribuíram para que essas duas reuniões fossem movimentadas.

Parece ter sido de grande valor para as mulheres, o preenchimento das tabelas de risco, propostas por Trien e Sand, por terem clareado, a necessidade de cuidados para consigo, uma vez que as mulheres que estiveram presentes nestas reuniões, adotaram algum tipo de cuidado propostos nas hipóteses de solução, segundo relato nas entrevistas.

Enquanto profissional este foi um momento bastante importante para mim, pois permitiu “perceber”, o impacto da dimensão pedagógica da assistência de enfermagem prestada por mim e a apropriação do conhecimento pelo grupo.

Outros cuidados de saúde foram relatados, como se pode verificar nas falas a seguir:

***“procurei passar a dividir as tarefas de cuidar do meu marido com as minhas filhas, como foi sugerido pelo grupo, porém não é fácil...sou muito mandona ...”***(M ).

***“ procurei novos interesses, quando me vi a tarde toda sozinha, pensei o que? ....vou ficar doida se não tomar uma providência e assim resolvi começar a mexer com***

*“ perguntei pra ela ( a médica), o que eu podia fazer pra me livrar dos calorões, e ela me receitou os adesivos” ....*

Em nenhum momento, da entrevista J sequer associou os adesivos, como uma forma de TRH, ou comentou os benefícios da mesma, exaustivamente comentados no grupo.

Procurando rever a reunião onde foi problematizada a TRH, observei que foi uma das reuniões, onde desde a fase de observação da realidade o tema girou em torno do “tratamento” da menopausa. O fato de se colocar o climatério desde o início da reunião como uma síndrome endócrina, que necessita de tratamento farmacológico, parece ter sinalizado que esta decisão seria do âmbito médico, apesar de não desconhecer a longa tradição brasileira de auto-medicação.

As técnicas escolhidas, por mim para a problematização passaram quase que exclusivamente por leituras, sendo sem duvida uma das reuniões menos movimentadas, deixando, bastante claro na verificação do diário do grupo, ter sido esta uma reunião com características bastante acentuadas da educação tradicional, bancária. A maneira, que escolhi para conduzir parece ter diminuído a criação de um espaço de aprendizagem, para este tema.

## **5.5 EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A ATUAÇÃO DA PROFISSIONAL ENFERMEIRA JUNTO AS MULHERES CLIMATÉRICAS.**

Os serviços de saúde vem aplicando o processo de municipalização desde 1983. O Sistema Único de Saúde, SUS, implantado a partir de 1990, pela Secretaria Municipal de Saúde em Itajaí, tem como objetivo oferecer ações de saúde a população de enfoque preventivo e curativo. Porém na prática, as ações de saúde estão voltadas em sua maioria para o enfoque curativo e são realizadas através do atendimento médico, odontológico e de

enfermagem. As unidades básicas de saúde, chamadas de Postos de Saúde, em um total de doze, contam com um enfermeiro. Já as unidades de maior porte, que executam programas especiais de Saúde, fazendo um total de cinco, contam com no mínimo dois enfermeiros, sendo que na Unidade que trabalha com doenças infecciosas, há um total de nove enfermeiros. Contando com os enfermeiros que trabalham a nível central, a secretária dispõe em seu quadro efetivo com 56 profissionais enfermeiros, fora um grande número, 10, que ainda ocupam cargos de auxiliar ou técnico de enfermagem, a espera de ascensão na carreira.

O profissional enfermeiro não é portanto um desconhecido da população de Itajaí, que segundo Soprano,(1995), chega mesmo a perceber que através deste profissional pode ter seu problema de saúde resolvido muito mais rapidamente, pois a população, já teria identificado uma das grandes qualidades deste profissional, que seria a de ouvir.

Landerhal, (1997), diz acreditar ser a enfermeira, em especial a de saúde pública, uma profissional aliada as mulheres climatéricas, contribuindo na modificação da qualidade dos serviços oferecidos a mesma.

Ressalta que para que este processo possa acontecer, a enfermeira deve perceber a presença da mulher climatérica nos serviços públicos de saúde.

Acreditando, como essa autora que o enfermeiro pode ter um importante papel no cuidado da mulher climatérica, decidi incluir no roteiro das entrevistas uma pergunta sobre as expectativas das mulheres em relação à atuação do enfermeiro.

As respostas dadas pelas mulheres vão desde propostas “práticas”, até a qualidades que esperam estar presentes, nos cuidados dispensados pelo enfermeiro:

*“... deveriam fazer mais preventivos, vejo a dificuldades das minhas irmãs para fazer esse exame...” (L).*

*“...dar cursos sobre assuntos que possam nos interessar como o câncer de mama, como ensinar*

*nossa filha adolescente a se cuidar para não engravidar....” (La).*

*“ criar espaço para nós.....” ( C ).*

*“ ensinar as coisas da menopausa.....” (MZ).*

Percebe-se nessas falas que as mulheres referenciam-se a problemas concretos, vivenciados pelas mesmas ou conhecidas suas, nos vários serviços de saúde da cidade. Neste sentido, estas mulheres reconhecem na enfermeira uma profissional capacitada, com conhecimento para interagir com a mulher climatérica. Reconhecem a enfermeira, como uma profissional com conhecimentos, que podem ser compartilhados com as mulheres climatéricas, através de cursos, como o exemplo citado em uma das falas anteriores.

Sem dúvida este reconhecimento se deu pela participação das mesmas no grupo, mas a medida que acham que pode ser utilizado pelas enfermeiras de Itajaí, que convivem com a mulher climatérica, levam em conta a formação deste profissional.

Em outras falas, as entrevistadas se referem a forma como deveria se dar este atendimento, nomeando qualidades que os enfermeiros devem ter para atender a mulher climatérica:

*“ as enfermeiras devem ser interessadas e amigas, pois nós precisamos muitas vezes só falar....” ( J )*

*“saber deixar a gente falar, as vezes vejo que tem algumas que só querem perguntar, e se a gente precisa explicar um pouquinho pra responder, já fica nervosa, precisa ser interessada pela gente....” (La).*

*“ precisa ter paciência, mulher é bicho complicado..” ( A ).*

*“precisa ser amiga, falar com a gente....” ( C ).*

*“ precisa ser amiga, ter carinho pela gente..” (MZ)*

Depois de ler repetidas vezes essas falas, penso que estas mulheres esperam ao ser

atendida pela enfermeira, é se encontrar com outra mulher, uma vez que usam todos os substantivos no feminino e esperam afetividade (carinho, amizade), paciência, acolhimento, sensibilidade, ( saber ouvir, não se apressar) ,qualidades usualmente conferidas ao feminino. Demonstrando que estas mulheres esperam serem CUIDADAS e não atendidas, ( como coloquei na pergunta), pela mulher que existe na enfermeira.

Demonstram também reconhecer na enfermeira, que se interessa pelo climatério, uma aliada pelos seus conhecimentos, mas antes de tudo por ser mulher e se pensarmos que o climatério chega para todas, talvez haja uma mensagem nas entrelinhas .....

## **5.6 MUDANÇAS CORPORAIS**

Durante as reuniões de grupo, as modificações tanto emocionais quanto corporais, foram problematizadas, sendo que essas ultimas tanto do ponto de vista visível, ( o que está refletido no espelho), quanto do ponto de vista não tão visível assim, ( ocorridas dentro do corpo, que não seriam invisíveis, a medida que podem ser visualizadas através de exames complementares, bem como sentidas, pelas mulheres, traduzidas na gama de sinais e sintomas próprias do climatério).

Ao planejar o grupo, acreditava ser muito importante que a mulher climatérica, tivesse noção dessas modificações corporais silenciosas, uma vez que as mesmas, podem determinar toda uma mudança na qualidade de vida.

Assim no decorrer da entrevistas, perguntei as mulheres sobre modificações corporais, sentidas pelas mesmas após terem entrado no climatério. Educadamente, todas elas enumeraram algumas modificações, mas não empregaram em nenhum momento tons lamuriosos, ao falarem dessas modificações, do ponto de vista do espelho.

Dentre as mudanças visíveis as mulheres, citaram as seguintes :

*“sei que estou engordando, minhas filhas e o espelho, não me deixam esquecer, brigo contra mas não vou fazer minha vida girar em torno disso... até porque não tenho tempo...” (Ma).*

*“ embranqueceu o cabelo, não gosto, por isso já pinto há três anos.....” (La).*

*“sou muito vaidosa, gosto de me vestir bem, mas esta barriga, que as vezes penso ser doença.... hoje não me faz chorar mais, procuro fazer roupas que esconda ...” (J).*

*“quase não tenho rugas, principalmente pela minha cor, ( ela é mulata), em compensação tenho a barriga.....não se pode ter tudo...” (J).*

*“engordei muito depois que parei de fumar, às vezes choro, principalmente quando tem alguma festa na família, pois nada fica bem.... depois deixo pra lá.... o importante é que tenho saúde...” (La).*

*“ estou ficando velha, basta olhar no espelho, mas não importa, o que importa é não depender de ninguém, e eu sei disso, na pele, por causa do Zé (esposo paraplégico).” (A)*

*“ enruguei muito.... preferia ficar uma velha horrível do que ter essa doença, (a mesma tem um câncer), o que importa é a saúde...” (E)*

As falas dessas mulheres, mostram que para as mesmas, modificações corporais mostradas pelo espelho, próprias do envelhecimento, causam sofrimento, mas que há valores maiores que a beleza como, a autonomia e a saúde. Se pautam na sabedoria popular, que diz que “tendo saúde, pra tudo se dá um jeito”, e parecem ter presente esse “ fazer a transição”, que Almeida, ( 1993), coloca como próprio do climatério, que seria a transição entre o TER e o SER.

Essa realidade também foi encontrada por Biffi, ( 1991), que diz ter percebido na

maior parte das mulheres que entrevistou, nenhuma interrupção no ciclo da vida, causada pelas modificações do climatério.

Quanto as modificações corporais não tão visíveis assim, novamente são mencionadas nas falas abaixo, embora nem sempre estejam ligadas ao climatério propriamente dito:

*“tenho procurado, pelo menos duas vezes por ano, fazer exames para ver meu colesterol, que já andou alto...” (J).*

*“cada vez que faço o preventivo e não vejo no resultado aquele nome difícil (Tricomoniase), suspiro e vejo que fiz bem em apostar no meu casamento...” (La).*

*“faço todos os exames que os médicos me pedem, tomo todos os remédios, sempre na esperança de ver essa doença sumir..... não gostaria de perder mais nada do meu corpo...” (E)*

*“mesmo depois da cirurgia, faço exames pra ver se ainda estou anêmica.... graças a Deus os últimos exames foram bem” (Ma).*

Nestas falas as mulheres, principalmente na fala de E, percebe-se que as mesmas ao falarem de seu corpo, consideram o que “há por dentro”, e que perder parte do mesmo ou deixar que a doença o estrague não é bom.

Não concordo com a utopia que parece existir na atualidade de que todas as doenças podem ser conhecidas pela tecnologia de ponta e tratadas pela farmacodinâmica, desconsiderando o existir humano, como se saúde e doença, não fizessem parte do mesmo processo e fossem determinadas social, biológico e existencialmente. Reconheço que os avanços do conhecimento humano na área da saúde, traduzidos: em tecnologia, atitudes de prevenção, drogas e valorização da cultura e sentimentos humanos, devem ser conhecidos por toda a humanidade, para que todos possam se beneficiar destes conhecimentos.

Como sou uma enfermeira de saúde pública, considero extremamente importantes os cuidados preventivos, no caso das transformações silenciosas do climatério, como o exercício físico, aumento do consumo de cálcio, diminuição do consumo de gorduras, entre outros, concentrando boa parte dos meus cuidados de enfermagem, em ações educativas e divulgação destes cuidados as mulheres climatéricas.

Adotando ou não esses cuidados para com a sua saúde, as mulheres climatéricas tem direito ao acesso, à tecnologia que permite a verificação da eficiência desses cuidados, ou a necessidade de sua adoção urgente.



## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconheço, que a prática profissional da enfermagem deve se dar em uma perspectiva humana, dialógica, competente, responsável, livre de risco e, principalmente, comprometida com a qualidade de vida e se estabelecer no diálogo.

Assim sempre procurei conduzir minha vida profissional, de maneira que a mesma pudesse contribuir, com a mudança dos serviços de saúde oferecidos a população brasileira. Particpei ativamente do Movimento Sanitário, juntamente a outros atores sociais, colaborei na elaboração dos princípios no Sistema Único de Saúde. Hoje, continuo em cena e procuro lutar contra as investidas sistemáticas, por parte da classe dominadora, ao SUS.

Neste meu novo papel, a assistência, procuro encontrar armas para lutar contra a desumanização e ineficiência do Sistema de Saúde, buscando desenhar uma prática articulada com o usuário e que caminhe em direção a direitos de CIDADANIA.

Concordo com Soprano, (1995, p.102), quando coloca que *“já é tempo do enfermeiro se mostrar, mas se mostrar de forma comprometida política e socialmente”*. Essa mesma autora no decorrer da sua pesquisa junto a enfermeiros de saúde pública, demonstra como é importante para os mesmo, conhecer o impacto das suas ações de cuidado, inclusive para que não deixem a sua relação com usuários se transformar em rotina.

Esse trabalho, nasceu do meu desejo ou necessidade como enfermeira de saúde pública, de conhecer o impacto, a contribuição, de um momento em particular da minha trajetória assistencial, realizado em 1995, junto a mulheres climatéricas, que teve como suporte metodológico a pedagogia problematizadora.

Para mim o dimensionamento desta contribuição, pelas mulheres participantes deste grupo é importante, pois o meu encontro com as mulheres climatéricas, iniciado em

1993, não tem data para terminar e vem ficando cada vez mais freqüente a medida, que estão cada vez mais presentes nas consultas de enfermagem realizadas por mim.

As mulheres entrevistadas, revelaram o grande potencial que existe em trabalhos educativos apoiados pela problematização, quando as mesmas relatam a importância do “espaço” criado no grupo, para a discussão de seus problemas e encontro de soluções para estes.

O grande desafio da própria assistência de enfermagem à mulher climatérica, também colocado para as mulheres de todo o planeta, é a reformulação conceitual do climatério, fazendo com que o mesmo seja mais uma etapa de vida, um tempo de conquistas em direção a SER MAIS, pode ser facilitado por grupos de mulheres climatéricas, pautados na pedagogia problematizadora.

O diálogo, presente na mesma, permitindo uma relação de igualdade entre A e B, possibilitando o aparecimento da afetividade tão característica e necessária ao ser humano para que ocorra o processo da aprendizagem.

O grupo representou para estas mulheres um espaço, para a reflexão de suas vidas, permeado pelo encontro com outras mulheres que além de escutarem essa reflexão, generosamente expuseram seus conhecimentos, habilidades e sua realidade, em um processo designado pelas mesmas de “aconselhamento” que teve grande importância na vida de algumas.

A perspectiva, de formação de uma rede, onde as mulheres possam dividir suas habilidades, como dirigir carros por exemplo, parece ser outra potencialidade desta metodologia.

As mulheres enfatizaram o valor do aprendizado que se deu a respeito do climatério, pois foi apresentado no grupo diversos ângulos desta etapa de vida que as mesmas

não conheciam, possibilitando para algumas, planejar as mudanças de atitudes, que julgaram ser necessárias.

O potencial enquanto método usado para condução de grupos de mulheres climatéricas, da pedagogia da problematização, segundo os resultados desta pesquisa sugere viabilidade, coerência e alcance para os enfermeiros assistenciais, pois passados dois anos da realização do grupo, as mulheres em sua maioria relataram o desejo de participar de trabalhos semelhantes, mesmo que tenham outros temas como base, e também porque muitas mulheres além de guardar o material educativo utilizado no grupo, já haviam partilhado o mesmo com outras mulheres.

Alguns relatos apontam direção do prazer da descoberta do conhecimento, que só pode estar presente quando se “entende”, o conteúdo proposto e que não é necessário ter medo da leitura e outros processos intelectuais, pois como disse, uma das entrevistadas, as participantes do grupo, acabaram por descobrir que sempre tinha alguma que sabia alguma coisinha, sobre o tema proposto.

A aplicação a realidade, traduzida, neste trabalho por cuidados de saúde tomados com a sua pessoa, acabaram por demonstrar que para um próximo grupo, o planejamento do mesmo precisa dar mais espaço para outras atividades que permitam ao grupo o processo de construção dos conceitos na fase da teorização, além da leitura, tornando mais dinâmico o espaço de aprendizagem.

Já participei como instrutora em diversos destes treinamentos, mas contava com a ajuda de outros técnicos que já haviam trilhado um pedaço do caminho por mim e propunham diversas técnicas e algumas oficinas que tornavam meu caminho bem mais suave.

Parece que na hora de trilhar o caminho todo acabei por fazer com que alguns momentos fossem “bancários” demais, isto porque as hipóteses de soluções aplicadas pelas

mulheres entrevistadas, em sua realidade estão em sua maioria ligadas as duas reuniões, que problematizaram a osteoporose e a nutrição da mulheres climatérica, onde as atividades tiveram um caráter de “oficina”.

O desafio de planejar outros grupos, usando esta metodologia como base, acredito será aceito por outros enfermeiros de saúde pública, uma vez que a transformação de serviços de saúde, em espaços de aprendizagem e cuidados de si, é algo extremamente valioso para enfermeiros que tem em seu discurso e prática, a participação do usuário no sistema de saúde.

Eu já me sinto completamente motivada a planejar outros grupos, após identificar essa potencialidade da pedagogia problematizadora, como para mim tudo na vida está ou é movimento, nem bem acabo este trabalho e já começo a pensar e sonhar com oficinas que permitam as mulheres climatéricas percorrerem todo o arco da pedagogia problematizadora, a fim de que possam conhecer as modificações emocionais e fisiológicas do climatério, assim teorizar a respeito das mesmas conhecendo as propostas da ciência e os “conselhos “de outras mulheres climatéricas, após essa etapa construam hipótese de soluções, e como sujeitos históricos que são decidam ou não pela aplicação destas em sua realidade.

Assim espero em breve, após a construção de propostas de oficinas, voltar a me encontrar em grupo com as mulheres climatéricas, em busca de conhecimentos que possam garantir a qualidade de vida do ponto de vista individual e permanecendo sadias, possamos contribuir com outras gerações de mulheres no processo de valorização do feminino em nossa sociedade, que passa inclusive por uma vivência plena do processo de climatério, e “como sonho que se sonha junto é realidade”, com certeza, nós mulheres daremos esse salto qualitativo.

## 7 - BIBLIOGRAFIA:

1. ALAMBERT, Zuleika. **Feminismo. O ponto de vista marxista.** São Paulo. Nobel, 1986.
2. ALMEIDA, Áurea Beirão de. **Climatério.** 1ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
3. ALONSO, Ilca Luci Keller. **Projeto de Prática Assistencial de Enfermagem: buscando caminhos para um viver saudável, uma prática educativa de enfermagem, voltada às mulheres primogênicas em seus enfrentamentos cotidianos.** Florianópolis, 1993.
4. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
5. BIFFI, Eliana Faria de Angelice. **O Fenômeno Menopausa : uma perspectiva de compreensão.** Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental, USP, 1991.
6. BLACK, Joyce M.; JACOBS, Esther M. **Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma abordagem psicofisiológica.** 4ª. ed. Rio de Janeiro : Editora Guanabara-Koogan, 1996.
7. BOBBIO, Norberto. **O Tempo da Memória.** Rio de Janeiro : Campus, 1997.
8. BONACCHI, Gabriella & GROPPi, Angela. **O dilema da cidadania: direitos e deveres das mulheres.** São Paulo: Editora USP, 1995.
9. BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martino. **Estratégias de Ensino-aprendizagem.** 4. ed. Petrópolis : Vozes, 1982.
10. BORDENAVE, Juan Diaz. **Alguns fatores pedagógicos.** Secretária de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília, 1986, p. 19-26 ( Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores da área da saúde).
11. \_\_\_\_\_ . Determinação de necessidades educativas para à educação à distância.

**Revista Técnicas Educativas.** Rio de Janeiro, v.19 (92/93): 26/31, jan/abr, 1990.

12. BORGES, Édio & MÖBBS, Edson. **Perfil epidemiológico, baseado na ficha programa câncer, das mulheres que freqüentaram o programa câncer do Posto de Saúde São Judas Tadeu, durante o ano de 1995.** Itajaí. Monografia apresentada para a obtenção do grau de enfermeiro, Univali, 1996.
13. BORGES, João Lindolfo Cunha. Osteoporose. In: **Rejuvenescer a velhice.** Brasília : Universidade de Brasília, 1994.
14. BRANDÃO, Maria Luiza Ribeiro; BINGEMER, Maria Clara L. **Mulher e relações de gênero.** 1ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1994.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao climatério.** Brasília, 1994.
16. BREILH, Jaime. **Epidemiologia, economia, política e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1991.
17. CAPONI, Sandra N. **Projeto de pesquisa: A saúde em questão.** Florianópolis, 1995.
18. CASTRO, José A Sisson. Osteoporose na menopausa: conceitos e conduta preventiva. In : Almeida, Aurea. **Climatério.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
19. CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano, artes de fazer.** Petrópolis: Vozes, 1994.
20. CHOPRA, Deepak. **Corpo Sem Idade, Mente Sem Fronteiras : a alternativa quântica para o envelhecimento.** Rio de Janeiro : Rocco, 1994.
21. COLLET, Neuza; WETZEL, Cristhine. Hermenêutica dialética : um caminho do pensamento na investigação de enfermagem. Porto Alegre. **Anais do 46<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem,** 1994.
22. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1992.

23. DEBERT, Guita Grin. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. São Paulo, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 12, n 34, junho de 1997.
24. DIAS, Lygia paim Müller & TRENTINI, Mercedes . Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.4, n.1, p. 83-92, jan./jun.. 1995.
25. DUTRA, Eliane Said. Alimentação e Saúde. In: **Rejuvenescer a Velhice**. Brasília : Universidade de Brasília, 1994.
26. FARIA, Mara de Mello. **Mulheres de “meia idade”**: sua inserção nos serviços de saúde. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
27. FREEDMAN, Rita. **Meu corpo....meu espelho**. Rio de Janeiro : Rosa dos Ventos, 1994.
28. FRENCH, Marilyn. **A guerra contra as mulheres**. São Paulo: Editora Moderna, 1992.
29. GUTIERREZ, Edda. **Mulher na menopausa, declínio ou renovação?** 1ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
30. HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1987.
31. HARDY et al. Climatério, implicações sociais. Porto Alegre : Feminina, abr./ 1992.
32. ITAJAÍ, PREFEITURA MUNICIPAL, **Plano Municipal de Saúde, para o biênio 1997-1998**.
33. JAGGAR, Alison M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: JAGGAR, A M. ; BORDO, S. R. **Gênero, Corpo, Conhecimento**. Rio de Janeiro : Record, 1997.
34. KRAHE, Cláudio ; GUARAGNA, Kátia Beirão. A terapia de reposição hormonal no

- climatério. In: ALMEIDA, Aurea. **Climatério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
35. LANDERDAHAL, Maria Celeste. **Climatério - significados e enfrentamentos**. Florianópolis, Projeto de Dissertação de Mestrado, 1996.
  36. \_\_\_\_\_. Buscando novas maneiras de pensar o climatério feminino. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v.6, n.1, p. 276-292, jan/abr., 1997.
  37. LEITE, Christina Larroudé de Paula. **Mulheres, muito além do teto de vidro**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.
  38. LEMOS, Regina. **Quarenta, a idade da Loba**. 7ª ed. São Paulo: Globo, 1995.
  39. LIMA, Maria José. **O que é Enfermagem?** São Paulo: Brasiliense ( Coleção Primeiros Passos), 1993.
  40. \_\_\_\_\_. Gênero, poder e saber. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da UERJ**, n. 01, pg. 93-100, 1995.
  41. LUDKE, Menga ; ANDRÉ, Marli E. D. A . **Pesquisa em educação - abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
  42. McIL WAIN, Harris et al. **Vencendo a osteoporose**. São Paulo : Cultrix, 1993.
  43. MELO, Nilson Roberto de et al. Esquemas da terapêutica hormonal de reposição no climático. Porto Alegre: **Revista FEMINA**, n 06, v. 22, 1994.
  44. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo : Hucitec - Abrasco, 1992.
  45. \_\_\_\_\_. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis : Vozes, 1996.
  46. MIRANDA, Cristina Maria Loyola. A enfermagem e a crise atual: ética, compromisso e solidariedade. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, n. 3-4, 296-300, 1993.



47. MIRANDA, Sônia Maria R.C. de. O climatério da mulher favelada : significados e sentidos. São Paulo. **Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 1996.
48. MUNARI, Denize Bouttelet; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.
49. \_\_\_\_\_. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.31, n.2, p. 237-250, ago., 1997.
50. MURARO, Rose Marie. **A mulher no terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
51. NATRIELLI, D. C.; SOARES, N. C.; VIDIGAL, S. Climatério : psicanálise e medicina psicossomática. Rio de Janeiro. **Revista Insigth e Psicoterapia**, dezembro de 1995.
52. NECO, Gini di Paula Botelho et al. Proposta cinesioterápica no tratamento da mulher climatérica. Porto Alegre: **Revista FEMINA**, n. 03, vol. 23, 1995.
53. NETO, Aarão Mendes Pinto et al. Repercurssões biopsicossociais da transição climatérica: a visão da Mulher. Campinas: **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, n. 104 (9), p. 307-310, 1994.
54. NEVES, Jacqueline Monaco; WANNMACHER, Lenita; FREITAS, Fernando Monteiro. Reposição hormonal no climatério: a avaliação de uma questão polêmica. Campinas: **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, n. 104, pg. 121-128, 1994.
55. NUNES, Lucília Mateus. O que queremos dizer quando falamos de Ética? Lisboa: **Nursing**, 1995.
56. ORTEGA, Francisco Guerrero. **A amizade segundo Michel Foucault**. Texto mimeografado, 1996.
57. PENNA, Lucy. **O corpo sofrido e mal-amado, as experiências da mulher com o próprio corpo**. São Paulo : Summus, 1989.
58. PEREIRA, Wilza; BELLATO, Roseney. O trabalho da enfermeira- Uma abordagem

sob a perspectiva da Teoria Feminista. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v.4, p. 66-82, jan./jun., 1995.

59. PICHON - RIVIÈRE, Enrique . **O processo grupal**. 5. ed. São Paulo: Martins Fonte, 1994.
60. \_\_\_\_\_ . **Teoria do vínculo**. 5. ed. São Paulo: Martins Fonte, 1995.
61. PINHEIRO, M. C. X.; GUERRA, D. B. & GUEDUS, M.V.C. Mulheres frente ao climatério. São Paulo. **Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 1996.
62. REZENDE, Mônica Dantas Sampaio & GOMES, Ana Lúcia Araújo. Consulta de Enfermagem e as principais queixas de mulheres no climatério. Porto Alegre. **Anais do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 1994.
63. ROGERS, Carl R. **Grupos de encontro**. 7. ed. São Paulo: Martins Fonte, 1994.
64. ROMANOVSKI, Cleide Nara C. et al. **Percepções e expectativas das mulheres do bairro Imaruí, no período do climatério em relação à sua saúde**. Itajaí: Monografia apresentada para conclusão do Curso de Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí, 1994.
65. SAND, Gail. **Está quente aqui? Ou sou eu?** Rio de Janeiro: Record, 1995.
66. SANTOS, Lucila Vasconcelos dos. **Menopausa - construindo uma nova identidade**. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.
67. SARDENBERG, C. M. B. ; COSTA, Ana . **Feminismos, feministas e movimentos sociais**. In: *Mulher e relações de gênero*. São Paulo : Loyola, 1994.
68. SAKAI, J. T.; IANNETA, O. Distúrbios psicológicos e psiquiátricos no climatério. São Paulo: **Revista Ginecologia e Obstetrícia**, n. 6, pg. 101 à 106, 1995.
69. SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

70. SHEEHY, Gail. **A passagem silenciosa: menopausa.** Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
71. SHINOHARA, Márcia Yuri et al. Conceitos de mulheres sobre a sua menstruação. Brasília: **Revista de Enfermagem**, v. 47, n. 2, p. 195 - 205, 1994.
72. SILVA, Rose Mary C. R. Andrade. O corpo como veículo da relação entre a enfermeira e o cliente. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 3, n. 1, pg. 37-42, 1995.
73. SOPRANO, Arlete T. Besen. **O princípio educativo no trabalho do enfermeiro.** Curitiba. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências do curso de Mestrado em Educação. Universidade Federal do Paraná, 1995.
74. SOUZA, Herbert; RODRIGUES, Carla. **Ética e cidadania.** São Paulo: Moderna, 1994.
75. SOUZA, Maria de Lourdes; PRADO, Marta Lenise. Impacto da mortalidade materna na região sul do Brasil - algumas questões. Porto Alegre. **Anais do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 1994.
76. THIRIET, Michéle; KÉPÉS, Suzanne. **Mulheres de 50 anos- como viver plenamente esta nova idade.** Porto Alegre: L&PM Editores, 1994.
77. TOLOSA, Hérbene Antonio de. **Menopausa: mitos e verdades.** São Paulo: Contexto, 1997.
78. TRIEN, Susan Flamholtz. **Menopausa, a grande transformação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.
79. TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In : JAGGAR, A M. ; BORDO, S. R. **Gênero, Corpo, Conhecimento.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
80. VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

81. VIANNA, R. A saúde e a educação que não temos. vol. 1. São Paulo: **A saúde no mundo**, 1995.
82. WEHBA, Salim; FERNANDES, César Eduardo. **Hormonioterapia no climatério: perguntas e respostas**. vol. 2. São Paulo: Biogalênica, 1996.
83. WENDHAUSEN, Águeda Lenita P. **Educação em saúde: Possibilidade de uma proposta**. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
84. WENDHAUSEN, Águeda Lenita P.; BRODERSEN, Gladys. **Educação em saúde - uma perspectiva**. Mimeo, s/d.
85. WOLF, Naomi. **O Mito da beleza: de como as imagens de beleza tem sido usadas contra as mulheres**. Rio de Janeiro : Racco, 1994.