

IVETE GHINATO DAOUD

**ENCONTROS E DESENCONTROS NA EXISTÊNCIA DAS
MULHERES DURANTE O CLIMATÉRIO**

Rio Grande, novembro de 2000.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL-FAPERGS/UFPEL/FURG/URCAMP**

**ENCONTROS E DESENCONTROS NA EXISTÊNCIA
DAS MULHERES DURANTE O CLIMATÉRIO**

IVETE GHINATO DAOUD

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Dr^a. Maria da Glória Santana

Rio Grande, novembro de 2000

**ENCONTROS E DESENCONTROS NA EXISTÊNCIA DAS MULHERES
DURANTE O CLIMATÉRIO**

IVETE GHINATO DAOUD

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

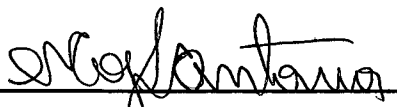
E aprovada em 23 de novembro de 2000, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dr^a. Denise Elvira Pires de Pires



Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Dr^a. Maria da Glória Santana

Presidente



Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

Membro



Dr^a. Luciane Kantorski

Membro



Dr^a. Rosane Gonçalves Nitschke

Membro

"A vida é a arte do encontro,
embora haja tantos desencontros
pela vida"

Vinicius de Moraes

Dedico essa dissertação

A minha Mãe,
A minha Vó, Dona Coca,
As minhas irmãs Inês e Iza,
A minha filha Carolina,

Estrelas que me aquecem com o seu brilho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Bruno (*in memoriam*) e Nina, pelo amor e ensinamentos que iluminam o meu caminho.

Ao Canoa, meu amor, por sua presença constante na minha vida.

Aos meus filhos, Carolina, Ricardo e Rodrigo, pela compreensão das minhas ausências neste tempo de nossas vidas.

À minha Vó a Dona Coca, Inês e Ilza, que, embora ausentes do convívio familiar, são parte efetiva da minha existência.

Às Matriochkas, por tornarem possível a realização desta dissertação.

À Kátia, Angela e Antonieta, pelo companheirismo e amizade.

Às colegas do mestrado, pela possibilidade de troca e convívio enriquecedor.

Às colegas Gisa e Denise, a turma do "Golf," pelos momentos de alegria que compartilhamos.

À minha orientadora, Dra. Enfa. Maria da Glória, pelo carinho e sensibilidade na orientação deste trabalho.

À doutoranda, Enfa. Hedi Heckeler Siqueira, pela disponibilidade, compreensão e pelo incentivo de ir além.

À Fundação Universidade Federal do Rio Grande, através do Curso de Mestrado Interinstitucional CAPES/UFSC/FAPERGS em Assistência de Enfermagem, Departamento de Enfermagem e Comissão de Curso de Enfermagem, pela oportunidade de ampliar minha qualificação docente.

À assistente social, Cláudia e Maria Heleine à psicóloga, Sayonara, do Núcleo do Planejamento Familiar, do Hospital Universitário Dr. Miguel Rieth Corrêa Jr, por compreenderem minhas ausências.

À Arinda, secretária da Comissão de Curso da Enfermagem da FURG, pelo sorriso alentador durante esta trajetória.

Às minhas alunas que incentivam a minha caminhada.

A todas as mulheres que, dividindo comigo suas angústias e alegrias, contribuíram para a minha compreensão do complexo e belo universo feminino.

ENCONTROS E DESENCONTROS NA EXISTÊNCIA DAS MULHERES DURANTE O CLIMATÉRIO

Este estudo registra a minha inquietude ao percorrer novos caminhos na Enfermagem, refletindo os anseios da Mulher/Enfermeira, que vivencia o período do climatério. Trata-se de um trabalho realizado com um grupo de mulheres, durante o seu climatério, objetivando conhecer e compreender o seu pensamento com relação a essa etapa de suas vidas. Mediante a construção de um processo educativo embasado na minha experiência profissional, em alguns princípios da teoria Transcultural de Leininger, somados à teoria da Problematização de Bordenave. Este estudo, de abordagem qualitativa, foi desenvolvido no Hospital Universitário (HU), de Rio Grande. Os dados foram coletados em sete encontros com um grupo de mulheres, trabalhadoras ou não do HU, que espontaneamente optaram em participar da pesquisa. A depressão e a terapia de reposição hormonal surgiram como pontos chaves para a discussão do grupo e, a partir daí, delinear-se os demais temas discutidos, que foram permeados pela ação do cuidado cultural, chegando-se na experiência das mulheres quanto a sua assistência à saúde no HU. As mulheres se reconhecem como sós, não encontrando a sintonia com a família e o companheiro; induzidas pela família a procurar auxílio para os seus anseios e angústias no âmbito profissional, não encontrando o que necessitam. As mulheres, apontam o processo educativo, onde o cuidar é fundamentado na interação entre a Enfermeira e a Mulher, como sendo um espaço naquela realidade, onde elas encontrariam a assistência necessária e desejada. A assistência de enfermagem à mulher durante o climatério requer um olhar a partir desta mulher, possibilitando assim o planejamento das ações do cuidado culturalmente congruente. A Enfermagem necessita rever a sua prática de assistência à esta mulher, enfocando-a como usuária do Sistema Único de Saúde, uma vez que a categoria ainda está voltada a atendê-la, principalmente, no seu período reprodutivo.

FORTUNES AND MISFORTUNES IN THE LIVES OF WOMEN DURING THE MENOPAUSAL YEARS

This study captures my uneasiness as I follow new paths in Nursing. It reflects the anxieties of the Woman/Nurse, who is leaving the climacterium period. It deals with a work carried out with a group of women during their climacterium. The objective is to know and understand the thoughts of these women in relation to this phase in their lives. In accordance, I constructed an educational and methodological process based on my professional experience while a nurse and student. The theoretical reference was based on some principles of the Transcultural Theory of Leininger, combined with the theory of Problematization of Bordenave. This study, approached qualitatively, was developed in the University Hospital (UH) of Rio Grande. The data were collected in seven encounters with a group of women, some of whom worked at the Hospital and others who didn't, who spontaneously chose to participate in this research. The depression and the hormonal replacement therapy surfaced as key points for discussion by the group, and from there the subjects discussed were delineated, that were permeated by the action of cultural care, arriving at the women's experience regarding their health assistance at the UH. The women perceive themselves as alone, not being in tune with their families or mates. They declare they are induced by the family to search for help for their anxieties and anguishes in the professional sphere, not finding what they seek at the level they require. In this sense, the women in their reflection point to the educational process where the care is based on the interaction between woman and nurse as being a space in that reality where they would find the necessary and desired assistance. Nursing help to women during the climacterium requires a view coming from these women, thereby making possible the planning of the actions of appropriate cultural care. But, with that in mind, the nursing profession should review its practice in regard to the help provided to these women, focusing on the woman who is the user of the Sole Health System, since it is still oriented to attend to her principally during her reproductive years.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1. APRESENTANDO A PROPOSTA DO ESTUDO.....	10
2. BUSCANDO UM REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1. Discutindo a saúde da mulher	14
2.2. Buscando conhecer a mulher climatérica.....	23
2.3. Mudanças pouco visíveis do cliamério	28
2.3.1. Osteoporose.....	28
2.3.2. Doenças cardiovasculares.....	32
2.4. Falando sobre a terapia de reposição hormonal	33
2.5. Descobrimdo o imaginário da mulher climatérica.....	39
2.6. Optando pela teoria transcultural de Leininger e Problematizadora de Bordenave.....	43
2.6.1. Teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger.....	45
2.6.2. Teoria da problematização de Juan Diaz Bordenave.....	48
3. FORMULANDO OS PRESSUPOSTOS E O MARCO CONCEITUAL...	52
3.1. Pressupostos.....	52
3.2. Marco Conceitual	53
4. CONSTRUINDO A CAMINHADA METODOLÓGICA.....	64
4.1. Caracterizando o estudo	64
4.2. Contextualizando o local do estudo	66
4.3. Buscando a clientela.....	68
4.4. Vivenciando e analisando o cotidiano das mulheres do grupo.....	71
4.4.1. Conhecendo e reconhecendo o grupo.....	71
4.4.2. Aparecendo os temas no vivido das mulheres.....	76
Fogachos.....	79
Encontrando significado cultural no grupo dos "entas"	80

Refletindo sobre a terapia de reposição hormonal.....	85
Percebendo as alterações urinárias.....	91
Refletindo sobre a prevenção da osteoporose.....	97
Falando sobre o ressecamento vaginal.....	107
Introduzindo o tema sobre a sexualidade.....	110
imagens do envelhecer feminino e masculino quanto ao climatério.....	122
O vivido solitário	130
Aparecendo a depressão.....	135
Surgindo o sistema de saúde.....	144
5. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO.....	155
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
7. ANEXOS.....	175
Anexo 1.....	176
Anexo 2.....	178

1. APRESENTANDO A PROPOSTA DO ESTUDO

O desenvolvimento deste trabalho partiu das escolhas feitas já no início da minha trajetória profissional, quando realizei a especialização na área de ginecologia e obstetrícia. Direcionado o meu interesse para questões concernentes ao estudo da mulher.

A minha decisão de realizar uma pós-graduação em nível de Mestrado, surgiu concomitante com a minha intenção de aprofundar as questões referentes à Saúde da Mulher; sendo o climatério o tema escolhido para o meu objeto de estudo. A afinidade com a referida temática, evidenciou-se a partir da minha vivência de docente e enquanto coordenadora, há cerca de dez anos, do Programa Saúde da Mulher, do ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr (HU), da Fundação Universidade do Rio Grande (FURG).

Estes fatos determinaram o meu envolvimento com a população feminina que frequenta o ambulatório de ginecologia do HU, o que me dá muito prazer, uma vez que trabalhar com as mulheres, nos diferentes momentos de vida, leva-me, enquanto profissional, a me identificar com a minha clientela, seja no aspecto biológico, social ou cultural. Enfim, o emaranhado de sentimentos, crenças e valores perpassam o cotidiano da enfermeira mulher no vivido da sua prática assistencial.

Vivenciando esta caminhada, percebo que a procura em percorrer novos caminhos, na enfermagem, reflete meus anseios de mulher, e isto me leva a acompanhar o ciclo por onde passa o meu corpo e o corpo de outras mulheres. Anseios de ser humano, de mulher e de professora, imbuída em acompanhar o desenvolvimento teórico prático deste conhecimento e, de profissional de saúde, preocupada com os avanços que ampliam a inserção desta mulher no contexto acadêmico e social.

A identificação constante com o meu objeto de trabalho, levou-me a aguçar os meus sentidos, a pensar e a buscar compreender a real dimensão das mudanças que insidiosamente vêm se instalando no meu viver. Comecei a perceber, e a dar mais atenção, à imagem daquela mulher que, ultimamente, teima em aparecer no meu espelho. Aos poucos, foram surgindo várias perguntas, tais como: Quem é essa mulher? O que mudou na sua imagem? Como mudou? Quanto mudou? Por que ela se esquece com frequência das coisas que tinha por fazer? Quantas vezes ela teima em sentir calor quando todos em sua volta estão com frio? Por que chora copiosamente na despedida de dois amantes no filme da TV? Por que acorda sem ânimo numa linda manhã de outono? Outono????? Por que escolher o outono se ela sabe que logo após chega o inverno... Algumas destas perguntas, ela respondeu com facilidade; outras ficaram sem respostas e, para algumas delas, as respostas não queriam ser ouvidas. Esta cumplicidade, por mim sentida, conduziu-me a enfrentar um novo caminhar. A mulher climatérica inseriu-se na minha prática docente assistencial, trazendo consigo seus medos, angústias e queixas. A inquietação, sentida num primeiro momento, motivou-me a refletir sobre essa nova fase.

Esta trajetória, traçada pela minha inquietude, permeou o início do curso de mestrado, o qual passou a ser, então, o caminho escolhido pela mulher profissional para o aprofundamento destas questões. A realização desta idéia ratificou os meus anseios, possibilitando a concretização de um trabalho, que certamente trará benefícios para o meu desempenho profissional e pessoal. A minha convicção em aprofundar este tema, materializou-se na minha dissertação de mestrado, que

surgiu da prática assistencial, tendo culminado com os resultados do relatório, e que foram retomados para reflexões e análise à luz dos meus objetivos, pressupostos e referencial teórico.

Através do estudo realizado com as mulheres climatéricas, percebi que as questões e necessidades individuais constroem-se a partir dos âmbitos sócio econômicos e culturais.

Desta forma, a busca por uma assistência de enfermagem à mulher climatérica requer um olhar a partir desta mulher, o que possibilita planejar ações de cuidado culturalmente congruentes¹.

A multiplicidade de fatores sócio econômicos e culturais que envolvem o ser e o viver o climatério, conduziram a profissional comprometida com a sua vocação, induzida pela sua prática e determinada por desafios a buscar, através do pensamento destas mulheres, conhecer e compreender à luz do referencial teórico, como elas vivenciam esse período. Sendo assim, propus-me construir um processo educativo com um grupo de mulheres climatéricas, compartilhando e refletindo com as mulheres as experiências emergidas no grupo, auxiliando-as no processo de busca de uma vida mais saudável.

¹ As diferenças e similaridades do cuidado cultural entre profissionais da saúde e clientes existem em qualquer cultura do mundo. Somente ocorrerão cuidados de Enfermagem culturalmente congruentes, quando os valores, expressões ou padrões dos indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou cuidados culturais forem conhecidos e utilizados adequadamente e de maneira significativa pelos enfermeiros, na sua prática assistencial (Monticelli et al, 1999).

2. BUSCANDO UM REFERENCIAL TEÓRICO

“As atividades e os sentimentos humanos não são diretamente organizados pela biologia, mas sim, pela interação das tendências biológicas com as várias expectativas culturais específicas, esquemas e símbolos que coordenam nossas ações, permitindo assim nossa sobrevivência” (Rosaldo; Lamphere, 1979, p. 22).

Neste capítulo, tenho como propósito fornecer subsídios teóricos para contextualizar a temática em questão e apresento os aspectos que considero importantes no trabalho. Início, discutindo a mulher e a saúde da mulher, bem como as políticas de saúde dirigidas a essa população, enfocando o sistema de saúde e a mulher climatérica. Continuo, trazendo para o leitor algumas considerações sobre a mulher climatérica e o seu imaginário, tendo a cultura como elemento norteador desta relação. Finalizo, com alguns princípios da Teoria de Enfermagem Transcultural, de Medeleine Leininger, e alguns subsídios da Teoria da Problematização, de Bordenave.

2.1. DISCUTINDO A SAÚDE DA MULHER

A participação da mulher no mercado de trabalho foi uma das mais marcantes transformações sociais ocorridas no país a partir dos anos 70 e, desde então, vem sendo cada vez mais intensa e diversificada. Várias foram as razões que determinaram o ingresso acentuado das mulheres nesta esfera, entre as quais a realização pessoal, profissional e a necessidade econômica como um fa-

tor determinante para as mulheres pobres, bem como para as mulheres da camada média da população.

A expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização, na década de 70, configuraram a incorporação da mulher como trabalhadora na sociedade e, desde então, muitos são os espaços ocupados por elas durante o seu dia, e muitos papéis desempenhados no cotidiano, já que sua presença se faz indispensável no modelo de família, no qual cabem, à mulher, predominantemente as responsabilidades domésticas. Como mães, são responsáveis pela saúde dos filhos e dos membros da família, administrando a alimentação, cuidando da higiene e tratando da saúde. Como reprodutoras, enfrentam a concepção, a gravidez, o parto e os problemas da contracepção. Como trabalhadoras, colocam-se entre o maior contingente de mão de obra, exercendo a maior parte das funções auxiliares e, quando exercem a mesma função do homem, os salários geralmente são inferiores. Recente pesquisa realizada pela Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul, e publicada no jornal Zero Hora em 29 de março de 2000, sobre o trabalho feminino na Região Metropolitana de Porto Alegre, em 1999, mostra que os homens têm um rendimento mensal 46% maior que o das mulheres e que o desemprego entre as trabalhadoras é 15,2 % superior ao dos trabalhadores.

O fato de as mulheres terem saído da vida doméstica e privada para a esfera pública e ingressado no mercado de trabalho como força de trabalho tornou-as produtoras e detentoras de um corpo que precisa produzir e, para tanto, deve ser saudável. Desta forma, as mulheres, enquanto trabalhadoras, consumidoras e produtoras, adquirem maior visibilidade no sistema capitalista monopolista, que visa à reprodução de força de trabalho e ao aumento da produtividade. Neste contexto, então, surgem políticas de saúde, privilegiando esta camada da população.

No início da década de 70, o Ministério da Saúde do Brasil, sob orientação do Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborou um conjunto de Programas de

Saúde, entre eles o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que começa a ser implantado em 1975. A Saúde Materno Infantil e o Bem Estar da Família são constituídas como áreas temáticas, a partir da recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, em outubro de 1972, nas quais estão inseridas as questões de fertilidade e esterilidade da mulher. Posteriormente, em 1978, ocorre a revisão do programa. Foram acrescentadas atividades de Planejamento Familiar, a noção de Paternidade Responsável e o Programa de prevenção da Gravidez de Alto Risco (Simões, 1998). Porém, a mulher continua a ser valorizada apenas como reprodutora.

A Organização das Nações Unidas considerou 1975 como o Ano Internacional da Mulher e o período de 1976 a 1985 foi instituído pela ONU como a década da Mulher. Esta organização acrescenta que, caberiam às instituições do mundo inteiro desenvolver políticas públicas de proteção à mulher, a fim de minimizar os índices de morte materna, violência, abusos sexuais, discriminação racial; e contribuir para eliminar toda a forma de discriminação social contra o grupo feminino. Segundo Maranhão (1990), no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1980, declara que a mortalidade de mulheres, de 15 a 49 anos, correspondia, aproximadamente, a 7% do total de óbitos. Destes óbitos, 5,9% ocorreram devido a complicações da gravidez, do parto e do puerpério.

As crescentes necessidades da população brasileira, em relação à extensão de cobertura e à racionalização dos recursos para a saúde, conduzem o Estado a intervir com a finalidade de garantir a saúde a seus indivíduos. Em meados dos anos 80, inicia-se o movimento de Reforma Sanitária, culminando com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado na Constituição de 1988, tendo como pressupostos os princípios do direito universal à saúde, do papel do Estado na prestação de serviços de saúde, da equidade, da integração dos níveis de promoção, prevenção, recuperação, descentralização e regionalização, de participação e controle social. Neste sentido, a implementação de políticas de cunho social e econômico, bem como um trabalho multidisciplinar dos profissionais da área da saúde, visando uma assistência global, para a prevenção, dia-

e tratamento precoce das doenças se apresentam, tendo como objetivo, diminuir os índices de morbimortalidade da população feminina.

Em 1983, o Ministério da Saúde volta o seu foco de atenção para a saúde da mulher e estabelece o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como referência para o atendimento da mulher no sistema de saúde vigente. Este programa é reconhecido como uma importante contribuição do movimento feminista na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres.

"No Brasil, a trajetória das mulheres vindas dos movimentos sociais e dos grupos feministas se cruzaram e articularam formas de atuação política, visando mudanças na atuação do Estado na implementação de programas de saúde condizentes com a realidade social brasileira, da época" (Simões, 1998, p.30).

"A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher CNDM, em 1985, foi uma conquista do movimento feminista da época, e sob os seus auspícios, o movimento pela saúde das mulheres estruturou-se, principalmente, em torno da viabilização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado oficialmente, no País, em 1983" (Simões, 1998, p.266).

O PAISM tem como essência o conceito de integralidade na assistência à saúde da mulher. O conceito de integralidade da assistência, preconizado pelo Ministério da Saúde envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade, qualidade do inteiro total, representa a superação do paradigma clínico, do modelo biológico e de problemas independentes, para passar a enxergar o cliente como um ser social, que possui seus conflitos e dificuldades (Brasil, 1990).

A orientação política do PAISM era claramente feminista, pois se assentava em princípios voltados à autodeterminação das mulheres, através de um processo contínuo de educação para a saúde em serviços assistenciais; à participação das mulheres em todos os níveis organizacionais do Programa; à mudança de orientação das ações do aspecto estritamente procriativo para incluir aqueles ligados ao ciclo das mulheres (Nascimento, 1998).

O feminismo teve como marco norteador o questionamento da ordem patriarcal na sociedade, que dava um lugar secundário à mulher, e também questionou a própria identidade feminina:

“As feministas traduzem a rebeldia das mulheres na identificação de sua situação de subordinação e a exclusão do poder e buscam construir uma proposta ideológica que reverta esta marginalidade”
(Soares, 1994, p.15).

“A luta feminista, passa então a ser de “perspectiva de gênero” (Coelho, 1999, p. 152). Foram as feministas que introduziram o termo gênero. A palavra era usada como uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso dos termos sexo e diferença sexual (Scott, 1990). Há aproximadamente dez anos, os termos sexo e gênero eram utilizados indiscriminadamente nas ciências sociais. Na literatura recente, entretanto, o termo sexo reserva-se, preferentemente, para fazer referência às características biológicas predeterminadas, relativamente invariáveis, do homem e da mulher; enquanto gênero é utilizado para assinalar as características socialmente construídas, que constituem a definição do masculino e do feminino, em diferentes culturas (Laurenti, 1997).

Com relação ao PAISM, Aquino (1999), referenciando Costa (1992), coloca que, apesar do avanço que o programa representou, sua efetiva implantação tem sofrido muitos entraves, decorrentes principalmente dos impasses da reforma sanitária brasileira. Desta forma, embora o texto constitucional brasileiro, em seu artigo 196, garanta saúde como um direito de todos e um dever do Estado, de fato, os desdobramentos da reforma sanitária se deram em um contexto de pro-

funda crise econômica, de retração do Estado nas políticas sociais e de aprofundamento das desigualdades sociais.

Por outro lado, considero que, além destas importantes questões, o PAISM, enquanto programa, não se efetivou na forma como foi idealizado, porque uma grande parcela dos profissionais de saúde, responsáveis pela execução das ações de saúde estabelecidas pelo programa, não estavam em consonância com a sua proposta. Estes profissionais não aderiram ao modelo assistencial proposto pelo PAISM, considerando que as mudanças que se faziam necessárias para a sua implementação e implantação, como o modo de agir e pensar em relação à assistência das mulheres são condições indispensáveis para se efetivar o programa como foi concebido.

Na década de 90, ocorre um avanço na participação das feministas em instâncias formuladoras e implementadoras de políticas públicas em todas as regiões do país e em todos os níveis de governo.

“Apesar desses avanços, no plano político institucional, os entraves decorrentes do modelo de Estado que vem sendo implementado no Brasil e de seus reflexos no setor saúde têm resultado em vitórias parciais e limitadas e em muitos retrocessos e desencantos. Contudo, as bases conceituais do PAISM ainda continuam sendo uma referência e uma inspiração para o movimento de mulheres, em luta pela equidade de gênero na saúde (Aquino, 1999, p.167).

Na realidade, observa-se que o PAISM, centrado no aspecto biológico, limita-se à resolução dos problemas relativos às doenças da mulher. Fica distante a visão da mulher como um ser existencial, com outras necessidades e possibilidades que o cuidar da saúde. Habitualmente, é vista apenas pelo seu valor reprodutivo sexual e materno. Em relação ao PAISM, Aquino comenta: *“Na maioria das vezes, houve um esvaziamento de seus conteúdos mais criativos, e a implementação de ações ficaram restritas ao âmbito da saúde reprodutiva” (Aquino, 1999, p.167).*

Penso que, nestes programas de assistência à saúde, devem estar presentes reflexões que transcendam ao plano biológico do ser humano, seja ele homem ou mulher, permitindo a discussão e focalizando que esse ser humano possui mais do que corpo. Possuindo, também, história e cultura. Concordo com Barata (1997), quando afirma que o Sistema de Saúde tem que assumir o compromisso com um atendimento digno e eficiente. As necessidades dos seres humanos vão muito além da simples sobrevivência. O desenvolvimento das capacidades humanas pressupõe o desfrute da beleza, o desenvolvimento intelectual, a possibilidade de se relacionar com o outro sem reduzi-lo a uma "coisa", fazendo deste encontro uma fonte permanente de desdobramento e concretização de potencialidades capazes de fazer de cada ser humano um indivíduo melhor.

Comenta Leopardi (1998), que neste contexto a assistência de enfermagem integral aos usuários do SUS constitui-se 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. O meu envolvimento com a temática conduziu-me a tentar compreender e clarear um pouco mais sobre os rumos do ensino e da prática assistencial da enfermagem, voltados para atender os programas de saúde da mulher, implantados pelo governo. Nesta tentativa, encontrei alguns dados trazidos por Simões (1998), que analisam os trabalhos junto à mulher, apresentados nos congressos, na produção científica e nas pesquisas de enfermagem.

Simões (1998), destaca que a grande maioria das pesquisas, realizadas na década de 80, teve como enfoques mais utilizados pelos pesquisadores, o positivismo, denunciando ser oportuno ampliar o estudo para além do biológico, incluindo o contexto social. Releva, também, que num total de 151 pesquisas realizadas nesse período, 58,9% referiam-se à mulher como um ser puramente reprodutor: enfocando o pré-natal, gestação, parto e aleitamento materno. Portanto, foi pouco valorizada, para as enfermeiras a pesquisa que tem como enfoque a mulher de meia idade. Uma análise da produção científica de enfermagem, conside-

rando o período após dez anos de implantação do PAISM, utilizando como fonte bibliográfica os resumos publicados nos programas e anais do 46º, 47º, 48º CBE; e 7º, 8º, 9º SENPE, mostra que, embora ainda ocorra a prevalência das pesquisas quantitativas, estas já vêm buscando, como temática, as falas das mulheres, as percepções, os sentimentos, as angústias sobre seus vários ciclos de vida (Simões, 1998).

Estes dados sugerem que as enfermeiras, nesta última década, perceberam a importância do significado de conhecer sua clientela, como subsídio necessário para o cuidado humanizado. Também apontam o despertar do olhar da mulher enfermeira para as questões relativas ao gênero e à cultura como elementos imbricados no seu fazer, conduzindo-a a buscar um referencial que contemple estas questões.

Meyer (1998), chama a atenção sobre a produção acadêmico/científica na área da saúde na última década, dizendo que podemos identificar um grande número de estudos que vêm incluindo o gênero como análise de categoria. Esta mesma autora, ao se referir à área da Enfermagem, considerando periódicos científicos de grande circulação na década de 90, relata que vários números foram dedicados a esta temática, indicando a relevância que este tema vem assumindo no contexto da produção do conhecimento neste campo.

A enfermagem, enquanto uma profissão essencialmente feminina, traz imbricada, no seu fazer, muitas situações relacionadas com a temática e questões relativas ao gênero, as quais, na maioria das vezes, estão implicadas no desempenho profissional, uma vez que o sujeito que promove o cuidado identifica-se com o objeto a ser cuidado. Para Fonseca et al (1996), as questões relativas à enfermagem, enquanto profissão feminina, só tem sentido se colocadas também no conjunto da problemática enfrentada pelas mulheres na sociedade atual, dado que a condição de gênero determina a todas uma situação de subalternidade social, pois, antes de Enfermeiras, somos mulheres, somos gente. Portanto, o estudo destas questões para a enfermagem torna-se essencial, na medida em que ele

nos oferece referenciais para que possamos buscar entender as relações de poder em nossa sociedade e profissão, e assim vislumbrar a possibilidade de mudança.

Pensando desta forma, as enfermeiras ampliam a possibilidade de superar a dicotomia entre o cuidador/cuidado, o saber científico e o popular, para então construir o cuidado com significado. Na verdade, estas mudanças de abordagens quantitativas para qualitativas necessitam de maior tempo para serem sentidas na prática. Considero um avanço, quando já se fazem presentes estas preocupações emergidas nas tendências das pesquisas.

Por outro lado, estes dados revelam a preocupação das pesquisadoras enfermeiras com os vários ciclos de vida da mulher, embora ainda não se observem, na prática, mudanças significativas do enfoque biológico e reprodutor da mulher na assistência. Piccolo (1998), alerta que a forma como os serviços de saúde se organizam para atender à mulher, tem tradicionalmente confirmado que o período reprodutivo representa o alvo prioritário das suas ações.

Embora a Enfermagem se manifeste preocupada com esta realidade, o climatério ainda permanece distante das práticas assistenciais da profissão. Acredito que sejam vários os motivos encontrados pelas Enfermeiras que as distanciam desta temática. Entre eles, talvez se encontre a sua não inclusão no conteúdo programático das disciplinas que contemplam a saúde da mulher, nos currículos de Graduação dos Cursos de Enfermagem.

Neste sentido, exponho o seguinte fato: no dia 15/04/2000, participei, como docente Enfermeira, representando a Fundação Universidade do Rio Grande, no Fórum de Ensino de Graduação em Enfermagem para Assistência ao Parto e Nascimento, promovida pela Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras, Seção Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Neste Fórum, tive a oportunidade de encontrar os professores responsáveis pelas Disciplinas de Saúde da Mulher das Universidades Públicas e Privadas do Estado do Rio Grande do Sul, e

perguntar-lhes se o tema climatério fazia parte do conteúdo programático das disciplinas sobre a saúde da mulher. Das sete Universidades representadas, apenas duas responderam afirmativamente, ou seja, na nossa realidade, a academia ainda parece estar mais voltada para o ciclo reprodutivo da mulher. Penso que este fato possa, de certa forma, elucidar o distanciamento das práticas assistenciais das Enfermeiras com as mulheres climatéricas.

2.2. BUSCANDO CONHECER A MULHER CLIMATÉRICA

O climatério é um período pelo qual passam todas as mulheres que chegam a esta fase evolutiva. É natural, fisiológico e determinado, sendo considerado mais um rito de passagem²(siderado mis ito de passagem) na vida de cada mulher. Portanto, ele é decorrente do viver da mulher.

Atualmente, observa-se um aumento da expectativa de vida das mulheres brasileiras; neste sentido, verificamos uma elevação do número de mulheres vivenciando o climatério. Segundo dados do censo de 1991, do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres, com mais de quarenta anos, representam 24% do universo feminino brasileiro, sendo previsto, para o ano 2000, uma população de aproximadamente 24 milhões de mulheres nessa faixa etária, isto é, 28% da população feminina (Martins, 1996). A Sociedade Internacional de Climatério (1976), aceita que essa fase se estende dos 35 aos 65 anos, sendo as mulheres com mais de 65 anos consideradas senis, segundo a Organização Mundial da Saúde-OMS (Sklovsky, 1995).

O climatério é o ponto crítico da vida humana (Ferreira,1986). Conforme Trein (1994), a palavra climatério deriva do grego *klimakte* significado degrau de

² Arnold Van Gennep (1960), autor que introduziu no discurso antropológico o termo marginalidade ou período liminar relacionando-o aos fenômenos de passagem de uma etapa ou idade da vida a outra. As sociedades humanas têm formas muito particulares de conceber e simbolizar os fenômenos de passagens. Nestes momentos de transição, são permitidos rituais comunicacionais para enfatizar as passagens de uma categoria a outra, ou de uma idade ou momento de vida a outro. Estes são os ritos de passagem (Silva, 1999).

uma escada; relacionando, também, a um período crítico da vida, no qual acontecem importantes mudanças. O climatério é uma fase de transição da vida adulta para a velhice, constituindo um período crítico, marcado por instabilidades hormonais e emocionais, as quais permanecem interligadas durante o processo, sendo impossível separá-las (Almeida, 1993). Para Fortes (1999), o climatério é um estágio natural da vida feminina, quando a mulher passa por profunda experiência existencial, no que se refere às relações interpessoais, na vida conjugal, no plano profissional, no aspecto sociocultural, e na vida espiritual; essas manifestações somáticas e emocionais, e o desajuste psicossocial fazem parte da síndrome climatérica; concomitante, observamos o sofrimento de muitas mulheres durante esse estágio.

No climatério, algumas mulheres apresentam alterações de origem fisiológica, bem como questões relacionadas ao envelhecimento, incidência de doenças crônicas, além de certo desconforto experimentado em maior ou menor grau. Daí a importância do climatério, considerado, pela maioria dos autores, como uma endocrinopatia, apesar de ser natural e, como tal, devendo ser tratada. O termo climatério é usualmente utilizado como sinônimo de menopausa, porém, existe uma diferença básica entre ambos. A menopausa caracteriza-se tão somente pela parada da menstruação, comprovada por uma amenorréia espontânea durante um período de 12 meses consecutivos. O Comitê da Organização Mundial da Saúde define menopausa como a parada permanente das menstruações resultante da perda da atividade ovariana (Sklovsky, 1995). O climatério, ao contrário, constitui um processo amplo de transformações, no âmbito físico, social, espiritual e emocional, o qual pode ser mais ou menos longo. Em outras palavras, reconheço a menopausa como um fenômeno físico, enquanto que o climatério pode ser considerado uma experiência existencial mais ampla e complexa do ser humano, que vai além do processo fisiológico.

Halbe (1995), comenta que o climatério é um processo fisiológico de mudança física e emocional, sendo a menopausa um evento universal, que faz parte da vida de todas as mulheres que atingem a meia idade. Menciona, ainda, que o

climatério é resultante de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que fazem parte da vida das mulheres. Martins (1996), considera o climatério como uma fase da vida da mulher, caracterizada por um conjunto de alterações no corpo e na mente, que ocorrem no final do período fértil feminino. Os fatores biológicos que influenciam no climatério dizem respeito, principalmente, aos transtornos hormonais femininos, que se iniciam na pré menopausa,³ podendo persistir na pós menopausa⁴ por tempo indefinido. Os transtornos hormonais são acompanhados por um declínio natural das funções orgânicas das mulheres, concretizando o processo de envelhecimento. Nesta fase da vida da mulher (dos 35 aos 65 anos aproximadamente), ocorre a diminuição de produção dos hormônios femininos, ocasionando vários sintomas e sinais. Em média, o climatério tem uma duração de 30 anos.

A idade da menopausa natural pode ser determinada por fatores familiares, bem como pela genética do polimorfismo dos receptores de estrogênio. A multiparidade e o aumento da massa corporal são fatores associados com a menopausa em idade mais tardia.

Nas mulheres fumantes, nulíparas, tratadas com medicação para depressão, expostas a agentes químicos e tratadas de câncer na infância com radiação abdominal pélvica, a menopausa ocorre mais cedo. Fonseca et al (1999), realizou um estudo em 240 mulheres climatéricas, sendo 140 fumantes e 100 não fumantes, sendo observado que as mulheres fumantes tiveram menopausa antecipada em 3 anos em relação às não-fumantes, assim como maior sintomatologia climatérica.

³ A menopausa, inserida no climatério, divide-se em pré-menopausa, que é a fase do climatério antes da menopausa; fase de transição do declínio da função ovariana, que ocorre de 5 a 7 anos antes da última menstruação; o declínio da função ovariana é gradual e começa em torno dos 35 anos; ocorre quando a mulher experimenta mudanças como a irregularidade menstrual, calorões e distúrbios do sono. A perimenopausa, que é o termo aplicado para o período de transição entre a regularidade da menstruação e irregularidade menstrual; nessa fase, podem ocorrer episódios de amenorréia, culminando com a menopausa (Thacker, 1997).

⁴ Pós-menopausa é o período de tempo que se segue após a última menstruação (Thacker, 1997).

Considera-se menopausa precoce, quando se apresenta na mulher com menos de 40 anos de idade, podendo estar ligada a fatores familiares ou não, ou a anormalidades nos cromossomas X (Medscape, 1999). A menopausa natural, no Brasil, segundo Haibe (1998), que a partir de pesquisa realizada por Fosencá (1992), ocorre na idade média de 48,1 anos. Destas, 74,8% apresentaram menopausa com 50 anos ou menos, e 25,2% apresentaram-na com 51 anos ou mais. Conforme estes dois autores, a menopausa pode ocorrer também de maneira não natural, ou seja, através da ooforectomia bilateral, acompanhada ou não de histerectomia.

A incidência de manifestações no climatério varia segundo cada autor, entre 10 e até mais de 75% dos casos; porém, somente 25% das climatéricas necessitam fazer tratamento medicamentoso, tendo em vista a intensidade das mesmas (Halbe, 1995). Em seu estudo Landerdahl (1997), citando Katchadourin e Lunde, refere que os sintomas da menopausa afetam quase todas as mulheres em certo grau, mas apenas 10% delas não são obviamente incomodadas por esses problemas.

Bagnoli et al (1998), classificaram as manifestações do climatério em clínicas e metabólicas. As manifestações clínicas podem ser gerais, genitais, urinárias, cutâneas, mamárias. Entre as manifestações gerais, podem ocorrer ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaléia, tonturas, parestesia, insônia, fadiga, alterações psíquicas e da memória, decorrentes de estado emocional prévio, bem como da influência das modificações orgânicas. As manifestações genitais mais freqüentes são ressecamento vaginal, dispareunia, prurido vulvar, prolapso genital e alterações menstruais mais curtas ou mais longas, até a amenorréia que, quando definitiva (após um ano), caracteriza a menopausa. As manifestações urinárias são incontinência urinária, dificuldade no esvaziamento vesical e síndrome uretral (polaciúria, disúria e desconforto no hipogástrio); nas manifestações cutâneas no climatério, com o hipoestrogenismo, a pele tende a ficar mais adelgada, com diminuição do coxim adiposo e das fibras colágenas, favorecendo o enrugamento. Ocorre também aumento da fragilidade vascular e aparecem acúmulos localizados

de pigmentos de melanina. As mamas sofrem nitidamente a influência desfavorável do hipoestrogenismo, pois diminuem de tamanho, tornam-se flácidas e há perda progressiva do parênquima, que é substituído por tecido adiposo. As manifestações metabólicas ocorrem no metabolismo ósseo e lipídico. No metabolismo ósseo em condições normais, existe equilíbrio entre a reabsorção e formação óssea denominada de remodelação; na pós-menopausa há maior tendência de reabsorção do que formação óssea e, assim, ocorre redução progressiva do conteúdo mineral ósseo, caracterizando a osteopenia e, em fases mais avançadas, a osteoporose. Em relação ao perfil lipídico o hipoestrogenismo exerce efeitos indesejáveis, ocorrendo elevação dos níveis de lipoproteínas de densidade baixa (LDL) e muito baixa (VLDL) e diminuição de lipoproteínas de alta densidade (HDL), aumentando o risco de doença cardiovascular.

O climatério pode ser classificado como compensado, quando há manifestações bem toleradas, as quais não interferem no bem estar da mulher; ou descompensado, quando a intensidade das manifestações afeta a qualidade de vida da mulher.

No climatério compensado, o tratamento consiste em dois itens fundamentais: o primeiro baseia-se na orientação e discussão, junto com a cliente, sobre as mudanças físicas e emocionais que ocorrem, pois há conjeturas de que, no momento em que a mulher compreender o que lhe está acontecendo, seu nível de ansiedade diminui, melhorando sua qualidade de vida. O segundo item do tratamento no climatério compensado é a implementação de medidas higienodietéticas, visando proporcionar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas (Halbe, 1998). Verifica-se que, sob este enfoque, o tratamento clínico, no climatério compensado, baseia-se na prevenção das doenças decorrentes do hipoestrogenismo. Entre as doenças que acometem as mulheres com deficiência do estrogênio, estão a osteoporose e as doenças cardiovasculares, particularmente, o infarto do miocárdio.

As mulheres climatéricas, com sintomatologia mais acentuada, associada ou não a outras doenças, que fazem parte do chamado climatério descompensado, devem seguir as medidas implementadas no climatério compensado, mais a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) (Halbe, 1998).

2.3. MUDANÇAS POUCO VISÍVEIS DO CLIMATÉRIO

Por se darem no interior do corpo, permanecendo de certo modo ocultas, podendo causar impacto na qualidade de vida e autonomia das mulheres, é importante considerar as doenças decorrentes da hipopostrogonia, como a osteoporose e as doenças cardiovasculares, particularmente o infarto do miocárdio.

2.3.1. Osteoporose

Osteoporose significa ossos porosos. Caracteriza-se pela diminuição da massa óssea, normalmente mineralizada, por unidade de volume. Compromete-se, desta forma, a integridade biomecânica do esqueleto, acarretando, conseqüentemente, aumento do risco de fraturas (Simões, 1998).

"A osteoporose não é uma doença de conceituação Clássica. Não há um agente patogênico específico que determine a perda óssea, a qual não sendo reconhecida precocemente provocará fraturas em locais bem definidos do esqueleto" (Simões, 1998, p.4).

As mulheres perdem tecido ósseo, na mesma proporção que os homens, até a menopausa. A partir daí, o declínio dos níveis de estrógeno acelera a perda do tecido ósseo. Nos primeiros cinco ou seis anos após a menopausa, as mulheres perdem o dobro do tecido ósseo em relação aos homens da mesma idade, no mesmo espaço de tempo. *"Sabe-se que uma em quatro mulheres na pós-menopausa apresentará fratura por osteoporose, na região da coluna, bacia ou punho" (Simões, 1998, p.5).* A taxa de perda óssea entre mulheres na menopausa

decrece gradualmente e pelos sessenta e cinco anos iguala-se a dos homens (Trein, 1994).

A osteoporose pode ser primária e secundária a inúmeras doenças. As principais características nas mulheres de risco, para o desenvolvimento de osteoporose, são; na osteoporose primária, a idade avançada como um fator inevitável; a raça (branca, oriental), a história familiar; menopausa natural ou cirúrgica; o fenótipo como estatura pequena e magra. Já fatores aceleradores são os fatores nutricionais (diminuição do cálcio), a diminuição da vitamina D; a dieta hiperprotéica, rica em fibras; a dieta hipersódica (alimentos acidificados). Por fim, o consumo habitual de cafeína e álcool; a inatividade física; o tabagismo; e gravidez e amamentação. Na osteoporose secundária, deve-se levar em conta as condições médicas, como insuficiência renal crônica, gastrectomia e anastomoses intestinais, síndromes de má absorção, mieloma múltiplo, artrite reumatóide. Também, as endocrinopatias tais como hiperparatireoidismo, hipertireoidismo e diabete melito. Por último, as medicações anticovulsivantes, antiácidos com alumínio, corticóide e sedativos (Simões, 1998).

A osteoporose pode ser dividida em quatro estágios:

O primeiro inicia-se, na chega à idade adulta, entre 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. Esta fase seria o momento ideal para que os profissionais de saúde identificassem as mulheres com fatores de risco para osteoporose, constituindo-se o melhor momento para a adoção de medidas preventivas específicas (Halbe, 1998). É aí que visualizo como fundamental o cuidado cultural das mulheres climatéricas, através da prevenção ou manutenção dos fatores aceleradores da osteoporose primária, bem como dos hábitos de vida.

O segundo estágio inicia-se após os 40 anos, quando já houve perda de massa óssea, porém o tecido ósseo mantém-se saudável, não representando

ainda risco de fraturas para a maioria das mulheres. A redução da massa óssea, nessa fase, já é detectável pelo RX. 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. McIL Wanin (1993), refere que esse fato, para a maioria dos médicos, não representa um diagnóstico, porque esquecem que é necessário 30% de perda óssea, para que a mesma se torne visível no RX comum. A identificação dessa condição, na mulher poderia alertar para a necessidade da adoção de um plano de prevenção dos próximos estágios da osteoporose, procurando eliminar os fatores de risco(McIL Wainin, 1993).

O terceiro estágio da osteoporose inicia-se quando acontece uma fratura, devido a um entorse ou um acidente de pequeno porte. Usualmente, é nesta fase que a osteoporose é identificada. Há perda óssea por deficiência estrogênica. Nesta fase, é indicada a prescrição de medicamentos, como o cálcio e a calcitonina, e a realização da densidade óssea para avaliar as perdas ósseas (McIL Wainin, 1993).

Visualizo o cuidado cultural das mulheres climatéricas com osteoporose através da acomodação ou negociação⁵ para o novo, o diferente e o benéfico no modo de vida, respeitando os valores e as crenças culturais da mulher.

O quarto estágio é caracterizado por fraturas devido a movimentos da vida diária e, nesta fase, é comum a presença de dor crônica e de deformidades. Este estágio passa a acontecer após os 55 anos de idade, observando-se, em algumas mulheres, a postura curvada e a perda da altura, comprometendo a imagem corporal.

⁵ Refere-se àquelas ações e decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura à adaptar-se ou negociar com, para uma saúde benéfica ou satisfatória, com profissionais provedores de cuidado (Leininger, 1991, p.48).

Este estágio envolve um plano de reabilitação das deformidades, controle da dor e apoio emocional (McIL Wainin, 1993). O enfoque do cuidado cultural, nesta etapa, baseia-se na reestruturação e na repadronização do modo de vida da mulher.

A osteoporose pode ser identificada através do diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e de medição da massa óssea através da densiometria e da tomografia computadorizada quantitativa. O tratamento mais avançado contra a osteoporose na pós-menopausa ainda é representado pela terapia de reposição do estrógeno durante e após o climatério. As mulheres, para as quais a terapia com estrógeno é contra indicada,⁶ devem ser tratadas com alendronato. Às mulheres que tiverem contra-indicação ao estrógeno e ao alendronato devem ser tratadas com calcitonina nasal (Simões, 1998). Além disto, é recomendado que todas as mulheres devem receber quantidades adequadas de cálcio e de vitamina D (SOBRAC, 1999).

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

"A falta de programas definidos para a prevenção de osteoporose no país projeta o número de indivíduos osteoporóticos para o ano de 2000 em 4,3 milhões, com prováveis 215 mil fraturas de colo de fêmur ao ano" (SOBRAC, 1999, p.5).

A partir deste dado, fica clara a importância de divulgar, que a osteoporose pode ser prevenida e tratada. Por outro lado, o adequado conhecimento sobre a incidência, a fisiopatologia, o diagnóstico e, fundamentalmente, a prevenção desta doença, contribuem para diminuir a possibilidade de incapacidade da mulher e, secundariamente desonerar o SUS porque evitam tratamentos longos e caros,

⁶ Para a Sociedade Brasileira do Climatério (SOBRAC), constitui-se contra indicação, à TRH os casos de: câncer de mama e endométrio não tratados, hepatopatia aguda, tromboembolismo agudo, infarto agudo do miocárdio, sangramento genital anormal e de causa desconhecida (SOBRAC, 1999).

uma vez que ele detém uma grande parcela da população feminina entre a sua clientela. Portanto, informar sobre esta doença e suas complicações constituem possíveis benefícios que se apresentam às mulheres frente a osteoporose.

2.3.2. Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são a maior causa de morbidade em mulheres na pós-menopausa. Há inúmeras evidências de que os hormônios femininos atuam sobre o sistema cardiovascular, sendo particularmente importantes as ações sobre a vasomotricidade arterial. O início dos sintomas de doença cardiovascular feminina ocorre cerca de 7 a 10 anos mais tarde, em relação aos mesmos sintomas no sexo masculino; por isto o infarto do miocárdio é pouco comum em mulheres jovens, aumentando sua frequência a partir da sexta década de vida e passando a ser importante causa de mortalidade, na mulher. Portanto, pode-se concluir que a mulher jovem, cujos ovários apresentam produção adequada de estrogênio, tem maior proteção contra a doença cardiovascular.⁷

Por vários mecanismos, o estrogênio atua sobre o coração e os vasos, trazendo grande benefício à mulher, no que se refere à longevidade e a sua qualidade de vida. A administração do estrogênio, a mulheres na pós-menopausa, tende a reduzir os níveis de colesterol total, colesterol LDL e a aumentar os valores de colesterol HDL, diminuindo o risco aterogênico.

Alguns autores (Tolosa, 1997; Almeida, 1993), ressaltam que a menopausa não pode ser responsabilizada sozinha, pelo aumento de doenças cardíacas em mulheres mais velhas. Os fatores de risco como a obesidade, a hipertensão arte-

⁷ No período pós-menopausa, quando ocorre hipoestrogenismo, há aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL- colesterol), e manutenção da lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol), tendo como consequência a elevação do risco aterogênico. Paralelamente, pode haver aumento de resistência à insulina, elevação da pressão arterial e tendência a aumento de peso, que são outros fatores de risco cardiovascular (Giannini, 1996).

rial, a doença esclerótica, o tabagismo e a vida sedentária contribuem, em muito, com a perda estrogênica.

Uma alimentação equilibrada poderá interferir positivamente na qualidade de vida da mulher climatérica. Como em outras fases da vida da mulher, a alimentação tem, como objetivo, fornecer calorias, proteínas, carboidratos, vitaminas, cálcio e sais minerais. O que deve ser levado em conta ao planejar a alimentação desta fase da vida é que, a cada década, diminui a necessidade energética em 2%. Esta regra vale tanto para homens como para as mulheres (Tolosa, 1997).

2.4 FALANDO SOBRE A TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Em relação à Terapia de Reposição Hormonal (TRH), existe uma discussão muito intensa, entre os profissionais, sobre a sua utilização. O fato de ser uma opção relativamente recente na busca pelo bem estar da mulher, suscita muitas dúvidas e questionamentos em quem a usa. Ante este quadro, trago algumas considerações breves para melhor entendimento da questão.

Hormonioterapia consiste na reposição dos hormônios que deixaram de ser produzidos pelos ovários. Os hormônios naturais foram isolados, pela primeira vez, em 1923, e reconhecidos como úteis para o tratamento da menopausa; entretanto, não se sabia como utilizá-los. No final da década de 30, a síntese do benzoato de estradiol por químicos alemães permitiu que este hormônio fosse aplicado nas mulheres, porém, somente através de injeções.

Na década de 60,⁸ ocorreu sua popularidade, principalmente nos Estados Unidos, onde sua venda foi quadruplicada, juntamente com a promessa de manter a mulher jovem para sempre. No entanto, a constatação do aumento de 10%, na ocorrência de câncer endometrial ocasionou um freio no seu uso generalizado e sem controle.⁹ Daí em diante, as pesquisas mostraram que a incidência de câncer de endométrio caía muito quando a mulher tomava, além do estrógeno, o progestágeno, o que imitava o ciclo menstrual normal. Isto é, a progesterina,¹⁰ bloqueando o acúmulo de estrógeno no endométrio, inibe a sua proliferação, que seria o principal responsável pela hiperplasia endometrial. A progesterina proporciona, assim, a descamação do endométrio, forjando, como já foi dito, a menstruação nas mulheres pós-menopausadas. A partir dos anos 80, o uso de TRH tem sido cada vez maior.

O tratamento de reposição hormonal é considerado por vários autores, entre eles Archer (1999), Warren (1998), Giannini (1996), Bagnoli (1998), como a principal arma de que a mulher dispõe para combater as consequências do hipostrogenismo. Em média, as mulheres viverão aproximadamente quase trinta anos após a ocorrência da menopausa, período no qual estarão expostas aos baixos níveis hormonais circulantes. Este período de carência hormonal acarretará uma série de consequências; entre elas, a osteoporose, doenças cardiovasculares, além da exacerbação dos sintomas decorrentes da carência estrogênica (Fernandes, 1998).

⁸ A menopausa não virou moda como tópico de preocupação para a profissão médica antes da década de 60. Em 1966, um ginecologista de Nova Iorque, o Dr Robert Wilson, publicou um *best seller* chamado *Feminine Forever*, exaltando as virtudes da reposição do estrogênio como forma de salvar a mulher da "tragédia da menopausa." Esse livro vendeu mais de 100.000 exemplares no primeiro ano. As revistas femininas agarraram-se avidamente às suas idéias e promoveram amplamente os seus conceitos. A indústria farmacêutica também participou ativamente da promoção do uso de drogas estrogênicas através de intensas campanhas publicitárias (Sellman, 1996).

⁹ Em 1975, o *New England Journal of Medicine* examinou as taxas de câncer endométrico em consumidores de estrogênio, concluindo que o risco era 7,5 vezes maior nos usuários deste hormônio. As mulheres que haviam usado estrogênio por sete anos ou mais tinham 14 vezes mais chance de desenvolver câncer (Seliman, 1996).

¹⁰ Progestinas ou progestogênicos são os sintéticos da progesterona, utilizados nos anticoncepcionais e na terapia de reposição hormonal (Sellman, 1996).

A despeito de se conhecer os enormes benefícios da TRH, destacando-se o alívio da sintomatologia menopausal, particularmente as ondas de calor, os transtornos do humor, a insônia, a irritabilidade, a fadiga, os comprometimentos da memória, enfim, a melhora da condição de vida das mulheres, ainda é pequeno o número de mulheres que fazem tratamento em longo prazo, diminuindo, assim, os benefícios quanto à prevenção das doenças cardiovasculares e à redução das fraturas osteoporóticas (Fernandes, 1998).

Embora os benefícios da reposição hormonal nas mulheres climatéricas já estejam bem estabelecidos, a falta de adesão à TRH deve-se tanto a motivos de ordem particular, quanto também a seus efeitos colaterais (Santos, 1999). Neste sentido, Tolosa (1997, p. 48) argumenta:

"...as mulheres que atualmente atravessam a menopausa presenciaram os efeitos dos hormônios quando começaram a ser usados como anticoncepcionais em 1961. Os primeiros preparados hormonais disponíveis naquela época continham grande quantidade de hormônio e seus efeitos colaterais, como o aumento de peso e o aparecimento de pêlos faciais, eram geralmente intensos."

Para este autor, talvez estes fatos, inseridos na memória coletiva, podem contribuir para a não adoção ou adesão ao tratamento da TRH.

Alguns autores, entre eles Greer (1994), Dumble (1995), Lee (1994), questionam o uso da TRH, e não asseguram que não existam efeitos colaterais com o seu uso.

O único propósito da TRH é criar um mercado comercial altamente lucrativo, para as empresas farmacêuticas e para os médicos. Os supostos benefícios da TRH não têm qualquer comprovação" (Dumble, 1995, p.3).

Neste sentido, Greer (1994), comenta que a TRH é preferencialmente o tratamento médico para o climatério. Argumenta que é difícil, em meio a tantas

opções de medicamentos, combinações e dosagens, a cliente orientar-se sozinha, restando sempre ao seu médico decidir por ela. Refere, também que a seleção das mulheres, que deverão realizar a TRH, é feita a partir de impressões subjetivas, enquanto o esquema de tratamento é uma questão de descobertas casuais. Relata que as pesquisas sobre as contra-indicações não dão importância a ocorrências comuns como varizes e se atêm ao risco de câncer. Aponta a falta de maiores pesquisas esclarecedoras sobre o assunto. Também, alerta que a TRH representa um lucro muito grande para as multinacionais, que patentearam os produtos à base do estrogênio.

O fato é que o tema TRH é complexo e não conclusivo, devendo ainda ser objeto de muitas pesquisas para a obtenção de resultados concretos e efetivos, embora os dados apontados sejam muito contundentes e suscitem inúmeros questionamentos. Neste estudo, o assunto não será aprofundado, pelo fato de não constituir o seu foco central. Entretanto, não se pode negar que a TRH está otimizando a qualidade de vida das mulheres. Também não se deve atribuir, a TRH, toda a expectativa de melhora da qualidade de vida da mulher climatérica.

“Na última década foram publicados centenas de artigos sobre a menopausa e, especialmente sobre TRH mas um fato a ser considerado é que nesses trabalhos, em geral, não são mencionadas as palavras, psicossomáticas, psicológicas, qualidade de vida” (Menditto, 1999, p. 85).

O Consenso sobre os fundamentos e o manejo da terapia de reposição hormonal, da Sociedade Brasileira do Climatério (SOBRAC), considera que a TRH no climatério tem indicações precisas, dependendo da fase em que a mulher se encontra, isto é, na pré, peri e pós-menopausa. Na pré e perimenopausa é recomendada para corrigir as disfunções menstruais decorrentes dos transtornos da fase lútea ou dos ciclos anovulatórios; preconizam-na, também para debelar os sintomas vasomotores que podem ocorrer neste período. Na pós-menopausa, utilizam a hormonioterapia para eliminar ou aliviar os sintomas e sinais clínicos decorrentes do hipoestrogenismo, como sintomas vasomotores e neuropsíquicos,

atrofia urogenital, transtornos urinários, alterações da pele e das mucosas e sintomas osteoarticulares, entre outros (SOBRAC, 1999).

Além disso, é utilizada para prevenção das doenças cardiovasculares e de suas complicações. Tem também grande valia na prevenção e até mesmo na terapêutica da osteoporose. Indica-se a TRH nos casos em que há alterações atróficas das mucosas oral e nasal, da conjuntiva ocular e do aparelho auditivo. Incluem entre as possíveis indicações da TRH, a prevenção e o tratamento da doença de Alzheimer (formas leves e moderadas), em mulheres assintomáticas, com fatores de risco para doença cardiovascular e osteoporose. Já em pacientes assintomáticas, sem fatores de risco para doença cardiovascular ou osteoporose, a hormonioterapia deve ser individualizada, analisando cada caso em particular. Assim, a TRH não deve ser usada indiscriminada nem aleatoriamente, devendo ajustar-se às necessidades de cada mulher (SOBRAC, 1999).

Constituem-se contra-indicações à TRH os seguintes casos: câncer de mama e de endométrio não tratados, hepatopatia aguda, tromboembolismo agudo, infarto agudo do miocárdio, sangramento genital anormal e de causa desconhecida. Recomenda-se cautela nas seguintes situações: história familiar de câncer da mama, antecedentes pessoais de hiperplasia atípica de mama, doenças auto-imunes em atividade e meningioma, calculose biliar. A TRH pode trazer efeitos colaterais. Entre os efeitos colaterais da hormonioterapia, o mais comum é o sangramento uterino. Também são observados mal estar gastrointestinal, náuseas e vômitos, aumento de peso, sensibilidade das mamas, cefaléia, edema nos membros inferiores, tonturas, câibras nas pernas, perda do cabelo, intolerância a lentes de contato, além de cloasma (SOBRAC, 1999).

Algumas situações podem ser desencadeadas ou agravadas pela TRH. Elas incluem o aumento de miomas uterinos, a intolerância a lentes de contato, algumas reações da pele, a perda de cabelos, o aumento de pêlos no corpo ou no rosto (Stewart, 1999). Vários autores chamam atenção para o fato de que os efeitos colaterais podem variar muito entre as mulheres, levando, muitas vezes, à

desistência do uso da TRH. Alertam que estes efeitos devem ser discutidos com o médico, pois, às vezes, uma simples troca da via de administração ou do fármaco é o suficiente.

Existem diferentes esquemas terapêuticos de reposição hormonal, bem como as vias de administração, que podem ser oral, transdérmica, vaginal e intramuscular. A prática tem mostrado que os estrogênios mais utilizados neste tratamento são os naturais. Segundo o Ministério da Saúde (1994), os estrogênios sintéticos não devem ser os de primeira escolha, por apresentarem maior resistência metabólica e atividade prolongada.

Para Bagnoli et al (1998), os estrogênios naturais são: estriol, 17-beta-estradiol, valerinato de estradiol, estrogênios conjugados, benzoato de estradiol. 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. São utilizados de 1 a 3 mg diários para tratamento de sintomas locais da atrofia urogenital. Apresenta-se em forma de comprimidos e creme vaginal. O 17 beta estradiol tem boa ação central e periférica, é encontrado na forma transdérmica com 25, 50 ou 100 mg, que são liberados em um período de três dias. 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. Possuem 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 vaginal (Ministério da Saúde, 1994; Bagnoli et al, 1998).

Os progestogênios são também indicados para mulheres no climatério. Os progestogênios mais empregados no climatério são derivados da 17-alfa-

hidroxiprogesterona, do acetato de medroxiprogesterona, do acetato de ciproterona e do acetato de nomegestrol. No segundo grupo, temos o acetato de noretindrona e a noretisterona. Na maioria das vezes, a reposição hormonal é feita com estrogênios e progestogênios, nos esquemas cíclico e combinado. Os produtos com estas características são: 17-beta-estradiol mais noretisterona; estrogênios conjugados mais acetato de medroxiprogesterona; valerato de estradiol mais acetato de medroxiprogesterona; valerato de estradiol mais acetato de ciproterona; estradiol mais acetato de noretisterona (Bagnoli et al, 1998).

Antes de se instituir a TRH, há consenso entre os autores sobre a investigação preliminar que deve ser realizada na mulher. Primeiro a avaliação do estado geral, através de hemograma, glicemia, uréia, creatinina e urina tipo I. Em seguida a avaliação metabólica, com metabolismo lipídico-colesterol total e frações (HDL, LDL), triglicérides, bem como metabolismo ósseo. A densitometria óssea constitui o exame mais empregado para avaliação da massa óssea. Por fim a prevenção e a detecção de neoplasia, através de colposcopia e colpocitologia oncológica, ultra-som transvaginal, histologia endometrial e mamografia (Bagnoli, 1998).

2.5. DESCOBRINDO O IMAGINÁRIO DA MULHER CLIMATÉRICA

O climatério é um período que implica em alterações tanto físicas quanto sociais, emocionais, culturais e espirituais para a mulher. Entre estas alterações, destaco as mudanças físicas, como a perda da elasticidade da pele, o seu enrugamento e ressecamento, o hirsutismo da face, a obesidade, entre outros, que são conseqüências da deficiência hormonal característica do período, e que trazem, à mulher, uma mudança na sua imagem corporal. Embora estas mudanças sejam passíveis de serem maquiadas através de tratamentos específicos, que podem beneficiar a mulher, dando-lhe uma melhor qualidade de vida, elas sinalizam, para a própria mulher, uma nova imagem do seu corpo.

A crise do começo do envelhecimento se inicia com a imagem que o espelho nos devolve, e estes “descobrimientos” das mudanças corporais, registram-se também através dos olhares dos outros (Costaguta, 2000). Helman (1994), considera o corpo humano como sendo mais que um simples organismo, sendo também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento. O mesmo autor salienta que a cultura do grupo, no qual o ser humano cresce, ensina a perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer nos corpos ao longo da vida das pessoas. Neste sentido, a imagem corporal adquirida pela mulher nesta fase da vida torna-se reveladora, na medida que a identifica perante a sociedade como uma mulher na meia idade, no período do climatério. A mulher climatérica parece assumir uma nova imagem, tanto para si, como para a sociedade, a partir da sua imagem corporal.

Nitschke(1999)¹¹, alicerçada nas idéias de Maffesoli (1993), concebe a imagem como qualquer coisa que se apresenta aos nossos olhos através de figuras, de formas, de cores. Entretanto, estas coisas podem também se apresentar ao nosso espírito de uma maneira abstrata, “ancoradas” no nosso imaginário. Esta mesma autora compreende o imaginário como sendo o mundo de significados, de idéias, de fantasias, de evocação de figuras já percebidas ou ainda não percebidas, de crenças, de valores, onde o ser humano está mergulhado. O imaginário é um mundo de significados, que são incorporados a imagens, numa constante troca. Este pensamento é reforçado pela noção de mundo imaginal de Maffesoli (1993), citado por Nitschke (1999), que diz que mundo imaginal é *“todo este conjunto feito de imagens, de imaginações, símbolos, e imaginário, no qual a vida social é moldada”*(Nitschke, 1999, p. 51).

Pereira (1999), entende o imaginário como a faculdade de se produzir imagens e a capacidade de distinguir uma outra realidade de mundo, que transcende aquela que se percebe pelos sentidos. É no imaginário, segundo o autor,

¹¹ Nitschke (1999), sobre esse tema ver Maffesoli (1993) Nitschke (1999).

que é possível produzir-se diferentes tipos de imagens, que tomam forma no inconsciente e assumem uma cópia fiel da sensação, que é o resultado de uma projeção que se origina sobretudo da percepção do vivido e das experiências subjetivas dos sujeitos.

Em toda a cultura pode se perceber uma série de circunstâncias que são reconhecidas pelos indivíduos como provocadoras de crises, as quais, encontram as transições biológicas. Na mulher, o climatério é considerado a crise da meia idade, na qual as características fundamentais são as perdas e a redefinição de si mesma (Costaguta, 2000).

A partir destas colocações, é possível pensar que a imagem formada pela mulher climatérica sobre si, é o resultado da compreensão singular de cada ser humano na construção da imagem a partir de suas interações peculiares, e da interação dos valores, crenças e atitudes transmitidas pela cultura da sociedade na qual esta inserida, em relação ao climatério. É preciso lembrar, também, que esta imagem é permeada pelas diferenças imbricadas nos distintos contextos sociais nos quais vivem as mulheres e portanto, a imagem da mulher climatérica sobre si responde às suas distintas formas de vida.

Por outro lado, embasada nas leituras realizadas sobre o tema e na vivência profissional e pessoal, o que observo acerca do período do climatério, presente no imaginário de uma grande parcela da sociedade ocidental, ancorada no modelo patriarcal, é a idéia de um tempo obscuro e misterioso, associado à velhice, trazendo perdas e ameaças, representando a finitude da mulher. Além disto, o climatério é visto como uma doença da meia idade, período de sofrimento que é reforçado pela perda da capacidade de procriação, juntando-se a tudo isto, a imagem da perda da sexualidade e do poder de sedução.

Costaguta(2000), afirma que o conjunto de representações que conferem a identidade do gênero feminino, a mais estável historicamente é a representação

que liga o destino sexual e social de uma mulher com a maternidade. Esta autora complementa, dizendo que, na fase do climatério, quando as mulheres não podem cumprir esta função biológica, a sociedade já não lhe proporciona um lugar valorizado.

“O lugar social da mulher se caracteriza pela desvalorização e inferioridade, e existe uma série de condutas esperáveis como a dependência, o altruísmo, onde o preconceito determina o pouco que podem e o muito que não podem fazer” (Costaguta, 2000, p.6).

Neste sentido, o climatério é visto como um período sombrio e triste. O tempo é cruel com as mulheres, em virtude de diferenças biológicas; e a sociedade também o é. A sociedade tem criado concepções e modelos sociais, que estão mais voltados para a juventude e o início da maturidade (Silva, 1999).

Neste contexto, a cultura aparece como sendo um fator determinante na construção da imagem. É a partir das informações da cultura que se nutre o imaginário e se vincula a imagem. Nistchke (1999), citando Mafessoli, diz que a imagem é cultura e faz cultura. Esta percepção reforça o entendimento da cultura como fator determinante nas questões que envolvem a mulher durante o período do climatério. Ela fundamenta comportamentos, ações, percepções e expectativas da mulher com relação a esta fase da vida.

“O ser mulher dependerá das interpretações biológicas associadas a cada modo cultural de vida” (Rosaldo; Lamphere, 1979, p. 22).

Retomando o caminho trilhado para envolver o leitor no contexto do tema que me propus desenvolver, reflito, mais uma vez, sobre a sua complexidade e, como decorrência deste fato, as inúmeras dificuldades e incertezas que se apresentaram durante o processo, principalmente em relação à escolha da forma utilizada para subsidiar e aproximar a temática do leitor. Como abordar um tema tão complexo e abrangente, dando a ele o seu real significado e uma coerência na

sua apresentação, reconhecendo a multiplicidade de enfoques? Como conduzir o leitor a ler através do meu olhar e, ao mesmo tempo, fazê-lo se sentir tão envolvido quanto eu pelo trabalho que apresento? Acredito que inúmeras outras possibilidades de apresentação da temática poderiam ter sido escolhidas, outros olhares, novas visões. Porém, a partir da reflexão, escolhas devem ser feitas, e eu escolhi. Escolhi apresentar, desta forma, embasada na minha vivência profissional, nas minhas leituras, nas minhas percepções e nos meus sentimentos.

2.6. OPTANDO PELA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER E PROBLEMATIZADORA DE BORDENAVE

“O segredo da verdadeira viagem da descoberta não reside na busca de novas paisagens e sim no poder vê-las com outros olhos” (Proust, apud Ichkwa, 1999, p.274).

Pensando não só ter conduzido, mas também estimulado o leitor a dar continuidade à leitura do trabalho, convido-o a conhecer alguns princípios da Teoria de Enfermagem Transcultural, de Madeleine Leininger, e da Teoria da Problematização, de Bordenave, que complementam o meu referencial teórico para este trabalho, visando atraí-lo para a perspectiva do cuidado de Enfermagem culturalmente congruente.

A Enfermagem, enquanto uma profissão científica, precisa ter suas ações embasadas em referenciais teóricos que possam ser comprovados na prática, e entendendo que teorias são instrumentos apropriados para guiar uma prática profissional, sejam elas no nível de assistência, de ensino ou de pesquisa (Patrício, 1990). Sendo assim, reforço a utilização das teorias como o suporte do trabalho da Enfermagem.

Procurei alicerçar este estudo em algumas idéias e conceitos da teoria de Madeleine Leininger, cujo foco está centrado no cuidado cultural. A minha experiência profissional, voltada para assistir a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-me pensar que as idéias e conceitos desta teoria favorecem a enfermeira no desempenho da sua prática profissional com as mulheres climatéricas. Estas mulheres, na maioria das vezes, carregam, imbricados na sua história de vida, determinados valores e crenças a respeito deste período, que podem comprometer a sua qualidade de vida. Tabus e preconceitos, somados à falta de conhecimento, levam-nas, freqüentemente, ao sofrimento e ao isolamento social. Compreender o contexto cultural que as cercam, certamente contribui no planejamento da assistência de enfermagem, visando obter o cuidado culturalmente congruente.

Pensando desta forma, procurei estudos realizados por enfermeiras brasileiras, embasados na Enfermagem Transcultural, a fim de aprofundar as idéias e propostas desta teoria, bem como ampliar a minha compreensão sobre a aplicabilidade da teoria na prática da Enfermagem. Entre estes estudos, cito Boehs (1990), Patrício (1990), Nitschke (1991), Monticelli (1994), Schwartz (1998), e Almeida (2000), que me serviram de apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

Além da teoria de Enfermagem Transcultural, utilizei alguns princípios da Teoria da Problematização, de Bordenave, porque ela também contempla a minha proposta de desenvolver um processo educativo com as mulheres climatéricas, na expectativa de trazer um reflexo na formação dos indivíduos que dela participarem, uma vez que este referencial teórico possibilita a realização de trabalhos em grupo. Além destes fatores, reforço a minha escolha, baseada nos estudos realizados por enfermeiras brasileiras, entre elas, Piccolo (1998) e Santini (1998), que evidenciam a aplicabilidade dos princípios desta teoria, enquanto a Enfermagem se propõe a desenvolver um processo educativo na sua prática assistencial.

Passarei agora a informar ao leitor sobre os subsídios da teoria de Leininger, que me auxiliaram na reflexão deste estudo.

2.6.1. Teoria de Enfermagem Transcultural, de Madeleine Leininger

Quarenta anos se passaram desde que a Enfermagem Transcultural foi estabelecida como área formal de pesquisa e prática. Leininger foi a enfermeira pioneira a visualizar a necessidade do conhecimento transcultural científico e humanístico para a Enfermagem, em meados dos anos cinquenta:

"Foi um grande desafio para mim estabelecer um novo modo da Enfermagem, entender diferentes culturas e prover cuidado cultural específico" (Leininger, 1997, p.341).

Não havia pesquisas baseadas no conhecimento transcultural para guiar as enfermeiras, como também não havia conteúdos formais nos currículos de enfermagem voltados para o enfoque cultural. A idéia de introduzir a Enfermagem Transcultural como uma importante área formal de estudo e prática era visualizada pela enfermagem como desnecessária e irrelevante aos seus propósitos:

"...mas a Enfermagem Transcultural começa a ser realidade nos Estados Unidos e em outras partes do mundo. Hoje os conceitos e princípios da enfermagem Transcultural vem gradativamente transformando a enfermagem" (Leininger, 1997, p.342).

A Enfermagem Transcultural, de Leininger, centra-se em um estudo comparativo e na análise de diferentes culturas em relação a suas condutas assistenciais aos cuidados de enfermagem, a seus valores a respeito da saúde e da doença, a suas crenças e aos padrões de conduta a serem seguidos para o desenvolvimento de uma base científica e humanística de conhecimento. Base esta que permita o desenvolvimento de uma prática de enfermagem mais específica, conforme a cultura, mas também universal, para todas elas (Patrício, 1990).

Em outras palavras, a Teoria Transcultural tenta construir uma prática de enfermagem com uma base cultural, que tenha uma conceitualização, uma planificação e uma aplicação embasada na cultura. Busca a oferta de serviços de cuidado de enfermagem significativos e eficazes de acordo com seus valores culturais e do contexto de saúde-doença. Assim, o conhecimento do cuidado de origem étnica (baseado na experiência direta) é fundamental para o estabelecimento de uma base epistemológica e ontológica da Enfermagem para a prática (George, 1993). Desta forma, as enfermeiras oferecem cuidados a pessoas de culturas diferentes. Para ser eficiente, a Enfermagem precisa basear-se no conhecimento e em habilidades de cuidado transcultural. O cuidado de enfermagem, com bases culturais, é um fator decisivo para a promoção e a manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da doença. Para Leininger (1991), o cuidado deriva-se do contexto cultural, o qual deve ser propiciado e desenvolver-se a partir dele.

A teoria da Enfermagem Transcultural, baseia-se na crença segundo a qual as pessoas de diferentes culturas podem informar e determinar melhor que tipo de cuidados desejam ou necessitam receber de seus cuidadores. Assim, a Enfermeira precisa conhecer o mundo de seu paciente, seus pontos de vista, seus conhecimentos e práticas, de forma a embasar suas decisões e o planejamento da sua assistência, de forma que estes sejam culturalmente congruentes. Só assim, o cuidado de enfermagem será fornecido de forma holística, pois levará em consideração a totalidade da vida humana e sua existência ao longo do tempo, incluindo a estrutura social, a visão de mundo, os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões lingüísticas e os sistemas populares e profissionais. Esta forma de cuidar diminui o estresse e o potencial para o conflito, entre o cliente e o provedor do cuidado.

O cuidado cultural tem um significado holístico importante para o conhecimento, a explicação, a interpretação e a predicação do fenômeno "cuidar" na Enfermagem. O cuidado cultural, em seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais, pode ser diferente (diversidade) ou similar (universalidade), através de todas as culturas do mundo. Cada cultura humana tem

um conhecimento e uma prática genérica de cuidado e, geralmente, tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado, que varia transculturalmente (Monticelli, 1999). Esta mesma autora comenta que os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de cada cultura em particular. Sendo assim, as diferenças e similaridades do cuidado cultural entre os profissionais da saúde e os clientes existem em qualquer cultura do mundo. Desta forma, somente ocorrerão cuidados de Enfermagem culturalmente congruentes, quando os valores, expressões ou padrões dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades forem conhecidos e utilizados adequadamente e de maneira significativa pelos enfermeiros, na sua prática assistencial. Leininger (1991a), considera que as decisões e ações de cuidado em enfermagem, envolvem a **preservação/manutenção** cultural do cuidado cultural "refere-se àquelas ações ou decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação, que ajudam pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores culturais relevantes, desde que eles possam manter seu bem estar, curar doenças ou enfrentar incapacitações e/ ou morte" (Leininger, 1991a, p.48), a **acomodação/negociação** cultural do cuidado "refere-se àquelas ações ou decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura à adaptar-se ou negociar com, para uma saúde benéfica ou satisfatória, com profissionais provedores de cuidado" (Leininger, 1991a, p.48), e a **repadronização/reestruturação** cultural do cuidado "refere-se àquelas ações e decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura à reordenar, trocar ou modificar seus modos de vida para novos, diferentes e benéficos padrões de cuidado de saúde, enquanto respeita os valores e crenças culturais do cliente" (Leininger, 1991a, p.49).

A partir daqui, tecerei alguns comentários sobre os elementos teóricos do Bordenave utilizados neste trabalho.

2.6.2. Teoria da Problematização, de Juan Diaz Bordenave

“Educar é um ato de retornar, considerar as informações, revisar e vasculhar os dados disponíveis numa busca constante de significados” (Reibnitz et al, 1998,p.89).

Bordenave e Pereira (1983), reconhece a oposição entre dois tipos de educação: a educação “bancária” ou “convergente” e a educação “problematizadora” ou “libertadora”. Para ele, a educação bancária tem, como característica, a transmissão do conhecimento e da experiência do professor que, muitas vezes, atribui uma importância suprema ao conteúdo da disciplina, tendo como seu objetivo fundamental produzir o aumento de conhecimento no aluno, sem preocupar-se com ele como pessoa e, como consequência deste processo, o aluno é um ser passivo, sem criatividade e originalidade para resolver os problemas concretos da realidade em que vive.

Conforme o exposto, é possível pensar que o educador identificado com estas idéias, também é um ser passivo com relação à realidade que o cerca. Esta sua forma de agir, baseada na transmissão do seu conhecimento e de suas experiências, o distanciam da possibilidade de haver uma troca, entre o seu saber e os saberes e experiências de seus alunos, bem como a possibilidade de conhecer outras realidades e, por consequência, outras necessidades de aprendizado.

A educação problematizadora parte das seguintes idéias: uma pessoa só conhece bem algo, quando transforma, transformando-se a si mesma durante o processo; a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre alunos e professores; a aprendizagem é concebida como resposta natural do aluno ao desafio de uma situação-problema; a aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão “sincrética”¹² do problema, a

¹² Visão sincrética: percepção global e indistinta, da qual surgem, depois, objetos distintamente percebidos (Ferreira,1986).

uma visão "analítica"¹³ do mesmo através de sua teorização- para chegar a uma "síntese"¹⁴ provisória, que equivale à compreensão. Desta apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas conseqüências, nascem "hipóteses de solução". A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade (Bordenave; Pereira, 1983).

A pedagogia problematizadora parte portanto da base segundo a qual, 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 a possibilidade do 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-las adequadamente. A partir destas idéias, pode se observar que a problematização provoca, necessariamente, a participação ampliada no processo educativo e tem, por contínua referência, uma postura crítica de todos os seus envolvidos. Neste sentido, o educador assume a postura de um agente facilitador no processo ensino- aprendizagem.

No processo educativo com grupo, visualizo a possibilidade de transformação do indivíduo, porque, ao expor a sua situação problema para o grupo, permitirá sua discussão a partir daí, o grupo poderá acrescentar idéias, experiências e percepções diferentes da situação colocada, auxiliando o indivíduo a visualizá-lo de outra forma, transformando assim a sua visão inicial do problema. A partir desta nova visão, poderão surgir novas possibilidades de solução, concebidas na aprendizagem realizada através da troca de experiências mediadas pelo diálogo no grupo. Este aprendizado deverá refletir-se na sua realidade, pois, a partir deste processo, o indivíduo terá sofrido uma transformação, mediada pelo processo educativo.

¹³ Visão analítica: decompor (um todo) em suas partes componentes, que procede por análise (Ferreira, 1986).

¹⁴ Síntese: operação mental que precede do simples para o complexo (Ferreira, 1986).

A compreensão explicação da pedagogia problematizadora é proposta através de um diagrama, chamado de método do arco, apresentado por Bordenave e Pereira (1983) Este diagrama, utilizado na condução de trabalhos em grupos, mostra que o processo ensino aprendizagem inicia com a seleção de um determinado aspecto da realidade, tendo uma seqüência lógica para a chegada de uma nova realidade.

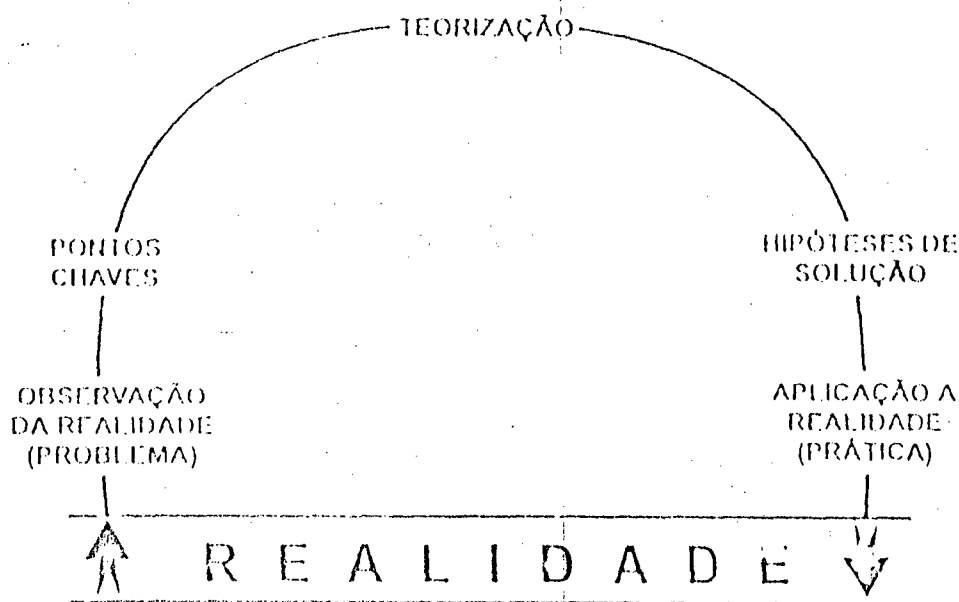


Figura 2-Método do Arco (Bordenave e Pereira, 1983).

A Observação da Realidade corresponde àquela que está sendo considerada para o estudo. A partir desta realidade, são enfocados os Pontos Chaves, ou seja, os aspectos mais significativos da realidade que serão problematizados. Na fase da Teorização, ocorre a troca de saberes, favorecendo as abstrações para a compreensão do problema levando, à Hipótese de Soluções, conseqüência natural do processo. A fase de Aplicação na Realidade constitui a aplicação das soluções encontradas na realidade.

A seguir, apresentarei alguns pressupostos, marco conceitual e suas possíveis inter-relações, por mim utilizados neste trabalho.

3. FORMULANDO OS PRESSUPOSTOS E O MARCO CONCEITUAL

3.1. PRESSUPOSTOS

Leopardi (1998), afirma que pressuposição é a exposição da configuração referencial, ou seja, são crenças e valores enunciados explicitamente e que definem a posição do autor. Conforme Japiassu e Marcondes (1993), pressuposto é o que se toma como previamente estabelecido, como base ou ponto de partida para um raciocínio ou argumento. Segundo Patrício (1990), os pressupostos compreendem as crenças que fundamentam a elaboração de conceitos.

Ao tentar construir e inter-relacionar os conceitos, apresento os meus pressupostos pessoais com embasamento no referencial teórico anteriormente exposto.

► Cada Enfermeira é um ser único e complexo, traz consigo valores, crenças, atitudes e conhecimentos, e os introduz na sua prática, construindo-a de maneira própria, buscando interagir com o indivíduo, o grupo, a organização social no ambiente onde atua, respeitando os valores e crenças de cada um.

► O processo educativo, baseado na teoria da problematização, que visa à reflexão e à crítica da realidade dos sujeitos, deve ser visto pela Enfermeira como um importante subsídio na sua prática, porque promove o aperfeiçoamento do trabalho deste profissional, dando-lhe maior qualificação e capacidade, possibilitando mudanças, que acontecem com a participação e a interação, sob a influên-

cia das interações com o indivíduo, o grupo, e a organização social no ambiente onde atua.

3. 2. MARCO CONCEITUAL

O termo marco conceitual, foi apresentado e discutido por vários autores em suas definições, entre os quais cito Fawcet (1984), Willians (1979), Trentini (1987) e Penna (1994).

Conforme Neves e Gonçalves (1984), o Marco Conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação.

Chinn e Jacobs (1982), referem o marco conceitual como uma formulação mental complexa de um objeto, propriedade ou acontecimento, originária da percepção e experiência individuais. Segundo Patrício (1990), para se entender os critérios da utilização de uma teoria, precisamos ter plena compreensão, do que é um conceito, pois será o elemento que fundamentará a prática profissional. Na concepção de Minayo (1994), os conceitos são unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. No que tange a marco conceitual, os conceitos fundamentais para a enfermagem são os elementos indicadores da natureza e da realidade concreta da profissão, a saber: ser humano, ambiente, saúde e enfermagem (Souza, 1985).

Baseio-me nas concepções citadas e compartilho com a idéia de Patrício (1990), quando refere que a escolha de uma teoria para aplicação prática não determina de forma linear que os conceitos do autor sejam utilizados totalmente, mas sim, que eles possam ser interpretados para estabelecer conexão com a visão de mundo, de quem está trabalhando com os mesmos. Neste sentido, elaborei os conceitos que utilizo nesse trabalho. Foram construídos a partir da minha vivência

profissional, que se identifica com as idéias de Madeleine Leininger, levando-me a adequar alguns conceitos de sua teoria às minhas convicções, para sua elaboração.

Com relação ao desenvolvimento do processo educativo, como considerei anteriormente, utilizei os princípios da teoria da problematização de Bordenave como suporte dos conceitos formulados. Paralelamente, procurei em outros autores alguns pensamentos que pudessem ampliar a compreensão dos conceitos que foram elaborados. A partir destas considerações, apresento alguns conceitos, utilizados neste estudo, tais como: *ser humano, ambiente, enfermagem/enfermeiro, saúde /doença, cuidado/cuidado cultural*.

Ser Humano— Neste estudo, considero o *ser humano mulher climatérica*, como um ser social, espiritual, econômico, singular, individual e cultural, que se encontra na terceira década de vida, vivenciando a transição da vida adulta não reprodutiva para a senectude.¹⁵ Como ser social, sofre as influências do seu ambiente; como ser cultural, é receptora, construtora e reprodutora de uma cultura; como ser singular e individual, possui uma capacidade singular de se adaptar às influências do seu meio externo. Como ser humano, apresenta seus aspectos biológicos próprios e definidos, que determinam as características específicas das diferentes etapas fisiológicas experienciadas no decorrer de sua vida. Leininger não explicita, em definição, o conceito de ser humano, mas a sua teoria nos faz entender que cada ser humano é um ser sócio-cultural, espiritual, singular, individual, representado pelo ser homem e ser mulher.

No climatério, os fatores biológicos que influenciam este período estão relacionados principalmente aos transtornos hormonais femininos, que irão influenciar na sexualidade e, como conseqüência, na qualidade de vida da mulher. Silva (1996), entende a sexualidade como parte da existência, constituindo uma necessidade básica da pessoa, a qual quando atendida satisfatoriamente, possibilita mecanismos para a elevação da auto-estima, de auto imagem e da auto valoriza-

¹⁵ Senectude: decrepitude, senilidade, velhice (Ferreira, 1986).

ção, tornando a pessoa cada vez mais consciente de que seus valores continuem sendo uma possibilidade permanente de prazer. Pode se pensar, então, que quando esta necessidade é afetada de alguma forma, contribui para uma desarticulação do processo de viver saudável de uma pessoa.

Sabe-se que a sexualidade da mulher não se resume apenas a sua questão hormonal. Ela é muito mais ampla e complexa, mas, ao mesmo tempo, se reconhece que a alteração nos hormônios femininos pode influir na resposta sexual da mulher, contribuindo para uma disfunção sexual. Portanto, o período do climatério traz impregnado, no seu processo, as questões que envolvem a sexualidade da mulher, sendo impossível separá-las do mesmo.

Neste estudo, o olhar para a sexualidade da mulher climatérica está permeado pelas questões culturais e educativas, que envolvem e determinam seu comportamento com relação à sexualidade. Através deste olhar, amplia-se a compreensão das questões culturais imbricadas na sexualidade feminina.

Merleau-Ponty (1994), diz:

“ Se a história sexual do homem oferece a chave de sua vida, certamente é por que na sexualidade do homem, projeta-se sua maneira de ser a respeito do mundo, quer dizer, a respeito do tempo e a respeito dos outros homens” (Merleau-Ponty, 1994, p.219).

Concordo com este pensamento do autor, mas utilizo o termo ser humano, quando falo sobre a sexualidade humana. Parece que este termo é mais abrangente e, portanto, responde melhor à complexidade do tema.

Leininger (1984, 1985a, 1991ab), em sua teoria, evoca que o *ser humano* sofre a influência de uma determinada cultura, que se revela nos conhecimentos adquiridos, ao longo do seu processo de vida, nas crenças e valores, normas e modos de vida, que lhe são transmitidos, infundidos e compartilhados na família

pelos que o precederam e que o cercam: portanto, ele integra uma família. Considero a família uma instituição social básica, que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades, que pode ser considerada um grupo caracterizado pela residência em comum e pelo convívio de pais e filhos, isolados ou não dos demais parentes. É uma relação social dinâmica que, geralmente, responde à estrutura social a que pertence. É nesta instituição social básica que as mulheres climatéricas deste estudo buscam encontrar o significado do seu viver. Também é nesse contexto que estas mulheres transmitem conhecimentos, valores e cultura.

Para Silva(1996), durante o processo de viver, a dinâmica familiar apresenta mudanças representadas por aquelas esperadas no decorrer do desenvolvimento, e por aquelas situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo. No seu processo de evolução, percorre etapas de desenvolvimento de acordo com sua cultura, sexo, classe social e características biológicas.

Por outro lado, ao tratar da mulher climatérica neste estudo, considero importante atentar para as questões relativas ao gênero. Ao fazê-lo, tento ampliar a compreensão da construção e organização social da relação entre os sexos o que é fruto da cultura. Neste sentido, se aprofunda e se estabelece a possibilidade de compreender a mulher climatérica enquanto *ser humano*. O *ser humano* profissional enfermeira, envolvida neste estudo, é profissional integrante da estrutura social que, por razões históricas e culturais, infelizmente, ainda pode manter um olhar distorcido para as questões que envolvem a mulher climatérica, devendo ficar atenta ao referencial teórico escolhido, apropriando-se dos conhecimentos para subsidiar suas reflexões no que se refere às crenças, valores, comportamentos e atitudes que envolvem o *ser humano* mulher climatérica.

Ambiente — Para Leininger (1985ab), a estrutura social está formada pelo sistemas de valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma determinada cultura, demonstrados em contextos lingüísticos e ambientais. O *contexto ambiental* é demonstrado na totalidade de um acontecimento, situação ou experiência de uma cultura específica. Nesta esfera,

quem dá vida à estrutura social e ao ambiente é a cultura, num movimento diversificado de vida. Nesta visão, a estrutura social é um ambiente dinâmico de natureza interdependente de diferentes elementos estruturais ou organizacionais da sociedade. O modo como estes elementos interatuam e funcionam é que justifica esse movimento. Sendo assim, *ambiente* é tudo o que cerca o indivíduo de forma direta ou indireta. É o contexto interno e externo, no qual o ser humano vive, interage, cresce e se desenvolve. Este complexo influi no desenvolvimento comportamental do indivíduo, auxiliando ou dificultando o desenvolvimento de sua atividade tanto profissional como individual.

Patrício (1990), considera o ambiente interno como o contexto físico, sócio cultural e psicoespiritual do indivíduo e da sua família; e o ambiente externo, como sendo o contexto físico, histórico e sócio-cultural externo imediato, onde reside a família, com a qual o ser humano convive, interage, cresce e se desenvolve.

Sabe-se que, no climatério, existem fatores biológicos que influenciam este período, os quais estão principalmente relacionados com as alterações dos hormônios femininos, interferindo, muitas vezes, na qualidade de vida da mulher. Além destes transtornos, muitas mulheres estão expostas a fatores psicossociais e culturais, que ainda atribuem a este período fisiológico de sua vida um valor pejorativo, associando-o à velhice, perda da sensualidade, incapacidade para viver plenamente a sexualidade. Esta imagem de mulher climatérica parece estar presente no imaginário coletivo, o que pode repercutir de modo negativo no imaginário da mulher.

A partir dos conceitos apresentados sobre o significado de ambiente externo e interno, ou seja, de *contexto ambiental*, poderia dizer que a mulher vivencia profundas alterações, tanto ~~no ambiente~~ no ambiente interno como no externo, no período do climatério. Parece que, nesta fase, as características biológicas intrínsecas ao período são acrescidas de valores e crenças que foram aprendidas, compartilhadas e transmitidas, que influem no desenvolvimento comportamental da mulher,

dificultando ou auxiliando-a na capacidade de vivenciar esse período. Portanto, a mulher apresenta, neste momento de sua vida, alterações no seu processo de viver. Estas modificações demandam cuidados, o que, de certa forma, determina a participação da profissional enfermeira neste processo, enquanto profissional da saúde que tem, como essência da sua profissão, o cuidado, que deve ser coerente e articulado com o *contexto ambiental* da mulher.

Enfermagem/Enfermeiro— Leininger (1985ab), refere-se à *enfermagem* como uma profissão de instrução humanística e científica, que focaliza no ser humano o cuidado como fenômeno e atividade, com o fim de assistir e dar suporte, facilitar ou habilitar indivíduos e grupos a manter ou recuperar sua melhor condição de vida (ou existência) de modo significativo e culturalmente benéfico, ou para ajudar as pessoas diante da incapacidade física ou da morte. Sendo assim, a *enfermagem* é uma profissão que presta o cuidado ao ser humano, famílias ou grupos, visando facilitar um estado de bem estar culturalmente definido, valorizado e praticado. Nesta vertente, o cuidado refere-se às atividades diretas e indiretas dirigidas ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença.

Saúde/Doença— Para Leininger (1985ab), a *saúde* é um estado de bem estar que está culturalmente definido, valorizado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades diárias, de uma maneira culturalmente satisfatória. Enquanto a *doença* pode ser compreendida por determinadas situações que impeçam ou dificultem a harmonia do ser humano.

O ser humano somente concorda que está com *saúde*:

"Quando se sente mais do que normal, isto é não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também normativo, capaz de seguir normas de vida" (Canguilhem, 1982, p. 159).

Saúde é a:

“Capacidade que o “homem” tem, como ser individual, e social, de buscar, manter e normalizar seu bem viver” (Patrício, 1990, p.69).

Para Siqueira (1998), a *saúde* e a *doença* podem ser vistos como dois vocábulos antagônicos, tanto quanto o próprio homem os afasta para pólos opostos pelo horror que tem de adoecer, mas nem sempre o faz de forma coerente e com um significado de prevenção e de qualidade de vida. A mesma autora complementa seu pensamento dizendo que o antagonismo polar do processo *saúde/doença*, poderá sofrer inversão, instalando se de forma lenta ou súbita, deteriorando o bem estar, causando a desarmonia e o desconforto no ser humano. Ao negar esta possibilidade, o ser humano, não usa a prevenção como uma arma para enfrentar a doença.

O climatério é identificado por alterações hormonais, morfológicas, funcionais, por alterações nos tecidos alvos¹⁶ e por alterações emocionais, as quais permanecem interligadas durante todo o processo, sendo impossível separá-las. No climatério, o “fogacho,” a incontinência urinária, a atrofia vaginal, a atrofia da pele não têm conseqüência sobre a saúde da mulher. Entretanto, o fogacho causa desconforto e é motivo de depressão. As mulheres com incontinência urinária desenvolvem suas atividades na dependência deste problema, que traz repercussões negativas sobre a vida social, profissional, e de relações. A atrofia vaginal pode exercer uma influência negativa sobre a resposta sexual, implicando dispareunia e diminuição da libido. Uma pele mal preservada e envelhecida não é causa de aumento da mortalidade, mas pode causar impacto psicológico negativo. Portanto, através destes fatos expostos, pode-se observar que prevenir os distúrbios do climatério significa preservar a qualidade de vida, manter a *saúde* e, por conseqüência, prevenir as *doenças* que poderão surgir, decorrentes deste período, como a osteoporose e a doença cardiovascular. Nesta vertente, o climatério sugere uma

¹⁶ Tecidos alvos: tecidos que respondem à ação do estrogênio. O resultado final das alterações morfofuncionais do climatério é o hipoestrogenismo que em última análise, é o responsável por todas as alterações clínicas que advirão no período do climatério (Poli e Silveira, 1994).

instabilidade no processo *saúde/doença* da mulher e a prevenção enquanto cuidado aparece como o foco de atenção neste processo.

Por outro lado, prevenir ou protelar as ocorrências das situações próprias do climatério podem ser entendidas como formas da não aceitação, da mulher, desse período de sua vida. Neste sentido, as ações de prevenção podem ser pensadas como formas de cuidado, no processo aceitação e enfrentamento destas mulheres, em relação a esse período.

O climatério é vivido por todas as mulheres, independente do *contexto ambiental*, classe social, ou nível educacional. Portanto, esta relação que parece se estabelecer a partir da prevenção como um fator determinante na manutenção da saúde da mulher, evidencia que o processo *saúde/doença* no período do climatério pode ser também influenciado pelos recursos disponíveis para o seu enfrentamento no contexto onde a mulher climatérica está inserida. Nesta vertente, pode se pensar que a prevenção da doença, neste período, deve ser pensada e planejada através de ações individuais e coletivas para a manutenção da saúde da mulher.

Para Sá (1998), a complexidade do processo *saúde/doença* responde a formas complexas do viver humano, uma vez que reconhecemos que o mesmo não se restringe somente a fatores sócio econômicos, mas é permeado pelas singularidades que diferenciam os homens e os aglomerados sócio-culturais, em seus espaços e tempos. Concordo com esta autora, quando diz que saúde é necessidade, e sua conquista se faz através da perseguição de desejos, de luta, da capacidade de elaborar planos de ação política. Acrescento que os planos devem ser criados com possibilidades outras, além da necessidade de saúde, visando a participação da população enquanto partícipe do exercício da cidadania. Nesta vertente, em que o processo *saúde/doença* passa pelo veio da complexidade e da singularidade do viver humano, a elaboração de planos de ação que vise a uma compreensão integral do ser humano e do processo *saúde/doença*, objeto do tra-

balho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional.

Cuidado/ Cuidado Cultura — Castiel (1994), refere que o sentimento e a compreensão da *doença*, bem como os *cuidados* com ela, são determinados pela *cultura* que o homem elaborou e pelos recursos disponíveis para estes cuidados. Neste sentido, é importante, quando cuidamos do outro, buscar compreender sua história, suas crenças e formas de compreender a saúde e a doença. Leininger (1985a) propõe que o *cuidado* deve ser congruente com as crenças e valores culturais, do ser cuidado, pois estes possuem sua própria visão de *saúde e doença*, tratamento e cuidado. Atos de *cuidar* ajudam, protegem, reduzem estresse e conflitos; possuem dimensão biológica, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológica. São influenciados pela *cultura*, pelo conhecimento, pelo nível de desenvolvimento, pelo tempo e pela efetividade da pessoa em relação às necessidades do cuidado e outros disponíveis para sua efetivação (Patrício, 1990).

O *cuidado* é representado por vários elementos ou “constructos do cuidado”. Constituem as atividades, os processos e as decisões, sendo que alguns fazem parte do próprio objetivo e metodologia do “processo de cuidar”. Deste modo, já foram identificados, até o momento, 175¹⁷ constructos sobre como as pessoas entendem, usam e interpretam este cuidado/cuidar. Dentre a extensa lista, cito alguns dos constructos do *cuidado/cuidar* como, por exemplo, aceitando, acomodando, adaptando, agindo, aliviando, confortando, comunicando, assistindo, envolvendo, cooperando, ouvindo, contribuindo, refletindo, ajudando grupos (Patrício, 1990).

Para Leininger (1991a), a necessidade de *cuidado* pode ser atendida de duas formas: Sistemas Populares de saúde, nos quais o cuidado reflete crenças/valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria destas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária e relaciona-se com a estrutura social. Sistema Profissional de saúde, no qual o cuidado profissional tem a sua

base no aspecto personalizado, através da visão holística a partir de suas necessidades, problemas, crenças/valores, expectativas, atitudes e recursos:

“O cuidado profissional formalmente ensinado, apreendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doença, bem estar e que foi preparado através de programas de estudos profissionais e formais em instituições educacionais” (Leininger, 1991a, p.48).

Este cuidado é desenvolvido pelas enfermeiras ou técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que tiveram preparo em escolas de educação formal para a saúde. São, portanto, cuidadoras do sistema profissional de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde é considerado um sistema profissional de saúde, e a enfermagem se insere neste sistema enquanto uma categoria de trabalho. Sendo assim, a Enfermagem Transcultural pode ser a relação de possibilidade no assistir o ser humano com seus valores, crenças e modos de vida culturais de indivíduos e grupos, neste sistema. Acredito que o cuidado profissional deve preservar o cuidado cultural do ser humano ou de seu grupo.

A mulher climatérica é permeada de valores culturais, determinados pela *cultura* na qual está inserida. Portanto, entender o significado e a importância desses valores na vida da mulher climatérica, bem como o quanto eles podem vir a determinar um comportamento prejudicial à sua saúde, torna-se fundamental para a enfermeira assistir a reais necessidades destas mulheres dentro de suas realidades.

Leininger, como já foi citado anteriormente, apresenta três tipos de ações de enfermagem, que possuem uma ~~base cultural~~ *base cultural* coerente com às necessidades dos pacientes, e que serão utilizadas no decorrer do meu trabalho junto ao grupo de mulheres que estão vivenciando o climatério, são elas: preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuida-

¹⁷ Encontra-se a listagem dos 175 constructos do cuidado/cuidar identificados em aproximadamente 54 culturas estudadas (Leininger, 1991, p. 368-370).

abordados por Leininger podem conduzir à execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte a cultura na qual a mulher climatérica está inserida.

A prática assistencial do enfermeiro junto à mulher climatérica deve ser embasada no *cuidado cultural* coerente, cabendo ao enfermeiro subsidiar suas ações na preservação/manutenção, acomodação/negociação e na repadronização/reestruturação cultural de cuidados. Neste sentido, por exemplo, compreendo a preservação ou a manutenção do *cuidado cultural*, quando, através de ações educativas, a enfermeira possibilita à mulher discutir os riscos do uso do anticoncepcional oral nessa fase e, através da acomodação do *cuidado cultural*, auxilia a mulher escolher entre os métodos anticoncepcionais de barreira o mais adequado, respeitando seu modo de vida. A partir daí, poderá capacitar a mulher a utilizar o método anticoncepcional de barreira escolhido, visando resultados ajustados, segundo valores culturais, crenças e modos de vida.

Em relação à prática educativa do *cuidado* realizada pela enfermeira, percebo que ela deve ser utilizada para auxiliar a mulher climatérica a refletir sobre as questões consideradas importantes no seu processo de vida. Entendo o processo da educação, não apenas a formal, mas aquela que nos acompanha no decorrer da nossa existência, ensinando-nos com as experiências e com a vivência do nosso cotidiano. Neste sentido, educar é passar experiências, é aprender com o vivido. O processo educativo certamente eleva a potencialidade individual e coletiva de assimilar novos comportamentos, desde que ocorra junto com a reflexão. Visualizo, na prática educativa, uma possibilidade de troca, na qual a mulher climatérica traz sua vivência e, em parceria com a Enfermeira, constróem uma forma de cuidar esta mulher.

4- CONSTRUINDO A CAMINHADA METODOLÓGICA

“Se desejarmos saber como as pessoas sentem, qual sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e seus motivos, quais as razões para agir como fazem - porque não perguntar a elas?”(Allport, apud Bonnazi et al 1999, p.316).

Inspirada nas palavras de Allport, apresento ao leitor a construção da minha caminhada para a realização deste estudo. Como fazer? Pergunta que me fiz várias vezes e, tenho quase certeza, é a mesma feita por outros pesquisadores, quando iniciam um trabalho de pesquisa. A minha resposta surgiu a partir do momento em que o meu pensamento se cingiu ao objeto da pesquisa. Penso ter sido a partir deste enlaçamento que se delineou o caminho metodológico a ser seguido. Este fato ocorreu quando iniciei os meus estudos mais aprofundados em relação à temática, levando-me, desta forma, a um envolvimento crescente com a mesma, direcionando o caminho metodológico a ser tomado para desenvolver esta pesquisa. Passo agora, a apresentar a forma de operacionalização da minha pergunta: Como fazer?

4.1. CARACTERIZANDO O ESTUDO

Tendo como ponto de partida os referenciais teóricos apresentados, objetivo, então, a partir dos depoimentos das mulheres que vivenciam o climatério,

integrantes do grupo do estudo, conhecer e compreender o pensamento destas mulheres, com relação a este período em suas vidas.

Objetivo, ainda, compartilhar e refletir com este grupo de mulheres climatéricas as experiências vivenciadas, bem como discutir, com as mesmas, as experiências apontadas por elas, auxiliando-as no processo de busca de uma vida saudável. Concordo com Piccolo (1998), e Patrício (1999), quando dizem que todo o estudo, em determinado momento, precisa de um caminho metodológico para que possa alcançar os objetivos propostos. E acrescento: cabe ao pesquisador a escolha do instrumental que facilitará e ordenará o seu caminho, que deve estar em consonância com os princípios do referencial teórico proposto.

As metodologias de pesquisa são entendidas por Minayo (1993), como aquelas que têm condições de abordar e analisar questões da ordem do subjetivo como significados, isto é, a intencionalidade que se dá aos próprios atos ou às estruturas sociais. Esta corrente não se preocupa em quantificar e sim compreender as relações sociais, o que pode ser percebido através do senso comum e cotidiano. Como afirma esta 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” (Minayo 1993, p.17).

Chizzoti (1998), coloca que a abordagem qualitativa parte do fundamento segundo o qual há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Esse mesmo autor nos diz que o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. O sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

O método qualitativo possibilita desenvolver propriedades para trabalhar (transformar) as questões sociais, as questões de qualidade de vida, seja quando o produto da pesquisa se refere a conhecimento aplicado, seja quando o próprio estudo origina situações de mudança em favor dos pesquisados (Patrício, 1999). Minayo (1993), refere que os métodos qualitativos consideram que os fenômenos são construídos pela subjetividade humana em seus significados culturais e afetivos, particulares e coletivos.

Sendo assim, encontrei na abordagem qualitativa a consonância com o meu referencial teórico, e o respaldo para desenvolver este tema de pesquisa para a minha dissertação de mestrado, escolhido entre outros problemas vivenciados por mim no exercício da minha prática assistencial de enfermagem. Para atingir os objetivos traçados pelo estudo, foi realizado um trabalho de caráter educativo, com análise qualitativa, no qual o instrumento de coleta de dados foi o próprio processo educativo e os registros das falas emergidas no grupo das mulheres climatéricas.

4.2. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário (HU), da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O HU como representante do conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da Sociedade, é subordinado à Constituição do Brasil (1988), que legitima o Sistema Único de Saúde (SUS). Os seus serviços, que se referem à assistência à saúde da população, entre eles o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, seguem as diretrizes das políticas de saúde traçadas pelo Governo. O HU foi fundado em 1986, sofrendo ampliações nos anos seguintes e acrescido de uma ampla área acadêmica, destinada ao funcionamento dos cursos de Enfermagem, Medicina e Cursos de Pós Graduação na área da Saúde. Trata-se de um hospital geral, Universitário, que

serve de campo de estágio para os alunos dos Cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Administração de Empresas e Biblioteconomia, da FURG, além de receber, em sistema de convênio, alunos de outras Universidades da região.

Possui cinco unidades de internação : Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica e UTI Neo-natal, UTI adulto, e uma unidade de Ambulatório que atende diferentes especialidades, além de outros serviços. O HU recebe pacientes oriundos de toda a região Sul do Estado do RGS e possui credenciamento pelo SUS, Convênios e Particulares. O Cargo de um dos Diretores Assistentes do HU é ocupado por uma docente do Curso de Enfermagem. As chefias das Unidades, atualmente, são exercidas por enfermeiras assistenciais. As enfermeiras docentes utilizam as Unidades de Internação para as aulas práticas e estágios.

O Curso de Enfermagem participa na prática do trabalho em Saúde da Mulher no HU, através da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, lotada no Departamento de Enfermagem, da FURG, que coordena e desenvolve junto ao ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, do HU, o Programa de Saúde da Mulher. Esse Programa conta com o apoio logístico dos departamentos de Patologia, Clínica Médica, Materno Infantil, da FURG, e os Serviços de Psicologia e Assistência Social, do HU. Além destas unidades, conta com a parceria da Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil –BENFAM e a da Secretaria de Saúde do Município do Rio Grande. O Programa Saúde da Mulher proporciona, aos alunos do curso de Enfermagem, a aprendizagem e a vivência e, principalmente, experiências na prática do trabalho em Saúde da Mulher, uma vez que as atividades desenvolvidas no programa integram as atividades desenvolvidas no estágio curricular da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.

O Programa Saúde da Mulher tem como objetivo promover ações de saúde à mulher nas suas diferentes etapas da vida. Este programa desenvolve-se através de atividades educativas e assistenciais no que se refere à assistência pré-

natal, parto e puerpério. Quanto à assistência no planejamento familiar, o programa prevê, como atividade educativa, a formação de grupos de mulheres, enquanto metodologia de trabalho, e estabelece a consulta de enfermagem à mulher, focalizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das mulheres, como uma das atividades assistenciais do programa. O ingresso, no programa, ocorre, quando a mulher se inscreve para a assistência no planejamento familiar, o que determina a sua participação nas ações educativas e assistenciais oferecidas pelo mesmo. Sua permanência se dá através das ações assistenciais previstas no programa, entre elas, a prevenção do câncer de colo uterino, bem como a adequação dos métodos anticoncepcionais, entre outras ações desenvolvidas. Em função da trajetória histórica da assistência no planejamento familiar, no HU, mantém-se a sigla NAPLAFAM, que significa Núcleo de Planejamento Familiar, para designar todas as ações concernentes ao planejamento familiar, no programa Saúde da Mulher.

4.3. BUSCANDO A CLIENTELA

A busca da clientela foi realizada a partir do contato pessoal com a Assistente Social, que trabalha no Serviço Social do HU, e atua no NAPLAFAM. Na ocasião, expliquei a proposta de estudo, referindo a minha vontade de realizar um processo educativo, com um grupo formado com, no máximo, 10 mulheres, vivenciando o período do climatério, trabalhadoras ou não da instituição, residentes no perímetro urbano, na faixa etária de 40 a 55 anos. Considerei, ainda, que o estudo estava previsto para ser desenvolvido em seis encontros.

A idéia de trabalhar com as mulheres trabalhadoras do HU, em particular com as mulheres que atuam nos serviços gerais da Instituição, surgiu, visando a possibilidade de dar continuidade ao trabalho iniciado pelo NAPLAFAM e pelo Serviço Social do HU, há dois anos, quando focalizou, como alvo de sua atenção, a assistência à saúde das mulheres trabalhadoras nos serviços gerais do HU;

além disto, dar continuidade ao trabalho que vem ocorrendo com o envolvimento das chefias imediatas do HU, com o referido programa.

A possibilidade de incluir mulheres não trabalhadoras no estudo inscrita no NAPLAFAM, surgiu a partir do meu envolvimento com o programa, bem como pela constatação das dificuldades que algumas mulheres climatéricas manifestavam durante a consulta de enfermagem, para vivenciar este período em suas vidas.

A receptividade quanto à minha proposta de estudo foi muito positiva. A Assistente Social, ao desempenhar suas atividades junto às mulheres, relatou perceber desconhecimento e dúvidas manifestadas por elas em relação ao climatério. Reforçou, desta forma, a importância de desenvolver um estudo direcionado à mulher climatérica. Na mesma oportunidade, trocamos idéias sobre como agilizar a divulgação do trabalho para as mulheres inscritas no NAPLAFAM, trabalhadoras nos serviços gerais da Instituição. Combinamos que a Assistente Social, em função de conhecer quais os setores dos serviços gerais do HU, onde se encontram trabalhando as mulheres na faixa etária desejada pelo estudo, faria sua divulgação. Esta foi uma estratégia utilizada para conhecer se o número de possíveis candidatas estariam de acordo com o previsto para a sua realização. Também, ficou acordado que a Assistente Social faria o contato com as chefias imediatas das mulheres que se manifestassem receptivas à proposta, solicitando sua liberação e dispensa das atividades, conforme a necessidade do estudo proposto.

Entre 18 mulheres consultadas, 8 manifestaram-se receptivas. A Assistente Social informou-me quem eram estas mulheres interessadas em participar do estudo, cabendo a mim, então, realizar o próximo contato. Nesta data, entreguei à Assistente Social a solicitação de autorização para desenvolver o trabalho no HU (Anexo1). O documento de autorização para desenvolver a pesquisa na Instituição é a formalização do seu em relação ao pedido realizado pelo pesquisador para a realização do seu trabalho de pesquisa. Constam de esclareci-

mentos quanto ao objetivo da pesquisa, os sujeitos envolvidos e o compromisso ético em resguardar todos envolvidos na mesma.

Na data marcada, retornei ao HU e me dirigi aos setores onde trabalhavam as mulheres indicadas pela Assistente Social, para conversar com elas. Por coincidência, todas as mulheres eram trabalhadoras do turno da manhã. Realizei o primeiro contato com cada uma delas, nos seus setores, individualmente, não sendo necessário apresentar-me formalmente, em vista de já conhecê-las através do NAPLAFAM. Procedi, da mesma forma, com todas elas. Apresentei a minha proposta de forma sucinta e entreguei o documento de Consentimento Livre e esclarecido¹⁸ (Anexo 2). Este documento contempla os aspectos éticos que irão permear o estudo a ser realizado.¹⁹ Após entregue, marquei com as mulheres dia, hora e local do nosso primeiro encontro no grupo. Oito mulheres comprometeram-se em participar do estudo.

Em relação às mulheres não trabalhadoras do HU, enviei carta a quatro delas que haviam se manifestado receptivas em participar do estudo, quando abordei este assunto durante a consulta de enfermagem, realizada por mim no NAPLAFAM. Recebi a confirmação de duas que se apresentaram no Serviço Social do HU no dia e hora solicitado. Neste encontro, elas receberam o documento de esclarecimento do participante (Anexo 2), e solicitei que o mesmo fosse lido, assinado e entregue no primeiro encontro. Comuniquei dia, hora e local do primeiro encontro no grupo.

¹⁸ Consentimento Livre e Esclarecido é a anuência do sujeito da pesquisa ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento autorizando sua participação voluntária na pesquisa. (Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos; Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996, p.3).

¹⁹ Fortes (1998) coloca que, nas ações de assistência à saúde, nas pesquisas realizadas com seres humanos, nas ações cotidianas, e não somente em circunstâncias limítrofes, que envolvem nascimento ou morte, a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar o que lhe é proposto. Tanto para atos de caráter preventivo, quanto para ações curativas, que afetam ou venham afetar sua integridade físico-psíquica ou social (Fortes, 1998, p.51).

4.4. VIVENCIANDO E ANALISANDO O COTIDIANO DAS MULHERES DO GRUPO

Esta etapa do processo metodológico foi construída em duas fases: conhecendo e reconhecendo o grupo e aparecendo os temas no vivido das mulheres.

4.4.1. Conhecendo e reconhecendo o grupo

No primeiro momento do encontro, cumprimentei o grupo, agradecendo às sete mulheres presentes. Iniciei os esclarecimentos necessários para o desenvolvimento do mesmo. Para isto, usei como recurso, um retroprojektor e algumas lâminas, contendo o resumo da proposta, salientando os objetivos estabelecidos para o estudo, bem como a metodologia que seria utilizada. Também, para introduzir o tema, utilizei um objeto, como recurso para representar a mulher climatérica ao grupo.

Este recurso no qual me inspirei para representar a minha mulher climatérica, é um artesanato típico da Rússia, chamado de "MATRIOCHKA".²⁰ São seis bonecas de madeira de tamanhos variados, obedecendo a uma série que lembra a existência de uma hierarquia, encaixando-se perfeitamente uma nas outras.

A origem e a aparição deste artesanato clássico naquele país, se oculta atrás de muitos anos, possuindo inúmeras lendas. Uma delas, conta que a Matrona, representada pela boneca maior, é a protetora do lugar onde habita, guarda, cuida e leva todos dentro de si e, em momentos de perigo, abre o seu ventre para abrigar e proteger a sua família. Também, atribui-se as Matriochkas, alguns

²⁰ Matriochka: mamãezinhas, bonecas de encaixe de madeira (Voinovan; et all., 1989).

dons relativos à cura de doenças: fazendo-se um pedido e colocando-o, por duas noites, dentro da quarta boneca, certamente a cura será obtida.

A partir do conhecimento desta lenda, reforçou-se o meu entusiasmo em utilizá-las como motivadoras do meu tema. Percebi que elas deriam vida àquilo em que eu acredito e quero descobrir. Estas bonecas, neste momento, podem representar os diferentes momentos da vida de uma mesma mulher, suas diferentes fases e, ao mesmo tempo, podem simbolizar as mulheres que estão dentro de nós, aquelas das quais herdamos os caracteres genéticos, assim como a cultura, os valores e as crenças.

Sendo assim, cada boneca poderia representar a mulher, enquanto Adolescente, Mulher como Reprodutora da Espécie, Gestante, Puérpera, Mulher no seu processo saúde-doença, e a Mulher Climatérica. Mulher que ama, chora, pensa, luta, sente e se debate em busca do seu espaço e reconhecimento social. Mulher que age, reage, sonha, independente da sua posição no mundo.

Ao desvelar o significado das bonecas, relacionei cada uma delas com as características biológicas que identificam as diferentes fases de vida e seus aspectos culturais, bem como enfoqueei a assistência prestada à mulher pelo sistema de saúde (SUS), em cada fase da vida da mulher.

Cada mulher é diferente da outra, buscando, à sua maneira, a realização do seu cotidiano, com capacidade de construir a sua história de vida de forma própria, individual e única, baseada nas experiências pessoais, na interação com os outros e com seu ambiente. Cada membro do grupo, dependendo de suas crenças, seus sentimentos, valores, atitudes e conhecimentos, pôde observar as bonecas que foram apresentadas de forma diferenciada, provavelmente, relacionadas com o seu viver naquele momento. Ao mesmo tempo, as mulheres do grupo puderam associar as bonecas com as gerações de mulheres que trazem dentro de si e que influenciaram nas suas crenças, nos seus valores e no seu comportamento.

Desta forma, esperava, ao chegar na última boneca, ter representado a mulher climatérica e motivado as mulheres a pensarem e expressarem suas experiências e expectativas a respeito deste período de suas vidas.

Terminado este primeiro contato, questionei-as em relação às possíveis dúvidas que tivessem surgido durante a minha explanação. Como não houve dúvidas, mas sim manifestações de agrado, principalmente quanto ao recurso da Matriochka, continuamos o nosso encontro. Dando continuidade ao trabalho, enquanto coordenadora da atividade, propus às mulheres, a fim de preservarem suas falas e, ao mesmo tempo, se identificarem na gravação, que usassem nomes fictícios durante nossos encontros. Até mesmo em razão dos princípios éticos pertinentes ao respeito da preservação da identidade dos sujeitos do estudo, sugeri serem chamadas de Matriochka, já que elas se sentiram motivadas durante a apresentação do tema. Concordaram em utilizar números, acrescidos ao nome Matriochka, do menor ao maior, correspondendo a suas idades, iniciando com o número um, a mais moça e assim, sucessivamente, até a Matriochka com mais idade, sendo assim codificadas: M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7. Também ficou acordado que as minhas participações, enquanto coordenadora do grupo, seriam identificadas como sendo a Matriochka Enfermeira, ME.

O grupo mostrou-se entusiasmando com a idéia e uma após a outra fez a sua apresentação:

Matriochka 1 (M1) — Idade 45 anos, casada, cursou o segundo grau. O motivo que a levou a participar do grupo foi a possibilidade de esclarecer suas dúvidas, quanto a algumas alterações físicas e emocionais, percebidas há algum tempo. A sua principal preocupação está relacionada com a depressão que acompanha as manifestações sentidas.

Matriochka 2 (M2) — Idade 48 anos, primeiro grau incompleto, tem cinco filhos- três mulheres e dois homens. Trabalha com o marido numa praça, como

camelô. Refere sentir-se muito cansada, desanimada; ultimamente, sente-se sozinha e apresenta freqüentes crises de choro. Além disto, relata sentir-se muito desconfortável com as manifestações das ondas de calor. O motivo que a trouxe ao grupo foi a possibilidade de conhecer e tentar compreender o que está acontecendo, com ela, neste período de sua vida.

Matriochka 3 (M3) — Idade 49 anos, casada, dois filhos, cursou o segundo grau. O motivo pelo qual se interessou em participar do grupo foi ampliar a sua compreensão sobre o climatério, a fim de entender melhor as manifestações que lhe vem ocorrendo. Destaca a depressão como sendo a sua principal preocupação neste momento.

Matriochka 4 (M4) — Idade 49 anos, casada, um filho, cursou o primeiro grau. Manifestou vontade em participar do grupo, porque se sente confusa e desorientada quanto às manifestações percebidas no seu organismo. Refere calores e ressecamento vaginal.

Matriochka 5 (M5) — Idade 53 anos, viúva, seis filhas, cursou o primeiro grau. Sua motivação em participar do grupo está relacionada com a possibilidade de compreender a terapia de reposição hormonal no climatério. Não relata nenhum desconforto.

Matriochka 6 (M6) — Idade 54 anos, casada, três filhos, cursou o primeiro grau. Relata que há dois anos começou a sentir as primeiras manifestações do climatério. Nesta época, procurou o médico ginecologista, a fim de receber esclarecimentos sobre as alterações percebidas. A partir daí, relata que se sentiu motivada a buscar esclarecimentos sobre o climatério.

Matriochka 7 (M7) — Idade 55 anos, casada, tem um filho e cursou o segundo grau. O motivo pelo qual procurou participar do grupo foram as dúvidas que ela tem sobre a terapia de reposição hormonal no climatério. Refere sentir-se deprimida há algum tempo.

A seguir, a Matriochka Enfermeira (ME) fez a sua apresentação, colocando para o grupo a sua satisfação de poder realizar este trabalho, que há algum tempo havia pensado em desenvolver. Sente-se motivada, porque acredita que o trabalho de grupo, baseado na metodologia proposta, traria benefícios às participantes, uma vez que os pontos para discussão surgiram a partir da proposta do grupo. Além disto, refere que, há algum tempo, vem sentindo dificuldade para iniciar a dormir ou tem perdido o sono durante a noite.

Ao final das apresentações, estabeleceu-se um contato direto e acolhedor entre as mulheres. A espontaneidade, proporcionada pela suas falas, deu início a uma conversa descontraída, provocando um clima de cordialidade no grupo, levando-as, já neste momento, a externarem seus sentimentos e dúvidas sobre o período que estão vivendo. Aos poucos, as falas se tornaram mais eloqüentes, dificultando o entendimento dos assuntos que estavam sendo abordados. Passado algum momento, solicitei a palavra para que pudéssemos combinar alguns detalhes sobre o desenvolvimento dos nossos encontros, que certamente facilitaríamos o nosso entendimento enquanto grupo.

Ficou acordado que respeitaríamos, sempre que possível, o depoimento da companheira, não interrompendo sua fala e nem falando ao mesmo tempo; desta forma, provavelmente conseguiríamos conduzir nosso tema com mais facilidade e clareza.

Após este esclarecimento, continuamos a reunião e já surgiram alguns dos assuntos que as Matriochkas gostariam de discutir, como sendo aqueles que discutiríamos durante o desenrolar do estudo. Ao final deste encontro, concordamos que a maioria dos depoimentos estavam relacionados com o sentimento de angústia, percebidas por elas nesta fase de suas vidas, bem como algumas dúvidas quanto às modificações do corpo e à terapia de reposição hormonal.

Sendo este o primeiro momento no qual as Matriochkas puderam se expressar livremente, percebi, no grupo, um sentimento de alívio, como se as mulheres ali reunidas se sentissem acolhidas umas pelas outras e, ao mesmo tempo, reconhecessem este espaço proporcionado pelo estudo, como sendo o momento no qual poderiam encontrar, de alguma forma, ajuda para enfrentar o que estão vivenciando.

Finalizando este primeiro encontro do grupo, recolhi o termo de Consentimento e Esclarecimento Livre, assinado pelas participantes. Marcamos os horários e definimos a sala no HU, onde seriam realizados os próximos seis encontros, com duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos, sendo os encontros gravados em fita K7.

4.4.2. Aparecendo os temas no vivido das mulheres

“ O cuidado como prática de trabalho só pode ser compreendido no seu vivido...” (Lopes, 1999, p. 2).

Neste item, apresento ao leitor os dados que emergiram ao longo dos encontros. Optei por apresentá-los na sua forma original. Sendo assim, as situações encontradas seguem a ordem do seu surgimento ao longo da pesquisa. Simultaneamente, tento discutir os dados emergidos, com os respectivos referenciais teóricos, na tentativa de compreendê-los e refletir sobre as possíveis articulações que se estabeleceram entre os mesmos. Desta forma, conduzi a análise deste estudo, realizando um ir e vir constante, entre o pensado e o vivido, levando ao leitor, as linhas e entrelinhas desta trama - o cotidiano das Matriochkas.

“ Eu trouxe um artigo de uma revista para o grupo. Eu tinha esse artigo, li e achei muito bom.” (M3)

“Tu queres ler, Matriochka Enfermeira?”

“Claro, será ótimo! Vamos ler e podemos acrescentá-lo ao material selecionado para vocês.” (ME)

A Pedagogia da Problematização tem por princípio que, num mundo em transformações rápidas e profundas, o importante é a *capacitação dos indivíduos para detectarem os problemas e buscarem soluções originais e criativas para sua situação de saúde e vida.*

Neste sentido, o artigo trazido pela *Matriochka 3* demonstra interesse pelo estudo, além de favorecer o entrosamento da *Matriochka Enfermeira* com o grupo, através da troca, uma vez que a mesma havia selecionado alguns textos para utilizar como recurso didático, com o objetivo de estimular o grupo a refletir sobre o tema. Para a Teoria da Problematização, inicialmente, o que deve ser valorizado é a experiência dos sujeitos envolvidos no processo. Para Bordenave e Pereira (1983), *deve-se dar início a aplicação do método do arco a partir da observação da realidade.* Assim, iniciamos a utilização dos textos para dar partida à Observação da Realidade.

A *Matriochka Enfermeira* inicia sua fala, retomando os objetivos do estudo, que são conhecer e compreender o pensamento e as experiências das *Matriochkas* a respeito do climatério.

“Tu lembra do outro encontro, pois é. Agora tu já conheces, já sabes o que a gente conhece sobre o climatério....” (M7) “ Vocês conhecem a depressão”. (ME)

“ É uma das mais fortes”. (M7)

“ Na verdade vocês conhecem e sentem depressão, que é relatada como uma das manifestações que pode ocorrer na mulher nesse período e todas já ouviram falar na terapia de reposição hormonal.” (ME)

“ Mas existem outros fatores que acontecem no climatério. Alguns deles estão citados nesses textos. Proponho

que façamos uma leitura em conjunto, a fim de identificarmos quais são os fatores que vocês conhecem e, entre eles, aqueles que vocês gostariam de discutir no grupo.” (ME)

O material distribuído provocou o desencadeamento das falas das mulheres, as quais foram, aos poucos, delineando a sua *Realidade*, através das manifestações vividas. As Matriochkas começaram a conhecer um pouco mais sobre o climatério e a reconhecer algumas das alterações percebidas no seu cotidiano, certamente, relacionadas a este período.

O conteúdo dos textos selecionados para este encontro baseou-se na revisão de literatura utilizada para o estudo, enfocando as principais alterações e modificações no organismo da mulher no período do climatério.

Para darmos início a leitura dos textos, perguntei as Matriochkas como deveríamos proceder.

*“ Acho melhor tu começas lendo, ME ”.
Assim já vai explicando, fica melhor” (M3)*

Comecei a leitura colocando as seguintes alterações: ondas de calor, insônia, dificuldade para dormir, suores noturnos, diminuição do desejo sexual, irritabilidade, depressão, ressecamento vaginal, diminuição da atenção e da memória, entre outras. Das manifestações citadas no texto, as Matriochkas identificaram as seguintes:

► FOGACHOS

Em função das colocações feitas pelas mulheres, decidi discutir um pouco mais sobre as características que envolvem este sentir, expondo alguns conhecimentos sobre o fenômeno, que permitissem as Matriochkas compreender um pouco sobre este vivido.

“Essa onda de calor eu sinto.” (M2)

O termo fogacho também é utilizado para designar as ondas de calor. Fogachos, ondas de calor e calorões referem-se à mesma sintomatologia.

Coloquei para o grupo que :

“Os fogachos são ondas de calor, também conhecidos como calorões. Ocorrem, geralmente, de modo súbito, no tórax, pescoço e cabeça, sendo frequentemente acompanhados de sudorese profusa. As ondas de calor, quando muito seguidas, deixam a mulher cansada, influenciando na sua disposição durante o dia, causando também irritabilidade. Algumas vezes as mulheres sentem-se depressivas, em função da frequência dos fogachos, que podem afetar a qualidade de vida. Quando ocorrem à noite, determinam, também, quadros de insônia, agitação e fadiga no dia posterior.”

“Eu tenho suores noturnos”. (M7)

“Puxa, eu me acordo toda molhada”. (M3)

Continuando, salientei:

“ Os fogachos também provocam pés e mãos geladas, dormência e formigamento, às vezes são responsáveis por dores de cabeça e palpitações”.

Resumidamente coloquei às *Matriochkas* que as ondas de calor são decorrência da queda súbita do estrogênio circulante, hormônio responsável pelas alterações no organismo da mulher no período do climatério. A literatura consultada para a realização deste estudo, aponta que a alteração mais típica, presente na perimenopausa, é a onda de calor, ou fogacho (Giordano, 1998). De modo coincidente, ele é reconhecido, pelas mulheres, como sendo um sinal característico deste período.

“ Pois é, isso eu tenho.” (M2)

“ Esse aí é denunciador.. A gente tem ele e todo mundo sabe, aquela tá nos ‘enta’ ”. (M7)

► ENCONTRANDO SIGNIFICADO CULTURAL NO GRUPO DOS “ ENTAS” ²¹

Depois desta fala todas as *Matrioschkas* começaram a rir, dando a perceber que a expressão usada pela *Matrioschka 7* revelou o sentimento que o grupo tem em relação à experiência de ser uma mulher climatérica no seu meio social. A conotação dos ‘enta’ se revelou como um código entendido pelas mulheres que vivem o mesmo contexto, anseiam pelos mesmos cuidados e vivem na mesma cultura.

Este diálogo me auxiliou a perceber que, além de um sintoma característico do climatério, o fogacho, para algumas mulheres, representa a sua nova identidade perante a sociedade, porque revela a faixa etária na qual a mulher se encontra; revela a condição biológica desta mulher e, principalmente, sinaliza o

²¹ “Enta” denominação atribuída pelas mulheres do estudo ao período iniciado aos quarenta anos.

término da sua função biológica, a procriação, bem como a aproximação da velhice.

É também uma forma simbólica denunciadora do sentir biológico por que passa a mulher. É tão forte e visível, que se apresenta involuntariamente, revelando o que nem sempre se quer mostrar: a etapa de vida e a forma de enfrentá-la. O fogacho vem sem avisar, não pede licença, surpreende a qualquer momento, independente da vontade e da disposição para ser recebido. Muitas vezes, esta manifestação biológica da mulher não é compreendida socialmente; ou pode ser concebido de forma jocosa, podendo provocar maior desconforto na mulher que vivencia o fogacho.

Além disto, possibilitou-me visualizar alguns dos aspectos sobre a minha compreensão do ser humano mulher climatérica, como um ser social, que sofre as influências do seu meio; como ser cultural, receptora de uma cultura pré-determinada; e como ser humano apresentando aspectos biológicos próprios e definidos, que determinam as características específicas das diferentes etapas fisiológicas experienciadas no decorrer de sua vida.

À medida que prosseguíamos nossas conversas, percebia que as mulheres queriam saber e discutir mais acerca de como vivenciar melhor este episódio da vida.

Neste clima de troca, surge a seguinte pergunta:

“O que vou fazer além do famoso banho?” (M2)

A partir desta interrogação, foi possível verificar o Processo de Cuidar, fundamentado na interação entre a Enfermeira e o cliente, a partir da comunicação, envolvendo alguns elementos do cuidado, entre eles, a empatia, o diálogo, a disponibilidade, o comprometimento, a focalização dos recursos presentes e os

necessários ao bem viver, e muitos outros que auxiliam a Enfermeira a atender a necessidade do cuidado, manifestada pelo ser humano, mulher climatérica.

A troca de idéias e opiniões que se deu, ao longo do estudo, levou as *Matrioschkas* a solicitarem esclarecimentos sobre suas dúvidas, no exato momento em que os temas estavam sendo apresentados, fazendo com que a *Matrioschka Enfermeira* respondesse prontamente o que havia sido solicitado.

A pergunta, realizada pela *Matrioschka 2*, de uma forma clara e objetiva, levou a *Matrioschka Enfermeira* a perguntar:

“ Como vocês enfrentam esse desconforto?” (ME)

“A gente não sabe quando vai dar, por isso é difícil lidar com ele.” (M2)

O conhecimento da fisiologia feminina possibilita um melhor enfrentamento das alterações decorrentes das modificações que possam surgir no decorrer do climatério. Sendo assim, a ME introduz no grupo alguns esclarecimentos para a compreensão dos fogachos, com o objetivo de subsidiar a ação do cuidado cultural: a *promoção ou a manutenção do cuidado*, proposto por Leininger (1991ab), bem como para discutir algumas formas de capacitá-las a se *adaptarem* ao desconforto.

Alguns autores citam que os fogachos podem estar relacionados com determinadas situações, sendo elas responsáveis pelo seu aparecimento. Estas situações estariam relacionadas a determinados fatores emocionais, a ingestão de bebidas alcoólicas ou comidas quentes e ao calor do ambiente. A partir deste conhecimento, é possível a mulher perceber, no seu cotidiano, as situações que poderiam contribuir para o aparecimento dos fogachos, e introduzir nele algumas *modificações* de modo a contribuir para a diminuição do seu aparecimento e melhorar sua qualidade de vida.

Coloco para o grupo algumas medidas, que irão favorecer a adaptação ao desconforto promovido pelo fogacho. Entre estas medidas, encontram-se:

“A adoção de uma dieta equilibrada, rica em fibras e carboidratos e pobre em gorduras, e a ingestão de oito copos de água por dia. Também, contribui para minimizar esse sintoma, incluir no cotidiano uma atividade física como, por exemplo, longas caminhadas, ioga, aulas de ginástica, dança, natação etc.”

Sugiro que, ao realizar esta orientação, a profissional Enfermeira lembre-se da possibilidade de a mulher visualizar não apenas o aspecto de promoção e prevenção do sintoma, mas sim perceber esta atividade como sendo algo que lhe possibilite uma forma de lazer. Por isto torna-se importante refletir, com ela, o que estamos propondo. Desta forma, provavelmente, a mulher irá buscar adotar um plano de exercício que lhe traga satisfação. Sendo assim, certamente terá menos chances de abandonar a prática do exercício diário, reconhecidamente importante para a mulher que vivencia o climatério.

Continuo dizendo:

“... ameniza o desconforto, quando as mulheres trazem consigo lenços umedecidos, e à noite usar cobertas leves na cama para poder adequar a sua temperatura, assim como usar camisolas de algodão em vez de fibra sintética. O modo de se vestir pode ser repensado. Por exemplo, usar várias peças confortáveis de roupa, uma em cima da outra durante o dia podendo retirar quando for necessário. Muitas vezes, esse detalhe traz mais conforto e segurança à mulher, quando tem que enfrentar ambientes fechados.”

“ A climatérica deve se vestir como uma cebolinha”. (M3)

“ Vai tirando de fora pra dentro, quando precisa.” (M2)

“ É bem assim. Gostei dessa forma de explicar”. (ME)

“ Usa o casaquinho.” (M3)

“ O que precisamos é saber como enfrentá-lo. Assim a adaptação ao fogacho surge então como sendo a forma de nos cuidar”. (ME)

A forma clara e sugestiva como as mulheres se expressaram para designar a melhor maneira de se vestir nesta época de sua vida, sugeriu-me uma nova maneira de transmitir as orientações relativas a este tema, certamente mais adequada ao seu cotidiano, inseridas no contexto ambiental onde desenvolvo a minha prática assistencial. Estas falas elucidam a interação no grupo, proporcionada pela prática educativa, e também o processo da educação, visto não apenas como formal, mas como aquele que nos acompanha no decorrer da nossa existência, ensinando-nos com as experiências e com a vivência do nosso cotidiano.

Pensando assim, trago o meu pressuposto, que diz: A Enfermeira traz consigo conhecimentos e os introduz na sua prática, construindo, de maneira própria, buscando interagir com o indivíduo, o grupo e a organização social, no meio ambiente onde atua, respeitando os valores e crenças de cada um. Visualizo este pressuposto nesse estudo, porque entendo que interagir pode também significar aprender com as expressões que fazem parte do vivido da clientela, como a utilizada pela M3, quando disse *“A climatérica deve se vestir como uma cebolinha”*, ou quando a M2 utilizou o *“enta”* para se referir às mulheres que vivenciam o seu climatério. Estas expressões podem revelar o contexto cultural onde se atua. Sendo assim, a Enfermeira, ao inserir, na sua prática, as expressões usadas pela sua clientela, interage com a mesma, respeitando seus valores e crenças.

► REFLETINDO SOBRE A TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

As reflexões sobre a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) surgem como uma decorrência das discussões sobre os fogachos, uma vez que a mesma é indicada para amenizar este desconforto.

“Eu já li que a terapia de reposição hormonal é usada para os calorões. Li sobre esse tratamento, mas queria ouvir mais sobre isso...” (M3)

É possível perceber a inquietação das Matriochkas em relação a este tema, sendo que ele já havia sido mencionado no início da pesquisa, bem como a depressão.

Respondo ao que foi solicitado, dizendo:

“ A literatura aponta para um consenso que, na prática, a terapia de reposição hormonal se mostra muito eficaz no alívio dos fogachos. Refere, ainda, que algumas mulheres apresentam contra-indicação, ou não escolheram a terapia de reposição hormonal por preconceitos podendo se beneficiar com o uso de determinados medicamentos, como os tranqüilizantes ”.

Continuando a discussão no grupo, surgem as seguintes falas:

“ Eu também quero saber. É muita coisa que falam, mas não sei ao certo”...(M5)

“A gente ouve muito sobre a TRH . Tudo quanto é revista só fala disso, a gente fica desnorteada.” (M2)

“Tu vai no médico, ele também não explica.” (M2).

As Matriochkas, enquanto seres sociais, sofrem as influências do seu ambiente. Ambiente é tudo que cerca o indivíduo de forma direta ou indireta. É onde as Matriochkas vivem e interagem. Sendo assim, a colocação das Matriochkas quanto a TRH, certamente reflete o discurso veiculado no seu ambiente.

Continuando o diálogo, teço o seguinte comentário:

“ Parece difícil se discutir o tema climatério, atualmente, sem que as questões relacionadas à TRH não sejam mencionadas. Verifica-se, ultimamente, uma tendência em associar o termo menopausa ou climatério e o termo terapia de reposição hormonal, na mídia, como se fossem um binômio, dando ao leitor ou ao ouvinte, a noção de que ambos se complementam. Penso que essa posição, adotada pela mídia, e reforçada por alguns profissionais médicos, leva as mulheres, em geral, a buscarem informação sobre o tema, o que, muitas vezes, se torna complicado, em função da sua complexidade. Nem sempre as informações disponíveis na mídia, ou as explicações dadas pelos profissionais médicos, detentores da prescrição do medicamento, são capazes de esclarecer o seu significado, bem como vantagens e desvantagens do seu uso, para que vocês possam conhecer melhor e decidir sobre o uso ou não da TRH.”

Reforço o comentário realizado no grupo, com o pensamento desta autora:

“ Embora existam várias abordagens terapêuticas, impedindo às mulheres submeterem-se à TRH, nenhuma delas vem acompanhada da publicidade e do exagero que normalmente acompanha a TRH” (Stewart, 1999, p. 18).

A preocupação das Matriochkas, quanto à necessidade ou não de realizarem a TRH, é evidente. No entanto, estas informações, não devem se restringir apenas aos aspectos biológicos, mas serem abrangentes como a cultura, os valores e as crenças, que envolvem o ser humano mulher climatérica, como subsídio para que ela se sinta capaz de refletir sobre o que lhe for proposto de tratamento. Na ausência de uma conscientização mais efetiva, as mulheres podem se tornar vulneráveis frente aos médicos e às campanhas publicitárias dos fabricantes de medicamentos.

Visualizo a ação do cuidado cultural da Enfermeira no processo de escolha da TRH pela mulher climatérica, através da prática educativa, a qual possibilita, através do diálogo, informá-la e esclarecê-la sobre os riscos, os benefícios e os efeitos colaterais da TRH, bem como outras alternativas de tratamento durante este período de sua vida, respeitando seus valores e crenças.

Pensando assim e reconhecendo a importância deste tema para as mulheres climatéricas, bem como a necessidade de se colocar ao alcance das Matriochkas a informação desejada sobre a TRH, faço o seguinte questionamento; secundada por uma delas:

“O que vocês gostariam de saber sobre a TRH?” (ME)

“Toda a mulher tem que tomar hormônio... quem tem calorão, dor na relação, precisa tomar?” (M5)

A Matriochka Enfermeira explica que a TRH é prescrita pelo médico. Portanto, as indicações ou contra-indicações deste medicamento são oferecidas e discutidas juntamente com ele. A partir deste entendimento, alguns esclarecimentos foram dados, no sentido de auxiliar as Matriochkas a compreender as questões que envolvem a prescrição da TRH, contribuindo, desta forma, certamente para uma futura possibilidade de decisão quanto ao uso ou não deste medicamento.

Continuo o diálogo, dizendo:

“ A TRH tem como objetivo combater as conseqüências do declínio do estrogênio, característica de período do climatério. As mulheres, em média, viverão quase um terço de suas vidas após a menopausa, período em que estarão expostas aos baixos hormônios circulantes. A TRH é conhecida por trazer benefícios à mulher, atuando na sintomatologia do climatério, particularmente nas ondas de calor, nos transtornos do humor, na insônia, irritabilidade, fadiga, e dos comprometimentos da memória. A literatura mostra, baseada em algumas pesquisas, que a carência hormonal acarretará uma série de conseqüências, como a osteoporose e as doenças cardiovasculares, particularmente o infarto do miocárdio. Dessa forma, a TRH pode ser utilizada para a prevenção das doenças que acometem as mulheres com deficiência do estrogênio.”

Além disto, coloco:

“A adoção da TRH deve ser pensada, levando em conta que a mesma deve ser de uso contínuo. Isto significa uma disponibilidade financeira para tanto. Por outro lado, a mulher deve pensar no valor que ela atribui ao uso de medicação para o tratamento do climatério. Existem tratamentos alternativos, como a homeopatia, florais, fitoterapia, que são mais acessíveis, para a obtenção e realização, no nosso contexto, assim como a cromoterapia, aromaterapia, acupuntura, citoterapias menos difundidos, mas que também podem ser utilizados pelas mulheres climatéricas. Conhecer outras possibilidades de trata-

mento, certamente favorece a busca de novas escolhas e a decisão quanto ao uso ou não da TRH."

" Mas isso a gente não conhece."

" Só se ouve sobre a TRH." (M2)

Neste sentido, trago para o grupo a refletir sobre a importância da mídia com relação à divulgação da TRH como sendo a "tábua de salvação" para as mulheres climatéricas. Chamo atenção sobre os fatores econômicos que envolvem o uso da TRH, o lucro das indústrias farmacêuticas multinacionais num mercado como o brasileiro, onde existem, atualmente 24 milhões de mulheres na faixa de idade do climatério, ou seja, potenciais usuárias desta medicação, e ainda coloco o poder que a mídia exerce e como influencia o nosso pensar, o nosso querer.

Continuo minha fala, alertando para a possibilidade de se despertar, nas mulheres uma outra forma de encarar o uso da TRH, que poderia ser traduzida na seguinte questão:

" Nós, mulheres, queremos tomar hormônio? Talvez essa seja a grande dúvida quanto à adoção da TRH. Só que nós ainda não paramos para refletir sobre isso. Apenas nos preocupamos em querer saber quando iniciar, o que usar e como usar a medicação. Estamos, talvez, impregnadas pelo climatério da mídia!! Sei que essa questão é complexa, tão complexa que, nesse momento, apenas algumas facetas do tema foram colocados, e também sei que não será agora o momento de se chegar a algum consenso sobre o assunto. Mas chamo atenção de vocês para esse outro ângulo da questão, que me parece importante de ser pensada por nós mulheres. Só assim, realmente, seremos capazes de opinar sobre o que que-

remos para melhorar a nossa qualidade de vida durante o climatério.”

Ao final destas colocações, o grupo se mostra inquieto, certamente devido a minha intenção, que foi de promover uma reflexão crítica sobre o uso da TRH, através da discussão mais prolongada sobre este enfoque do assunto. Mas a inquietação foi logo dissipada pela seguinte pergunta:

“ Quando se faz 60 anos, tem que começar a tomar hormônio?” (M2)

A pergunta foi acatada pelas Matriochkas, trazendo para o grupo novamente a questão prática do uso da TRH, o que parece mostrar a importância deste enfoque do tema para o grupo. Sendo assim, entendendo que o cuidado deve ser congruente com as necessidades destas mulheres, respeitando a sua realidade, explico o solicitado.

Para responder a esta pergunta, me baseei na revisão realizada para o estudo, enfocando as orientações transmitidas para o grupo no artigo publicado pela Sociedade Brasileira do Climatério (SOBRAC), intitulado Consenso sobre os Fundamentos e o Manejo da Terapia de Reposição Hormonal, por reconhecer que o tratamento da mulher climatérica é baseado no diagnóstico médico.

Início minha fala, dizendo:

“ A decisão sobre o uso da TRH é da mulher, mas deverá ser tomada juntamente com o profissional médico. Daí a importância da sua posição frente ao tema. Segundo os critérios da SOBRAC, a TRH tem indicações precisas, que irão depender da fase em que a mulher se encontra, isto é, na pré, peri e pós-menopausa ”.

Para facilitar a compreensão, explico que essa terminologia é empregada para definir as diferentes fases do climatério, o que motivou as Matriochkas, neste momento, a identificarem qual o período do climatério que estão vivenciando.

Disse ainda:

“ Há um consenso sobre o uso da TRH na pré e perimenopausa, visando corrigir as disfunções menstruais e debelar os sintomas vasomotores, identificados anteriormente pelo grupo. Na pós-menopausa, utiliza-se a hormonioterapia para eliminar ou aliviar os sintomas e sinais clínicos decorrentes do declínio do estrogênio, como os sintomas vasomotores e neuropsíquicos: a depressão, a falta de memória, irritabilidade, entre outros; os transtornos urinários, alterações da pele e das mucosas e sintomas osteoarticulares: dores nas articulações e juntas.”

► PERCEBENDO AS ALTERAÇÕES URINÁRIAS

O desconforto causado pelas alterações urinárias nas mulheres que vivenciam o climatério, surge, no grupo, quando a ME aborda os benefícios do uso da TRH. Entre eles, encontram-se os transtornos urinários, como disúria, polaciúria, urgência miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

“ Eu já senti essas alteração urinárias.” (M4)

“ Eu também.” (M6)

“ Eu tinha que sair correndo, parecia que não ia dar tempo.” (M4)

“ Eu sentia dor pra urinar.” (M2)

Entretanto, estas alterações não foram identificadas, por elas, no momento em que surgiram, como sendo decorrentes das possíveis alterações do período do climatério.

“ O que vocês fizeram quando sentiram essas alterações?” (ME)

Elas responderam que, quando as alterações urinárias se manifestaram, não procuraram investigar a sua causa:

*“Mas qual o motivo que levou vocês a não procurarem saber o porquê de estarem sentindo esse desconforto?”
(ME)*

*“Sabe, a gente vai se acostumando que as coisas vão trocando dentro da gente e vai se vivendo, vivendo..”
(M4)*

Dando continuidade a estas falas, faço alguns comentários sobre a importância de se conhecer o período que está se vivendo, para poder reconhecer as alterações decorrentes do mesmo.

Parece que esta fala reflete o pensamento de algumas mulheres, já habituadas com o jogo hormonal mensal que provoca alterações no seu corpo, a não pensarem se estas alterações ocorridas são decorrentes de alguma anomalia na sua fisiologia. Pode-se pensar que este comportamento das mulheres dificulta a *ação do cuidado cultural*, porque a não identificação, pelas mulheres, das alterações que podem surgir decorrentes do hipoestrogenismo, dificulta a *negociação* ou a *repadronização* do cuidado nesse período de suas vidas.

“ É que ser mulher é assim...”

“ É sentir cólica, enjôo...” (M6)

Percebo que, entre as Matriochkas, parece existir o pensamento de que ser mulher também significa sentir e suportar as alterações fisiológicas impostas pela condição biológica da mulher, como sentir as cólicas menstruais, a dor do parto, mastalgia no período pré-menstrual, os efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais, o enjôo na gravidez, o incômodo da episiorrafia, e tantos outros sentir. O conceito de cultura, de Helmann, que diz "*a cultura é um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade*" (Helmann, 1994, p. 22), auxilia visualizar a concepção de ser mulher das Matriochkas. A cultura aparece como o fio norteador que dá o significado do sentir destas mulheres, traduzido na expressão: "*É que ser mulher é assim.*"

Neste sentido, podemos pensar que, esta concepção de ser mulher, das Matriochkas, conduzem-nas também a não questionarem as "*trocas que vão ocorrendo dentro da gente*". Leininger (1991a), em sua teoria, evoca que o ser humano sofre a influência de uma determinada cultura, que se revela nos conhecimentos adquiridos, nas crenças e valores, normas e modos de vida, que lhe são transmitidos, infundidos e compartilhados pelos que o cercam. Também, sob este enfoque, podemos compreender, porque algumas delas reagem a essas mudanças da seguinte forma:

" A gente se acostuma e, às vezes as coisas vão melhorando. Daí vai se deixando. A mulher sempre foi assim." (M6)

Esta fala, mais uma vez, evidencia a cultura como o fio invisível que permeia o comportamento da mulher. Por outro lado, estas falas também nos revelam o desconhecimento das Matriochkas, em relação às alterações que podem ocorrer e comprometer a sua qualidade de vida no período do climatério. Neste sentido, visualizo a importância da prática educativa problematizadora, que valoriza a comunicação enquanto elemento do cuidado, permitindo a troca de informa-

ções e experiências das mulheres, auxiliando-as a conhecerem e reconhecerem, em si, as alterações que podem ocorrer no seu organismo nesta fase da vida.

Neste momento, resgato o meu conceito do cuidado cultural para este estudo que diz: A mulher climatérica é cercada de valores culturais, determinados pela cultura na qual está inserida. Reforço, então, a importância da comunicação enquanto elemento do cuidado no processo educativo da mulher climatérica, porque ela permite à Enfermeira assistir as reais necessidades das mulheres dentro de sua realidade. Para tanto, é preciso compreender que a cultura determina os valores e crenças, bem como os comportamentos que podem ser prejudiciais à sua saúde.

Retomo as orientações sobre a indicação do uso da TRH, dizendo:

“ A TRH é utilizada para prevenção das doenças cardiovasculares e suas complicações. Tem também grande valia na prevenção e na terapêutica da osteoporose. Incluem, entre as possíveis indicações da TRH, a prevenção e tratamento da doença de Alzheimer (formas leves e moderadas)”.

Ao colocar essa questão no grupo, resumo alguns aspectos que podem ajudar as Matriochkas a compreender a doença de Alzheimer.

Em pacientes assintomáticas, sem fatores de risco para doença cardiovascular ou osteoporose, a hormonioterapia deve ser individualizada, analisando cada caso em particular.

Dando continuidade ao tema, ressalto:

“ A TRH não deve ser usada indiscriminada nem aleatoriamente, devendo ajustar-se às necessidades de cada

mulher. E coloco também as contra-indicações da TRH, citando as mais conhecidas, como os casos de câncer de mama e de endométrio não tratados; doença do fígado aguda, tromboembolismo agudo, infarto agudo do miocárdio, sangramento genital anormal e de causa desconhecida.”²²

Continuando em discussão o tema, surge a seguinte pergunta:

“ Se a gente começa a tomar hormônio, que pode acontecer...” (M5)

Desta forma, as Matriochkas expressam sua vontade de saber mais sobre a TRH, levando-me a responder da seguinte forma:

“ A TRH pode trazer efeitos colaterais. Entre os efeitos colaterais da hormonioterapia, o mais comum é o sangramento uterino. Também são observados, mal estar gastrointestinal; náuseas e vômitos, aumento de peso, sensibilidade das mamas, cefaléia, inchaço e câibras nas pernas, perda de cabelo, intolerância a lentes de contato, além de cloasma, que são manchas escurecidas na pele.”

Algumas situações podem ser desencadeados ou agravados pela TRH. Entre elas encontra-se o aumento de miomas uterinos, intolerância a lentes de contato, algumas reações da pele, perda de cabelos, aumento de pêlos no corpo ou no rosto (Stewart, 1999).

Continuando o diálogo, na seguinte fala :

²² Recomenda-se cautela nas seguintes situações: história familiar de câncer da mama, antecedentes pessoais de hiperplasia atípica de mama, doenças autoimunes em atividade e meningioma, calculose biliar. SOBRAC (1999).

“ A minha vizinha tomava o remédio , mas fazia mal. Daí o médico trocou pra os que põem na pele...” (M4)

Neste sentido, coloco para o grupo que existem diferentes esquemas terapêuticos de reposição hormonal, bem como as vias de administração, que podem ser oral, transdérmica, vaginal e intramuscular, e que a mulher deve buscar adaptar ao seu modo de vida a via de administração que lhe trará benefícios.

Continuo o diálogo, dizendo que:

“Antes de se instituir a TRH, há consenso entre os autores sobre a necessidade de se realizar uma avaliação prévia na saúde da mulher que compõe: avaliação do estado geral através do exame de sangue, densiometria óssea, prevenção do câncer de colo de útero, mamografia.”

Neste sentido, podemos verificar o impacto financeiro desta investigação, tanto no sentido particular para a mulher, como no sentido do setor público, quando esta for realizada através do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve-se levar em consideração que a decisão da adoção da TRH, pelas mulheres assistidas pelo sistema de saúde, também acarreta impacto financeiro ao setor público. Desta forma, parece que se torna necessária a conscientização, por parte dos profissionais médicos, das reais necessidades do uso da TRH, bem como por parte dos gestores do sistema de saúde, no sentido de que o planejamento comporte as ações de saúde voltadas especificamente a esta parcela da população.

Leininger(1991a), propõe que o cuidado deve ser congruente com as crenças e os valores culturais do seres cuidados, pois estes possuem sua própria visão de saúde e doença, tratamentos e cuidado e considera que atos de cuidar

ajudam, protegem, reduzem estresse e conflitos. Baseada neste princípio, visualizo a comunicação como um elemento do cuidado cultural, que deve ser considerado no processo de cuidar o ser humano mulher climatérica, e que possibilita informar e esclarecer a mulher sobre os riscos, os benefícios e os efeitos colaterais da TRH, bem como outras alternativas de tratamento durante este período de sua vida.

Neste momento, reforço o meu pressuposto, que evidencia o processo educativo baseado na teoria da problematização como um importante subsídio para a prática da Enfermeira. O tema da TRH possibilitou-me um resgate dos meus conhecimentos, que se somaram às experiências e expectativas das mulheres sobre o tema, resultando alguns questionamentos que evidenciaram o contexto cultural como um norteador das questões problematizadas pelas Matriochkas.

Leininger(1985a), considera que o contexto ambiental é demonstrado na totalidade de um acontecimento, situação ou experiência de uma cultura específica. Sendo assim, ambiente é tudo que cerca o indivíduo de forma direta ou indireta. As Matriochkas, enquanto seres sociais, sofrem as influências do seu ambiente. Neste contexto, o entendimento do significado desta questão norteou o cuidado cultural, visando a comunicação como um elemento do cuidado. Sendo assim, o processo educativo, baseado na teoria da problematização, através da formação de grupos, que valoriza a comunicação, possibilita à Enfermeira prestar o cuidado cultural, porque, através da comunicação, estabelecem-se as bases culturais do cuidado.

► REFLETINDO SOBRE A PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

O tema osteoporose é introduzido no grupo como decorrência das discussões sobre a TRH.

“Eu sabia que a TRH era para a osteoporose e para o coração.” (M2)

A osteoporose é uma doença osteoporose é uma doença óssea incapacitante, caracterizada pela perda da massa óssea em diversos pontos do esqueleto. Ela é sorrateira, porque se desenvolve lentamente e, muitas vezes, chega-se ao final da vida sem saber que se tem essa doença. Os ossos vão se tornando frágeis, quebradiços, sensíveis a qualquer torção, queda ou batida. Um simples gesto desajeitado no pulso, um impulso com o pé, uma topada inesperada, podem provocar fraturas. Essa fragilidade se torna mais evidente a partir da menopausa. Ela também é responsável pela diminuição da estatura, principalmente nas mulheres brancas, sem filhos, magras e sedentárias, consideradas mulheres de risco para desenvolver a doença.

“Eu já ouvi falar da osteoporose. É uma doença que aparece na mulher mais velha. Os ossos vão enfraquecendo. É por isso que se têm que comer muita fruta e tomar leite, né? Ouvi dizer que é comida de menopausa...” (M7)

Saliento, que:

“Para a prevenção dessa doença tem-se um consenso sobre a dieta e o modo de vida, que irá reduzir os risco do seu aparecimento. É quase como uma cartilha que se aplica à mulher da meia idade. Inclui uma dieta rica em cálcio, exercícios regulares, não fumar e evitar bebidas alcoólicas.”

“Então ME, me explica o que é comida de menopausa.” (M5)

“É não comer o que faz a gente rir.” (M7).

As mulheres climatéricas precisam ser informadas sobre as mudanças, muitas vezes despercebidas, do climatério, como a osteoporose e as doenças cardíacas que, por se darem no interior do seu corpo, permanecem ocultas. Além disto, essas doenças podem interferir na qualidade de vida da mulher e na sua autonomia, principalmente no período da pós-menopausa. Retomando o pensamento de Siqueira (1998, p. 23), que diz: *"...o antagonismo polar do processo saúde doença, poderá sofrer inversão, instalando-se de forma lenta ou súbita, deteriorando o bem estar, causando a desarmonia e o desconforto no ser humano. Ao negar essa possibilidade o ser humano, não usa a prevenção como uma arma para enfrentar a doença"*, visualizo a orientação da alimentação da mulher climatérica como uma arma que se apresenta para prevenção da osteoporose, sendo assim ela constitui-se num dos elementos do cuidado cultural de Enfermagem à mulher climatérica.

Entendendo o cuidado cultural como resultado da complementaridade entre o conhecimento e as práticas populares e o conhecimento profissional, procurei compreender o significado da expressão utilizada pela *Matriochka 7*, quando disse: *"É não comer o que faz a gente rir,"* acatada pelo grupo. A partir do meu entendimento, criaram-se condições necessárias para subsidiar a ação do cuidado cultural proposto por Leininger (1985 a): *acomodar ou negociar* com as *Matriochkas* algumas noções sobre a alimentação da mulher no climatério, tendo, como objetivo, promover a qualidade de vida e prevenir as doenças decorrentes da dieta inadequada nesta fase de suas vidas.

Retomo a fala, colocando:

" As mulheres, nessa fase de suas vidas, devem estar atentas para a qualidade e a quantidade dos alimentos. A redução do metabolismo energético tem relação direta com a diminuição da massa muscular, própria do envelhecimento."

O número de calorias necessárias para uma mulher de cinquenta anos é estimado em torno de 1800, variando de acordo com o estilo de vida pessoal (Tolosa, 1997).

Ao final desta fala, as Matriochkas se manifestaram da seguinte forma:

“ Puxa, eu aumentei a circunferência ”.

“ Parecia que eu tinha engolido um pneu .” (M3)

Estas falas parecem revelar a insatisfação das Matriochkas com a sua aparência física. O climatério traz alterações físicas, como a perda da elasticidade da pele, o seu enrugamento, o hirsutismo da face e a obesidade. Estas alterações se refletem na mudança da imagem corporal da mulher climatérica. Neste contexto, a cultura aparece como sendo um fator determinante na construção da imagem. É a partir das informações da cultura que se nutre o imaginário e se nutre a imagem. Nistchke (1999), citando Mafessoli (1993), refere a que a imagem é cultura e faz cultura.

“ Olha, eu sempre fui magrinha, eu tava me sentindo mal. Cismeí que quem me emagreceu foi o chá de jurubeba.” (M2)

Percebe-se que a mulher sente-se “afrontada”, com a mudança de sua imagem, e procura resgatá-la. A insatisfação da Matriochka 2, com a sua aparência física, motivou a buscar um recurso que a auxiliasse a devolver a sua imagem corporal. A crise do começo do envelhecimento inicia-se com a imagem que o espelho nos devolve e estes “descobrimientos” das mudanças corporais se registram também através dos olhares dos outros (Costaguta, 2000). Neste sentido, podemos pensar que talvez o resgate da imagem corporal da Matriochka, através do uso do chá de jurubeba, refletisse a sua dificuldade de enfrentar o início do envelhecimento, sinalizado, na mulher, pelo climatério, que determina alterações na sua imagem corporal.

Sendo assim, a mulher climatérica parece assumir uma nova imagem, tanto para si, como para a sociedade, a partir da sua imagem corporal.

“ A gente sempre nota que tá nos ‘enta’, engorda!! (M4)

Helman (1994), considera o corpo humano como sendo mais que um simples organismo. É também o foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento. Ele salienta que a cultura do grupo no qual o ser humano cresce, ensina a perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer nos corpos ao longo da vida das pessoas. Sendo assim, a imagem corporal, adquirida pela mulher nesta fase da vida, torna-se reveladora, na medida que a identifica, perante a sociedade, como uma mulher na meia idade, no período do climatério.

Para este estudo, abordo o conceito de contexto ambiental, como o que apresenta fatores psicossociais e culturais que atribuem a este período fisiológico da vida das mulheres, um valor pejorativo, associando-o à velhice, perda da sensualidade, incapacidade para viver plenamente a sexualidade. Esta imagem de mulher climatérica parece estar presente no imaginário coletivo, o que, certamente, repercute de modo negativo no inconsciente da mulher. Frente ao exposto, é possível perceber que a mulher climatérica é cercada de valores culturais, determinados pela cultura na qual está inserida. Portanto, reforço que entender o significado e a importância destes valores na vida da mulher que vivencia o seu climatério, bem como o quanto eles podem vir a determinar um comportamento prejudicial à sua saúde, torna-se fundamental para a Enfermeira assistir as reais necessidades destas mulheres.

Por outro lado, estas falas podem ser entendidas sob outro ângulo. Na medida que a Matriochka busca resgatar a sua imagem corporal, perdendo peso, ela estabelece, a partir da prevenção, um fator determinante na manutenção da sua saúde, evidenciando que o processo saúde/doença no período do climatério pode ser também influenciado pelos recursos disponíveis para o seu enfren-

tamento. Portanto, é a partir desta conscientização e através da prevenção que ela poderá influenciar o seu processo saúde/doença. Nesta vertente, pode se pensar que a prevenção da doença neste período, deve ser pensada e planejada através de ações individuais e coletivas para a manutenção da saúde da mulher. Sendo assim, visualizo o processo educativo baseado na problematização, tendo na comunicação um elemento do cuidado, um importante subsídio para a Enfermeira promover as ações do cuidado cultural propostas por Leininger.

Pensando assim, a Matriochka Enfermeira traz, para o grupo, a experiência vivida pela M2 e, a partir dela, expõe a prevenção como um fator determinante na manutenção da saúde da mulher e na melhoria da sua qualidade de vida no climatério.

Resumidamente, coloco o que salientei para o grupo:

“ A M2, ao decidir tomar o chá de jurubeba, iniciou a prevenção das possíveis complicações decorrentes de uma dieta não recomendada durante o período do climatério. Na verdade, essa sua atitude influenciou o seu processo saúde/doença, o que nos mostra a importância da dieta como uma fator de prevenção das doenças mais frequentes que podem acometer a mulher climatérica, como a osteoporose e as doenças cardíacas. Além disso, mais uma vez reforço como é importante, nós, mulheres, conhecermos e compreendermos o que se passa no nosso organismo nesse período. Estarmos alertas, preocupadas com os nossos “sentir.” Nos olharmos de olhos bem abertos, nos “vermos,” assim, poderemos encontrar a imagem que realmente nós merecemos.”

Também relaciono a prevenção como sendo o foco de atenção no cuidado de Enfermagem à mulher climatérica.

Retomo as orientações dizendo:

“ Deve-se observar os seguintes aspectos na orientação da dieta. Variação no cardápio: inserir 3 ou 4 porções de alimento à base de leite desnatado, 2 porções de carne magra ou similar, com pouca gordura, 4 porções de vegetais ou frutas e 4 porções de cereais integrais; arroz, trigo, aveia ou derivados. Cada porção corresponde a 2 colheres de sopa. Além disso, a mulher deve limitar a ingestão total de gorduras. Utilizar alimentos que forneçam gordura saturada, monoinsaturada e polinsaturada. Esta orientação procura focalizar a necessidade de não resumir as fontes de gordura da alimentação, apenas aos produtos de origem animal ou vegetal. As gorduras saturadas são predominantemente as de origem animal. Por exemplo; banha e manteiga. As monoinsaturadas estão presentes nos óleos vegetais (soja, milho, etc). E os peixes são ricos em gorduras polinsaturadas. Deve-se restringir a utilização de gorduras industrializadas, como margarina e manteiga. Evitar reutilizar o óleo após utilizado em frituras.”

Continuo, dizendo:

“...procurar manter a metade das calorias da dieta obtida através de carboidratos, como feijão, brotos, semente e vegetais. Evitar carboidratos simples, como o açúcar. Comer frutas frescas, dando preferência às frutas da es-

tação, que são mais fáceis de se obter, hortaliças, legumes."

Retomando o tema osteoporose, saliento que, na menopausa, a queda dos níveis dos estrogênios deixa os ossos mais suscetíveis às perdas de cálcio e que a maior fonte de cálcio na dieta é o leite e seus derivados. O iogurte também se apresenta como um excelente alimento, porque os lactobacilos presentes nele agem no intestino e revitalizam a flora intestinal, além de favorecerem a absorção do cálcio no organismo. Para manter suas propriedades terapêuticas, o alimento não deve conter açúcares e nem adoçante, que matam os lactobacilos. Com a finalidade de oportunizar uma ingesta rica em cálcio e diminuir o seu custo da aquisição, expliquei o preparo do iogurte caseiro.

O aumento da ingesta de cálcio e a adoção de uma rotina de exercícios moderados são essenciais para minimizar o desenvolvimento da osteoporose, conforme já havia sido discutido no grupo. Recomenda-se ainda limitar os refrigerantes, por que contêm altos níveis de fósforo, que provocam a perda óssea. Tomar café, de preferência descafeinado ou, melhor ainda, chás de ervas como substitutos do café.

"Entre os chás pode-se dar preferência pelo de jurubeba, conforme a experiência da M2." (ME)

"É bom mesmo, foi como eu perdi os meus pneus. Boto no chimarrão e tomo como água, no próximo encontro vou trazer pra vocês." (M2)

Este diálogo vem ao encontro do meu pressuposto, quando digo que a Enfermeira é um ser único e complexo, trazendo consigo valores, crenças, atitudes e conhecimentos, os quais introduz na sua prática, construindo-a de maneira própria, buscando interagir com o seu meio, respeitando seus valores e crenças.

Continuo o diálogo, abordando o consumo de álcool, referindo que o mesmo deve estar restrito a três ou quatro drinques por semana, no máximo. Explico que o álcool elimina a maior parte dos nutrientes e pode agravar as ondas de calor. O fumo pode agravar alguns sintomas, especialmente as ondas de calor e os suores noturnos. O ideal é parar de fumar, mas, se não conseguir, regular o número de cigarros por dia, dando maior intervalo entre um e outro.

Ainda na pós-menopausa, a mulher está sujeita a desenvolver estados anêmicos, em decorrência da menor oferta de ferro. Alerto que, muitas vezes, este fato se deve, em geral, às alterações dentárias e gengivites, que podem ocorrer nesta fase, modificando os hábitos alimentares. Deste modo, a mulher passa a ingerir alimentos de mais fácil deglutição, como pastosos ou líquidos, habitualmente pobres em ferro, vitaminas e sais minerais (Bacarat, 1999).

Abordei, também, a questão dos estrogênios, encontrados em algumas plantas, chamados de fitoestrogênios,²³ explicando o seu modo de ação e a sua obtenção através da dieta. Agindo de forma similar aos estrogênios, eles poderão auxiliar de forma natural a lubrificação dos tecidos genitais. Sendo assim, as mulheres que se alimentam inadequadamente terão maior propensão de sentir dor e ardência vaginal.

“ O estrogênio originário das plantas pode ser encontrado nos seguintes alimentos: nos grãos de soja e nos produtos à base de soja como farinha de soja, o molho de soja, óleo de soja, brotos de soja e de alfafa; ginseng (seco, para ser comido, ou como chá, cápsula ou comprimidos);

²³ Fitoestrogênios são estrogênios derivados de plantas que possuem estrutura ou função equivalente ao 17-beta-estradiol e produzem os efeitos dos estrogênios (Rosseau, 1998). O fitoestrogênio está presente em todas as plantas. Ele pertence à classe do estrogênio, conhecido como fenol estrogênio, que são distintos dos esteróides estrogênios como o estradiol, produzido pelo organismo da mulher. O fenol estrogênio tem uma estrutura molecular similar ao esteróide, portanto capaz de mimetizar a ação deste no organismo da mulher. Ele fixa nas células receptoras de estrogênios no organismo, dessa forma, realizam sua ação. São absorvidos nos intestinos e circulam livremente pela corrente sanguínea antes de serem eliminados na urina. Eles possuem uma ação menos potente que os esteróides (Spangler, 1997).

aipo, erva doce e outros vegetais amarelos e verdes; amêndoas; broto de feijão chinês; linhaça.”²⁴

Reforço, para o grupo, a preocupação que a mulher deve dispensar para sua dieta nesta fase da vida, entendendo que a mesma colabora para amenizar as manifestações do organismo frente ao climatério. Além da discussão sobre a dieta da climatérica, trago algumas recomendações que poderão auxiliar a promover a preservação do cuidado cultural, proposto por Leininger (1991a), dizendo:

“ Quando subirem ou descerem escadas, sempre usem o corrimão; não deixem de usar os óculos quando necessitam deles, para que o campo de visão se torne mais nítido; se o quarto de dormir for muito escuro, deixem uma luzinha acesa. A maior parte das fraturas de fêmur acontecem à noite, quando às mulheres levantam para urinar; ao levantarem, façam com movimentos lentos, evita tonteadas e conseqüentes quedas; para dormir, tenham regras, assim evitam as dores nas articulações, dêem preferência ao deitar com a barriga para cima e, em segunda opção, de lado, com travesseiro baixo, nivelando o ombro ao pescoço, evite deitar de bruço. É a posição mais imprópria para a coluna e o corpo. Cuidem com os tapetes soltos, o chão muito encerado, escorregadiço, molhado e os objetos soltos pela casa, que podem causar quedas; atenção com as posições adotadas durante o dia, apagar objetos de modo brusco, ficar mal sentada na frente do computador etc. E, por último, que toca direto na vaidade feminina o uso do salto alto que deve ser evitado no

²⁴ A validação do quanto possam ser eficazes os fitoestrogênios foi publicada no The Lancet, em 1992. O estudo concluiu que as mulheres japonesas pareciam não ter ondas de calor e outros sintoma da menopausa, porque a dieta japonesa contém alimentos ricos em estrógenos de plantas, como os produtos à base de soja e o ginseng. Esses alimentos parecem ter um efeito constante, nos níveis de estrógeno, auxiliando alguns sintomas do climatério (Stewart, 1999).

dia a dia, para o trabalho, mas quando sairmos para passear nada melhor que um bom salto alto e uma bela meia de náilon para nos sentirmos lindas..."

Ao longo do desenvolvimento do tema osteoporose, no grupo, visualizei o conceito saúde/doença que elaborei para o estudo, que diz: "*prevenir os distúrbios do climatério significa preservar a qualidade de vida, manter a saúde e, por consequência prevenir as doenças que poderão surgir decorrentes desse período, como a osteoporose e a doença cardiovascular.*"

► FALANDO SOBRE O RESSECAMENTO VAGINAL

Neste momento, surge o interesse das mulheres na discussão a respeito da questão do ressecamento vaginal. Então, estimuladas pelas falas que se seguem, iniciamos o assunto:

" Li também, que uma dieta certa, ajuda no ressecamento vaginal." (M7)

" Eu tenho ressecamento vaginal, me incomoda muito, daí, dói..." (M3)

O ressecamento vaginal, sintoma presente na maioria das mulheres, que estão vivenciando o período do climatério, surge no nosso grupo de mulheres como um ponto chave para discussão. Verifica-se a ocorrência do ressecamento vaginal no climatério como as alterações em diversos compartimentos orgânicos e, obviamente, no aparelho genital e nas mamas em função das mudanças nos níveis hormonais. Todos os órgãos femininos mudam durante a menopausa (Giordano, 1998).

Também relaciono a prevenção como sendo o foco de atenção no cuidado de Enfermagem à mulher climatérica.

Retomo as orientações dizendo:

“ Deve-se observar os seguintes aspectos na orientação da dieta. Variação no cardápio: inserir 3 ou 4 porções de alimento à base de leite desnatado, 2 porções de carne magra ou similar, com pouca gordura, 4 porções de vegetais ou frutas e 4 porções de cereais integrais; arroz, trigo, aveia ou derivados. Cada porção corresponde a 2 colheres de sopa. Além disso, a mulher deve limitar a ingestão total de gorduras. Utilizar alimentos que forneçam gordura saturada, monoinsaturada e polinsaturada. Esta orientação procura focalizar a necessidade de não resumir as fontes de gordura da alimentação, apenas aos produtos de origem animal ou vegetal. As gorduras saturadas são predominantemente as de origem animal. Por exemplo; banha e manteiga. As monoinsaturadas estão presentes nos óleos vegetais (soja, milho, etc). E os peixes são ricos em gorduras polinsaturadas. Deve-se restringir a utilização de gorduras industrializadas, como margarina e manteiga. Evitar reutilizar o óleo após utilizado em frituras.”

Continuo, dizendo:

“...procurar manter a metade das calorias da dieta obtida através de carboidratos, como feijão, brotos, semente e vegetais. Evitar carboidratos simples, como o açúcar. Comer frutas frescas, dando preferência às frutas da es-

tação, que são mais fáceis de se obter, hortaliças, legumes.”

Retomando o tema osteoporose, saliento que, na menopausa, a queda dos níveis dos estrogênios deixa os ossos mais suscetíveis às perdas de cálcio e que a maior fonte de cálcio na dieta é o leite e seus derivados. O iogurte também se apresenta como um excelente alimento, porque os lactobacilos presentes nele agem no intestino e revitalizam a flora intestinal, além de favorecerem a absorção do cálcio no organismo. Para manter suas propriedades terapêuticas, o alimento não deve conter açúcares e nem adoçante, que matam os lactobacilos. Com a finalidade de oportunizar uma ingesta rica em cálcio e diminuir o seu custo da aquisição, expliquei o preparo do iogurte caseiro.

O aumento da ingesta de cálcio e a adoção de uma rotina de exercícios moderados são essenciais para minimizar o desenvolvimento da osteoporose, conforme já havia sido discutido no grupo. Recomenda-se ainda limitar os refrigerantes, por que contêm altos níveis de fósforo, que provocam a perda óssea. Tomar café, de preferência descafeinado ou, melhor ainda, chás de ervas como substitutos do café.

“ Entre os chás pode-se dar preferência pelo de jurubeba, conforme a experiência da M2.” (ME)

“ É bom mesmo, foi como eu perdi os meus pneus. Boto no chimarrão e tomo como água, no próximo encontro vou trazer pra vocês.” (M2)

Este diálogo vem ao encontro do meu pressuposto, quando digo que a Enfermeira é um ser único e complexo, trazendo consigo valores, crenças, atitudes e conhecimentos, os quais introduz na sua prática, construindo-a de maneira própria, buscando interagir com o seu meio, respeitando seus valores e crenças.

Continuo o diálogo, abordando o consumo de álcool, referindo que o mesmo deve estar restrito a três ou quatro drinques por semana, no máximo. Explico que o álcool elimina a maior parte dos nutrientes e pode agravar as ondas de calor. O fumo pode agravar alguns sintomas, especialmente as ondas de calor e os suores noturnos. O ideal é parar de fumar, mas, se não conseguir, regular o número de cigarros por dia, dando maior intervalo entre um e outro.

Ainda na pós-menopausa, a mulher está sujeita a desenvolver estados anêmicos, em decorrência da menor oferta de ferro. Alerto que, muitas vezes, este fato se deve, em geral, às alterações dentárias e gengivites, que podem ocorrer nesta fase, modificando os hábitos alimentares. Deste modo, a mulher passa a ingerir alimentos de mais fácil deglutição, como pastosos ou líquidos, habitualmente pobres em ferro, vitaminas e sais minerais (Bacarat, 1999).

Abordei, também, a questão dos estrogênios, encontrados em algumas plantas, chamados de fitoestrogênios,²³ explicando o seu modo de ação e a sua obtenção através da dieta. Agindo de forma similar aos estrogênios, eles poderão auxiliar de forma natural a lubrificação dos tecidos genitais. Sendo assim, as mulheres que se alimentam inadequadamente terão maior propensão de sentir dor e ardência vaginal.

“ O estrogênio originário das plantas pode ser encontrado nos seguintes alimentos: nos grãos de soja e nos produtos à base de soja como farinha de soja, o molho de soja, óleo de soja; brotos de soja e de alfafa; ginseng (seco, para ser comido, ou como chá, cápsula ou comprimidos);

²³ Fitoestrogênios são estrogênios derivados de plantas que possuem estrutura ou função equivalente ao 17-beta-estradiol e produzem os efeitos dos estrogênios (Rosseau,1998). O fitoestrogênio está presente em todas as plantas. Ele pertence à classe do estrogênio, conhecido como fenol estrogênio, que são distintos dos esteróides estrogênios como o estradiol, produzido pelo organismo da mulher. O fenol estrogênio tem uma estrutura molecular similar ao esteróide, portanto capaz de mimetizar a ação deste no organismo da mulher. Ele fixa nas células receptoras de estrogênios no organismo, dessa forma, realizam sua ação. São absorvidos nos intestinos e circulam livremente pela corrente sanguínea antes de serem eliminados na urina. Eles possuem uma ação menos potente que os esteróides (Spangler,1997).

aipo, erva doce e outros vegetais amarelos e verdes; amêndoas; broto de feijão chinês; linhaça.”²⁴

Reforço, para o grupo, a preocupação que a mulher deve dispensar para sua dieta nesta fase da vida, entendendo que a mesma colabora para amenizar as manifestações do organismo frente ao climatério. Além da discussão sobre a dieta da climatérica, trago algumas recomendações que poderão auxiliar a promover a preservação do cuidado cultural, proposto por Leininger (1991a), dizendo:

“ Quando subirem ou descerem escadas, sempre usem o corrimão; não deixem de usar os óculos quando necessitam deles, para que o campo de visão se torne mais nítido; se o quarto de dormir for muito escuro, deixem uma luzinha acesa. A maior parte das fraturas de fêmur acontecem à noite, quando às mulheres levantam para urinar; ao levantarem, façam com movimentos lentos, evita ton-teiras e conseqüentes quedas; para dormir, tenham regras, assim evitam as dores nas articulações, dêem preferência ao deitar com a barriga para cima e, em segunda opção, de lado, com travesseiro baixo, nivelando o ombro ao pescoço, evite deitar de bruço. É a posição mais im-própria para a coluna e o corpo. Cuidem com os tapetes soltos, o chão muito encerado, escorregadiço, molhado e os objetos soltos pela casa, que podem causar quedas; atenção com as posições adotadas durante o dia, apa-nhar objetos de modo brusco, ficar mal sentada na frente do computador etc. E, por último, que toca direto na vai-dade feminina o uso do salto alto que deve ser evitado no

²⁴ A validação do quanto possam ser eficazes os fitoestrogênios foi publicada no The Lancet, em 1992. O estudo concluiu que as mulheres japonesas pareciam não ter ondas de calor e outros sintoma da menopausa, porque a dieta japonesa contém alimentos ricos em estrógenos de plantas, como os produtos à base de soja e o ginseng. Esses alimentos parecem ter um efeito constante, nos níveis de estrógeno, auxiliando alguns sintomas do climatério (Stewart, 1999).

dia a dia, para o trabalho, mas quando sairmos para passear nada melhor que um bom salto alto e uma bela meia de náilon para nos sentirmos lindas..."

Ao longo do desenvolvimento do tema osteoporose, no grupo, visualizei o conceito saúde/doença que elaborei para o estudo, que diz: " *prevenir os distúrbios do climatério significa preservar a qualidade de vida, manter a saúde e, por consequência prevenir as doenças que poderão surgir decorrentes desse período, como a osteoporose e a doença cardiovascular.*"

► FALANDO SOBRE O RESSECAMENTO VAGINAL

Neste momento, surge o interesse das mulheres na discussão a respeito da questão do ressecamento vaginal. Então, estimuladas pelas falas que se seguem, iniciamos o assunto:

" Li também, que uma dieta certa, ajuda no ressecamento vaginal." (M7)

" Eu tenho ressecamento vaginal, me incomoda muito, daí, dói..." (M3)

O ressecamento vaginal, sintoma presente na maioria das mulheres, que estão vivenciando o período do climatério, surge no nosso grupo de mulheres como um ponto chave para discussão. Verifica-se a ocorrência do ressecamento vaginal no climatério como as alterações em diversos compartimentos orgânicos e, obviamente, no aparelho genital e nas mamas em função das mudanças nos níveis hormonais. Todos os órgãos femininos mudam durante a menopausa (Giordano, 1998).

" O meu marido fez vasectomia. Eu não tenho lubrificação. O que posso fazer?" (M3)

" O que sei, é que não pode usar nada de pomada de petróleo." (M2)

Nas falas, expressa-se a informação veiculada no cotidiano popular, que uma vez trazidas enriquecem a discussão, ao mesmo tempo em que sugerem seu aprofundamento. Tentando responder aos questionamentos expressos pelas mulheres, fui somando as informações teóricas e práticas, pensando na ação de cuidado cultural proposta por Leininger (1991ab), para a prevenção do ressecamento vaginal.

Retomando a orientação dada quanto à dieta no climatério, sugeri:

" Os legumes e frutas escolhidos para compor o cardápio devem conter vitamina A, vitamina C, vitamina E, selênio, vitaminas do complexo B, zinco e ferro porque auxiliam manter a saúde da pele e que essas vitaminas são encontradas de preferência nos legumes de cor verde escura e as frutas de cor amarela e laranja. Além disso, se possível, introduzir na dieta o óleo de oliva, linhaça, gergelim, porque ajudam a manter os tecidos da pele e da vagina bem lubrificados."

Continuo o diálogo, chamando a atenção para o que já foi discutido pelo grupo, quanto à indicação da hormonioterapia de substituição por via oral, em adesivos ou injetáveis, que auxiliam no alívio deste sintoma. Também podem ser usado estrógenos locais que, colocados na vagina em óvulos ou cremes, atuam melhorando a circulação do sangue, na espessura do revestimento epitelial, na quantidade de glicogênio e na acidez vaginal.

" Eu tô usando uma pomada que o médico me deu." (M2)

" Tem uma pomada que se compra no supermercado, chamada de Ky-gel, que se bota antes da relação e melhora bastante." (M7)

" Tem gente que usa a saliva, não arde." (M2)

Este momento, vivenciado pelo grupo, proporciona visualizar a ação do cuidado cultural, através da aplicação do método do arco de Bordenave e Pereira (1983), em quase todas as suas fases, uma vez que a última fase, não pode ser visualizada, porque é a fase de aplicação na realidade. A partir da Observação da Realidade, ou seja, as vivências das mulheres no período do climatério, o grupo aponta como Ponto Chave para a discussão o ressecamento vaginal. Ocorre então, a troca de informações, identificada no diagrama do método do arco como a Teorização. Esta troca de informações se estabelece, quando são trazidos os conhecimentos prévios sobre o tema e são acrescentadas algumas informações como, por exemplo, orientações que reforçam a dieta e a hormonioterapia, para favorecer a compreensão do problema e o encontro de soluções viáveis para sua resolução, emergidas no grupo. Esta fase é chamada de Hipótese de Solução. Na fase da Aplicação da Realidade, constata-se a aplicação das soluções encontradas na Realidade. É uma fase que não pôde ser avaliada nesse momento do trabalho no grupo, porque implica numa ação posterior à discussão.

O trabalho educativo da Enfermeira com enfoque Problematizador, no qual se utiliza o Método do Arco, para a condução do trabalho, favorece a constante participação dos elementos do grupo na fase de Teorização. A troca de saberes propicia à Enfermeira promover ações de cuidado cultural, enquanto facilitadora e sujeito no processo educativo.

► INTRODUZINDO O TEMA SOBRE A SEXUALIDADE

Enquanto o grupo discutia sobre este assunto, percebi, nas falas das *Matriochkas*, que havia um outro tema importante para ser abordado pelo grupo, que ainda permanecia velado, mas que permeava a discussão. A sexualidade da mulher climatérica, visualizada em relação à cultura, valores e crenças.

"Puxa já diminui um pouco nessa época." (M3)

"Tu já sabe que dói e não quer fazer." (M7)

"Eles jogam a culpa na gente. Dizem que isso só acontece com a gente. O meu marido disse que to perdendo a validade." (M4)

"A gente leva o ônus de tá ficando velha. Reclama-se, piora." (M3)

Estas falas parecem transparecer a passividade, submissão e aceitação das mulheres quanto ao seu papel na relação com os seus maridos e companheiros. Penso que este comportamento possa estar alicerçado nos valores inculcados na cultura, ao longo do tempo, que determinavam a ordem patriarcal na sociedade, dando um lugar secundário à mulher.

Embora muito se tenha avançado na sociedade nas questões que dizem respeito às relações entre homens e mulheres, que se refletem na academia através de estudos e pesquisas femininas, que discutem a construção social do gênero, parece que a mulher ainda, no Brasil, não alcançou o seu devido valor na relação homem/mulher. Ela ainda é vista, na maioria das vezes, pelos seus companheiros como aquela que lhes serve, tendo ou não submissão financeira, consciente ou inconscientemente. As mulheres de meia idade herdaram uma cultura que premiava outros valores, sendo o mais importante o de procriar, servir aos maridos, cumprir seu papel de mulher e de mãe.

Portanto, algumas destas mulheres, quando chegam ao climatério, enfrentam a realidade de não mais poder procriar. Sofrem muito, porque o seu contexto cultural valoriza o que elas não mais são, ou seja, belas e jovens, e os seus companheiros não acompanham esta transição, reforçando o seu sentimento de menos valia.

Zahar (1997), relata que as queixas que mais ouve das mulheres, que frequentam o seu ambulatório de atendimento em um posto de saúde do SUS, no Rio de Janeiro, são relativas à rejeição sexual de seus companheiro. As mulheres admitem que eles atribuem a elas termos pejorativos, como freezer, geladeira, mulher de pouca serventia, entre outros. Comenta, ainda, que na sua clientela de mulheres da classe média, o mesmo problema é tratado com falta de afeto e de diálogo entre os casais. “*Quando a mulher entra na menopausa, mesmo ele sendo um homem culturalmente esclarecido, na maioria das vezes dá uma vaia interna. Ela não pode procriar, não serve*” (Zahar, 1997, p. 134).

Após as falas, coloco para o grupo o que havia percebido, direcionando a atenção para o contexto cultural no qual estamos inseridas e a relação que este contexto estabelece com nossas vidas, salientando como a cultura influencia o nosso modo de ser, de pensar e de ver a vida. Além disto, essa realidade, que inclui as relações sociais, emocionais e culturais determina, de uma certa forma, como os outros nos vêem. Portanto, ao assumirmos que somos uma mulher climatérica, seremos olhadas e tratadas como tal.

Ressalto ainda que, além desta questão, existe um outro tópico presente nas falas, como se fosse um “pano de fundo” das discussões do grupo, pois, embora não mencionado, ele estava presente. A sexualidade da mulher climatérica desenhava-se no cenário descrito durante as falas, como o pano de fundo das discussões.

Continuando o tema da sexualidade, relato algumas situações mencionadas pelas *Matriochkas* durante suas falas, que poderiam ser traduzidas como sen-

do suas dificuldades em relação a esta questão, bem como teço alguns comentários sobre a sexualidade da mulher nesta idade e a relação com o seu companheiro. Desta maneira, trouxe para o grupo o tema da sexualidade, não mais de uma forma velada, mas, sim, expresso como um tópico a ser debatido pelas mulheres no grupo.

A partir daí, abriu-se a possibilidade de as *Matriochkas* direcionarem suas falas para as questões que envolvem a sexualidade da mulher climatérica. Sendo assim, poderiam ocorrer trocas de informações e, conseqüentemente, o debate do tema. Mas o que parecia se encaminhar para uma discussão mais ampla e reflexiva, logo foi interrompido pela fala de uma *Matriochka*, que retomou o assunto discutido anteriormente: as manifestações do climatério.

O grupo acolheu sua fala, desviando naturalmente sua atenção para um outro ponto de interesse comum, no qual a sexualidade não seria mais enfocada como sendo um dos pontos para discussão no grupo.

“ Eu não sabia que a diminuição da memória e da atenção acontecia. Eu tô assim. Às vezes, o meu marido diz assim: Poxa, parece que estais meio boca aberta. Eu não me atinava que era disso. Não tinha a menor idéia que fosse disso.” (M3)

O fato de ser introduzido um novo tema para discussão no grupo, persuadindo a atenção das *Matriochkas*, prontamente, me levou a refletir um pouco sobre esta questão. Confesso que, primeiramente me senti frustrada, e explico o porquê. Quando iniciei o trabalho com as *Matriochkas*, tinha uma forte idéia de que entre os temas escolhidos pelo grupo para serem um dos pontos chaves deste estudo, seria a sexualidade da mulher nesta fase de sua vida.

A minha percepção sobre este fato fundamenta-se nas leituras realizadas e em alguns contatos mantidos com médicos e psicólogos, que desenvolvem a sua

prática profissional com mulheres climatéricas, bem como na minha própria experiência como Enfermeira, que atua na área de ginecologia.

Essa idéia inicial foi se transformando à medida que os encontros foram ocorrendo e foram feitas as transcrições das fitas, possibilitando a minha leitura mais acurada e detalhada dos temas trabalhados, bem como a forma como determinados assuntos surgiram no grupo. A sexualidade não apareceu em nenhum momento como ponto chave para discussão, mas permeou vários momentos no grupo, bem como apareceu claramente através de alguns relatos e falas das mulheres. Assim aconteceu com as crenças, os valores e o contexto cultural vividos pelas *Matriochkas*.

Para auxiliar o desenvolvimento da questão, saliento alguns dos conceitos elaborados para este estudo, convicta de que eles são o fio condutor que norteia este trabalho. Minha intenção é aprofundar um pouco mais o fato que me despertou interesse.

O conceito da sexualidade de Silva (1996), baseado em Merleau-Ponty (1994), estabelece uma relação entre sexualidade e cultura. A relação sexualidade e cultura faz com que o homem descubra suas diferentes condutas, vivencie diferentes comportamentos e escolha sua maneira de viver e ser no mundo, ou seja, construa sua própria história. Silva (1996), acredita que, através da sexualidade, o homem tenha uma história.

Leininger (1985 ab), refere-se à cultura como sendo os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas.

Entre os elementos que constituem para mim a mulher climatérica, estabeleci o seguinte conceito: *"É um ser humano social, espiritual, econômico, singular, individual e cultural. Como ser cultural é receptora de uma cultura pré-*

determinada; e como ser singular e individual, possui uma capacidade singular de se adaptar às influências do seu meio externo."

Com estes conceitos, acredito delinear o contexto onde as *Matriochkas* estão inseridas, ampliando-se as possibilidades para se compreender a dificuldade encontrada por elas de aceitarem o tema sexualidade como sendo um dos pontos chaves para discussão no grupo, fazendo com que a sexualidade permanesse muitas vezes como "pano de fundo" nos debates.

"Eu era uma tapada. Eu menstruei e não sabia nada. Eu não quero que o meu filho fique como eu...saber tudo depois..." (M4)

Nesta fala, percebe-se a angústia desta mulher quanto a esta experiência no seu vivido e, certamente, as implicações que a mesma teve no decorrer da sua vida. Ao mesmo tempo, este depoimento expressa uma realidade vivida pelas demais mulheres dessa faixa etária. Um estudo realizado com cento e dezesseis mulheres, atendidas no Ambulatório Multidisciplinar do Climatério, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, na faixa etária de 35 a 65 anos, mostra que apenas 6,9% dessas mulheres receberam dos seus pais informações sobre sexo. O estudo revela que a maioria das mulheres da amostra foram informadas sobre sexo através de livros, na escola, com amigos ou com o parceiro. Além deste fato, salienta que atualmente as mulheres desta amostra possuem conhecimentos elementares sobre o ciclo menstrual (Ianetta, 1998).

"Eu tenho uma amiga que tem filha adolescente e nunca falou em sexo com a guria, ela tem a minha idade, é do clube dos 'enta'...(M3)

Estas falas parecem expressar não somente o pensamento das *Matriochkas*, mas de muitas outras mulheres que se encontram nesta faixa etária e vivenciam esse conflito. Neste sentido, trago alguns fatos, constatados ao longo do desenvol-

vimento da minha prática assistencial, na qual realizo a consulta de enfermagem no NAPLAFAM, enquanto uma atividade da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica do curso de Enfermagem da FURG. A consulta, realizada pela Enfermeira e alunas, neste programa, aborda vários aspectos da vida da mulher, entre eles, a sexualidade que, na maioria das vezes, torna-se o momento mais delicado da consulta, quando a mesma está sendo conduzida pela aluna. Percebe-se, muitas vezes, que a dinâmica da consulta se altera neste momento, surgindo um certo desconforto, que pode se justificar através da mudança do tom de voz da aluna, na diminuição da fluência das respostas da mulher, denotando o seu embaraço frente ao que foi questionado. Fato que não ocorre, quando realizo a consulta.

A partir desta colocação, pode-se pensar que as mulheres climatéricas, frente às alunas, as quais, na sua grande maioria encontram-se na faixa etária de seus filhos, sentem-se retraídas, desconfortáveis e demonstram esta inquietude através de uma mudança visível no seu comportamento. A situação criada sugere a dificuldade da mulher em tratar o assunto, bem como a inabilidade, de um certo modo compreensível, da estudante, em abordar o tema. Esta situação, vivenciada no desenrolar do estágio curricular, já foi várias vezes objeto de discussão na disciplina, trazendo à tona esta questão, ou seja, a dificuldade que as elas apresentam de falar das questões relativas à sexualidade com as mulheres climatéricas. Frente a estas discussões, as alunas apontam que, entre as causas determinantes deste comportamento, encontra-se a dificuldade enfrentada por elas para abordarem estas questões na sua família, principalmente com as suas mães, o que certamente contribui para elas apresentarem este comportamento, quando precisam enfrentar uma situação semelhante na sua vida acadêmica.

Estas situações constrangedoras, vividas pelas alunas e pelas mulheres climatéricas, podem ser atribuídas à reprodução do comportamento de ambas no seu contexto ambiental, onde, muitas vezes, o tema sexualidade ainda permanece sendo enfrentado como um tabu, conforme os relatos das *Matriochkas*. Desta forma, percebo, nestas situações vivenciadas no cotidiano da minha prática assistencial como também neste estudo, a presença do referencial teórico com o enfoque

cultural. Concordo com Leininger (1997), quando propõe que o cuidado deve ser congruente com as crenças e os valores culturais e acrescento que o cuidado deve ser coerente e articulado com o contexto ambiental da mulher.

“ As coisas em casa são diferentes que na TV, sexo ainda é tabu. A mulher de 50 anos, a maioria delas tem tabu de quando foi criada. Não fala em sexo. E quando falam não é natural delas.” (M5)

“ Exatamente, reflete o contexto cultural onde a mulher foi educada.” (ME)

“ A gente tem que mudar com nossos filhos, mas não é fácil.” (M7)

“A mulher é cercada de tabu, a mentalidade da mulher é que mulher na menopausa não é mais mulher.” (M3)

A partir destas falas, retomo algumas colocações feitas anteriormente, acrescentando outros fatos a fim de subsidiar a reflexão das Matriochkas quanto ao tema. Faço um pequeno resumo da história da mulher na sociedade ocidental, trazendo alguns elementos que permitiram explicar os caminhos percorridos pelas mulheres na sociedade industrial, e que determinaram a inserção da mulher na esfera pública, traçando um paralelo com as referências históricas das gerações anteriores de mulheres nas suas famílias, na tentativa de mostrar a evolução da mulher na sociedade, e também evidenciar como estas mulheres sofreram a influência da cultura patriarcal, que determinava o papel e o valor da mulher na sociedade como mãe, a procriadora, a “rainha do lar”. Este papel era alicerçado na pureza, na piedade religiosa, na submissão. Ressalto para o grupo que este perfil de mulher descrito, representa certamente a geração das nossas mães.

Esta caminhada teve como propósito mostrar, para as Matriochkas, que elas receberam na sua formação estes valores e crenças e os reproduzem no seu viver. Todo o ser humano, enquanto ser social, é educado dentro de certos padrões, que lhe são passados desde o nascimento, sendo que, na maioria das ve-

zes, estes conteúdos ideológicos passam despercebidos para o indivíduo. Os princípios e valores que a pessoa absorve determinam o papel que irá desempenhar ao longo de toda sua vida (Hardy, 1995). Neste sentido, podemos dizer que as Matriochkas não aprenderam a lidar com esta questão, portanto reproduzem o que está impregnado no seu pensar como resultado da educação que receberam, reforçada pela cultura, continuando, então, a reproduzir este modelo.

O processo educativo baseado na teoria da problematização, tendo a cultura como marco norteador das ações do cuidado, pode auxiliar a Enfermeira a compartilhar e refletir com as mulheres climatéricas esta questão, porque, mesmo que a sexualidade não apareça como um ponto chave para discussão, ela transita pelos outros temas, permitindo à Enfermeira, enquanto facilitadora do processo educativo, pinçar alguns tópicos para serem discutidos pelo grupo, que certamente favorecerão a reflexão das mulheres sobre o tema. Desta forma, há possibilidade de mudanças que acontecem sob a influência das interações com o indivíduo e com o grupo.

“O inconsciente coletivo, impregnado de suas leis dominantes, é teimoso, lento em sua evolução, em sua adaptação à mudança, seus germes criaram em nós raízes profundas e às vezes nos fazem escutar e repetir palavras de ordem que daqui em diante são absurdas” (Hardy, 1995, p.32).

Continuando a fala, chamo a atenção das mulheres para o fato de que a sociedade evoluiu muito nestes últimos cinquenta anos, dizendo:

“Talvez em nenhum momento nesses últimos tempos houveram tantas transformações científicas, culturais, sociais, ambientais, religiosas, e tantas outras vividas por uma só geração, como na geração pós-guerra, a nossa geração. Trazendo essas considerações para o tema sexualidade, podemos compreender a repercussão dessas transformações no enfrentamento dessa questão, quer seja

quando necessitamos falar de sexo com nossos filhos, com nossos maridos, com nossas amigas, e entre nós, mulheres. Mas o tempo em que vivemos nos exige, algumas vezes, respostas, comportamentos ou atitudes que nos mostram o quanto estamos despreparadas para enfrentar essas situações, munidas com os nossos valores e as nossas crenças, forjadas numa cultura onde o sexo era tabu. Somos uma geração sem referencial nessas questões, não podemos olhar para trás, mas sim para o agora e para o depois. Nessa nova caminhada, nesse novo tempo, temos a consciência que precisamos mudar com nossos filhos, e digo, por que não conosco? Quem sabe nos permitirmos falar mais sobre a nossa sexualidade? Quem sabe pensar em criar algum espaço, onde possamos discutir mais sobre esse tema!! Talvez, depois desses encontros, possamos criar um outro momento, onde o tema sexualidade seja abordado pelo grupo com mais fluidez, de uma forma menos velada, como sendo a "cortina do palco" e não apenas o "pano de fundo."

Sob esse mesmo enfoque, lanetta (1998), ressalta que os modelos de comportamento sexual ao longo da história sempre refletiram as relações sociais. Esse comportamento tem origem na educação sexual por que todos passam, ainda que este processo varie dentro de um amplo espectro, de acordo com a época e com o contexto ao qual o indivíduo pertence dentro de sua época. A origem da repressão sexual, da qual ainda existem remanescentes em nossa sociedade, coincide com o desenvolvimento do capitalismo e dos valores burgueses, época do sexo apenas para função reprodutiva. O ideal cristão consolidou-se na unidade sexualidade-casamento, combatendo a sexualidade fora do casamento, na infância e no climatério. Segundo esta concepção, a sexualidade nestas fases da vida não possui importância.

Ao final das colocações feitas pela Matriochka Enfermeira, o grupo de mulheres manifestou-se concordando com os aspectos abordados na sua fala, reiterando que foram educadas numa época com velhos tabus sobre o sexo, com proibições e silêncios que, possivelmente, tenham influenciado na sexualidade de sua adolescência e, conseqüentemente, na vida adulta. As colocações das mulheres me permitem verificar que a minha intenção de promover, entre as Matriochkas, uma reflexão a respeito do tema, levando-as a reconhecerem que suas dificuldades estão relacionadas com o contexto cultural em que foram educadas, foi alcançada. Sendo assim, visualizo o meu conceito, elaborado para o estudo, que diz: o olhar para a sexualidade da mulher climatérica está permeado pelas questões culturais e educativas, que envolvem e determinam seu comportamento com relação à sexualidade.

“ É muito difícil conversar sobre tudo, muito mais de sexo e climatério.” (M3)

Retomo a fala, manifestando que reconheço esta dificuldade dizendo:

“ Ao se tratar o tema sexualidade no climatério, é preciso considerar que estamos falando da vida sexual e afetiva da mulher ao longo de toda a sua história, assim como a do homem. Ambos podem carregar pela vida afora seus fantasmas, medos, inseguranças e tabus, que certamente irão influenciar no seu relacionamento com o mundo e mais estreitamente com os seus companheiros e a família. Ao mesmo tempo, se o relacionamento existente entre o casal transcorreu, ao longo do tempo, de forma satisfatória, incluindo, aí, também o sexo, o diálogo e a compreensão do outro como ser humano, não há por que mudar. Talvez sejam necessários alguns ajustes, mediados pelo diálogo franco e aberto, no qual ambos possam colocar suas necessidades e ouvir as do seu

parceiro, procurando ajustar à realidade. Por outro lado, se as mulheres tiveram uma experiência sexual não satisfatória, podem sentir-se ainda mais desconfortáveis na meia idade com o desaparecimento completo da libido e total desinteresse pelo parceiro, essas dificuldades podem somar-se frente à falta do diálogo.”

Estas mulheres podem, no climatério, se esquivarem do sexo, tornado-se, muitas vezes, amarguradas, tristes, com baixa auto estima e desvitalizadas (Thieriet, 1996).

Um estudo, no qual participaram 300 mulheres, entre 40 e 60 anos, inscritas no ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, enfocou o tema satisfação sexual, utilizando alguns parâmetros, entre eles, o estado civil. Concluíram que 89.3% das mulheres casadas apresentavam grau de insatisfação sexual, enquanto que, em 67.7% das mulheres, com companheiro ou solteiras, apresentavam satisfação na vida sexual (Fonseca, 1998).

Este pensamento pode espelhar o sentimento de algumas mulheres de meia idade frente a sua sexualidade.

“ Olho-me no espelho: realmente sou eu que estou ali, a mesma de antes, a mesma de sempre, aquela que há muito tempo tinha vinte anos, com seus sonhos, suas paixões, seu desejo de agarrar e conhecer a vida. Mas esta caminhou e as rugas apareceram, meus cabelos, meus olhos, minha face, minha boca, minha barriga, minhas coxas, todo o meu corpo, na verdade, é o mesmo, mas não exatamente o mesmo. Passou-se uma boa parte da vida; uma família nasceu e cresceu; um marido e filhos instalaram-se nela. Mas minha predisposição

amorosa continua em algum lugar, ...e só deseja poder aparecer, flamejante para quem souber admirá-la..."
(Autor desconhecido)

Continuando, alerto que as queixas na área sexual no climatério podem ser reais e, geralmente, têm origem biológica. Algumas já citadas anteriormente, como a atrofia urogenital decorrente do hipoestrogenismo, que resulta em dor na relação sexual. Também, a mulher pode ser afetada secundariamente, se ela apresentar sintomas vasomotores e distúrbios do sono, que resultam em fadiga e depressão.

Alguns autores referem que as mulheres menopausadas cirurgicamente²⁵ podem reportar diminuição da libido como resultado da diminuição dos níveis de testosterona,²⁶ bem como, algumas mulheres menopausadas naturalmente apresentam a mesma queixa, que pode ser atribuída à baixa circulação dos níveis de testosterona. Spangler (1997), refere que quando a mulher apresentar queixas em relação à diminuição da libido, outros fatores, que não sejam relacionados aos níveis androgênicos, devem ser considerados, tais como problemas de relacionamento conjugal, depressão, ou efeitos colaterais de alguns medicamentos.

Baseado no vivido das Matriochkas, relatado até aqui, compreender que a sexualidade da mulher climatérica poderá aparecer de uma forma velada, como pano de fundo das discussões, pois reflete o processo de vida segundo os padrões estabelecidos pela cultura, certamente auxiliará a Enfermeira no seu processo de cuidar desta mulher. Acredito na possibilidade de se ampliar a discussão sobre o tema sexualidade, até por envolver importantes aspectos da cultura humana, como os valores, crenças e atitude na sociedade. Mesmo que este tema não tenha emergido do grupo, como esperava, ainda assim reconheço o seu impacto na vida da mulher que vivencia o seu climatério.

²⁵ Considerada também menopausa artificial, conseqüência de doenças do aparelho reprodutor ou em outros órgãos, de tratamentos que anulam a função ovariana, extirpação dos ovários (menopausa cirúrgica) (Ferrari, 1996).

²⁶ Hormônio esteróide do sexo masculino. O ovário normal, provavelmente, também produz minúsculas quantidades desse hormônio (Ferrari, 1996).

► IMAGENS DO ENVELHECER FEMININO E MASCULINO QUANTO AO CLIMATÉRIO

Ratificando o pensamento já exposto anteriormente neste estudo, novamente emerge das falas a evidência de que a cultura pode influenciar na percepção da mulher que vive seu climatério. Sendo assim, a partir de algumas falas das Matriochkas, percebe-se que as questões culturais encontram-se imbricadas no seu cotidiano.

No climatério, há mudanças biológicas, mas sobretudo alterações sociais (Giordano, 1998).

“Eu acho que de repente as pessoas sentem alguma coisa, mas não falam. Acho que não é bem assim, não sentem...”(M3)

“De repente não tem conhecimento...”(M7)

“Às vezes as pessoas tem vergonha...” (M1)

Muitas vezes, não admitimos as mudanças físicas que se processam em nosso corpo, principalmente aquelas relacionadas com nossa capacidade de sedução ou juventude. Entendo este processo, não como uma negação, mas sim como uma dificuldade para externá-las, porque isto significa expor-se para o outro, é colocar seus limites de mulher para avaliação das pessoas, é revelar-se como uma mulher que já sente declinar sua juventude. Eu não só tenho um corpo, como eu sou um corpo, identidade, cultura, existência no mundo (Merleau-Ponty, 1994).

“Ninguém chega no climatério de repente. É como a aposentadoria. A gente tem que se preparar. Tem que trabalhar a idéia. Mas tem mulheres que se negam a pensar sobre isso.” (M3)

" Foi o que eu ouvi outro dia daquela pessoa...Deus nos livre em pensar, imaginar a menopausa." (M2)

" Ela é minha colega de serviço. Diz que eu to louca de vir aqui no grupo." (M6)

" Talvez elas não venham, porque temem ouvirem o que não querem. Que são mulheres vivendo o seu período do climatério." (ME)

Porque será que muitas mulheres abominam a idéia de se imaginar caminhando para a menopausa? Não há como negar que a velhice em si assusta a maioria dos seres humanos. Embora esta caminhada faça parte do processo de viver, existe um marcador delimitado pela idade adulta, na qual o ser humano está no seu vigor criativo. A partir daí, inicia-se um certo declínio biológico.

Após as falas do grupo, faço algumas considerações dizendo:

" Para a mulher, o climatério, em especial a menopausa, sinaliza o seu envelhecimento. É inegável que nós, mulheres em geral, tememos a velhice, numa sociedade onde se premia a juventude, a beleza. Além disso, reconhecemos que fomos educadas numa cultura, onde o papel reprodutor está associado à feminilidade. Portanto a perda dessa função pode trazer, para algumas mulheres, um sofrimento maior, somado às perdas estéticas, às perdas motoras, mentais, visuais entre outras."

Muito mais do que classificar o climatério como uma síndrome ou como um problema originado por transtornos puramente biológicos, é necessário compreender as várias facetas que o compõem (Landerdalh, 1997). Porque, complementando, a mulher climatérica é um ser social, portanto recebe as influências da cultura do seu meio.

independente da forma como se revela, do nome que se dê e da idade em que ocorra, o climatério é uma fase de transição da vida adulta para a velhice, constituindo um período crítico, marcado por instabilidades hormonais e emocionais, as quais permanecem interligadas durante todo o processo, sendo impossível separá-las. É impossível focar o climatério sem abordar também a velhice, pois é quando a beleza e o charme da juventude já não mais envolvem e encantam os outros, que se destaca a essência da pessoa - sua vida interior (Almeida, 1993).

Neste período da vida, no qual a mulher já realizou uma boa parte da sua trajetória, aparecem os primeiros sinais que lhe chamam a atenção para o seu processo natural de envelhecer, e isso talvez implique na aceitação ou não dos caminhos até então percorridos. Portanto, o climatério chama a atenção da mulher para esse fato da vida, o do envelhecer. O climatério não é velhice, mas envelhecer. Para Silva (1999), existe uma diferença entre "envelhecer" e "tornar-se velha". O envelhecer é um processo natural, comum a todas as pessoas. Já o "tornar-se velha", é um conceito social, com muito mais cobranças às mulheres do que aos homens, principalmente no que diz respeito à aparência. Alguns cuidados de saúde são associados, em muitos momentos, a valores de atração físico-corporal, com ênfase nos tratamentos de beleza, que enfatizam a juventude, a beleza física como uma forma de aumentar a aceitação social da mulher que está envelhecendo.

"A gente leva o ônus...da idade...eles quando ficam mais velhos têm outro componente. Ficam charmosos. Os cabelos grisalhos, é o que todo mundo diz ..e a gente...tudo de ruim é nosso.." (M4)

"Os homens, quando envelhecem, florescem numa espécie de juventude outonal, parecem mais dignos, se tornam engenhosos e sedutores... enquanto suas murchas esposas tinham que se afeerrar ao braço deles, para não tropeçarem até na própria sombra" (Silva, 1999, p. 170).

“ Culturalmente, é contra nós o preconceito...” (M3)

A cultura é aprendida, porque não é característica inata dos indivíduos. Por isso, é diferente da questão biológica (Monticelli, 1999). Seja qual for a contribuição da biologia para o comportamento humano, é evidente que a cultura também contribui com um conjunto de diretrizes - explícitas e implícitas - que são adquiridas a partir da primeira infância. Estas diretrizes ditam ao indivíduo sua maneira de perceber, pensar, sentir e agir como membro masculino ou feminino daquela sociedade (Helmann, 1994).

As falas de algumas das Matriochkas, a partir destas considerações, certamente tomaram sentido, porque podem revelar a percepção da mulher climatérica; podem ser entendidas como o resultado da sua cultura, mediada pela sua visão de mundo e das suas relações sociais. Os seus depoimentos nos fazem pensar sobre a visão de mundo que elas têm com relação ao climatério.

A visão de mundo do indivíduo é o modo pelo qual ele concebe o seu universo e, através deste olhar, forma uma imagem ou atitude de valor, estado valorativo acerca do mundo e de suas vidas (Leininger, 1991ab). Neste sentido, quando a mulher expressa *“a gente leva o ônus da idade,” “tudo de ruim é nosso,”* percebe-se uma atitude negativa, ou um valor negativo atribuído a este período de sua vida. Leininger (1991ab), conceitua cultura como sendo os valores, as crenças e as práticas de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de maneiras padronizadas. Esta mesma autora diz que contexto ambiental vem a ser a totalidade de um evento, situação ou experiências particulares, que atribuem um sentido às expressões, interpretações e interações sociais humanas, em dimensões físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais. Assim, podemos pensar que é através da cultura que o indivíduo encontrará subsídios para constituir a sua visão de mundo. Nesta linha de pensamento, embasada nos meus conceitos, visualizo que algumas destas mulhe-

res não encontram na sua cultura, no seu contexto ambiental, o aporte necessário para compreender e viver este período de outra forma, que não seja aquele caracterizado como uma culpa, um peso ou um fardo do qual não podem se livrar, porque assim está determinado.

Apesar de todo o crescimento da mulher enquanto ser social, político e econômico, muitas mulheres ainda estão "amarradas", "atreladas" a determinadas visões e concepções ultrapassadas, em relação ao climatério, das quais ela não consegue se desvencilhar, porque talvez ela desconheça o significado de ser uma mulher climatérica e de viver o climatério. O desconhecimento parece levar a mitos e preconceitos, que são reproduzidos ao longo do tempo, sem serem reavaliados ou pensados de outra forma, ou sob um novo contexto.

Por outro lado, nos últimos anos, o tema climatério adquiriu uma certa visibilidade, tanto nos meios acadêmicos quanto na mídia, impulsionado pelo avanço da terapia de reposição hormonal, pela maior incidência de mulheres nesta faixa etária, ou ainda pela maior abertura para se falar sobre a questão. Entretanto, o que se observa é que o climatério, enquanto tema das discussões acadêmicas, ainda permanece voltado muito mais para a abordagem biologicista do que para a compreensão do seu verdadeiro significado, para a mulher, do que é viver e ser uma pessoa vivendo a fase climatérica. Este enfoque, talvez seja um dos pontos importantes que precisam ser revistos pelas mulheres, que tem como alvo de sua atenção o cuidado desta mulher, porque é a partir do enfoque da mulher, ou seja, do pensamento, das suas experiências e expectativas, que poderá surgir uma nova visão do que representa o climatério na vida da mulher. Neste sentido, reforço a perspectiva de se discutir as questões de gênero, chamando a atenção para a profissional mulher que trabalha com mulheres, pois é através desta perspectiva que se abre a possibilidade do olhar feminino para os fenômenos femininos, minimizando, assim, o maciço olhar masculino, subsidiado e legitimado pela cultura.

Bourdieu (1998) apud Silva (1999,p.147), diz que *"a força do domínio masculino dispensa justificativas, ela existe, e dominados e dominantes ainda aceitam o jogo*

que faz parte deste discurso, legitimado pela argumentação nem sempre coerente ou real, mas ainda assim, legítima no imaginário social". Portanto, é preciso buscar formas de romper com esta força, e construir um novo olhar, calcado na realidade das mulheres. Assim poderá surgir uma nova visão da mulher sobre o climatério e esta, poderá ser introjetada e reproduzida através da cultura.

Há algum tempo, os meios de comunicação²⁷ vêm dando importância ao tema envelhecimento, terceira idade, ou o envelhecer com qualidade, para a população. A mídia²⁸ está voltada para este tema. Sendo assim, o climatério, que trata de questões relacionadas ao envelhecimento feminino, também aparece como sendo uma parte do tema alvo de atenção da mídia.

"A imprensa, diante das muitas manifestações levantadas pelo especialista, pelas campanhas governamentais e não governamentais e pela divulgação em eventos científicos das mudanças na família brasileira, além do crescimento numérico da população envelhecida, começou a dar sinais de que este tema era de seu interesse. Assim, jornais e revistas semanais e mensais, do tipo informativa ou feminina, passaram a divulgar informações dedicadas às mudanças físicas e emocionais nos corpos e nas cabeças... principalmente da mulher" (Silva, 1999, p.147).

É preciso considerar que esta mesma mídia tem, por outro lado, prestado valiosa contribuição no que se refere aos esclarecimentos, informações e orientação sobre as principais questões que envolvem o climatério. Entretanto, é um fato inegável a manipulação realizada por ela nos discursos de orientação, principalmente os dirigidos às mulheres. Sendo assim, o que se verifica, muitas vezes, é que os discursos veiculados na mídia atendem a determinados interesses e a

²⁷ No sentido corrente, os meios de comunicação são o rádio, os jornais e as revistas. Estes meios, dentre outras funções, fornecem rapidamente uma informação sobre a atualidade (Silva (1999), citando Bertrand (1999, p. 39).

²⁸ Embora haja comunicação entre as pessoas nas relações que se estabelecem, do ponto de vista comunicacional, a comunicação aqui tratada está relacionada aos meios de comunicação de massa ou mídia, que gerencia, produz e emite informações em todos os espaços ou áreas do conhecimento (Silva, 1999, p. 39).

determinadas classes sociais, ficando, na maioria das vezes, longe da realidade vivida por uma grande parcela da população. Este fato pode ser observado, pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde que atendem às mulheres das camadas mais pobres da população, as quais não têm acesso a muitas das orientações apregoadas pela mídia.

Landerdahl (1997), no seu estudo realizado com mulheres climatéricas, comenta que as limitações estruturais no âmbito econômico e social são imensas e se refletem nas escassas estratégias de ação que as mulheres podem utilizar para fazer frente ao incômodo que o climatério representa. Este fato, dentre outros, pode contribuir para gerar na mulher um sentimento de incapacidade com relação ao enfrentamento deste período, uma vez que, para vivenciá-lo de forma plena, é necessário cumprir determinadas regras, obter determinados medicamentos e viver em determinados contextos socioeconômico e cultural.

Neste sentido, parece que a mídia mostra, de certa forma, que existem formas distintas de a mulher viver e enfrentar o climatério, que serão influenciadas pelos diferentes contextos socioeconômico e cultural, nos quais ela está inserida. Um artigo publicado na revista *Veja*, 22/05/2000, intitulado *Sexo depois dos 40 anos*, enfoca a mudança do comportamento sexual dos homens e das mulheres que estão vivendo atualmente na faixa etária entre os 40 e 60 anos. Afirma que os homens e as mulheres desta faixa etária, atualmente, mantêm uma vida sexual muito mais ativa do que a que tinham seus pais e avós na mesma idade. Chama a atenção que este fato se deve aos avanços da medicina e aos avanços da cosmética. Enfoca, como sendo um dos pontos positivos para a mulher manter sua auto-estima e, conseqüentemente, a sua sexualidade, a terapia de reposição hormonal, cosméticos, cirurgias plásticas, esportes, dietas, ginásticas, somando-se a uma moda acessível e mais descontraída. Complementa, dizendo que a mudança de comportamento não atinge a todas, até porque quem quer continuar ativa e bem disposta precisa ter acesso a muita informação e dispor de um extra na conta bancária.

Deve se levar em conta que esta revista é dirigida à classe mais privilegiada do país, no que se refere ao nível social e de escolaridade, portanto, à classe que representa a menor porção da população brasileira. Então, este artigo sinaliza para a possibilidade de que há diferentes formas de a mulher atual viver e enfrentar o climatério. Parece que se pode pensar na estreita relação que há entre o contexto sócio-econômico e cultural da mulher e o seu enfrentamento do período do climatério.

Ainda, tendo como enfoque o envelhecer feminino e masculino e as questões culturais que o envolvem, as Matriochkas continuaram nas suas falas, afirmando:

“ A maioria deles são assim é só ter mais de 50 anos.”
(M4)

“ Eles são todos iguais, pensam tudo igual. ” (M3)

“ Vê só, Matriochka Enfermeira, a gente consegue aceitar. Tu propôs um trabalho e nós aceitamos. Imagina se um dos homens iria aceitar fazer esse trabalho. Eu tenho certeza que nenhum viria. E um médico fazer isso...nunca.” (M7)

Risadas no grupo.

Todas as Matriochkas concordaram que seus companheiros não participaram deste grupo de discussão, mas relataram que os mesmos dizem a elas para procurar o médico, quando estão tristes e depressivas .

► O VIVIDO SOLITÁRIO

“Geralmente passamos de uma fase em que somos muito jovens, para outra em que ainda somos jovens e, depois, para outra em que parecemos mais jovens do que somos. Nós não acolhemos a meia idade” (Goodman,1994, p.61).

“ O que me incomoda é a depressão.” (M1)

“ O que me incomoda é tá sozinha.” (M3)

*“Se tu vais conversar com outra, ela está na mesma e já começa a chorar, e tu engoliu ...quero que me ouçam...”
(M3)*

A necessidade destas mulheres sentirem-se acolhidas e compreendidas é muito importante neste momento de suas vidas. Essas falas também parecem revelar a solidão em que se encontra a maioria das mulheres nesta faixa etária. Durante minha trajetória profissional e no cotidiano social com mulheres climatéricas, percebo a presença da solidão em suas vidas e o desejo de serem ouvidas.

“ Foi bom vir no grupo, assim vejo que tem mais gente como eu...” (M2)

“ Está cheio, é só olhar a volta. ”(ME)

“ É uma sensação comum nas mulheres climatéricas. Se sentir “só” e a “única”. (ME)

“ O grupo, certamente está mostrando que vocês não estão sós.” (ME)

Esta fala corrobora o pensamento de alguns profissionais que já perceberam a importância do trabalho de grupo para proporcionar a reflexão em torno do vivido dos seus participantes. A metodologia de grupos permite uma maior

aproximação entre os sujeitos da pesquisa, fornecendo uma apreensão mais rica e qualitativa do real (Scavone, 1998). Num estudo realizado com mulheres, acerca do programa de planejamento familiar, esta metodologia revelou-se como mais um recurso para a mulher (Santos, 1998). Acredito que o grupo oferece um espaço de afeto e confiança para que a mulher fale de si e de sua vida. Favorece o compartilhamento de saberes e experiências entre pessoas que vivenciam situações semelhantes, de forma que, há integração dos âmbitos técnico, científico e popular, somando-se às reflexões sobre o vivido.

Desta forma, o grupo possibilita uma maior compreensão de si e do mundo, promovendo a descoberta de novos elementos para criar e (re) criar formas de enfrentamento que permitam um viver mais saudável. Ajudando a seus membros a descobrirem que um problema vivenciado no âmbito particular e percebido como único é também comum às demais, o grupo, então, abre novas possibilidades de enfrentamento, que poderão ou não ser incorporadas ao viver, segundo o livre arbítrio e a necessidade de cada um.

Landerdahl (1997), no seu estudo com mulheres climatéricas, enfatiza que elas, ao se engajarem nos trabalhos de grupo, possibilitaram fortalecer e aumentar o seu conhecimento e, certamente, conseguirão aliviar suas ansiedades e medos que subjazem à fase que vivenciam.

Por outro lado, percebo o grupo enquanto parte de um processo educativo, no qual são colocadas vivências concretas, possibilitando a troca entre o saber científico e o popular de saúde. Além disto, o grupo permite o diálogo articulado e problematizador, não se restringindo somente à troca de informações, sem contribuição para a transformação dos seres humanos envolvidos no processo.

“ Não tô tão sozinha e não tão louca.”(M2)

“ Nem tão louca, nem tão só. Afinal, estamos todas aqui...” (M4)

Estas falas relevam como algumas mulheres sentem-se sós e inseguras neste momento de suas vidas. Parece que elas perdem o rumo, ou as coordenadas da vida, a ponto de expressarem que se percebem como loucas. As freqüentes crises de choro, o desconforto vivido em decorrência das manifestações biológicas do climatério, a ausência de uma relação baseada no diálogo e na compreensão do companheiro e dos filhos, podem contribuir para que a mulher sinta-se desorientada e só, levando-a a pensar que está 'louca'. As mulheres, que vivenciam o climatério, sofrem por não saberem o que está acontecendo com elas, não identificam as mudanças que estão lhe ocorrendo como decorrentes deste período.

Retomo a fala, dizendo:

"Reconheço que é um período difícil na vida das mulheres. Estou vivenciando esse período e converso com muitas outras 'companheiras' que se percebem 'como loucas,' já ouvi muitas vezes essa expressão: 'Acho que estou ficando meio louca, porque só choro; estou sem vontade de fazer qualquer coisa; o que me dava prazer de fazer antes, agora me incomoda; quero só ficar em casa, não quero conversar com ninguém; não quero me levantar para fazer o almoço, muito menos para limpar a casa; não quero ouvir reclamação; quero falar e ser ouvida, mas ninguém me escuta..." Isso eu já ouvi várias vezes, e estou colocando para vocês, nesse momento, para evidenciar que nós não estamos sós, nem ficando loucas, o que nós estamos é vivenciando um período de nossas vidas, que nos traz mudança na nossa imagem, no nosso sentir e talvez na forma como passamos a olhar os outros e a vida. Essas mudanças, algumas vezes são difíceis de serem administradas, podendo confundir os nossos sentimentos, levando-nos a nos perceber como 'loucas'. O cli-

matério, também implica no reconhecimento do envelhecimento, como já foi discutido. Para muitas de nós, essa constatação se apresenta pelas mudanças visíveis na imagem corporal e inconsciente, podem contribuir para esse redemoinho de sentimentos que nos confunde e nos desagrada."

Continuo a fala, chamando a atenção das Matriochkas para o fato de que o climatério pode ser encarado, pelas mulheres, como uma possibilidade de mudanças, não só físicas, mas como uma retomada de valores e conceitos que deliniam a sua existência, que podem ser repensados e reavaliados, na perspectiva de encontrar o equilíbrio e a harmonia necessária para o bem viver.

Continuo dizendo:

" Ao mesmo tempo, podemos olhar o climatério como uma possibilidade de repensarmos sobre o significado e o valor que dispensamos às coisas que fazem parte do nosso cotidiano. Maduras e mais conscientes do nosso querer, certamente teremos mais condições de escolher entre as opções que se apresentam no nosso cotidiano aquela que melhor se adapta às mudanças que esse novo período nos traz."

Com estas falas, o grupo, emerge a consciência coletiva de quem tem mais pessoas vivendo esses sentimentos. Além disto, confere às mulheres o reconhecimento do grupo enquanto espaço onde se pode colocar as vivências, que certamente serão compreendidas pelas outras mulheres que se encontram na mesma 'faixa' ou na mesma 'sintonia.' Reconheço que, neste estudo, a reunião do grupo proporcionou o espaço, onde a solidão das mulheres foi compreendida e, em certos momentos, acalentada.

“ Em casa é como nós comentamos é a Maria das Dores. A Mãe é chata...” (M3)

A dura expressão ‘Maria das Dores,’ parece traduzir a falta de compreensão da família sobre o período que a mulher está vivendo. Talvez, porque a mulher climatérica também não compreenda o que está acontecendo com ela, cria-se um ambiente desfavorável entre ela e seus familiares, gerado pelo desconhecimento de ambos. O climatério parece favorecer uma mudança no ambiente familiar que, para algumas mulheres, poderá significar o seu isolamento. A mulher, não tendo com quem dividir as suas angústias, isola-se.

“ Eu, que só tenho filho homem...”

“ Não tenho com quem conversar.” (M3)

“ Mas eu tenho filha mulher e tô sozinha igual...” (M4)

A partir desta fala, digo:

“ Culturalmente, carregamos a idéia que a filha mulher será nossa eterna companheira. Reconheço nas falas uma crença, que prevalece entre nós, mulheres, reforçada pela cultura, que considera a filha mulher uma eterna companheira. Teremos afinidades, gostos, preferências e necessidades, que completarão e, certamente, preencherão o nosso cotidiano. Mas, de repente, nos damos conta que isso não acontece! Elas crescem e vivem o seu cotidiano, sem perceberem o quão sozinhas e despreparadas estamos para enfrentar o nosso. Elas se envolvem na vida, e nós estamos envolvidas por ela”.

“ Eu me lembro que a minha mãe, quando casei ficou muito triste. Nessa época ela chorava. Eu não entendia. Ela ficou sozinha, de repente. Estava muito triste. Agora me sinto igual...não gosto do entardecer...” (M3).

As mulheres parecem associar o suporte emocional da família na figura dos filhos, mais especificamente nas filhas. Porém, nem sempre isso ocorre. Talvez por desconhecimento do que representa a fase que as mães estão vivendo, os filhos nem sempre amenizam as dificuldades e os possíveis conflitos gerados pelas queixas, levando-as a sentirem-se sós. Por outro lado, as filhas não têm noção que isto também acontecerá a elas e, talvez inconscientemente, criam esta imagem²⁹ de mulher de meia idade, como sendo uma mulher chata, queixosa, chorona, solitária, impregnando, desta forma, o seu imaginário a respeito do climatério.

O desconhecimento e a falta de diálogo sobre esta fase na vida das mães, podem contribuir para que este período natural seja compreendido pelos filhos como um período obscuro, negativo, triste e solitário, reforçando o imaginário permeado pela nossa cultura, que utiliza o vocábulo climatério, que significa 'ponto crítico da vida humana,'³⁰ para designar este período da vida da mulher.

► APARECENDO A DEPRESSÃO

O climatério é um estágio natural da vida da mulher, quando ela passa por uma profunda experiência existencial, que pode levar ao sofrimento. A solidão, neste grupo de mulheres, surge como uma forte experiência existencial.

"A mulher se isola." (M2)

"Além de ter a sensação do abandono, os filhos saindo de casa, o ninho fica vazio." (M7)

²⁹ Imagem qualquer coisa que se apresenta aos nossos olhos através de figuras, de formas, de cores. Entretanto, estas coisas podem também se apresentar ao nosso espírito de uma maneira abstrata, "ancoradas" no nosso imaginário. Nitschke (1999).

³⁰ Relativo a qualquer das épocas da vida consideradas críticas, por se pensar que o organismo sofria periodicamente uma transformação radical. Atualmente é usado quase só em relação à época da menopausa, o climatério (Ferreira (1996).

Algumas das Matriochkas revelaram que sofreram a conhecida 'síndrome do ninho vazio,' ou seja, o abandono da casa pelos seus filhos. A síndrome do ninho vazio, compreendida como sensação de perda das mulheres, surge quando os filhos crescidos seguem seus próprios caminhos. Este sentimento parece tornar-se mais acentuado nas mulheres que se dedicaram somente ao lar.³¹ Por outro lado, as mulheres que tiveram uma vida mais ativa, trabalhando na esfera pública, podem, nesta ocasião, sentir-se mais livres para realizarem seus planos e projetos antes idealizados (Trein, 1994).

Quando discutida esta questão no grupo das Matriochkas, percebi que a saída dos filhos de casa gera um sentimento de solidão nas mulheres, mas, ao mesmo tempo em que parece despertar um forte sentimento de vitória, como se fosse um brado de mulher, que tem como missão ser mãe e, ao perceber o seu 'ninho vazio,' tem a sensação de que cumpriu o esperado. Entretanto, a solidão parece gerar certo temor nas mulheres neste período de vida.

Beauvoir (1980), expõe o seu pensamento sobre esta questão, referindo-se a que benditas sejam as mulheres que foram mães tardiamente. Estas ainda terão seus ninhos cheios, quando vivenciarem o climatério.

"A gente se combina e saímos as duas a chorar. Caminhamos duas a três horas. A gente chora juntas." (M3)

"Eu só quero chorar." (M4)

"Eu tenho vontade de me botar para dentro." (M1)

Este encontro, iniciado de uma forma descontraída e amena, foi se tornando denso, na medida em que os conteúdos das falas expressavam a profunda

³¹ Contrapondo esse pensamento, Biffi (1991) relata, no seu estudo realizado com trinta e seis mulheres climatéricas, no qual o tema abordado focalizou o experienciar a menopausa; que na busca da essência deste experienciar, apenas uma mulher tinha expressado em seu discurso um lamento pela solidão advinda da saída dos filhos de casa. Esta mulher exerce atividade profissional de caráter liberal, a medicina.

tristeza e solidão em que se encontravam algumas das Matrioschkas, neste momento de suas vidas.

Para facilitar o entendimento e o enfrentamento deste sentimento, faço algumas considerações sobre a depressão e o climatério, dizendo:

“ Alguns autores aceitam a possibilidade que o climatério conduza a alterações psicológicas, afetando o bem estar da mulher. A associação do climatério e da depressão deve-se às causas biológicas, relacionadas à carência estrogênica e a circunstâncias psicossociais, que são consideradas de origem secundária, entre eles o estresse gerado pela perdas. Refiro-me às perdas como sendo a da juventude, beleza, reprodutiva, sedutora, e tantas outras que podem causar o estresse para uma mulher. Alguns estudos apontam que os sintomas psicológicos parecem refletir a presença de fatores que já poderiam ser detectados antes da ocorrência da menopausa.”

Continuo chamando a atenção para o fato de que a crise de meia idade, ou mais conhecida como ‘o último tiro da macaca’, ‘balanço de vida’, ‘a virada do Cabo da Boa Esperança’ coincide com a época do climatério, no qual ocorrem constatações importantes acerca da vida. Entre estas, a mais contundente talvez seja a consciência do envelhecimento como algo real e de que a morte se encontra mais perto, concretizando-se no aumento dos problemas de saúde e na perda de pessoas queridas de faixa etária semelhante.

“ Como choramos quando soubemos da morte de uma antiga amiga da escola” (ME)

“ Outro dia, soube de uma... Como fiquei triste é só pensando nisso. Ela tinha a minha idade.” (M4)

Frente a isto, ficamos mais introspectivas, refletindo e questionando sobre nossos valores e pensando nas possíveis mudanças na forma de ver a vida e de fazer determinadas coisas, a partir desse momento.

Retomando este ponto do estudo, visualizo o meu conceito de prática educativa do cuidado realizado pela Enfermeira. Nele, expressei que a prática educativa deve ser utilizada para auxiliar a mulher climatérica a refletir sobre as questões consideradas importantes no seu processo de vida.

Várias pesquisas referem que os estrogênios interferem no metabolismo das monoaminas, afetando a taxa de norepinefrina e dopamina no cérebro, originando, assim, os estados depressivos e ansiosos no climatério. Como na depressão, quando as alterações bioquímicas cerebrais não explicam por si só a etiologia do problema, igualmente no climatério, outros fatores têm sido investigados além dos hormonais. Tanto os psicológicos como os sociais, para melhor entendimento da natureza dos sintomas psíquicos associados a esta fase, merecem ser considerados (Fortes, 1999). Endocrinologistas e neurologistas têm estudado a conexão entre a taxa estrogênica e os seus efeitos sobre a morfologia e a química cerebral e concluído que os estrogênios têm influência sobre o comportamento da mulher (Rosseau, 1998). Estudos recentes demonstram que os estrógenos podem melhorar as funções cognitivas e emocionais na doença de Alzheimer.

" Eu sinto depressão"...tô sem ânimo." (M1)

" Vejo o meu olhar vazio. Procuro o que eu tinha...mas não encontro." (M3)

" Eu durmo pra fugir dela, parece que depois passa, mas na verdade não passa. Não encontro mais a minha sintonia." (M7)

Estas falas das Matriochkas, expressam o sentimento de tristeza em relação a uma perda. Talvez a perda da juventude, dos sonhos que não se concreti-

zaram, dos filhos que as abandonaram, do companheiro, do amigo e do amante. Talvez outras perdas, que as levam a procurar o que foram, na tentativa de se reconhecerem, uma vez que, como estão, não encontram sintonia. O fato de dormirem, talvez materialize a tentativa de fuga desta realidade. Quando dormem, os olhos não acusam o seu olhar vazio.

Parece que algumas mulheres, nesta fase da vida, perdem suas referências, levando-as à desarmonia e ao sofrimento. Talvez sofram porque não consigam visualizar que, para toda perda, há um ganho. E, neste momento da vida, o ganho pode ser a 'grande pausa'. Parar para poder avaliar as perdas, e revertê-las em ganhos. Os ganhos que a maturidade traz; entre tantos, um deles pode ser o saber ficar só, enxergar a solidão como se ela fosse uma amiga, uma aliada, ou uma fuga rumo à privacidade, um retorno ao que se é de verdade, um refúgio no qual se possa regenerar e voltar a viver em harmonia, acordadas para a vida.

A depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens na meia idade. Parece que há uma relação entre a depressão e as mudanças dos níveis hormonais na mulher. Os possíveis efeitos que a concentração de estrogênio tem nos neurotransmissores, especificamente na serotonina, e no sistema nervoso central, refletem no humor no período de perimenopausa e pós-menopausa da mulher (Archer, 1999).

"Choro muito, sempre foi assim..."

"Sempre fui depressiva... sempre, agora piorou..." (M2)

Várias causas predis põem à depressão na mulher no climatério, principalmente quando a climatérica apresentou depressão anteriormente. Uma mulher que vive períodos de depressão tem maior probabilidade de perder o controle das mudanças que virão, e muito mais facilmente será afetada de maneira negativa por estas transformações. As pessoas deprimidas sentem-se mais impotentes quando iniciam mudanças em suas vidas, sobre as quais devem posicionar-se

(Menditto, 1999). Estudos comprovam que as mulheres, cujas personalidades apresentam traços neuróticos, baixa auto estima, dificuldades para se adaptarem frente a situações estressantes, assim como história prévia de distúrbio psiquiátrico, têm mais probabilidade de apresentar manifestações psicológicas na fase do climatério. Mencionam, também, que situações desgastantes, como perda do companheiro ou de familiares, nesta época, acentuariam a sintomatologia a nível emocional (Fortes, 1999). Desta forma, estes estudos pretendem mostrar que a personalidade prévia da mulher desempenha um importante papel no enfrentamento do climatério.

Outros estudos, conduzidos por clínicos envolvidos com o trabalho com mulheres menopausadas, chegaram à conclusão de que elas não estão mais deprimidas durante a menopausa do que em outras épocas da vida. Não existe uma correlação clara entre os níveis de estrogênios e sintomas depressivos, mas, sem dúvida, os fatores psicossociais são a causa mais comum de sofrimento nesta fase da vida (Halbe, 1998).

“ Choro, fico bem ruim, não quero ver ninguém...”

“ No outro dia me acordo, pensando: não pode ser assim... e vou melhorando” (M4)

Fortes et alli (1995), realizou um estudo com vinte e duas mulheres entre 45 e 55 anos, buscando identificar sintomas, sensações e sentimentos vivenciados por esse grupo. Observou uma frequência maior no que se refere às sensações e sentimentos vividos, do que os sintomas físicos, destacando entre eles, a diminuição da libido, irritação, nervosismo, tristeza, depressão e angústia. Para esta autora, esses sentimentos revelam sofrimento interior. Em função desta discussão, questionei:

“Mas por que choram algumas das Matriochkas?”

Aos poucos, as falas revelaram que o choro poderia significar a forma encontrada por elas para expressarem a sua melancolia, a perda do seu humor, a perda do entusiasmo pelo cotidiano e a solidão, que parece espalhar um temor nas mulheres neste período de vida. Também, é nesta época, considerada a meia idade, que se dá o 'balanço de vida,' ou seja, o momento no qual, geralmente, as pessoas refletem mais sobre suas escolhas, acertos e erros, e realizam suas cobranças internas. Muitas vezes, neste ajuste emocional, pode surgir, em algumas mulheres, uma vontade irresistível de possuir uma 'varinha mágica,' à qual teria o poder de voltar no tempo e reconstruir a caminhada. Talvez, o choro das Matriochkas expresse, inconscientemente, o que a realidade mostra: não existe 'varinha mágica'.

Não se pode negar que o climatério impõe à mulher um novo padrão, no qual ela fecha mais um ciclo de sua vida. Fisicamente, as mudanças são visíveis e serão tão mais em suas emoções (Lopes, 1995). O climatério marca o envelhecimento, sendo assim, aflora a questão do envelhecimento na mulher.

Por outro lado, há Matrioschka que não se vê triste ou deprimida.

" Eu não sinto tristeza... tenho outras coisas na minha vida; me ocupo com as minhas filhas e netos, sou uma pessoa muito positiva, sempre fui assim..."

" Falando das coisas da menopausa, eu não sinto nada..."

" Eu gosto de me arrumar e me sentir bem; eu não gosto de roupa de velha..." (M5)

Existem mulheres que enfrentam o climatério de forma mais amena. Talvez, estejam mais preparadas para aceitar este período, de acordo com suas crenças, valores e cultura. Entre os vários estudos realizados acerca do estado emocional da mulher nesta fase da vida, alguns autores, referem uma forte tendência em afirmar que as mulheres, com maior nível de escolaridade, elevado

nível sócio econômico e profissão definida, apresentam atitude mais positiva frente ao climatério. Consideram uma fase natural de transição em suas vidas, sendo possível manejar esse período de forma mais natural.

" A Matriochka 5 tem muitas filhas na volta, é por isso que se sente assim." (M7)

O modo de a mulher enfrentar o climatério retrata a maneira como ela tratou outras questões de sua vida. Ou seja, a representação de cada situação irá guiar o enfrentamento próprio do ser humano durante todo o percurso de vida. Se a mulher encara a vida como um processo de crescimento, possivelmente terá mais chances de vivenciar um climatério com mais naturalidade e menos sofrimento. Ao mesmo tempo, se esta mulher conseguir visualizar ganhos em meio às perdas, o caminho para a maturidade estará se processando sem sofrimentos (Halbe, 1998).

A partir das falas das Matrioschkas, e do entendimento de alguns estudiosos sobre as alterações emocionais que podem advir no climatério, recordei o conceito de contexto ambiental, referido no marco conceitual deste estudo. Este conceito enfoca que a mulher vive profundas alterações, tanto no seu ambiente interno quanto externo; e estas alterações de características biológicas são somadas aos valores, crenças e normas de vida aprendidas, compartilhadas e transmitidas através da cultura, influenciando o comportamento da mulher, dificultando ou auxiliando-a a viver este período.

Neste sentido, portanto, a Enfermeira, comprometida com o cuidado da mulher climatérica, deve saber reconhecer a importância do significado do contexto ambiental no vivido da mulher. Desta forma, poderá perceber que as alterações características deste período podem influenciar no seu processo saúde/doença. Sob este enfoque, trago a questão da depressão, relatada pelas *Matriochkas*, como sendo um possível fator desencadeador da instabilidade no processo saúde/doença da mulher climatérica.

Passo a apresentar o desconhecimento da família sobre esta fase da vida da mulher, que surgiu como decorrência do tema depressão. A partir do vivido, relatado pelas *Matriochkas*, constatei que as mulheres não buscam dialogar com os maridos sobre o que estão sentindo e sobre como estão enfrentando este período. Parece que, ao mesmo tempo em que elas gostariam de ser compreendidas em relação aos seus sentimentos e sintomas, não querem se mostrar como mulheres que estão vivendo o período do climatério, porque reconhecem, nos seus familiares, principalmente no marido, o pensamento presente no imaginário sobre a mulher climatérica, no qual permeia a imagem de uma mulher velha, feia, estéril, sem atrativos para o sexo tornando-se melancólica e depressiva. Sendo assim, algumas das *Matriochkas* parecem se refugiar no seu lamento solitário:

“ A gente vê que eles não aceitam. A mentalidade é que se a gente não menstrua, não é mulher. Os homens pensam assim...” (M7)

Esta constatação da *Matriochka 7*, confirmada pelo grupo, vem ao encontro do pensado acerca do significado do período do climatério, presente no imaginário de uma grande parcela da sociedade ocidental, ancorada no modelo patriarcal, o qual reforça a perda da capacidade reprodutiva da mulher.

“ O meu marido mandou eu procurar um médico, porque andava só chorando.”(M2)

Todas as mulheres casadas, presentes no grupo, disseram que já ouviram de seus maridos este pedido e que procuraram o médico após este fato. Algumas delas relataram que seus filhos também manifestaram se igualmente; ou seja, parece claro o pensamento destas famílias quanto à forma de auxiliar a mulher. As *Matrioschkas*, ao se expressarem em relação a esta questão, foram bem claras, quando disseram que, ao serem 'mandadas' pelos familiares para consultar o médico, sentiram ser esta a forma encontrada pela família

para ajudá-las a enfrentar este período. Pensando ser a família o espaço em que a mulher encontra o apoio do seu viver, parece compreensível o sentimento de solidão vivido por estas mulheres, já que seria nela o melhor lugar em que as mulheres deveriam encontrar refúgio.

*" O meu marido também mandou. Me disse: Vai te tratar!
Eu fui .." (M2)*

Mais uma vez, no estudo transparece a submissão das mulheres frente aos seus maridos. A mulher obedece, sem discutir a decisão que tomaram por ela. Talvez porque ela mesma não consiga visualizar outra alternativa para enfrentar o que está vivendo.

► SURGINDO O SISTEMA DE SAÚDE

A partir dos relatos anteriores, procurei conhecer os caminhos percorridos pelas Matrioschkas para enfrentarem a tristeza e a depressão. Percebi que todas aceitaram a sugestão dos familiares e procuraram um serviço de saúde, pensando, desta forma, encontrar auxílio para vivenciar esta fase da vida. Sendo assim, surge no estudo a experiência das Matriochkas, em relação à sua assistência à saúde, em um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

*" A gente vai, no HU da FURG, mas é mais pra gestante. É difícil ser atendida. A gente tá fora mesmo..."
(M2)*

"O Sistema de Saúde está totalmente fora das nossas vidas mesmo."

“ A gente está totalmente fora do caminho. Eles pegam a gestante, fazem pré-natal, puerpério, e deu. Quando vai chegando essa idade que precisa, nada...” (M3)

“ Porque todo mundo sabe que, para a nossa idade, não tem nada...” (M2)

Estas falas, que expressam o pensamento das Matrioschkas, vêm ao encontro do que ocorre na realidade. Atualmente, vem aumentando a expectativa de vida das mulheres brasileiras, ou seja, há um maior número de mulheres vivenciando o climatério. Apesar disto, percebe-se que estas mulheres ainda recebem pouca atenção do sistema de saúde. Os serviços que prestam atendimento à mulher, em sua maioria, não contemplam programas e ações específicas voltadas ao assistir a mulher de meia idade, ou seja, a mulher climatérica. Fica o seu atendimento na dependência de iniciativas individuais e da sensibilidade de cada profissional, não fazendo parte de uma ação articulada e organizada dos serviços de saúde, voltada para o atendimento integral.

Os programas de atenção à saúde da mulher em fase de climatério, segundo as diretrizes governamentais, são uma realidade de direito que, no entanto, não têm sido implementadas no âmbito da saúde pública, ficando tão somente condicionadas ao bom senso e ao compromisso de alguns profissionais em realizar uma assistência de qualidade à clientela feminina desta faixa etária (Landerdahl, 1997).

Cabe ressaltar que para a implantação e implementação do PAISM, o Ministério da Saúde lançou, em 1986, uma série de Manuais Normativos com o objetivo de sistematizar os procedimentos considerados importantes para a Assistência Integral à Saúde da Mulher, entre eles: controle das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer cérvico uterino e de mama, assistência ao planejamento familiar, assistência à adolescente e à mulher no climatério, assistência ao parto e puerpério, assistência à gestante de alto risco. Desta série, inicialmente, foram publicados os manuais dirigidos ao ciclo gravídico puerperal. Em

1994, oito anos após a implantação do programa, o Ministério da Saúde lança o manual intitulado Assistência ao Climatério. O PAISM objetiva, com este manual, fornecer, aos profissionais de saúde, orientações simplificadas, através de normas de consenso para o atendimento à mulher nesta faixa tão importante de sua vida.

O fato de o PAISM na sua fase inicial, não tratar da mulher no período do climatério, da mesma forma como tratou das mulheres nas demais etapas de suas vidas, pode ser olhado de vários modos. A esfera pública é preferencialmente reconhecida como um lugar ocupado pelo sexo masculino. Em função disto, pode-se relacionar o fato de que, entre a concepção da proposta do PAISM e a sua execução, existe a decisão política do Estado, que opera, tendo os interesses dos grupos masculinos dominantes, como refere Coelho (1999, p.152):

“ Se é das estruturas do Estado que emanam as regras de opressão conforme o gênero, é também daí que as políticas específicas voltadas às mulheres podem ou não ter lugar, conforme o sucesso que possa vir a ter a luta feminina”.

Neste sentido, podemos pensar que a grande maioria dos serviços de saúde, voltados ao atendimento da população feminina, certamente refletem a política implantada inicialmente pelo PAISM, que, apesar de ter no bojo de sua proposta o atendimento integral à mulher, centrou sua preocupação para atendimento no ciclo reprodutivo, apresentando, posteriormente sua preocupação com o período do climatério. Esta estratégia de implementação do programa parece ter contribuído para a formação do quadro atual, no que se refere ao atendimento da mulher climatérica nos serviços de saúde do SUS.

“ A gente ganha o filho, depois a pílula e fim. Agora, se ouve falar em terceira idade. Tem que se esperar pra chegar ate lá e pra ter atenção.” (M1)

Assim, as Matriockhá se vêem frente ao sistema de saúde. A mulher recebe atenção na gravidez, depois na anticoncepção. O filho e a pílula parecem determinar o fim do cuidado com a saúde do ser mulher.

“ A gente procura alguém que possa ajudar, mas nem sempre se encontra, porque a maioria atende a mulher antes dessa idade. ...” (M2)

Verifica-se na mulher a necessidade de buscar alguém que a auxilie a enfrentar os seus problemas e que ouça suas angústias e dúvidas. Ao mesmo tempo, ela expressam também a sua angústia quanto à incerteza de encontrar o que buscam, por serem mulheres de meia idade.

“ A gente tem que saber o que está vivendo pra poder viver sem culpa...” (M6)

A mulher reivindica o direito de conhecer sobre o vivido do seu próprio corpo, para viver sem culpa. Culpa? Por que às mulheres sentem-se culpadas neste período de sua vida? Culpadas de quê? Talvez, culpadas por serem mulheres de meia idade, numa cultura que valoriza sobretudo a mulher jovem; culpadas de não serem mais tão belas; culpadas por seus companheiros pensarem e expressarem que elas não têm mais validade; culpadas por não poderem gerar mais filhos; culpadas pela visível mudança corporal; culpadas por se queixarem na família; culpadas por não agüentarem caladas o seu lamento; ou, quem sabe, culpadas por não perceberem o quanto a sua construção cultural tem permitido se sentirem culpadas. Parece que as mulheres vivem um conflito: ao mesmo tempo que querem se conhecer, para se livrarem do peso da culpa que a cultura lhes impõe, entregam-se às exigências da família, que lhes imputa a culpa de serem mulheres climatéricas.

Halbe (1995), defende que a ênfase exagerada que a sociedade ocidental atribui à juventude e à beleza conduz à punição daquelas mulheres mais velhas. O climatério, pois, lembra a perda do poder de sedução, que é muito visto pela aparência física. Por outro lado, em muitas culturas ao redor do mundo, a menopausa é um período de transição e uma possibilidade de iniciação à realização da mulher, totalmente sem sintomas. Ela é tida no mais alto conceito em sua comunidade, como uma idosa sábia e respeitada (Sellman, 1999).

O fato da mulher na fase do climatério, ser pouco visualizada pelos serviços de saúde no SIUS, pode estar relacionado, também, com a formação dos profissionais da área da saúde, voltados mais ao modelo fragmentado de assistência por especialidades. Parece hegemônica a postura dos profissionais da medicina moderna, que ocupam o espaço de poder, na maioria masculino, contrapondo-se ao modelo de assistência preconizado pelo PAISM, que tem o conceito de integralidade como essência.

Esta visão foi constatada pelas Matriochkas, quando se manifestaram a respeito da sua experiência enquanto mulheres climatéricas, que buscaram o seu atendimento médico no ambulatório de ginecologia do HU. Essas falas evidenciam esta realidade.

" Se vai no médico, ele não quer tocar nesse assunto, não vê, não enxerga." (M7)

" O próprio ginecologista, ele não dá bola para essa fase. Se a gente não tem corrimento, não tem fogacho, pronto não tem nada. Melhora um pouco com a ginecologista..." (M3)

" Tá tudo bem, e pronto. Eles vão até aí. Se sentir alguma coisa, tu volta..." (M7)

Estes depoimentos parecem evidenciar que, além do modelo fragmentado de assistência por especialidades na medicina e na enfermagem, centrado na

doença e na medicalização, as questões de gênero também podem contribuir como um dos fatores que se contrapõe à assistência da mulher climatérica nos serviços de saúde.

Quando as Matrioschkas afirmam que os médicos, na maioria homens, não as vêem como mulheres que apresentam outras necessidades além de uma prescrição médica, e identificam na médica, igualada na condição feminina, a uma maior preocupação em tratar suas necessidades, percebe-se a importância de compreender as questões relativas ao gênero, enquanto organização social da relação entre os sexos, e como forma de significar as relações de poder, moldadas pela cultura.

Em relação à experiência das Matriochkas, no HU, elas expressaram que quando atendidas pelo profissional médico, suas dúvidas relacionadas às situações vividas no climatério, muitas vezes não são consideradas, ouvidas ou respondidas. Verificou-se certo desconforto das mulheres, pela forma como são tratados os seus questionamentos e anseios, principalmente sobre a depressão que estavam sentindo neste período de suas vidas.

"As mulheres ocupam, quase sempre, em nossa sociedade, uma posição de subalternidade, como resultado das relações de gênero que se estende às relações com profissionais de saúde, marcadas, elas próprias, por situações desiguais, nas quais, a supremacia do "saber científico", adjudica a quem exerce, o lugar de dominante ou opressor(a)" (Nascimento, 1999, p. 269).

As colocações das Matriochkas a respeito de suas vivências no HU, propiciaram que a Matriochka Enfermeira introduzisse no grupo alguns esclarecimentos sobre o PAISM, enfocando o princípio da integralidade, a visão do modelo médico de assistência e a visão do cuidado cultural, que certamente auxiliaria as mulheres a refletirem sobre esta realidade. Bordenave e Pereira (1983), afirmam que o processo ensino aprendizagem inicia com a seleção de um determinado aspecto da realidade, tendo uma seqüência lógica para a chegada de uma nova

realidade. Neste sentido, esta discussão permitiu às mulheres ampliarem o seu conhecimento sobre a realidade na qual estão inseridas, possibilitando a formação de novas idéias. Desta forma, surge a possibilidade de encontrar soluções viáveis para a sua transformação. Neste sentido, as mulheres do grupo, a partir desta discussão, delinearam um modelo de assistência à mulher climatérica no HU, o qual contempla outras formas de atendimento, bem como o envolvimento de outros profissionais da saúde. Elas manifestaram suas expectativas em relação à assistência neste período de suas vidas. Assim expressando-se :

" É preciso ajudar a mulher SUS." (M3)

" Olha só o que é possível fazer..."

Esses grupos, olha como está sendo bom.

Vai aparecer muita coisa, a gente troca e pode descobrir tanta coisa assim para ajudar as outras..." (M7)

As Matriochkas reforçam o grupo como sendo o espaço ideal para a mulher climatérica encontrar respostas em relação a suas dúvidas. O grupo aparece como o espaço de troca de saberes. Referem-se a ele como primeira instância em relação à assistência. Para desenvolver o trabalho no grupo, elas identificam a Enfermeira como a profissional indicada para o mesmo, porque ela é capaz de ouvir e auxiliá-las a encontrar alternativas para a solução dos problemas.

" Eu entendo que só de tu escutar essas coisas já é uma ajuda. Às vezes é o que se precisa." (M1)

" Às vezes, fazer a gente olhar de outro jeito para as coisas parece já ser uma solução." (M3)

Para este grupo, a assistência da mulher climatérica prevê a assistência individual e coletiva, através de grupo. A psicóloga, nutricionista e o médico aparecem como profissionais que podem auxiliar no enfrentamento das alterações deste período. Focalizam a Enfermeira como a profissional coordenadora e executora do trabalho de grupo.

“ Eu vejo o trabalho de vocês como à linha de frente, explicam, ouvem, vê o que precisa, encaminha, e vê se a gente precisa mais adiante...” (M7)

“.. As experiências e as vivências das mulheres com o cuidado em saúde, as coloca no domínio de duas situações importantes. Ao mesmo tempo em que são capazes de identificar suas próprias necessidades, que demandam cuidados de Enfermagem, conhecem, também, muitas das estratégias utilizadas pelas Enfermeiras, em situação de atendimento, para satisfazê-las.” (Nascimento, 1999,p.270).

Portanto, as Matriochkas expressam o seu pensamento quanto a sua assistência no HU. Elas apontam para a realização de um processo educativo, no qual o processo de cuidar fundamenta-se na interação entre a Enfermeira e a cliente.

Neste sentido, reforço a escolha do referencial teórico baseado na cultura, para desenvolver um processo educativo, no qual a mulher é o foco da atenção. O processo de cuidar, que se fundamenta na interação Enfermeira e cliente, é mediado pela cultura. Entender e respeitar o significado cultural de determinadas práticas de cuidado, assim como os valores e as crenças das participantes do grupo, é o elo que permite o desenvolvimento do processo educativo no qual o cuidado é parte integrante.

Portanto, toda Enfermeira que se propõe a exercer uma atividade educativa, na qual a mulher climatérica seja o seu alvo de atenção, necessita ser ciente que a cultura determina a visão de mundo desta mulher. Entende-se cultura como forma de vida, modo de viver sua realidade, seu mundo, sua circunstância. Cultura é o termo substantivo de cultivar, cuidar. Cultura é o mesmo que cultivo, que cuidado (Patrício, 1999).

Neste estudo, utilizei o método do arco de Bordenave e Pereira (1983), para a condução do trabalho em grupo, que propõe a capacidade do participante de detectar problemas reais e buscar, para cada um deles, soluções originais, através de uma reflexão crítica da realidade. Percebo, então, a importância da Enfermeira compreender a cultura e o contexto ambiental da sua clientela, pois é baseada neste contexto, nesta visão de mundo que poderão surgir possibilidades de transformação da realidade. Sendo assim, a Enfermeira, enquanto facilitadora deste processo de ensino, alicerçada no enfoque cultural do cuidado, de Leininger, poderá adequar as soluções originais advindas deste processo.

O enfoque do cuidado cultural congruente, de Leininger, possibilita à Enfermeira transitar no desenvolvimento do processo educativo, de forma a interagir durante o mesmo. Tornam-se viáveis as possibilidades de solução emergidas no grupo. Visualizando as soluções originais do grupo, como ações de cuidado, a Enfermeira poderá preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado. Desta forma, percebo o processo educativo enquanto processo de cuidado culturalmente congruente.

“ Vocês tem mais jeito de explicar, tem mais paciência de ouvir...” (M2)

Reforço o meu pensamento com esta fala, que demonstra como as Matriochkas entendem o seu cuidado. Conforme citado anteriormente, o cuidado pode ser representado por vários elementos. São considerados os 'constructos do cuidado', que fazem parte do processo de cuidar. Estes elementos do cuidado são, na realidade, a forma como as pessoas entendem, usam e interpretam o cuidado/cuidar. Entre os 175 constructos do cuidado, encontra-se o constructo ouvir. Ouvir para cuidar de acordo com as necessidades de cada ser humano. O ouvir individualiza, subjetiva o cuidado, ao mesmo tempo que permite a compreensão do fenômeno, objeto do cuidado. Desta forma, é possível compreender o objeto e o sujeito do cuidado, ampliando-se as formas de assistir ao sujeito, objeto do cuidado de Enfermagem. Todo este processo de cuidar está envolto na cultura, pois

é nela que o sujeito do cuidado e o objeto do cuidado formalizam-se e adquirem a sua característica frente a sua realidade.

Isto se reforça no pensamento de Nascimento, que diz:

" Quando enfermeiras cuidam de (outras) mulheres, assumem, não raro, o papel de mediadoras dos interesses e necessidades destas porque conhecem melhor suas necessidades e também os métodos e ações utilizados por outra(os) profissionais para satisfazê-las(os) " (Nascimento, 1998, p.270).

Ao final deste encontro, percebi que as Matriochkas, ao se expressarem em relação à assistência no HU, foram capazes de focar um aspecto da realidade e, a partir da interação com a Enfermeira e os elementos do grupo, detectaram os problemas existentes e, como decorrência, foram capazes de delinear uma nova realidade, na qual evidencia-se o trabalho educativo da Enfermagem enquanto um processo de cuidado.

Além disto, a análise das falas deste encontro permitiram-me constatar a similaridade com algumas das situações descritas na literatura, quando refere que a maioria dos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento da população feminina estão mais voltadas para atender à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, ficando a mulher climatérica, muitas vezes, marginalizada quanto a sua assistência à saúde.

5. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO

“Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda a pesquisa produz conhecimentos e provoca mais questões para o aprofundamento posterior” (Minayo apud Nitschke 1999, p.181).

Identifico-me com Minayo, por acreditar que este estudo não se esgota aqui, constituindo-se em um ensaio para futuras e possíveis investigações.

O desejo de aprofundar este tema nasceu das minhas inquietações como mulher, aguçando meu mundo interior, em busca de respostas aos meus questionamentos, que percebi serem compartilhados com uma parcela de mulheres que habitam o meu cotidiano, pessoal e profissional. Esta identificação permitiu a mim, Mulher/ Enfermeira, transitar pelos caminhos onde a inquietação e o desejo somados à cumplicidade das mulheres, definirão sua direção.

Penso ter sido este o sentir que propiciou o desenvolvimento da pesquisa. O envolvimento pessoal com o tema favoreceu a compreensão do viver das Matriochkas, ampliando o conhecimento da Enfermeira, quanto à forma como outras mulheres vivenciam o climatério.

A trajetória percorrida, no estudo, me conduziu, finalmente, à presente etapa, quando foi preciso, formalmente, proceder à interrupção da pesquisa, para realizar as reflexões necessárias.

Aponto aqui algumas considerações sobre esta trajetória, convidando o leitor a participar das reflexões feitas a partir de um olhar mais ampliado, tentando extrair as limitações e uma perspectiva para a assistência de enfermagem à mulher que vivencia o seu climatério.

Esta caminhada, para mim, representa aquela que percorri ao longo da minha vida profissional e pessoal, junto às mulheres. Mulheres a quem dediquei o meu fazer e com que aprendi a perceber a riqueza de sentimentos de que se reveste o universo feminino. Seus resultados culminaram no relatório que serve de subsídio para minhas reflexões e análises à luz dos meus objetivos, pressupostos e referencial teórico.

A escolha do referencial para este estudo fez-me perceber que as questões e necessidades individuais constroem-se a partir das situações ocorridas nos âmbitos sócio-econômico e cultural. O processo educativo, embasado na teoria da Problematização, propiciou a discussão dos temas propostos pelas Matriochkas, bem como o compartilhar das experiências vivenciadas pelas mulheres. A troca de experiências, ao longo do estudo, foi permeada com ações de cuidado, utilizando, para tanto, os três modos de ações da de teoria Transcultural de Enfermagem, de Leininger.

A experiência vivenciada pelo grupo, resultante da análise dos dados emergidos ao longo do estudo, foi calcada na sincronia entre os subsídios teóricos do estudo, pressupostos e conceitos construídos a partir do referencial teórico, e do vivido das Matriochkas. Esta constatação, ao longo da pesquisa, induziu-me a conceber o trabalho da forma como foi exposto. Pensei em partilhar esta experiência com o leitor, sem transgredir o que foi vivido. Sendo assim, imaginei o leitor como um componente do grupo, conduzindo-o pelo vivido e pelo sentido do grupo.

Nesta linha de pensamento, foram surgindo as falas das Matriochaks, que nos revelaram, no início do estudo, o que elas sentiam e que gostariam de conhe-

cer, enquanto mulheres no climatério. A depressão e a TRH aparecem como sendo os primeiros pontos-chaves para a discussão do grupo e, a partir daí, vão se delineando os assuntos debatidos ao longo do estudo, chegando-se até a experiência das Matriochkas quanto a sua assistência à saúde no Sistema Único de Saúde.

Este caminho percorrido permitiu verificar e compreender que o climatério chega na vida das mulheres sem pedir licença e toma conta do seu viver sem que elas, na maioria das vezes, estejam preparadas para recebê-lo. Sabe-se que é difícil receber e acolher algo que não se conhece. Como proceder, qual a melhor forma de conviver com estes sentimentos e desconfortos, se não fomos apresentados a eles, ou se fomos apresentados, foi de forma parcial, tendenciosa, mostrando apenas as facetas que interessam a poucos e confundem a muitos, tal como a discussão da terapia de reposição hormonal.

Este fato é visível neste grupo, quando as mulheres manifestam o seu interesse em discutir a TRH no início dos encontros, sendo esse um dos motivos que levaram algumas das Matriochkas a participar do grupo, porque de uma certa forma, já ouviram falar que a TRH interfere no modo de ser da mulher, melhorando o seu humor e conseqüentemente, aliviando a depressão, relatada como sendo o outro ponto para ser discutido pelo grupo.

O grupo, ao definir no início do estudo estes dois pontos para serem discutidos, delineou a trajetória para se conhecer e compreender o pensamento destas mulheres no seu climatério: Elas se reconhecem como sós, quando declaram que não se encontram em sintonia com a sua família, com o seu companheiro, isolando-se do convívio familiar. Ao mesmo tempo, nos levam a compreender o porque de sentirem-se sós nesse momento de suas vidas, quando declaram que são induzidas pela família a procurar auxílio para os seus anseios e angústias no sistema de saúde, que não as acolhe da forma como elas necessitam.

O grupo então representou, para estas mulheres, um espaço para a reflexão de suas vidas, permeado pelo encontro com outras mulheres que, além de escutarem esta reflexão, generosamente expuseram seus conhecimentos, suas habilidades e sua realidade, em um processo de igualdade e solidariedade, que teve grande importância neste momento de suas vidas.

“ Foi bom participar do grupo, pra algumas coisas foi um alívio.” (M2)

Vejo aí a intensidade do estudo, porque certamente as Matriochkas não se sentiriam tão sós se pudessem expressar os seus sentimentos para alguém que estivesse disponível a ouvi-las. Além disto, julgo que o grupo propiciou dar valor à palavra da mulher climatérica, ouvi-la primeiro, e, assim apreender seu mundo, crença e valor com toda a riqueza de significados que foi revelado. A assistência de enfermagem à mulher climatérica, requer um olhar a partir dela mesma, o que possibilita planejar ações de cuidado culturalmente congruentes.

Mas, para tanto, a Enfermagem deve rever a sua prática no que diz respeito à assistência à mulher climatérica, enfocando a mulher usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a categoria ainda está voltada a atender a mulher no período reprodutivo. Este fato mostra se nos trabalhos publicados nos fóruns de debate da profissão, quando considerada a sua atuação nos programas de saúde do SUS, voltados à saúde da mulher. Para rever a sua prática, na qual à assistência a saúde da mulher se restringe ao modelo de atenção voltado ao aspecto reprodutivo, é preciso olhar para os fatores que determinam esta atuação.

Entre eles, saliento a formação profissional do enfermeiro. É na academia que o aluno aprende os princípios da profissão, bem como os ensinamentos que irão compor os conhecimentos que nortearão a sua atuação como profissional. Neste sentido, enfoco os currículos do curso de graduação de Enfermagem, quando são oferecidos os conteúdos que possibilitarão a este profissional desenvolver as ações de saúde que favorecerão o bem estar desta clientela no futuro.

São estes conteúdos que, independente do seu enfoque, devem contemplar todas as etapas da vida da mulher, ampliando a visão sobre assistência à saúde da mulher, tradicionalmente centrada no ciclo reprodutivo. O período do climatério, enquanto conteúdo programático, deve estar presente, quando se trata da assistência de enfermagem à saúde da mulher. Desta forma, cria-se a possibilidade de reverter esta prática da enfermagem que se distancia da mulher que vivencia o período do climatério.

A inclusão do climatério, enquanto conteúdo programático das disciplinas que enfocam à mulher, permitirá ao enfermeiro olhá-la desde a concepção até a sua senilidade. Sendo assim, as ações de saúde com enfoque preventivo das possíveis patologias que poderão acometer a mulher no seu período climatérico serão também alvo de sua atenção.

Para reverter esta prática da enfermagem em relação à assistência à saúde da mulher, direcionada ao ciclo reprodutivo, se faz necessário que a academia reflita sobre esta realidade, ou seja, que 28% do universo feminino da população brasileira no ano 2000 é de mulheres que estão vivenciando o período do climatério, sendo a grande maioria destas mulheres usuárias do SUS.

Outro fato que pode ser destacado como um dos fatores que colaboram para a atuação da Enfermagem junto à mulher, voltada ao aspecto reprodutivo: é a sua inserção no contexto das instituições que atendem pelo SUS, no qual o modelo de assistência à saúde da mulher teria, na sua concepção, o conceito da integralidade, mas responde aos problemas relativos à doenças, centrado no aspecto biológico e reprodutivo, ficando distante da visão da mulher como um ser existencial. A integralidade, que representa a superação do paradigma do modelo biológico e de problemas independentes, está mostra-se longe de ser alcançada neste modelo de assistência à saúde da mulher, que se apresenta na maioria dos serviços de saúde do SUS. A Enfermagem, enquanto profissão de saúde inserida nesta realidade, responde ao sistema, não visualizando a mulher como um ser existencial, quando centra a sua atenção no ciclo reprodutivo.

Além dos fatores expostos, pode-se pensar num outro motivo que contribui para a Enfermagem - profissão essencialmente feminina - afastar a sua prática assistencial da mulher que vivencia o período do climatério. Somos mulheres, integrantes de uma estrutura social que, por razões históricas e culturais, infelizmente ainda mantém um olhar distorcido para as questões que envolvem a mulher climatérica. Talvez o enfrentamento, do processo de envelhecimento dificulte à Mulher/Enfermeira aproximar-se desta clientela, contribuindo para manter a sua ação do cuidado no período reprodutivo, quando a mulher é jovem e produtiva, e a Mulher/Enfermeira não se sente ameaçada com o enfrentamento do seu próprio envelhecimento.

Certamente, haverá outros motivos que poderão contribuir para o afastamento da Enfermeira em relação à assistência da mulher climatérica, mas, neste momento, a minha percepção conduz-me a estes fatores e, ao mesmo tempo, aguçam o meu pensamento, num processo que indica a transitoriedade do conhecimento e a necessidade de novas buscas, que auxiliem a Enfermagem a olhar e repensar esta questão.

Percebe-se que o cuidado da mulher climatérica no Sistema Único de Saúde (SUS) situa-se no descompasso entre o que é oferecido pelo SUS e o que a mulher necessita do SUS.

"É preciso ajudar a mulher 'SUS'." (M3)

Os serviços de saúde do SUS, voltados a atender a mulher, não vêem a mulher climatérica. Elas também não enxergam no SUS o que necessitam, o que almejam para a sua assistência. Isto se reflete na qualidade da assistência destinada atualmente à mulher climatérica no local do estudo, o que, certamente, se assemelha aos demais serviços do SUS, que se destinam a atender a esta clientela. A pouca atenção que lhes é dada sugere o aumento dos seus interrogantes. O estudo aponta para a necessidade de um maior espaço, nos serviços

que atendem às mulheres, para aquelas que vivenciam o seu climatério. Espaços voltados para estas mulheres que procuram no SUS o auxílio para ajudá-las a viver esta etapa da vida, reconhecendo que há uma estreita relação entre o contexto sócio econômico e cultural da mulher e a forma como ela enfrenta o climatério, é preciso criar um espaço que legitime as necessidades destas mulheres, respeitando a sua dignidade, crenças, valores, modo de vida, o seu direito de informação e de escolha.

Para isto, apresentam-se a possibilidade de a Enfermagem, inserida no contexto das instituições que respondem ao SUS, construir um modelo de assistência à mulher climatérica, aproximando a sua prática às suas necessidades.

Reforço que a Enfermagem deve estar atenta a um referencial que lhe possibilite compreender o contexto sócio-econômico e cultural das mulheres, bem como utilizar o processo educativo, através da reflexão dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, no qual a Enfermeira, enquanto sujeito partícipe, assumira a postura de um agente facilitador do processo de ensino aprendizagem.

“ É uma área que tu ME podes explorar, porque está faltando muito, está muito a desejar.” (M3)

A enfermagem, como profissão inserida neste contexto, deve voltar o seu olhar para esta realidade, pensar e agir através de programas institucionais que favoreçam as ações educativas com grupos de mulheres nesta fase da existência. Vejo, através da prática educativa reflexiva, a possibilidade de a Enfermagem criar o espaço, muitas vezes negado, porém almejado pelas mulheres. A prática educativa reflexiva com o enfoque cultural pode ser uma das formas possíveis para a Enfermagem minimizar sua distância desta clientela.

A Enfermagem, como profissão predominantemente feminina, inserida neste cenário, deve voltar também o seu olhar, quanto ao seu papel como agente de mudança. Uma mudança que deve emergir no seio das instituições formadoras

de profissionais Enfermeiras. Uma mudança que favoreça uma visão mais ampla da realidade dos seres humanos, motivo do nosso cuidar, bem como das relações entre eles.

Deste estudo, tenho a convicção que surgiram mais incertezas do que certezas, que temos muito mais que aprender do que foi aprendido; que temos muito mais a dizer do que foi dito; que temos muito mais a agradecer do que foi agradecido; que temos muito mais caminho a percorrer do que o caminho percorrido. Temos a certeza de que, ao final destas reflexões, outras tantas surgirão, dando margem a novos interrogantes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. B. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ALMEIDA, F. O cuidado à puépera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio uma abordagem cultural. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

ALMEIDA, M. C. S. Desconfortos no climatério: assistência de enfermagem segundo a vivência das mulheres. In: COLÓQUIO PAN-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6, 1998, Ribeirão Preto. Livro de Resumos... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem /USP, 1998.

AQUINO, E. M. L. A questão do gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e Perspectivas. In: LEITE, A. (org). Falas de gênero. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1999. p. 161-171.

ARCHER, J. S. M. Relationship between estrogen, serotonin and depression. Menopause: the Journal of the American Menopause Society. v.6, n.1, 1999. p. 71-79. Disponível: <http://www.menopause.org/abstractct/6171.hmt>. acessado em: 3 mar. 2000.

- BAGNOLI, R. V.; et al. Síndrome do climatério. Revista Brasileira de Medicina, v.55, p. 79-84, dez. 1998.
- BACARAT, M. C. Vida saudável. In: Informativo Trimestral para médicos e nutricionistas. São Paulo: Burson-Marsteller, abr/ jun. 1999.
- BARATA, R. B. Discurso de abertura do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1997, Aguás de Lindóia, ANAIS... ABRASCO, 1997. 294 p.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo- 2 a experiência vivida. 2 ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1980.
- BIFFI, E. M. A. O fenômeno menopausa: uma perspectiva de compreensão. 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, USP, Ribeirão Preto, 1991.
- BIRD, C.; et al. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. In: Social science & medicine, v.48, 1999, p. 745-755.
- BOEHS, A. E. A prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseado na teoria Transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- BONNAZI, M.; et all. A qualidade de vida do operário de obra rodoviária. In: PATRÍCIO, Z. (org.); et all. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999. p. 315-335.
- BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, 1986.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de Ensino Aprendizagem. 4 ed Petrópolis: Vozes, 1983.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência ao climatério. Brasília, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei orgânica da saúde Lei 8.080 e Lei 8.142. Brasília : Diário Oficial, 1990.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Segunda resolução nº 196/96. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CARVALHO, G. M. Enfermagem ginecologia. São Paulo: EPU, 1996. 109p.
- CASTIEL, L. D. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papyrus, 1994.
- CHEN, Y.; et all. Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. In: Menopause: the journal of the North American menopause society. v.5, n.1, 1998. p.28-34. Disponível: <http://www.menopause.org/abstract/5128.html>. Acessado em: 26 maio. 1999.
- CHINN, P. L.; JACOBS, M. K. Theory and nursing: a systematic approach. St Louis: Mosby, 1982.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- COELHO, C. Gênero e políticas públicas. In: LEITE, A. (org). Falas de gênero. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1999. p. 147-159.
- COLLIÉRE, M. F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COSTA, N. R.; et all. Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional, 1996. 196p.
- COSTAGUTA, E. B. La mediana edad en las mujeres: un abordaje posible. Disponível em: <http://www.painet.com.ar/ri/ri/03207.html>. Acessado em : 05 maio. 2000.
- CRUZ, A.C. Elaboração de referências (NBR 6023/2000). Rio de Janeiro: Intercinência; Niterói: Inter-texto, 2000. 71p.
- DAOUD, I.G. Referencial teórico a partir da teoria de Madaleine Leininger. Trabalho apresentado na disciplina de Fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem. Pelotas: Curso de Mestrado, dez. 1998.

- DUQUES, M. Os florais de Bach e as síndromes do feminino. 2 ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.
- DUMBLE, L. J. Odds against Women heart disease. In: Health Sharing Women's Forum, Royal College of Surgeons, 1995, Melbourne. Disponível em: <http://www.novatrh.homepage.com/perigo.html>. [Acessado em 6. Jun.2000].
- EASTELL, R. Terapêutica Medicamentosa: tratamento da Osteoporose na pós-menopausa. In: The New England Journal of Medicine. v. 338, n. 11, march, 1998.
- FAWCET, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F. Davis Co, 1984.
- FERNANDES, C. Doenças cardiovasculares pela falta de hormônios ovarianos. In: Sempre Viva. São Paulo: Akzo Nobel, 1998. p. 1-10.
- FERRARI, R. P. Menopausa hoje: um guia para a mulher madura viver plenamente. Porto Alegre: L&P, 1996. 237p.
- FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2d. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FONSECA, A.M.; et al. Menopausa e Tabagismo. Revista de Ginecologia e Obstetrícia. v. 10, n.1, jan.fev.mar. 1999. p. 23-26
- _____. Fatores biopsicossociais que interferem na sexualidade da mulher no climatério. Revista de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, v. 9, n.3. p.130-134, 1998.
- FONSECA, P.T. Menopausa para sempre mulher. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- FONSECA, R. M. G. S.; et. al. Historicidade dos congressos brasileiros de enfermagem . In: 48º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1996, São Paulo. ANAIS.... São Paulo: ABEn, 1997, 386p.
- FORTES, J. R. Aspectos psiquiátricos do climatério: ansiedade e depressão. In: SAMPAIO, N.P. Síndrome Climatérica. São Paulo: Atheneu, 1999.
- FORTES, J. R; HIRATA, E. S. Aspectos psiquiátricos do climatério. In: PINOTTI. Menopausa. São Paulo: Rocca, 1995. p. 41-46.

- FORTES, P. A; et all. Ética e Saúde: questões éticas, deontológica e legais, tomadas de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU, 1998.
- GEORGE, J. B. Teoria de enfermagem os fundamentos para a prática profissional Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIANNINI, S. Aspectos da prevenção das doenças cardiovasculares no sexo feminino após a Menopausa. Revista Brasileira de Medicina Ginecologia e Obstetrícia, v. 7, n. 5, Out. 1996. p. 298.
- GIORDANO, M. G. Ginecologia endócrina e da reprodução. São Paulo: BYK, 1998.
- GOODMAN, E. A melancolia da meia idade. In: TREIN, S.F. Menopausa a grande transformação. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. p. 61-77.
- GREER, G. Mulher: maturidade e mudança. São Paulo: Augustus, 1994. 420p.
- HALBE, A. F. Aspectos emocionais do climatério. In: PINOTTI, J. A. Menopausa. São Paulo: Roca, 1995. p. 25-30.
- HALBE, H. W. Filosofia do atendimento da mulher menopausal. In: PINOTTI, J.A. Menopausa. São Paulo: Roca, 1995. p. 221.
- _____. Tratado de Ginecologia. 2.ed. São Paulo: Roca. Vol. 1. 1998.
- _____. Menopausa no limiar do século 21: estrógenos e emoções. Âmbito Hospitalar - revista científica para profissionais de saúde, ano. X, n. 110, maio, 1998. p. 23-26.
- HARDY, E.; et all. Sociologia do climatério. In: PINOTTI, J. A. Menopausa. São Paulo: Roca, 1995. p. 31-36.
- HELMANN, C. Cultura, saúde e doença. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- IANETTA, O.; et all. Inquérito sobre a sexualidade da mulher no climatério. Revista GO Atual. São Paulo, ano VII, n.5, 1998. p. 37-40.
- ICHKAWA, Y. E.; et all. Entre o anjo e o diabo - a qualidade de vida de um intelectual orgânico. In: PATRÍCIO, Z. (org). Qualidade de vida do tra-

- balhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999. p. 257-294.
- JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.
- LANDERDHAL, M. C. Climatério: perda, ameaça ou desafio? 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- LAURENTI, R. Perfil Epidemiológico da saúde do homem na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1997, Águas de Lindóia, ANAIS... ABRASCO, 1977. 294 p.
- LEE, J. Slowing the aging process with natural progesterone. In: BLL Publishing, California, 1994. p. 12. Disponível em: <http://www.novatrh.homepage.com/perigo.html>. Acessado em: 6 jul.2000.
- LEININGER, M. Care the essence of nursing and health. In: _____. Care the essence of nursing and health. Thorofare: Charles B. Slack, 1984.
- _____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Anais... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985a.
- _____. Diversidade e universalidade do cuidado transcultural: uma teoria de enfermagem. Nursing e health care. v. 6, n.4, apr. 1985b. p.209-212
- _____. The theory of culture care diversity and universality. In: _____. Culture care diversity and universality: a theory of nursing: New York: National League for nursing press, 1991a. p. 5-68.
- _____. Looking to the future of nursing and relevancy or culture care theory. In: _____. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for nursing, 1991b. p. 391-418.
- _____. Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40years. Image journal of nursing scholarship. v. 29, n.4, 1997. p. 341-347.

- LEOPARDI, M. T.; et al. Processo de trabalho em enfermagem. Florianópolis: Repensul; Espensul, 1998.
- LESSA, S. M. M. Representações de mulheres sobre a menopausa e a dor. In: SEMANA DE CIÊNCIA E CULTURA, 1999. Anais... São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 1999.
- LIMA, M. J. Gênero, poder e saber. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, n.1, p. 93-100, 1995.
- LIPOVETSKY, G. A terceira mulher permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- LOPES, G. P. Aspectos psicossomáticos e sexológicos no climatério. In: MARINHO, R. O climatério. São Paulo: Messi, 1995. p. 65-69.
- LOPES, M. J. Desconstruindo e reconstruindo um pouco do muito que os autores didisseram sobre cuidar, cuidado, cuidador. In: 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1999. ANAIS... Salvador: ABEn Bahia, 1999. p.2.
- McALLISTER, M. Menopause: providing comprehensive care form women in transition. In: Primary Care Pract. v.3, n. 3. May 1998. p. 256-270. Disponível em: <http://www.healthgate.com/cgi-bin/qformat.cgi?G&d=fhstar&m=141195&ui=98308311>. Acessado em : 26 maio 1999.
- MAFESSOLI, M. Liberdade intersticiais. In: Morin, E; BAUCRIILLARD, J; A decadência do futuro e a construção do presente. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993. 70p.51-70.
- MARANHÃO, A. M.; et all. Atividade da enfermeira obstetra no ciclo gravídico puerperal. São Paulo: EPU, 1990.
- MARTINS, A. Menopausa sem mistérios: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos tempos, 1996.
- McIL WANIN, H. Vencendo a osteoporose. São Paulo: Cultrix, 1993.
- MEDSCAPE. Menopausa Management for the millennium. In: MEDSCAPE. Women's health clinical management v. 1, 1999. Disponível em: <http://womenshealth.medescape.com/Medscape/WomensHealth/ClinicaI.M.19htm>. Acessado em: 14 jan. 2000.

- MENDITTO, A.; et all. Climatério e qualità della vita. Revista Minerva Ginecologia. v.51, n.3, mar. 1999. p. 83-89.
- MEYER, D. E. Gênero e Saúde: indagações a partir dos pós-estruturalismo e dos estudos Culturais. Revista Ciências Saúde. v.17, n.1, jan.jun. 1998. p. 13-31.
- MERLEAU-PONTY. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MERCER, C. Cross-cultural attitudes to the menopause and ageing female. In: Ange and Ageing, British Geriatrics Society, v, 28, n. 52, 1999. p.12-17
- MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO,1993.
- _____. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MONTICELLI, M.; et all. Medeleine Leininger - teoria transcultural. In: LEOPARDI, M.T. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed Papa livros, 1999. p. 94-102.
- _____. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- NASCIMENTO, E. Mulher e saúde o cuidar da enfermagem. In: 50º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1998. Anais... Salvador: ABEn Bahia, 1999. p. 263-271.
- NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA DE ENFERMAGEM, 1984. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210-229.
- NITSCHKE, R. G. Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para interação familiar saudável. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

- _____. Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária UFPEL; Florianópolis: UFSC, 1999.
- OLIVEIRA, M. Homem e mulher a caminho do século XXI. São Paulo: Editora Ática, 1997.
- PATRÍCIO, Z. M. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- _____. O significado do cuidar/cuidado. Trabalho apresentado a disciplina estudos independentes. Florianópolis, jun. 1988.
- _____. A dimensão felicidade - Prazer no processo de viver saudável individual e coletivo. 1995. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- _____. O processo do trabalho da enfermagem frente à novas concepções de saúde: repensando o cuidado, propondo cuidado (holístico). Texto & Contexto. Florianópolis, v.2, n.1, p. 67-81, jan/jun, 1993.
- _____. (org.); et all. A qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999. 368p.
- PENA, C.M. Uma questão conceitual. In: BUB, L.I.R.; et all. Marcos para a prática de enfermagem com família. Florianópolis: Ed da UFSC, 1994.
- PEREIRA, A. O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero. Pelotas: Ed Universitária UFPEL; Florianópolis: UFSC, 1999.
- PEREIRA, M. L. C.; et all. Mulher 40 graus à sombra. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 1994.
- PICCOLO, F. Assistência de Enfermagem à Mulher Climatérica. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Convênio UFSC/UNIVALE, Florianópolis, 1998.

- POLI, H. M.; SILVEIRA, G.G. Ginecologia preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 245p.
- PRÁ, J. R. O feminismo como teoria prática política. In: PRA, J.R.; et all. Mulher estudos de gênero. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1997. p. 39-57.
- RABIN, D.; et all. Why menopausal women do not want to take hormone replacement therapy. Menopause: the journal of the North American menopause society. v. 6, n.1, 1999. p. 61-67. Disponível em: <http://www.menopause.org/abstract/6161.hmt>. Acessado em: 15 maio. 2000.
- REIBNITZ, K. S; et all. Educação – o processo de ensinar - aprender. In: LEOPARDI, M.T. (org). Processo de trabalho em enfermagem. Florianópolis: Repensul - Espensul, 1998. 103.p.
- ROSALDO, M. Z.; LAMPHERE, L. A mulher, a cultura a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- ROSSEAU, M. E. Women's midlife health. Journal of nurse midwifery. v. 43, n.3, 1998. p.45-65. Disponível em : <http://healthgate.com/cgi-bin/q-format.cgi?f=G&d=fhstar&m=146225&mi=98339156>. Acessado em: 26 maio. 1999.
- SÁ, C.A.; et all. Sexualidade humana. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SÁ, L. D.; et all. A literatura em saúde pública: o ensino de um “ novo olhar ” sobre o processo saúde doença. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.6, n.3, p. 55-60, jul,1998.
- SANTINI, M. E. Estigma na hanseníase: uma proposta de educação participativa na assistência de enfermagem, com enfoque social. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- SANTOS, E. Seguimento de pacientes climatéricas em unidade básica distrital de saúde. 1999. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1999.
- SANTOS, M. E. P. Educação em saúde a construção de um processo sistematizado no programa de planejamento familiar do município de Itajaí, SC. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestra-

- do em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. In: Caderno de pesquisa. São Paulo, n. 54, ago. 1998. p. 37-49.
- SCHWARTZ, E. Família Teuto-Gaúcha- o cuidado entre possibilidades e limites. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise. Revista Educação e Realidade. v.6, n.12, p. 5- 20, 1990.
- SELLMAN, S. Heresia hormonal – a verdade mortal sobre o estrogênio. parte. Disponível em: <http://www.novatrh.homepage.com/perigo.html>. 1996
Acessado em: 6 jun. 1999.
- SILVA, Y. F. (org.); FRANCO, M. C. Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa : Livro, 1996.
- SILVA, Y. F. Cuidado de si ou violência corporal? a produção da velhice na mídia. 1999. 222 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- SILVA, M. E. K.; et all. Marco Conceitual para a prática de enfermagem enquanto processo educativo de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 45, n. 1, p. 54-59, jan. mar. 1992.
- SIMÕES, R.; et all. Aspectos do Metabolismo Ósseo. In: Fascículo de atualização em Climatério. Wyeth. p. 21, 1998.
- SIMÕES, S. Mulher: a decisão no cuidar da própria saúde em estudo compreensivo na ótica da enfermagem. 1998. 360 f. Tese (Doutorado) - Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- SIQUEIRA, H.C.H. O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa: construção de um processo educativo. Bagé: EDIURCAMP, 1998. 144p.
- SOARES, V. Movimentos feministas paradigmas e desafios. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 11-25, 2º semestre, 1994.
- SOBRAC, Sociedade Brasileira do Climatério. Consenso sobre os fundamentos e o manejo da terapia de reposição hormonal. Disponível em:

- <http://ww.vicnet.com.br/starfire/sobrac/20/htm>. Acessado em: 3 dez. 1999.
- SOUZA, M. F. Comentários sobre o tema: desenvolvimento das teorias de enfermagem da Dr^a. Afaf I. Meleis. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMGEM, 1, 1985. Anais... Florianópolis, Ed. da UFSC, 1985.
- SPRANGLER, J. G. Menopause primary care. Journal of nurse midwifery. v. 24, n. 1, p. 205-221, 1997.
- STEWART, M. Vença a menopausa sem terapia de reposição hormonal. São Paulo: Paulinas, 1999.
- SKLOVSKY, E.; et.all. Climatério e menopausa. In: BUCHABQUI, J.A. (org). Promovendo a saúde da mulher. Porto Alegre: Ed da Universidade/ UFRGS, 1995. p. 99-108.
- THACKER, H. L. Menopause Women's Health Primary Care. v. 24, n. 1, mar. 1997. p. 205-221. Disponível em: <http://www.healthgate.com/cgi-bin/q-format.cgi?f=G&d=fhstar&m=117630&ui=97169324>. Acessado em: 26 maio. 1999.
- THIERIET, M. Mulheres de 50 anos. Porto Alegre: L&PM, 1996.
- THOMPSON, E. J. A mulher no contexto da saúde, do trabalho e da sociedade: buscando a igualdade e o nivelamento entre mulheres. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.391-394, maio, 1997.
- TOLOSA, A. H. Menopausa: mitos e verdades. São Paulo: Contexto, 1997.
- TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.21, n. 2, p. 135-144, ago. 1987.
- TREIN, S. F. Menopausa, a grande transformação. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.
- TRINDADE, A. Manual para apresentação de trabalhos científicos. Canoas: Ed.ULBRA, 1999. 88p.
- VOINOVAN. A. ; et all. Dicionário Russo Português. 2 & ordm. Moscow: Edições Russki Yazik, 1989.
- XAVIER, E. O estupro suave (a forma feminina de violentar). Revista de Ciências Humanas. Florianópolis, v. 5, n. 21, 1997. p. 147-170.

- ZAHAR, S.V. A menopausa segundo a ginecologista. In: CHATAIGNIER, G.; REIS, L. M.A. Nova idade 50 anos é o máximo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 326p.
- WALDOW, V. R. Cuidado humano o resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.
- WARREN, M.; et all. Is estrogen replacent indicates in perimenopause women? Clinical Obstetrics and gynecology. v. 41, n.4, dec.1998. p. 976-987.
- WILLIAMS, C. The nature and development of conceptual frameworks. In: DOWNS.F.; FLEMMIN, J. Issues in nursing research. New York: Appleton – Century – Crofts, 1979. p. 86-106.
- WIKLUND, A. Methods of assessing the impact of climateric complains on quality of life. Maturitas - Journal of climateric&postmenopause. n. 29. Mar. 1998. p. 41-50.

ANEXOS

ANEXO 1

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE ESTUDO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Ilma Sra

Coordenadora do Serviço Social do Hospital Universitário da Fundação Universidade do Rio Grande

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste solicitar autorização para desenvolver um trabalho com vistas ao desenvolvimento do meu Projeto Assistência. Sou aluno regular do Curso de mestrado em Assistência de Enfermagem- UFSC/FAPERGS.

O grupo junto ao qual pretendo trabalhar, será composto de mulheres na faixa etária de 40 a 55 anos, que estão inscritas no Programa de Planejamento Familiar, num total de 10.

O objetivo desse trabalho é desenvolver uma prática Assistencial de Enfermagem focalizando o conhecimento das mulheres a respeito do climatério.

As mulheres selecionadas para participarem desse trabalho foram escolhidas a partir de um prévio contato, no qual foi exposto o objetivo do mesmo e inquerido sobre sua disponibilidade de participar nesse projeto.

Terei presente o compromisso ético em resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como o Programa/ Instituição.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco ao inteiro dispor para outros esclarecimentos.

ANEXO 2

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informada, de maneira clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho, através da participação de um grupo de reflexão. Fui igualmente informada:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando.

Atenciosamente

Ivete Ghinato Daoud

Mestranda

Atenciosamente,

Ivete Ghinato Daoud
Mestranda

Ciente. De acordo
Data:

Assinatura do Chefe

Mestranda: Ivete Ghinato Daoud

Fone (0XX) 53 2322666

Orientadora: Maria da Glória Santana

Fone (0XX) 53 2259216

Local e Data: _____

Assinatura da participante _____

Mestranda: Ivete Ghinato Daoud

Fone (0XX) 53 2322666

Orientadora : Maria da Glória Santana

Fone (0XX) 53 2259216