

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**O SIGNIFICADO DO CLIMATÉRIO PARA AS MULHERES:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Mestranda:

ENEIDA COIMBRA LIMA

RIO DE JANEIRO  
NOVEMBRO DE 2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**O SIGNIFICADO DO CLIMATÉRIO PARA AS MULHERES:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para obtenção do grau de Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ.

Autora: ENEIDA COIMBRA LIMA

Orientador. Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

RIO DE JANEIRO  
NOVEMBRO DE 2007

Eneida Coimbra Lima

**O SIGNIFICADO DO CLIMATÉRIO PARA AS MULHERES:  
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para obtenção do grau de Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens  
Orientador

---

Profa. Dra. Jaqueline Da Silva  
Examinadora

---

Profa. Jane Márcia Progianti  
Examinadora

Rio de Janeiro  
2007

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me sustentar e direcionar a concretização de um sonho.

Ao orientador Prof. Octavio Muniz da Costa Vargens, por seus ensinamentos e sua inestimável contribuição para a realização desse trabalho.

A minha família pelo estímulo, paciência e amor.

A Faculdade de Enfermagem da UERJ que proporcionou minha progressão profissional

Aos novos e velhos amigos, em idade e tempo, pelo apoio e pelas as palavras certas nos momentos difíceis.

A todos que direta ou indiretamente possibilitaram essa realização

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

No processo de socialização da mulher são construídos tabus e preconceitos a respeito do climatério e da menopausa que a levam a procurar tratamento para alívio das transformações do período. No cotidiano, a enfermeira interage com a mulher e suas demandas. A abordagem teórica do Interacionismo Simbólico e a opção metodológica da *Grounded Theory* basearam esse estudo. Teve por objetivos identificar os significados atribuídos ao climatério por mulheres que o estão vivenciando e analisar o processo de interação da mulher que vivencia o climatério, a partir dos significados por ela atribuídos ao período. Constituíram sujeitos do estudo seis mulheres na faixa etária de 45 a 55 anos, usuárias de unidades básicas de saúde, no município de Ipatinga - MG. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas para o procedimento de análise comparativa constante. Os resultados evidenciaram que a mulher interage com a situação de climatério a partir de dois significados fundamentais: *considerando fase da vida e percebendo a relação com o envelhecimento*. Com base nestes significados, vive os diferentes papéis sociais que lhe são atribuídos, *sendo mulher*, e age abertamente *buscando estratégias para superação dos sintomas do climatério*. No contexto dessa situação interage com a enfermeira. O estudo considera que a enfermeira, exercendo a função de cuidar, desempenha papel importante na re-significação do climatério, oportunizando à mulher instrumentos e estratégias para vivenciar este período de modo saudável e desvinculado da idéia patologizada incorporada pelo paradigma tecnocrático biomédico.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Climatério, Interacionismo Simbólico, Saúde da Mulher

## ABSTRACT

In the woman's socialization process taboos and prejudices are built regarding the menopause and climacteric period which lead woman to seek for treatment in order to get relief for the changes of this period. In the daily, the nurse interacts with the woman and their demands. The study was based on Symbolic Interactionism and Grounded Theory approach and investigates the meanings attributed by women to the climacteric. It had as objectives to identify the meanings attributed to the climacteric by the women that are living the inherent experiences of the period and also to analyze the woman's interaction process while living the climacteric, starting from the meanings she attributed to the period. The informants were six women in the age group from 45 to 55, users of Basic Health Units, in Ipatinga city – MG, Brazil. Data were obtained by semi-structured interviews, recorded and transcribed for the procedure of constant comparative analysis. The results evidenced that the woman interacts with the climacteric situation starting from two fundamental meanings: *considering phase of the life* and *noticing the relationship with the aging*. Based on these meanings, she lives the different social roles attributed to her, *being a woman*, and she acts looking for strategies to overcome the symptoms of the climacteric. In the context of that situation she interacts with the nurse. The study considers that the nurse, playing the function of caring, it plays important role in the reverse-significance of the climacteric, giving woman the opportunity of getting tools and strategies to live this period in healthy and far way from the idea of pathology incorporated by the technocratic and biomedical paradigm.

**Keywords:** Nursing, Climacteric, Symbolic Interactionism, Woman's health

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
1.1	<b>O Climatério como Processo Fisiológico</b> .....	11
1.1.1	<i>Fisiologia do climatério</i> .....	13
1.1.2	<i>Manifestações características do período</i> .....	14
1.2	<b>A Medicalização e a Patologização do Climatério</b> .....	20
1.2.1	<i>Tratamento do climatério: consequência da medicalização</i> .....	23
1.3	<b>A Enfermagem e o Cuidado à Mulher no Climatério</b> .....	26
2	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA</b> .....	33
2.1	<b>Interacionismo Simbólico</b> .....	33
2.2	<b>A Grounded Theory</b> .....	36
2.3	<b>Trajétoria do Estudo</b> .....	38
3	<b>DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	41
4	<b>INTEGRANDO E INTERPRETANDO À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO</b> .....	51
4.1	<b>Retomando o Interacionismo Simbólico</b> .....	51
4.2	<b>A Enfermeira e o Cuidado da Mulher no Climatério</b> .....	56
5	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	58
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65
	<b>APÊNDICE A</b> .....	69
	<b>APÊNDICE B</b> .....	70
	<b>ANEXO 1</b> .....	71
	<b>ANEXO 2</b> .....	72



## INTRODUÇÃO

Em minha trajetória profissional, configuraram-se dois principais eixos: a atenção à saúde da mulher e o trabalho de formadora de profissionais da enfermagem em vários níveis (auxiliar, técnico e graduação).

Entre 1983 e 1985 atuei como docente no Curso de Técnico de Enfermagem no Colégio São Francisco Xavier em Ipatinga – MG. Em 1986, após concluir o Curso de Capacitação Pedagógica para instrutor/supervisor do Projeto Larga Escala, comecei a trabalhar com educação de adultos e ensino em serviço.

Ainda a partir de 1986, paralelamente às atividades educativas, as ações específicas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foram ocupando o meu cotidiano. Passei a atuar no Programa de Prevenção do Câncer de Colo, com a consulta de enfermagem que incluía a coleta de material para exame colpocitológico. Esta atividade era concomitante com a organização e desenvolvimento de grupos de orientação para a coleta do exame e de entrega de resultados. A seguir passei a atender consultas de pré-natal, grupos de gestantes e de planejamento familiar. Mais do que a possibilidade de receber informações, as mulheres desses grupos tinham a oportunidade de conversar sobre questões de gênero, cidadania, seus direitos.

Em 2002, comecei a lecionar as disciplinas *Semiologia e Saúde da Mulher* para o Curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - Unileste-MG. Nessa instituição, passei a trabalhar, em 2003, no Núcleo de Assessoramento à Pesquisa, compondo a equipe de professores orientadores de trabalhos de conclusão de curso de Enfermagem.

A vivência dessas várias atividades contribuiu para construir um campo de atuação voltado para a saúde da mulher. Como educadora, tenho oportunidade de refletir sistematicamente sobre minha prática. O mundo acadêmico ampliou minhas chances de teorizar sobre o cuidado que desenvolvo em vários momentos de minha atividade profissional. Como enfermeira, atuando na atenção básica cuido especialmente de mulheres, construindo no dia a dia a práxis que atenda às necessidades delas, em busca do cuidado humano.

Nesta trajetória pude perceber o quão difícil era para as mulheres que de quem cuidava a descoberta de si mesmas como mulheres no climatério. Muitas dúvidas relacionadas aos sintomas que estavam sentindo, ao futuro como

mulheres, aos diferentes papéis que sempre exerceram em seu meio social, e, principalmente, quanto à suas capacidades e potencialidades de continuarem sendo as mulheres que sempre foram. Chamou a atenção o fato de que quase sempre as soluções encontradas estavam relacionadas a tratamentos médicos, como se o climatério constituísse doença.

Sabemos ser esse período impregnado de tabus e preconceitos construídos e arraigados ao longo dos tempos e que são parte integrante do processo de socialização da mulher. E são justamente estes preconceitos e tabus que levam as mulheres a procurar tratamento médico para alívio ou “cura” dos sintomas e transformações características do período. Entretanto o climatério é uma fase normal da vida das mulheres e parte natural de sua fisiologia.

A literatura mostra que o vocábulo climatério vem do grego klimaterikos, significando escada, degrau, e se refere a fase ou período de crise, sugerindo mudança para um diferente estágio de vida. (CAMARGOS e MELO 2001). Esse período se caracteriza pelo aparecimento de alterações da pele, mucosas, esqueleto, metabolismo lipo-proteico e emocionais. Tais manifestações são o resultado da queda dos níveis de estrogênio e progesterona, decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos. (BRASIL, 1994).

O climatério feminino representa um problema de saúde pública, advindo do aumento da expectativa de vida. No Brasil, a população com idade igual ou superior a 60 anos dobrou nos últimos 50 anos. Passou de 4% em 1940 para 9% em 2000, sendo projetada para quase 15% da população brasileira no ano 2020, segundo Freitas et al. (2001). As mulheres, que estarão com 60 ou mais anos na década de 2020 estão vivenciando hoje o período do climatério. Ainda para este autor, a feminização da velhice, explicada pela maior longevidade da população feminina, nem sempre é vista como vantagem, pois a maior expectativa de vida faz com que a mulher passe por debilitação biológica devido a doenças crônicas. Isso tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, uma vez que grande parte das mulheres é viúva, vive só, sem experiência de trabalho no mercado formal e é menos educada.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde do Brasil lançou em 1994, um Programa de Assistência ao Climatério, estabelecendo normas consensuais para o atendimento à mulher no período de vida

compreendido entre os 45 e 65 anos. No entanto, esse programa não apresenta uma abordagem psicossocial do climatério.

Atuando na atenção básica, especialmente com mulheres, na escuta de suas experiências e necessidades, não é difícil perceber como elas buscam na interação com o ambiente, incluindo a Unidade Básica de Saúde, ações que atendam às queixas do período do climatério. Vivendo este contexto e exercendo a função de cuidadora e de docente me surgiram várias indagações e inquietações que me direcionaram para este estudo. Estas indagações podem ser principalmente assim representadas: qual o significado de climatério para as mulheres? Como acontece a construção deste significado? Como se dá a interação da mulher que vivencia o climatério primeiro com si mesma e também com seu grupo social próximo?

Por conta dessas indagações, o estudo teve como objeto **os significados atribuídos ao climatério por mulheres que o estão vivenciando**.

Para responder a esse objeto, definimos como objetivos do estudo:

- Identificar os significados atribuídos ao climatério por mulheres que estão vivenciando as experiências inerentes ao período;
- Analisar o processo de interação da mulher que vivencia o climatério, a partir dos significados por ela atribuídos ao período.

O estudo foi desenvolvido com bases nos conceitos do Interacionismo Simbólico, para quem a realidade social considera que os significados são a base da interação social e sua construção é derivada desta mesma interação social (Hagette, 1997).

Acredito que o estudo contribuirá para a melhoria na qualidade de vida da mulher no climatério, a partir da interpretação do significado de climatério nas ações de cuidados de enfermagem para as mulheres que vivenciam ou vivenciarão o período.

## **1. REVISÃO DE LITERATURA**

### **1.1. O climatério como um processo fisiológico**

O climatério é caracterizado por uma transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher, com declínio da função ovariana podendo apresentar sintomas intensos ou brandos, sem prejuízo para a saúde da mulher. Apesar de o termo menopausa ser usado como sinônimo de climatério existe diferença entre ambos (HALBE, 2000). O climatério se inicia em torno dos 40 anos e se estende até os 65 anos de idade. Os sintomas resultantes dessa fase se relacionam às alterações da pele, das mucosas, do esqueleto, do metabolismo lipoprotéico e emocionais (BRASIL, 1994).

A menopausa é a cessação permanente da menstruação, ocorrendo geralmente entre os 45 e 55 anos de idade. Podemos dizer que a mulher está na menopausa, após 12 meses consecutivos de amenorréia, sendo, portanto um diagnóstico retrospectivo (PEREIRA FILHO e SOARES, 2000).

A transição menopausal caracteriza o período que se estende dos dois anos antes da menopausa, quando começam a surgir alterações nos ciclos menstruais, até dois anos após a menopausa. Pode ser dividida em duas fases: a inicial, com ciclos menstruais de duração variáveis, com sete ou mais dias de duração; e a fase tardia quando ocorrem mais de dois ciclos alternados e intervalos superiores a 60 dias de amenorréia, conforme vemos na Figura 1 (BARBOSA, 2007).

**Figura 1:** Quadro explicativo de etapas e características do climatério.

Estágio	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
	Período Reprodutivo			Transição Menopausal		0	Pós-Menopausa	
	Precoce	Pico	Tardio	Precoce	Tardia		Precoce	Tardia
				Perimenopausa*				
Duração	Variável			Variável		1 ano	4 anos	
Ciclos Menstruais	Variáveis		Regulares	Variação de mais de sete dias no intervalo	Falha de dois ciclos ou 60 dias		Amenorréia	
FSH	Normal		Elevado	Elevado			Elevado	

*\* A perimenopausa tem início com a transição menopausal e termina após um ano de amenorréia.*

**Fonte:** Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, 2001 / FEBRASGO – Manual de Orientação, 2005.

Pré-menopausa é a terminologia usada para designar o período de um a dois anos que antecedem a menopausa; a perimenopausa inclui o período imediatamente anterior a menopausa, quando surgem as alterações endócrinas e biológicas, até o primeiro ano após a menopausa. E pós-menopausa, define o período após a última menstruação, sendo a menopausa induzida ou espontânea (PEREIRA FILHO e SOARES, 2000).

No Brasil a menopausa é considerada precoce antes dos 40 anos e tardia após os 55 anos, ocorrendo em geral, entre os 48 e 50 anos de idade. O aumento na expectativa de vida das mulheres prevê um incremento no número de mulheres climatéricas, que demandam atenção da equipe de saúde, surgindo daí um manual do Ministério da Saúde, dirigido aos profissionais de saúde com orientações para o atendimento à mulher nesta fase de vida. Essas orientações, contidas no manual “Assistência ao Climatério”, de 1994, incluem a fisiopatologia do climatério, repercussões clínicas, sistematização do atendimento, propedêutica básica,

benefícios e riscos da terapia de reposição hormonal, tratamento não hormonal, aspectos psicossociais no climatério, contracepção na pré-menopausa, dietas e exercícios físicos no climatério (BRASIL, 1994).

### **1.1.1 Fisiologia do climatério**

A mulher chega à puberdade com cerca de 300 mil ovogônias, que serão gastas com cerca de 400 ovulações durante a vida reprodutiva. Essa taxa de declínio é linear numa escala semilogarítmica até os 40 anos aproximadamente. A partir daí o declínio é mais acelerado, até a menopausa, após a qual praticamente não se encontra folículo residual (PEREIRA FILHO e SOARES, 2000). Segundo a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais, ao longo da menacme, a população folicular que era de aproximadamente 1,5 milhões ao nascer, terá 99% dos 300 a 500 mil folículos restantes fadados a atresia. Somente 0,1% se desenvolverão até a ovulação e se transformará em corpo lúteo (SOGIMIG, 2000).

Na transição menopausal o número de folículos ovarianos diminui muito e os restantes respondem mal ao estímulo do FSH e LH. Como conseqüência, os ciclos podem ser anovulatórios e podem ocorrer variações no padrão menstrual (BARBOSA, 2007). A diminuição da inibina (das células de Sertoli e células da granulosa) determina uma elevação na secreção de FSH, sendo esta uma indicação laboratorial da fase inicial do climatério (HALBE, 2000) e (BARBOSA, 2007). O aumento do FSH induz a um rápido desenvolvimento folicular, surgindo como conseqüência o encurtamento dos ciclos menstruais nessa fase (HALBE, 2000).

Barbosa (2007), afirma que não existe uma queda linear na produção estrogênica durante a transição menopausal, uma vez que na fase inicial, o aumento do FSH promoveria uma maior secreção estrogênica, diferentemente da fase tardia. Nesta fase o ovário estaria com o volume reduzido e com baixa capacidade de produção de estrogênio, resultando daí os sintomas de atrofia urogenital. À medida que o número de folículos continua a diminuir, a produção do estrogênio vai reduzindo e alcançando níveis incompatíveis com a onda de indução do LH, tornando a ovulação progressivamente irregular até a sua completa interrupção. A isto se relacionam os ciclos menstruais irregulares e uma fase lútea encurtada, ou com ciclos anovulatórios (HALBE, 2000). Níveis urinários de estrogênio podem ser normais, apesar do aumento das gonadotrofinas nas mulheres próximo da

menopausa. Entretanto, baixos níveis de estradiol durante a fase folicular inicial, meio-ciclo e fase lútea de mulheres na menopausa podem ser encontrados (PEREIRA FILHO e SOARES, 2000).

A inibina que tem a função de inibir a secreção das gonadotrofinas, principalmente do FSH, faz parte do sistema de retro controle, onde o FSH regula a produção gonadal de inibina, e esta regula a produção de FSH. Nas mulheres entre 45 e 49 anos foram encontrados níveis médios baixos de inibina e elevados de FSH, durante a fase folicular. Acompanhando os ciclos menstruais irregulares da fase inicial da perimenopausa, há aumento de até 10 a 20 vezes dos níveis séricos de FSH, seguido pelo aumento de aproximadamente três vezes nos níveis de LH. Esses níveis são mais altos de um a três anos após a menopausa, caindo a seguir. A testosterona e androstenediona produzidas pelo estroma ovariano, sob influência do LH aumentado, estarão em níveis normais ou até aumentados (HALBE, 2000; SOGIMIG, 2000; PEREIRA FILHO e SOARES, 2000).

### **1.1.2 Manifestações características do período**

As manifestações clínicas no climatério podem ser classificadas de acordo com o manual “Assistência ao Climatério” do Ministério da Saúde, de 1994, em manifestações precoces, de médio prazo e tardias (BRASIL, 1994).

Podem ocorrer no climatério pré menopausico e se intensificar no período pós menopausico. São encontrados sintomas neurovegetativos ou vasomotores e sintomas neuropsíquicos (FERREIRA et al, 2000). Os sintomas mais comuns, ocorrendo em 90% das mulheres durante os quatro anos de transição menopausal, são as alterações menstruais, como poli ou oligomenorréia, hipo ou hipermenorréia, metrorragias e períodos de amenorréia. São resultantes de irregularidades da maturação folicular e alterações da ovulação (CAMARGOS e MELO 2001).

Os fogachos acontecem em 70 a 80% das mulheres no período do climatério e perduram, em 25% delas até um ano após seu início, enquanto 5% ainda poderão apresentar o sintoma até cinco anos após. Geralmente aparecem após a menopausa, mas pode surgir na pré-menopausa. Às vezes causam grande desconforto e constrangimento, sendo apontados com causa de nervosismo, ansiedade e depressão (CAMARGOS e MELO 2001).

Os fogachos consistem em sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que se espalha pelo tórax, pescoço e face, podendo ser acompanhada de rubor, sudorese profusa e seguida de calafrios, palpitações e sensação de ansiedade. Geralmente são piores à noite, atrapalhando o sono, piorando o bem estar e trazendo problemas profissionais e sociais (CAMARGOS e MELO, 2001; FERREIRA, 2000).

Uma teoria para explicar as ondas de calor, é a presença no cérebro de um centro regulador ou termostato biológico, controlado por neuro-transmissores, que compara a temperatura do corpo com a temperatura central. A queda na temperatura central leva o organismo, a promover modificações nos mecanismos de dissipação de calor para ajustar a temperatura do corpo à central. Daí a vasodilatação periférica e a transpiração, desencadeando-se a onda de calor (FERREIRA et al, 2000). As endorfinas e catecolaminas, especialmente a noradrenalina, produzidas no sistema nervoso central, exercem o controle do sistema termorregulador e têm sua produção influenciada pelos estrogênios. Com a diminuição dos níveis estrogênicos no climatério, há uma redução da atividade opióide endógena central, desregulando o centro termorregulador hipotalâmico (FERNANDES et al, 1997; CANDELLA et al, 1994; FERREIRA, 2000; CAMARGOS e MELO, 2001).

A crise de fogacho seria iniciada por mecanismo adrenérgico. Os receptores adrenérgicos pré-sinápticos das terminações nervosas, quando estimulados, reduzem a liberação de noradrenalina na sinapse. A diminuição do estrogênio causa uma redução no número ou na sensibilidade destes receptores, aumentando a liberação de noradrenalina central, e conseqüente-mente a desregulação do centro termorregulador (FERREIRA, 2000).

Fernandes et al. (1997) acrescenta que as ondas de calor e os suores noturnos podem ser desencadeados por tensão emocional, excitação, medo, estresse, ansiedade, bebidas quentes ou alcoólicas, alimentos com muitos condimentos e quentes, podendo se repetir várias vezes ao dia, durando em média três minutos. Os lugares de maior manifestação são parte superior do tórax, pescoço e face. Estes transtornos podem ainda ser acompanhados por cefaléia, náuseas e tonturas (FERNANDES et al., 1997).

Ainda como alterações precoces no climatério, são descritos no manual de assistência ao climatério do Ministério da saúde de 1994, sintomas clássicos como



cefaléias, tonturas, parestesias, palpitações, insônia, fadiga, perda de memória, além de sintomas psicoemocionais como perda da auto-estima, insegurança e medo da rejeição (BRASIL, 1997).

Camargos e Melo (2001), também falam dos sintomas freqüentes de ansiedade, nervosismo, irritabilidade, depressão, insônia, perda de energia e de memória, explicando o papel do estrogênio em áreas de controle das emoções e da sexualidade (CAMARGOS e MELO, 2001). O estrogênio pode afetar profundamente a concentração de enzimas que catabolizam os neurotransmissores cerebrais, influenciando na sua concentração e disponibilidade (FERREIRA, 2000).

Assim sendo, o estrogênio interfere no humor, na percepção sensorial ligada ao tato fino, memória, audição, olfato, detecção visual, além da atividade motora e psicomotora. O hipotálamo, a hipófise, o sistema límbico e córtex cerebral possuem receptores estrogênicos (CAMARGOS e MELO, 2001). Os efeitos estrogênicos mais importantes relacionados ao cérebro se referem ao crescimento e diferenciação neuronal, modulação da sinaptogênese, da conectividade neuronal e das neurotrofinas, além de influenciar vários neurotransmissores (acetilcolina, dopamina, serotonina, GABA, noradrenalina, etc). Também interfere nos níveis de apoproteína E, aumenta a utilização de glicose cerebral, reduz a resposta inflamatória da placa neurítica e o estresse oxidativo. A deficiência estrogênica, embora não comprovado, pode implicar em perda de tecido cerebral e Doença de Alzheimer (BARBOSA, 2007).

A depressão e a insônia se ligam à redução nos níveis de noradrenalina e serotonina. A noradrenalina está associada ao sono REM e a serotonina ao sono profundo. A deficiência estrogênica da pós menopausa promove a diminuição destes neurotransmissores e está associada ao aumento da atividade da MAO e da COMT, reduzindo a captação das catecolaminas. Taxas elevadas da MAO e redução dos níveis de triptofano são observados com o aumento da idade e nas síndromes depressivas (FERREIRA, 2000).

Alterações da sexualidade são comuns na pós-menopausa, como a diminuição da libido e da satisfação sexual, com redução no número de relações sexuais. Entretanto, não está bem estabelecida a relação destes sintomas com o hipoestrogenismo (FERREIRA, 2000).

As chamadas manifestações de médio prazo surgem geralmente três a cinco anos após a menopausa e se caracterizam por alterações atroficas do sistema

geniturinário e mesmo extragenital (FERREIRA, 2000). Os sintomas urogenitais aparecem em 15 a 38% das mulheres acima de 55 anos, com conseqüência do hipoestrogenismo, dando origem a vaginite e uretrite atróficas. As queixas mais comuns são: secura, prurido ou ardor vaginais, sangramento, dispareunia, disúria, urgência e incontinência de esforço urinário. Infecções urinária são freqüentes, assim como são comuns as síndromes uretrais com urina estéril (poliúria e urgência miccional) e o aparecimento de carúncula uretral por eversão da mucosa uretral e obstrução uretral por fibrose e estreitamento (CAMARGOS e MELO, 2001; BRASIL, 1994).

O sistema urinário e genital tem a mesma origem embriológica, mesodérmica, e possuem receptores estrogênicos. Assim, se explica a ação do hipoestrogenismo como desencadeante de sintomatologia nestas regiões, comprometendo a qualidade de vida da mulher.

Irritações cutâneas, hematomas, dermatites, atrofia epidérmica, secura e perda da elasticidade da pele, são resultantes da baixa do estrogênio, com redução do colágeno e diminuição da taxa de divisão celular da epiderme, da perfusão sanguínea e síntese do ácido hialurônico (CAMARGOS e MELO, 2001; FERREIRA, 2000).

Já as manifestações de longo prazo são aquelas que surgem 8 a 10 anos após a menopausa e são conseqüências do hipoestrogenismo, referindo-se basicamente a alterações metabólicas, como a osteoporose e as doenças cardiovasculares (BRASIL, 1994; FERREIRA, 2000).

A osteoporose significa redução da massa óssea por unidade de volume, levando a uma alteração da micro arquitetura óssea e reduzindo a sua resistência, o que aumenta o risco de fratura (FERREIRA, 2000). A falta de estrogênio na pós-menopausa pode elevar o nível de citocinas envolvidas na remodelação óssea, resultando num aumento da atividade de osteoclasto com conseqüente perda de massa óssea (CAMARGOS e MELO, 2001).

A osteoporose é considerada um problema de saúde pública em função do envelhecimento e do aumento da longevidade. Sua grande importância se deve ao risco de fraturas. Estas são mais comuns nas vértebras, porção distal dos antebraços e do colo do fêmur. Algumas fraturas como as de quadril têm conseqüências graves para a saúde. Apenas 20% dos homens são afetados, o que

significa que o risco para as mulheres no climatério é cinco vezes maior (CAMARGOS E MELO, 2001).

Doenças cardiovasculares parecem ter relação com a diminuição da ação estrogênica, pois a incidência das mesmas em mulheres na pré menopausa é de um quinto em relação aos homens. Já na pós-menopausa ocorre uma elevação das doenças cardiovasculares das mulheres, aproximando-se aos índices observados no sexo masculino (FERREIRA, 2000). As doenças cardiovasculares englobam tanto a doença cardíaca isquêmica quanto a doença cérebro-vascular, sendo a maior causa de morte em mulheres na pós-menopausa (CAMARGOS E MELO, 2001).

Geralmente, em acontecimentos importantes da vida como: nascimento, puberdade, gravidez, morte, há um “rito de passagem”, um marco, que ajuda o individuo a atravessar aquele acontecimento crítico, como se legitimasse a transformação pela qual se está passando. Mas com a menopausa isso não acontece. A própria mulher que está passando por ela parece relutante em falar do assunto, em partilhar sua experiência (FERNANDES et al., 1997).

Mulheres de diferentes grupos étnicos, faixa etária, níveis sócio-econômicos e educacionais vivenciam as manifestações psíquicas do climatério de variadas formas, com tipos de manifestações diferentes (BIFFI, 1998). É importante observar a presença do aspecto cultural nas manifestações do climatério.

Sintomas neuropsíquicos podem ocorrer, por exemplo, a tristeza, cansaço, perda da memória, desânimo, falta de energia, depressão, ansiedade, irritabilidade, déficit na concentração, desejo de morte, pensamentos negativos, diminuição da libido e labilidade emocional. Estes sintomas podem se manifestar de forma intensa ou podem passar despercebidos para algumas mulheres, segundo (BRASIL, 1994). Já, Candella (1995) e SOGMIG (2000) reforçam esta idéia, ao afirmar que os fatores de risco para a depressão climatérica se relacionam com a história psiquiátrica anterior, depressão pós-parto, tendências depressivas com perda afetiva ou morte de ente próximo e, antecedentes de tensão pré-menstrual intensa. É importante observar a história psico-emocional anterior da mulher, interferindo na maneira de encarar as mudanças do climatério.

Embora a relação hormonal estrogênica direta não seja comprovada, para Fernandes et al. (1997) e SOBRAC (2004), os transtornos psíquicos têm sido mais freqüentes na fase climatérica, devido a redução do número de receptores de estrogênio em várias partes do cérebro, além da diminuição da quantidade

circulante desse hormônio, neste período. Além disso, as mulheres podem sofrer alterações psíquicas, nesta fase, devido a influencia de fatores extrínsecos como alimentação, falta de atividade física, falta de atividade ocupacional, e ainda, de fatores sócio-culturais como: aceitação da sociedade, lazer, práticas dos valores culturais, convivência com a família, filhos e amigos, e crença religiosa (BARBOSA, 2007).

Os sintomas psíquicos, segundo Favarato e Aldrighi (2001), são mais exacerbados em mulheres que perderam seu papel social e não redefiniram seus objetivos existenciais, e que tenham fatores de personalidade com tendência ansiosa e com maior número de queixas psicológicas. A correlação entre o climatério e a depressão é ainda um assunto muito controverso, é questão complexa, porque durante esse período outras inquietudes se tornam evidentes, tais como o envelhecimento, saída dos filhos de casa, morte dos pais, dificuldades conjugais após muitos anos de convivência (BIFFI, 1998).

Assim, apesar de o corpo feminino ser fortemente marcado pelo ciclo biológico-reprodutivo, o destino da mulher não pode ser reduzido à fisiologia humana. A ausência definitiva da menstruação é o “visível” que pode esconder questões “invisíveis”. A história de vida da mulher (o seu passado) pode neste momento encontrar espaço para se expressar, exigindo muito dos próprios recursos psicológicos para que algum sentido na vida possa ser alcançado (GORAYEB, 2004; BIFFI, 1998 e 2003).

O processo de envelhecimento tem sido vivido como uma experiência dolorosa devido aos preconceitos sociais em relação ao envelhecer feminino. Os autores Gorayeb, 2004 e Biffi, 2003 destacam que ,segundo a visão de cada sociedade em relação à mulher de meia-idade, as transformações corporais, previstas para o período do climatério, causam um impacto na auto-imagem feminina e potencializam um sofrimento psíquico.

Outros comportamentos são adotados para enfrentar, por exemplo, aposentadoria ou relação conjugal muitas vezes desgastada podendo culminar na separação e viuvez. Desta forma o contexto psicossocial caracteriza-se por demandas que intensificam as reações emocionais. A mudança nos papéis sociais é acompanhada pela desvalorização estética do corpo, que sinaliza a finitude.

## 1. 2. A medicalização e a patologização do climatério

A medicalização é um processo de expansão de campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamento humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2006). A medicalização social seria o resultado da evolução do conhecimento em ciência da saúde aplicada a grandes contingentes populacionais poucos modernizados, ofuscando saberes e práticas não científicas, populares ou tradicionais. Essas práticas e saberes foram importantes nas ações autônomas para cuidados em saúde, mas estão em extinção ou transformação (TESSER, 2006).

A medicalização social está associada à perda do potencial cultural para manejo de situações de dor, adoecimento e sofrimento. As perdas sociais e culturais desequilibram a sinergia entre ações autônomas (realizadas pelo indivíduo ou seus pares no meio social autóctone) e ações heterônomas em saúde realizadas e controladas por agentes profissionais institucionalizados (especialistas) (TESSER, 2006).

Tesser (2006) defende ainda a tese de que os saberes e tecnologias correntes da biomedicina, no seu funcionamento e no uso, possuem uma força intrínseca que tende a pressionar a interação médico-paciente para medicalização.

O primeiro movimento da mulher com alterações sugestivas do climatério é a busca de informações e atenção do serviço representado pelos profissionais de saúde, visando a indicação e orientação dos melhores procedimentos para alívio dos sintomas e manutenção da saúde. Essa busca é motivada por uma sociedade que cultiva a juventude e considera o climatério como sinônimo de envelhecimento, com perdas sociais, da sexualidade e do padrão de beleza, o que muitas vezes contribui para a instituição da medicalização.

Baseando em informações da mídia e da própria biomedicina, cresce a expectativa da mulher pelo encontro de algum profissional que reconheça seu estado de saúde e ofereça algum “tratamento”. Neste ponto pode ocorrer realmente uma maior medicalização, mas também a oportunidade de estímulo à implementação de ações autônomas de cuidado, com participação ativa em ações responsáveis de preservação da saúde.

É importante que o profissional de saúde possa fornecer à paciente não só as informações sobre doenças, tratamentos, exames, mas conhecer a história de cada

uma, sabendo que seu passado, presente e futuro estão interligados. Neste contexto é necessária uma mudança de atitude da equipe de saúde visando uma atenção “desmedicalizante”, promovendo a autonomia da mulher, que participará das decisões de possível medicalização e de outras condutas. O ensino da medicina ocidental tecnocrata, firmada em princípios científicos bem definidos, vem formando o médico, colocado muitas vezes como figura central no atendimento, baseando sua ação principalmente na medicalização, dificultando esta mudança de atitude (TESSER, 2006).

No que se refere ao climatério, podemos observar a instituição de protocolos e orientações de conduta, baseados em extensos estudos, com fins de orientar os profissionais quanto ao tratamento da menopausa. Como vimos a própria terminologia sugerida, terapia hormonal da menopausa (THM) conduz à idéia de que a menopausa deve receber um tratamento medicamentoso à base de hormônios.

Da mesma forma, a desconsideração, por instituições importantes como a *International Menopause Society*, citada por Pinho (2007), do valor de tratamentos alternativos do climatério, contribuem para reforçar a medicalização nesta fase da vida. Entretanto existem trabalhos como de Gallo et al (2004), falando da importância da dieta e da fitoterapia na melhoria da qualidade de vida das mulheres que vivenciam o climatério.

O custo do tratamento medicamentoso tem levado ao serviço público de saúde, pacientes de baixo poder aquisitivo, à procura de alternativas de tratamento da menopausa. Também as informações midiáticas relacionadas ao assunto e a troca de informações entre as mulheres têm motivado muitas pacientes com melhores níveis sócio-econômicos a procurarem alternativas. Em ambos os casos são observados muitas vezes a procura pela fitoterapia, acupuntura, homeopatia, seja nas Unidades Básicas de Saúde ou nos consultórios particulares.

A prática tem demonstrado também o anseio das mulheres por um atendimento mais demorado, com tempo suficiente para a colocação de queixas, dúvidas, esclarecimentos, orientações, o que geralmente não é encontrado no serviço público de saúde. Embora esta demanda seja melhor atendida nos serviços complementares, também nesses serviços não se encontram, em geral, equipes habilitadas ao atendimento específico do climatério. Há que se considerar ainda, que as mudanças do climatério acontecem nas mulheres que continuam em sua vida, interagindo com a família, filhos, marido ou namorado ou ausência de companheiro,

viuvez, trabalho e outras interações sociais que vão influenciar no seu sentir e agir. O desestímulo, o cansaço e a perda da auto-estima, associados aos transtornos físicos podem piorar sua qualidade de vida.

Para se defrontar com o desafio de atendimento a essas clientes, se faz necessário ao profissional de saúde aprofundar o entendimento desta fase de mudanças e assim se habilitar a prestar um atendimento de qualidade. O anseio da desmedicalização não significa que a paciente no climatério possa prescindir de orientações e tratamentos adequados de patologias ocasionais ou relacionadas ao seu estágio de vida. É necessário considerar todos os aspectos benéficos, riscos e as limitações de terapias necessárias. Concordando com Tesser (2006), a grande dificuldade no processo de desmedicalização pode estar ligada a duas características típicas do sistema de saúde: o controle e o autoritarismo, que particularmente na rede básica de saúde, tem conseqüência desastrosa, pois a viabilização e a negociação da terapêutica, a legitimação da relação de cura e aderência dos pacientes estão em interação a todo o momento.

A obsessão pelo controle, ao qual se associa o autoritarismo causa dificuldade nas relações e reforça a medicalização mesmo sendo esta um forte apelo na conduta em pacientes vivenciando o climatério. Em função da pressão medicalizante instituída pela biomedicina, observa-se uma demanda por alternativas que possam se colocar como estratégias para passar nesta fase de vida.

Desta forma, a cada dia é maior o número de mulheres que não se dispõem a se submeter à THM e buscam caminhos não só médicos, mas em atividades de preservação da saúde, como a boa alimentação, os exercícios físicos, o lazer, a melhora da auto-estima, a harmonia em casa e no trabalho.

Por esta razão torna-se interessante conhecer o fenômeno, do climatério sob a ótica de quem a vivencia, o que nos motivou a estudá-lo sob esta visão. Para tal usamos o Interacionismo Simbólico, como uma metodologia que poderá nos trazer dados que facilitarão possíveis mudanças nas atitudes medicalizantes e abrir caminho para uma proposta de interação benéfica às pacientes desta fase de vida.

### **1.2.1 Tratamento do climatério: conseqüência da medicalização**

Dentre as várias maneiras de se compreender o processo de medicalização da sociedade, Ilich (1975) o descreve como um fenômeno que torna a medicina

controladora da sociedade através da invenção de desvios e patologias que desnaturalizam a vida cotidiana, deixando as pessoas em desarmonia com seu meio. É o que acontece no caso do climatério, seu tratamento passou a ser desejado pelas mulheres, pois a sociedade se apóia na medicina para criar conceitos e controles.

Da mesma forma que as mulheres do início do século passado buscavam a ajuda médica para o parto, demonstrando o poder financeiro dos maridos que podiam custeá-lo, na crença de que teriam o sofrimento aliviado ou diminuído (PROGIANTI e VARGENS, 2004), também hoje as mulheres buscam a assistência médica para o climatério. Crêem que recebendo medicamentos poderão ter alívio de seus sintomas e prevenção das graves patologias que podem acometer a mulher ao longo dos anos.

A partir de 2004 o departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia (DEFA) da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, formulou critérios importantes na conduta terapêutica das pacientes de menopausa, considerando que a THM está indicada para alívio dos sintomas vasomotores, conservação do trofismo urogenital, preservação da massa óssea e do colágeno, melhora do bem-estar e da sexualidade. No entanto, não indica a THM para prevenção da doença cardiovascular secundária, ou seja, nas mulheres que já sofreram infarto ou apresentam evidências de doença coronariana. Também não há evidências conclusivas de sua indicação na prevenção das doenças cardiovasculares primárias. Por isso propôs a terminologia THM (Terapia Hormonal da Menopausa) em substituição a até então usada, TRH (Terapia de Reposição Hormonal), considerando que não ocorre uma reposição hormonal real. Nem sempre se usa hormônios idênticos aos produzidos pelos ovários da mulher, e quando são usados, nem sempre atingem níveis hormonais da menacme (CLAUPACH et al,2005).

Pinho (2007) afirma que a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade e morbidade em mulheres na pós-menopausa e que junto às medidas gerais de prevenção primária, como perda de peso, interrupção do tabagismo, redução da pressão arterial, controle do diabetes e dos lipídios, há evidências de que a THM pode ser cardio-protetora. Deve ser iniciada na peri menopausa e continuada em longo prazo, interferindo positivamente no perfil lipídico e na síndrome metabólica (fatores de risco cardiovascular) (PINHO, 2007).



São colocadas como contra-indicações da THM o câncer estrogênio dependente, como o câncer de mama e/ou endométrio; o tromboembolismo agudo; a trombofilia hereditária ou adquirida, por anticorpos anti-fosfolipídeos ou neoplasias; a história prévia de tromboembolismo; o sangramento vaginal ou lesões endometriais ou mamárias ainda não definidas e as hepatopatias. Cuidados devem ser observados nas pacientes com tabagismo, obesidade, imobilizadas, pós-cirúrgicas, com varizes grossas, devido ao potencial risco de tromboembolismo. Também naquelas com mastopatia funcional, miomas e cistos ovarianos. A individualização e escolha do esquema de THM devem se discutidas com a paciente e avaliados os benefícios potenciais, minimizando os efeitos adversos. O ideal seria o uso de hormônios idênticos ao do ovário (estradiol e progesterona), podendo-se considerar outras opções. O uso do estrogênio deve ser evitado na hipertensão arterial, colecistopatia e fatores de risco para trombose. (CLAUPACH et al,2005).

As doses dos hormônios devem ser as mais baixas possíveis, sendo aconselhável o uso de progestágenos e estrogênios nas mulheres com útero, para prevenir a hiperplasia endometrial e o câncer. Baixas doses de estrogênio administradas por via vaginal podem ser usadas para atrofia urogenital genital e não requer o uso de progestágenos (PINHO, 2007).

Aconselha-se a obtenção do peso ideal, com dieta hipocalórica, pobre em gorduras saturadas, ricas em grãos, vegetais, redução do consumo de cafeína e um aporte de cálcio de 1000 mg por dia, seja através da dieta ou por suplementação oral com vitamina D. Também exercícios físicos como dançar, brincar, caminhar, jardinar, cozinhar, nadar, fazer ginástica etc. aumentam a resistência do tecido magro esquelético; reduzindo a hipertensão arterial, a gordura abdominal, a resistência a insulina e reduz-se os eventos coronarianos (CLAUPACH et al,2005).

Segundo Pinho (2007), a Terapia Hormonal da Menopausa traz benefícios significativos para as mulheres que apresentam menopausa espontânea ou iatrogênica antes de 45 anos de idade, especialmente aquelas com menos de 40 anos. Preconiza o seu uso até, pelo menos, à idade normal da menopausa. Também enfatiza a necessidade do acompanhamento médico, com pelo menos uma consulta anual, avaliação laboratorial, além da discussão quanto ao estilo de vida, riscos e benefícios, e a participação da paciente na decisão do tempo de manutenção da terapia. A reposição de androgênio deve ser feita em mulheres com sinais clínicos

de insuficiência androgênica, como naquelas o ooforectomizadas ou em falência adrenal (PINHO, 2007).

Assim a medicalização se manifesta na vida das mulheres no climatério, impondo conceitos que desnaturalizam esse período de vida e prometendo benefícios que não pode cumprir.

Quanto aos tratamentos alternativos, o mesmo autor relata a necessidade de estudos adicionais, uma vez que não foram demonstradas a eficácia e segurança dos medicamentos alternativos, razão pela qual não aconselha o uso de hormônios bioidênticos (PINHO, 2007).

Gallo et al, (2004) ressalta a importância da dieta rica em vegetais, como frutas, verduras, cereais, leguminosas, sementes e nozes, como fonte de vitaminas, carotenóides, flavonóides e polifenóis. Para redução dos sintomas mais incômodos da menopausa algumas plantas são citadas por este mesmo autor, tais como a *Cimicífuga*, *Angélica*, *Ginseng*, *Alcacuz*, *Salvia* e *Agnus castus*.

A *Cimicifuga* determina nítida melhora dos sintomas neurovegetativos e psíquicos em mulheres com menopausa fisiológica após quatro semanas de terapia, também o *Agnus Castus*, que tem sido indicado em vários distúrbios ginecológicos, como as síndromes pré-menstruais, mastodínia, hiperprolactinemia e déficit da fase lútea. Reduz os sintomas neurovegetativos e do humor na menopausa. Outras plantas como o Hipérico (*Hypericum perforatum*) Kawa-kawa (*Piper methysticum*), a *Valeriana* (*Valeriana officinalis*), a *Melissa* (*Melissa officinalis*), a *Passiflora* (*Passiflora alata*) e o Ginkgobiloba, podem ser usados para auxílio do tratamento das pacientes na menopausa (GALLO, et al, 2004).

### **1.3 A enfermagem e o cuidado à mulher no climatério.**

Cuidar, do latim *cogitare*, significa cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atenção a, ter cuidado com a saúde de, curar (CUNHA, 1986). A enfermagem vem construindo seu conhecimento sobre cuidado apoiando-se no paradigma humanístico. Nessa perspectiva, a enfermeira reflete sobre as formas e os valores das ações de cuidado, em seu processo de trabalho, particularmente a uma faixa da população feminina que, atravessando um período de vida que dura cerca de quinze anos, encaminha-se para a longevidade.

O modelo biomédico está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações biológicas sobre o paciente (DAVIS-FLOYD, 2001). A saúde é definida através de parâmetros físicos e químicos, e como resultado disso há o uso freqüente de definições numéricas para estados de saúde e doença. Essa perspectiva não inclui as dimensões sociais e psicológicas dos problemas de saúde, nem o contexto em que aparecem, ou seja, não levam em conta o significado da doença para o paciente e para aqueles que o rodeiam.

Na obra “O Cuidado Humano: resgate necessário”, de 1998, Waldow relata a evolução da enfermagem enfatizando a tendência de uma abordagem humanística. Assim, enfermagem é uma profissão que lida com o ser humano e interage com ele. Para isso requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais. Na busca da integralização do cuidado, entende-se que, além de se constituir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e uma ciência. Forma-se, portanto, a visão holística do cuidar. Cuida-se do paciente, com o paciente quando possível, desenvolvendo verdadeiramente uma ação interativa (WALDOW, 1998).

A prática da ciência da enfermagem é na verdade, a prática do cuidado. É necessária uma reflexão sobre a história da humanidade para se entender que a prática do cuidado alavancou a criação do saber estruturado da enfermagem. Foi a necessidade de cuidar da vida que levou ao nascimento dos numerosos ofícios, prelúdio das grandes descobertas científicas. E na raiz dessas grandes descobertas estão os saberes empíricos, que por sua vez, poderão ser substituídos pelos saberes da ciência (COLLIÈRE, 2003).

A necessidade de preservar a vida conduziu ao desenvolvimento de maneiras de cuidar dos instrumentos, dos animais domésticos, das colheitas, das plantas e dos seres, crianças, adultos, vivos e mortos. Daí originou todo um conjunto de práticas (alimentares, sexuais, relativas ao vestuário, ao corpo, a habitação, ao planeta), que conduziram a modos de fazer, costumes que, ao se ritualizarem se tornaram tradições e crenças. Os cuidados foram criadores, inovadores, geradores de saber. E nos relacionamentos de homens e mulheres com o universo que os envolve, é que se construíram os saberes empíricos, que buscam tornar o universo um aliado na defesa da vida (COLLIÈRE, 2003).

Garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie leva em conta tudo o que é necessário para garantir as funções vitais: a energia, o alimento, a proteção

pelo vestuário e o abrigo contra intempéries. Essa necessidade dá lugar a um conjunto de atividades, de acordo com os recursos locais, que serão assumidos por homens e mulheres. A organização das tarefas promove a divisão sexuada das mesmas, surgindo então o lugar do homem e da mulher na vida social e econômica (COLLIÈRE, 1999).

Garantir a sobrevivência sempre foi e continua sendo um fato cotidiano, advindo daí uma das mais velhas expressões da história humana: “tomar conta”. O primeiro sentido dessa expressão remete à idéia original de “tomar conta”: das crianças, das plantas, dos instrumentos, das mulheres, não significando necessidade de dar medicamentos. O outro sentido é Cuidar que é “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (COLLIÈRE, 1999).

Na tentativa de manutenção da continuidade da vida surge o pensamento científico, substituindo o pensamento mágico que procura conciliar o homem e o universo, questionando o que é bom e o que é mal. As noções do bem e do mal permitem o surgimento dos shamans e dos sacerdotes. Os primeiros darão origem às “profissões” e os sacerdotes, às “pessoas de ofícios”, que pelo seu saber e desenvolvimento de sua tecnologia, abrirão caminho aos sábios, aos homens da ciência (COLLIÈRE, 2003).

No final da idade média, as profissões oriundas dos sábios (médicos e juizes), firmam a superioridade das pessoas letradas sobre as não instruídas, consolidando valores que colocam os saberes empíricos sob desconfiança e desconsideração (COLLIÈRE, 2003).

O procedimento das ciências exatas e a aplicação de suas teorias ao conjunto dos setores industriais e de serviços, criaram uma desvalorização dos saberes das pessoas, menosprezando suas experiências. Pode-se ver isso nos agricultores expulsos de suas terras, na informatização, na criação de métodos e diretrizes científicas de trabalho em série, levando o homem à perda da referência de identidade e esgotamento dos saberes ligados às faculdade do coração e espírito (COLLIÈRE, 2003).

Cinco a seis séculos após sua condenação, os saberes empíricos se tornam objetos de ciência e investigação, através da antropologia, da história oral e até mesmo das ciências exatas. Há os que pensam que a diversificação e a perda dos saberes conduzem à perda da humanidade, e por isto tentam seu resgate. Aqui se

incluem Paulo Freire, Ivan Illich, trabalhadores de saúde e ação social, enfermeiros de saúde comunitária e muitos outros (COLLIÈRE, 2003).

Diferentemente da cultura ocidental, no oriente, especialmente na China, a questão do cuidado no sentido de manter a saúde e prolongar a vida, segue uma linha com informações claras, que passaram por gerações e gerações. O Nei Ching, livro clássico que contém os Tratados da Medicina Chinesa, escrito há 4500 anos, sistematiza conhecimentos filosóficos e experiências clínicas e patológicas, acumulados nos quatro séculos precedentes e ainda hoje é objeto de estudos e dá diretrizes para o cuidado à saúde. Nesse livro é esclarecida a questão do TAO (O caminho do autodesenvolvimento), moldado de acordo com o Yin e o Yang (os dois princípios da natureza), a base do equilíbrio e da saúde. A orientação para uma vida longa e a saúde propõe, entre muitas outras coisas, a temperança no comer e no beber, nas paixões e desejos, no cuidado com os ventos nocivos, o respeito à harmonia e à obediência, a alegria independente do vestuário e da posição social, enfim, a sensatez, a virtude, a ausência de medo, estando em harmonia com o TAO (WONG,1995).

Uma diferença flagrante entre as abordagens oriental e ocidental na saúde é que na sociedade do leste asiático, o conhecimento subjetivo é altamente valorizado. Para os profissionais de saúde asiáticos tanto o pensamento subjetivo quanto o objetivo têm o mesmo valor, Aceitam os juízos subjetivos, tantos seus quanto dos seus pacientes, sem ver neles ameaças à competência médica ou à integridade pessoal. Como consequência, não existe uma preocupação a respeito da quantificação, tendo a clara consciência de que estão lidando com sistemas vivos, em fluxo contínuo, para o que são consideradas suficientes as avaliações qualitativas (CAPRA, 1982).

Hipócrates, 400 a.C., foi o primeiro médico a ensinar que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas por fenômenos que podem ser estudados cientificamente e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta de vida de cada indivíduo. Reconheceu que havia forças curativas inerentes ao seres vivos, forças a que chamou de “poder curativo da natureza”, e que o papel do médico era ajudar essas forças naturais criando condições favoráveis ao processo de cura. Esse é o significado original da palavra terapia, que deriva do grego therapeuin (dar assistência, cuidar de) (CAPRA, 1982).

A prática de enfermagem, segundo Collière (2003), está ligada com um passado longo, o “das mulheres que cuidam”. Essa prática conduziu ao acúmulo de saberes que conferiram a estas mulheres o forte poder sobre o destino e a vida das pessoas, o que se tornou uma ameaça para o poder dos detentores da medicina erudita. Por isto, do Século XIV ao Século XVIII, houve uma verdadeira “caça às bruxas”, conduzida pelas igrejas católica e protestantes, condenando os saberes dessas mulheres, e passando a reconhecer socialmente somente as mulheres consagradas. Estas vão atingir o seu apogeu durante o Século XIX até meados do Século XX, e sob a influência dos sacerdotes vai prevalecer a supremacia do espírito sobre o corpo. Isto distancia o cuidado com o corpo e surgem as regras conventuais para regular as práticas de cuidados das mulheres consagradas. Aparece a ajuda substituindo a inter-ajuda (COLLIÈRE, 2003).

A evolução tecnológica promove uma mudança na concepção de cuidado, que passa do “cuidado aos doentes” para o tratamento das doenças. Surge daí a nova profissão: a enfermeira, da qual se espera o mesmo que se esperava da mulher religiosa, a abnegação e o esquecimento de si mesma. Mas também surge a necessidade de aquisição, pela enfermeira, de saber técnico, esperado e ensinado pelos médicos. Isto lhes impedia de buscar junto às pessoas cuidadas, saberes próprios da natureza dos cuidados, que não fossem ligados aos tratamentos médicos (COLLIÈRE, 2003).

As concepções de um trabalho científico e racional, hierarquizaram o exercício profissional através de uma divisão do trabalho em tarefas nobres e valorizadas e aquelas servis, relegadas a auxiliares que necessitam poucos conhecimentos (COLLIÈRE, 2003).

Ao longo do Século XX a profissão de enfermagem lutou e conseguiu entrar para a universidade, e tem agora a responsabilidade de reconstruir saberes próprios da prática de cuidar. Seus desafios:

- Reencontrar o sentido original dos cuidados – saber que existe diferença entre cuidar e tratar. Cuidar é ter em conta, dar sentido a tudo o que contribui para mobilizar, desenvolver a vida.
- Demonstrar que os cuidados de apoio à vida são indispensáveis – distinguir os cuidados que contribuem para manter a vida, dos cuidados de recuperação (dos tratamentos).

- Permitir a expressão e levar em consideração o saber dos usuários. Eles são as primeiras fontes de conhecimentos de qualquer situação de cuidado. Detêm o fio condutor de todas as situações, possibilitando desenvolver com eles outras fontes de conhecimento.
- Distanciar de condutas inspiradas em modelos pré-estabelecidos, permitindo aos prestadores de cuidados construir seu próprio saber, elaborar seu pensamento, descobrindo o que dá sentido, significado e orientação aos cuidados de enfermagem. É servir-se da ciência para compreender os fenômenos da vida.
- Restituir aos cuidados um poder libertador, desenvolvendo com os usuários, cuidados que aumentem o poder de existir, realizar, considerando as dificuldades da vida.
- Reduzir a distância entre os que pensam e os que executam. Sem o saber dos usuários e dos prestadores de cuidados, não será possível a construção do conhecimento que faça valorizar e reconhecer os cuidados de enfermagem. O conhecimento é uma dinâmica permanente daquilo que nos faz nascer cada vez mais para a vida. Os cuidados são fontes de conhecimento. “Conhecer melhor para cuidar melhor” (COLLIÈRE, 2003).

A noção de passagem é universal, é encontrada em todas as sociedades. Porém a natureza das passagens, o seu espaçamento, a marca simbólica que lhe é conferida, diferem com o modelo cultural e em função de uma época. A passagem é uma prova de adaptabilidade. Ela é o resultado de mudanças biológicas, afetivas, sociais que estão em constante interação, além de serem influenciadas pelos costumes, aos quais se ligam símbolos e significados.

Desta forma, as grandes passagens, nascimento e morte, pela sua gravidade e importância, foram, em todos os tempos, rodeadas por costumes revestidos de um caráter sagrado. O sagrado é o que une os homens entre si pela adesão a um sentido, a uma dimensão simbólica (COLLIÈRE; 2003).

Collière (2003) discute a contribuição dos cuidados nos diferentes momentos decisivos da vida. Assim, uma das características mais importantes da vida é estar em movimento, ou seja, estar em transformação. Inserida no percurso do tempo, inscrita na trajetória da história, a vida de todo ser vivo percorre passagens.

A sucessão de passagens exige, para serem ultrapassadas, que sejam envolvidas por cuidados. A característica desses cuidados é que foram elaborados e estabelecidos para assegurar que toda a vida humana se realize e seja transmitida. Seja a partir do nascimento, em torno da morte, na ocasião de uma doença, de um acidente ou durante envelhecimento, a variedade da natureza dos cuidados é determinada pelas respostas que são esperadas, ou seja, em relação ao que tem que ser adquirido, desenvolvido, readquirido, compensado, mantido ou suprido de modo vital, temporária ou definitivamente. As ações expressas pelo verbo cuidar estão presentes em todas as passagens da vida: ser cuidado, cuidar-se, cuidar, voltar a ser cuidado. Isso traduz a indispensável necessidade de cuidados, sem que para isso haja doença (COLLIÈRE; 2003).

Estudos para compreender como se desenvolvem essas grandes passagens da vida, promovem a melhor compreensão da importância e da finalidade dos cuidados, considerando também as variáveis individuais e de contexto que interagem com as características do evento, possibilita a enfermagem um enfoque inovador de cuidado (ZAGONEL, 1999).

O cuidado transicional humano está ligado de alguma forma a cada estágio do desenvolvimento, favorece a maturidade, o crescimento em busca de maior equilíbrio e estabilidade. Estando a transição relacionada à mudança e desenvolvimento, acomodando processos vitais contínuos dos seres humanos, são obtidas respostas variadas, pois incluem aspectos externos (rituais) e internos (emoções) que podem interferir numa passagem bem sucedida. Considerando esses aspectos é que surge o cuidado de enfermagem, com a finalidade de facilitar os eventos físicos e emocionais, em direção à uma transição saudável.

Valorizar o saber expresso das usuárias, favorece a construção de novos modelos, permite aprofundar a compreensão das grandes características dos fenômenos da vida: energia, espaço, tempo, limites, mitos e crenças, hábitos de vida. Essas características devem ser consideradas em interação social.

O Interacionismo Simbólico foi tomado como referencial de estudo no presente trabalho por vir ao encontro do pensamento de Collière (2003): o desafio de construção do saber da enfermagem, dentro da proposta do cuidar para garantir a continuidade da vida.



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Ao realizar a pesquisa qualitativa, que busca conhecer o significado do climatério para as mulheres que o vivenciam, optamos pelo referencial Interacionismo Simbólico. Em especial por conceber a sociedade como composta de indivíduos e grupos em interação, tendo como base o compartilhar de sentidos ou significados, sob a forma de compreensão e expectativas comuns (HAGETTE, 1997).

### 2.1 Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico, segundo Haguette (1997) firmou-se como uma orientação teórica da psicologia social, no campo da sociologia no final do século XIX. Foi George Herbert Mead, filósofo e professor da Universidade de Chicago, que mais contribuiu para o conjunto dos conceitos da perspectiva interacionista na obra “Mind, Self, and Society”, organizada em 1937, por seu aluno Herbert Blumer. Nela se encontra a exposição da complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, a gênese do self, o processo de construção de significantes e o modo de comportamento da mente, que destaco a seguir, baseados nas conceituações de HAGETTE, (1997), ARAÚJO et al (2005), CARVALHO e SILVA (2005).

**Sociedade** – A associação humana surge somente quando cada indivíduo percebe a intenção dos atos dos outros e, então, constrói sua própria resposta. A atividade grupal cooperativa se diferencia particularmente por essa ação intencional, pois faz do comportamento humano o resultado da interpretação não apenas da ação, mas das intenções dos outros, traduzidas por gestos simbólicos, passíveis de interpretação, É a comunicação humana que atribui significado aos símbolos (HAGETTE, 1997).

Desta forma, o Interacionismo Simbólico afirma que a sociedade humana se funda na base do consenso de sentidos compartilhados, sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Cada sociedade tem uma cultura criada e continuada ao longo do tempo, que é tomada pelos atores como guia para a ação. Isto é, as ações sociais dos indivíduos na sociedade são constituídas por eles através de um processo de interpretação (HAGUETE, 1997). Nessa relação surge o

aspecto subjetivo do comportamento humano, que integra o processo de formação e manutenção do self-social (CARVALHO e SILVA, 2005).

**Self** – É no contexto social que o *self* surge e se desenvolve. O indivíduo interage consigo mesmo, da mesma forma que ele age socialmente com as outras pessoas, ou seja, o ser humano possui um *self*. O processo de sua formação inicia-se na infância, quando a criança imita os outros. Posteriormente, internaliza o significado e assume diferentes papéis sociais, fazendo uma espécie de jogo conhecido pelo Interacionismo Simbólico como papel coletivo (HAGUETTE, 1997).

Todo ato social é resultante da interação entre o eu e o mim. Sendo o eu a resposta para a atitude do outro, que interage com si próprio. O mim é a organização das atitudes, padrões consistentes compartilhados com os outros. Assim é formado através das definições feitas por outros que servirão de referencial para que ele possa ver-se a si mesmo. A formação do *self*, bem como do ato humano, tem uma fundamentação social, não sendo, portanto, estáticos. Eles evoluem ou se modificam de acordo com as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo vivencia consigo mesmo e com os outros (HAGUETTE, 1997).

**Mente** - A mente é um processo que se manifesta quando o indivíduo, usando símbolos significantes, interage consigo próprio, ou seja, representa a comunicação de significados em interação simbólica com o *self*. O que significa que é através da atividade da mente que o indivíduo define linhas de ação em relação às coisas (HAGUETTE, 1997).

É a sociedade, através da interação social, que forma a mente. A atividade mental envolve sentidos ou significados que são atribuídos aos objetos, definindo-os. A percepção é mais do que a impressão exterior de objetos ou eventos. A mente através da percepção estabelece o ambiente e os objetos sociais que dele fazem parte. Desse modo, o significado de um objeto é a imagem do padrão de ação planejada pelo indivíduo, em interação social. (HAGUETTE, 1997).

As idéias de Blumer (1969) são sintetizadas por Haggette (1997) quanto às premissas do Interacionismo Simbólico e as aponta como sendo:

- os seres humanos agem em relação às coisas tomando por base o significado que as coisas têm para ele;

- o significado das coisas surge da interação social que a pessoa tem com seus semelhantes;
- os significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa, ao lidar com as coisas e situações que ela encontra.

A partir dessas premissas, o Interacionismo Simbólico relata que a interação é que determina o que é real, define os objetos e a utilidade dos conhecimentos, compreendendo os seres humanos de acordo com suas ações. Investiga a real conduta humana, estudando os atos sociais, decorrentes das experiências vivenciadas. Relata que a conduta humana deve ser basicamente compreendida através da interação social que os indivíduos estabelecem uns com os outros (SANTOS e NOBREGA, 2002).

O Interacionismo Simbólico sugere que os indivíduos construam suas experiências através do pensamento subjetivo e que o pensamento é particular de cada indivíduo, sendo que a estrutura simbólica que origina o pensamento organizado deriva das relações humanas, portanto, é socialmente compartilhada (ARAÚJO, OLIVEIRA E FERNANDES 2005).

O Interacionismo Simbólico deixa transparecer o significado das coisas refletido na interação, ou seja, o ser humano age com base no significado que as coisas têm para ele, definindo como coisa tudo que o homem percebe em seu mundo. Desse modo, o significado que atribuímos ao mundo que nos cerca, é resultante da interação social que o indivíduo estabelece com outras pessoas. Esses significados podem ser manipulados ou modificados pelo indivíduo, através de processo interpretativo usado quando se depara com situações, ou seja, o homem se firma como ator social. O sentido que as coisas têm para o comportamento humano, é de fundamental importância para o interacionismo simbólico (ARAÚJO, OLIVEIRA E FERNANDES 2005).

Segundo Blumer (1969), o Interacionismo Simbólico vê o ser humano ativo e rejeita-o como passivo e determinado. Ele age no presente influenciado pelo passado e pelo presente. O ser humano é livre naquilo que faz. Ele define o mundo em que age e escolhe conscientemente a direção de sua ação. Enfatiza ainda alguns princípios do Interacionismo Simbólico: a sociedade é formada por indivíduos que estão interagindo. A atuação humana se dá no mundo que foi definido pelos próprios indivíduos e pela sua própria interpretação da sociedade.

Assim a realidade existe somente na experiência humana e ela só aparece sob forma de como os seres humanos vêem o mundo.

A mulher age conforme os significados que, em diálogos consigo mesmo e com os outros, atribui a vivência do climatério, segundo os estudos do Interacionismo Simbólico. Na busca por cuidados, referencia-se à unidade de saúde, onde ocorre a interação com os profissionais de saúde, dentre os quais a enfermeira. Assim, de posse do significado dessa experiência, a enfermeira aplica seus conhecimentos na prática, ao prestar assistência ao ser humano, nas diversas fases da vida, especialmente no climatério, objeto deste estudo.

## **2.2 A *Grounded Theory***

A Teoria Fundamentada em Dados ou *Grounded Theory* é uma abordagem metodológica com raízes no Interacionismo Simbólico, que foi desenvolvida por Glaser e Strauss e descrito na obra “The Discovery of Grouded Theory”, de 1967.

Segundo Cassiani, Caliri e Pelá (1996), trata-se de um método de pesquisa qualitativa, que aplica procedimentos sistemáticos para desenvolver uma teoria, através dos métodos dedutivo e indutivo, com base nos dados investigados, ao invés de testar uma teoria já existente.

É uma metodologia de campo que objetiva gerar construtos teóricos que explicam a ação no contexto social sob estudo. O investigador procura processos que estão acontecendo no cenário social, partindo de uma série de hipóteses que, unidas umas às outras, podem explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas (SANTOS e NOBREGA, 2004).

A *Grounded Theory* tem contribuído significativamente para a expansão do conhecimento em enfermagem, por se tratar de uma abordagem interpretativa e sistemática, que extrai da experiência e da realidade dos atores sociais envolvidos, o caminho para chegar a resultados confiáveis que possam gerar ações. (SANTOS e NÓBREGA, 2002).

E característica da Teoria Fundamentada em Dados a obtenção e análise de informações, de forma sistemática e comparativa constante. Essa análise comparativa constante dos dados origina as “categorias”, que procuram explicá-los. As categorias emergentes levam a coleta de novos dados o que se constitui a chamada “amostragem teórica”, Quando não surgirem novos dados ou se houver

repetições estamos diante do que denominamos “saturação teórica”. (Glaser e Strauss, 1967; Glaser, 1978; Glaser 1992)

O processo de tratamento dos dados segue, ainda, os seguintes passos, conforme Glaser (1992):

- **Codificação:** procedimento que aplica o sistema de codificação aberta. Os dados são examinados isoladamente, fazendo assim a codificação substantiva, por codificar a “substância dos dados”.
- **Categorização:** Nesse processo os dados codificados são comparados entre si e agrupados em categorias, que são uniformidade e/ou padrão dentro de um conjunto de incidentes descritivos.
- **Construção de conceitos:** Normalmente é usado um alto nível de abstração. O investigador visa identificar os principais problemas na cena social. A seleção de problemas de interesse para o estudo é feita ainda pela comparação constante, desta vez com a sensibilidade teórica do pesquisador. É o implícito, o significado. Surgem então os primeiros sinais da teoria emergente.
- **Desenvolvimento de conceitos:** Conceituando dados pela constante comparação de incidente com incidente, e incidente com conceito o analista trabalha para emergir mais categorias e suas propriedades. Esse processo é chamado redução. O pesquisador busca expandir e embasar a teoria emergente. Outro processo envolvido, denominado amostra seletiva coleta, seletivamente, dados para determinar as condições em que ocorrem, como se desenvolvem hipóteses e categorias principais ou variáveis, sendo os conceitos teóricos, desse modo, expandidos, dimensionados e limitados.
- **Modificação e integração de conceitos:** fase dominada pela memorização escrita e pela codificação teórica que integram e delimitam a teoria emergente. Os conceitos são comparados a outros mais desenvolvidos e estes com dados para sua validação, visando descobrir sua inter-relação. A análise comparativa é constante. Pelo mesmo ato de conceituar dados, é estabelecida contínua atenção aos padrões implícitos envolvidos nos incidentes codificados, combinando abordagens indutivas e dedutivas.
- Finalmente na produção do relatório de pesquisa é apresentada a teoria substantiva conforme dados oriundos da investigação. O estilo de escrita

adotado pelo analista usa implícita ou explicitamente as conexões conceituais teóricas.

A Teoria Fundamentada nos Dados foi aplicada à pesquisa com mulheres, que estão na faixa etária do climatério, com a intenção de conhecer o significado dele nos processos, que estruturam a experiência social e dessa maneira, gerar possíveis modelos teóricos, que podem ser utilizados para compreender a realidade do contexto das ações humanas, no caso ações de mulheres no climatério.

## **2.3 Trajetória do estudo**

### ***O cenário da pesquisa***

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde do situada no bairro Canaã, no município de Ipatinga, em Minas Gerais, que é referência para a Atenção Básica envolvendo uma população de 20.000 habitantes. A Estratégia de Saúde da Família ainda não é desenvolvida em sua total concepção, por ser uma atividade recém implantada no município. Oferece atendimento médico e de enfermagem nas clínicas básicas: pediatria, clínica geral e gineco-obstetrícia. São realizados também curativos e administração de medicamentos, destacando-se a vacinação. É incentivado e valorizado o trabalho educativo com grupos, principalmente de mulheres, nessa unidade.

A escolha dessa unidade como cenário deveu-se ao fato de, por ser unidade de referência, concentrar-se ali um grande número de mulheres que buscam atendimento para si ou que freqüentam a unidade para acompanhar outros usuários em busca de atendimento.

### ***As informantes***

Atendendo às características do estudo e aos critérios de inclusão, as informantes foram seis mulheres com idade entre 45 e 55 anos e que freqüentaram a Unidade Básica de Saúde. Estas foram sendo incluídas no estudo segundo o princípio da formação de grupos amostrais (STERN, 1980; CHARON, 1985), de modo que a análise dos depoimentos de cada informante apontava características a serem observadas nas depoentes seguintes. Desse modo, inicialmente foram entrevistadas 2 mulheres com idade de 45 e 47 anos. A seguir foram entrevistadas 2 mulheres com idades superiores a 51 anos. A análise destes depoimentos indicou a

inclusão de mulheres que, independente da idade (entre 45 e 55 anos) tivessem vivenciado ou estivessem vivenciando o climatério ao mesmo tempo em que cuidavam de filhas adolescentes.

### **A coleta de dados**

Os dados foram obtidos através de entrevistas realizadas no período de Janeiro a Maio de 2007. As primeiras entrevistas foram do tipo abertas, tendo com ponto de partida a questão/solicitação: “fale-me sobre sua vida...”. A análise destas primeiras entrevistas indicou a inclusão de temas para as entrevistas subseqüentes, de modo que estas foram semi-estruturadas. O instrumento utilizado para coleta destes novos dados foi um roteiro cujo teor, além do início com a mesma questão/solicitação, teve questões dirigidas para as proposições advindas das entrevistas anteriores (APÊNDICE A).

Todas as entrevistas foram gravadas em arquivos digitais de áudio através de equipamento Mp3 e seus conteúdos transcritos e analisados de imediato, facilitando o processo de análise comparativa constante, preconizado pela abordagem metodológica da *Grounded Theory*. Destaco que na etapa de transcrição das entrevistas foi feito o registro integral do teor das mesmas mantendo os regionalismos e reticências, de modo a manter a fidedignidade do material a ser analisado.

### **O processo de análise dos dados**

A análise dos dados feita por esse método tem o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Para esse fim segue os passos: coleta de dados empíricos, procedimentos de codificação substantiva, categorização, formação do conceito, e finalmente, delimitação do modelo teórico (STERN,1980). A comparação constante entre os dados é a ferramenta de análise usada em todas as etapas. Foram comparados os dados e as observações registradas após cada entrevista, os códigos entre si e com os registros, as categorias, os conceitos e as notas teóricas também.

O primeiro passo da análise foi a transcrição das entrevistas e a distribuição vertical dos discursos. Nesta etapa foram colocadas uma abaixo da outra as frases que contemplavam uma idéia completa, sendo separadas em função de expressões que continham uma ação verbal.

A seguir, foram identificados os códigos iniciais, chamados códigos substantivos, por serem expressões citadas pelos entrevistados, e apresentarem um

sentido de cada afirmação. Tal procedimento implica atribuir significado a cada unidade identificada, usando o tempo verbal do gerúndio, como por exemplo:

UNIDADE	CÓDIGO
<i>“...Com os filhos..., a relação com eles sempre foi muito clara...”</i>	tendo uma relação clara com os filhos

O passo seguinte foi o agrupamento de códigos afins, através do qual foi possível identificar grupos e subgrupos de códigos cuja organização resultou numa categorização provisória. Analisou-se o impacto de cada vivência e manifestação, de modo a identificar a relação entre elas e o significado das mesmas.

CÓDIGOS	CATEGORIA PROVISÓRIA
Sabendo que esta fase vai passar (E2) Vendo de outra forma: vivi até aqui para passar pelo climatério (E5)	Considerando fase da vida

Depois de nomeadas, as categorias foram relacionadas entre si, para compor proposições a serem testadas. Em seguida esses códigos foram dimensionados e categorizados para permitir o aprofundamento dos relacionamentos entre as categorias. Nesta etapa tomou-se por base o modelo de análise e interpretação proposto por Charon (1985), que caracteriza o fenômeno, descreve o contexto em que ele se insere, bem como as condições causais e estratégias de interação e suas conseqüências. Aplicando esse caminho de interpretação dos dados, emergiu um conceito central, com a finalidade de identificar o significado de climatério e a interação entre ele e a enfermagem.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto e aprovado (ANEXO A). A seguir foi solicitada a autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga-MG para a coleta de dados da pesquisa (ANEXO B), de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos e finalidades do trabalho. Sua concordância em participar do estudo, foi atestada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes do início da entrevista, sendo sua participação espontânea. Também foi solicitada autorização das informantes para eventual publicação do teor total ou parcial dos dados informados.



### 3. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados emergiram do processo de codificação substantiva e da categorização resultantes da análise comparativa constante dos dados. A partir deste processo foi possível identificar, descrever e integrar 5 categorias a saber: *Sendo mulher*; *Descobririndo a si mesma vivendo os sintomas*; *Considerando fase da vida*; *Percebendo a relação com o envelhecer*; e, *Buscando estratégias de superação*.

Esta seção trata da descrição das categorias, suas diferentes dimensões (sub-categorias) e sua fundamentação nos dados .

#### **Categoria 1 - Sendo Mulher**

A categoria ***Sendo Mulher*** se refere à presença social da mulher e relata a vivência dos diferentes papéis sociais esperados dela. As entrevistadas mencionaram principalmente os papéis de mãe, esposa e dona de casa, vivenciados na interação familiar.

No papel de mãe, o cuidado com os filhos desde a alimentação e higiene, até o ensino das formas de resolver os problemas do cotidiano, são ações realizadas pelas mulheres, que vivenciam a maternidade, se prolongando ao longo da vida, inclusive durante o climatério.

*“Aí, eu sempre falo para os meus dois filhos: a mãe é mãe e amiga. Se eu casei, eu tenho que assumir meu papel como mãe, mulher.” E3*

Para estas mulheres, ser mãe é ser referência para valores morais construídos com os filhos. Elas são exemplos de responsabilidade e compromisso, trabalho e vida saudável.

*“As meninas já vão crescendo vendo uma mãe saudável, né? Trabalhadeira. Aprendem a ser mulher como eu. Elas são conscientes que trabalho muito, dou conta de tudo, faço dívidas por elas e dou conta”.E2*

Mesmo quando não se vêem na condição de energeticamente estabelecer limites, a mãe se coloca como um exemplo em todas as suas ações, permitindo o desenvolvimento de aprendizado significativo, que se revela no relacionamento futuro de filhos e filhas com outras mulheres, isto é, professoras, trabalhadoras, namoradas, e esposas.

*“Com os filhos, a relação com eles sempre foi muito clara, de mãe que ouve, escuta, ensina... mas nunca fui amiga não. ...Claro tem espaço pra brincar, tem liberdade e tudo, mas eles são filhos e eu sou mãe...” E5*

Ainda no contexto familiar, o papel de esposa ganha destaque, principalmente o impacto das transformações do climatério na vida sexual do casal. Para estas entrevistadas, os desconfortos físicos originados das mudanças funcionais no climatério desencadeiam menor interesse sexual, afetando o relacionamento conjugal.

*“Não que sinto nada de anormal... mas não sinto aquele, sabe, que a gente tinha...desejo sexual de antes.... Agora não tem mais.... Diminuiu muito.” E4*

Paradoxalmente é a presença do companheiro que sinaliza para esta mulher o significado das mudanças do climatério no papel de esposa.

*“Ele acha que agora eu já fiz (menopausa), porque agora atrasou muito, né? Para o marido não fez diferença”. E1*

Embora nos tempos atuais a estabilidade do casamento não tenha as mesmas características que tinha no passado, o papel de esposa continua se manifestando como esperado socialmente. As mulheres que têm seus companheiros buscam uma melhor adaptação do corpo para melhorar o relacionamento sexual. Aquelas que não têm companheiro manifestam o desejo de tê-lo.

*“... a vagina fica mais seca a gente consulta e pede opinião, e com o tempo vai fazendo alguma para melhorar, né. Isto era irritante e você percebe também a mudança na vagina, algo que te incomoda na relação sexual e você já fica incomodada com isso e parceiro não fala nada...comecei usando hormônios...hoje fiz histerectomia.” E6.*

*“Sei que Deus está preparando um companheiro para mim, sei quem é!... Quando chegar na hora de Deus, né, eu quero...” E2*

Continuando com o olhar voltado para o contexto familiar, percebe-se que as atividades rotineiras de donas de casa realizadas pelas mulheres são divididas com e ensinadas aos filhos. Essa interação reproduz a visão social do trabalho doméstico, embora as mulheres entrevistadas fossem também trabalhadoras.

*“Então, assim, é muito cansativo para a gente que é dona de casa cuidar sozinha de duas adolescentes... É que eu gosto muito de trabalhar, sinto muita vontade de trabalhar e de dar conta das coisas, só que eu não tô agüentando nada ...Elas estão aprendendo, a Marcela tem muito expediente pra fazer as coisas dentro de casa”. E2.*

*“Se precisar fazer uma comida eles fazem, não precisa de eu estar esquentando a cabeça. Eu ensinei eles assim, né?” E3*

As entrevistadas, ao analisarem seu contexto fora do ambiente familiar, mencionaram ainda o papel de mulher trabalhadora que luta pela vida. Referem-se à vivência de um papel que não lhes pertence socialmente. As mulheres podem

assumir o papel de provedora do sustento econômico das famílias e sentem-se mais cansadas devido ao acúmulo de atividades. Essa é uma característica do grupo estudado, demonstrado pelo acréscimo de atividades laborais fora do domicílio.

*E eu vivi com os meus filhos praticamente sozinha, meu marido trabalhando fora, eu vivi muito assim, né, eu que tinha que ser pai e mãe, pra eles... Ele fala comigo que nem sabe como agradecer... de eu ter educado meus filhos do jeito que eu fiz. E3*

*“É que eu cuido demais de minhas meninas, trabalho muito... O pai faz muita falta... Se fosse aquele pai assíduo mesmo, que ajudasse... mas ele é muito violento,... separei e não me arrependo.... Que eu tenho sentido muito cansaço e mente cansada e tem momentos que dá aquele cansado mental e físico terrível!”. E2*

Chamam a atenção para o fato de ser este trabalho, que inclui a dupla jornada, muitas vezes desvalorizado. Questionam justamente esse aspecto e entendem que não deveriam se sentir assim, principalmente com o advento do climatério.

*“São tantas coisas que acontecem... com tanta luta que a gente tem, não podemos nos sentir desvalorizadas, né?” E3*

Ainda vivendo os vários papéis sociais, as entrevistadas fizeram menção também ao papel de educadora dos filhos, passando seus valores morais e experiências de vida. O fato de serem *cuidadoras* de tudo e de todos no espaço doméstico, evidenciado pelos papéis de mãe/avó, esposa, dona-de-casa, mostra como o discurso dominador do século passado sobre a identidade feminina foi transmitido de geração a geração, sem muitas mudanças.

Na interação apresenta à família e a si própria a idéia de que a mulher sofre com os sintomas do climatério, ensina aos filhos a carência e a insuficiência da mulher, conceitos memorizados por seus corpos habituados ao controle. No entanto perpassa por todos os papéis que a mulher vivencia o significado de cuidadora. Isso é mesmo convivendo com as mudanças da meia idade é ela que organiza a vida em seu entorno. Vive a identidade feminina:

*“Eu sinto assim, parece que eu estou fraca”. E3*

*“Com os filhos, a relação com eles sempre foi muito clara, de mãe que ouve, escuta, ensina... mas nunca fui amiga não. Sempre falo, aqui tem sua mãe, ... em função disto sempre fui levada a sério”. E5*

*“Hoje ia ensinar pra elas assim, né! Que esses negócios quando vem, quando some, fica assim, né! Elas que explicam essas coisas pra mim. ...Acho que elas*

*já sabem mais do que eu... Que o corpo passa por mudanças tem que ensinar, né.” E1*

*“É que pra mim, mãe tem que saber como cuidar dos filhos, né, de tudo”. E4*

*“Falaria para tentar ter uma vida mais tranqüila, infelizmente o mundo não está muito fácil não, mas passaria para ela, em primeiro lugar aceitar a menopausa....mas você mesmo sente um desconforto e não é bom realmente, pois fiquei muito irritada no início, com os filhos”. E6*

Assim, **sendo mulher** significa vivenciar os vários papéis sociais inerentes à condição e ainda ter que adaptar estes múltiplos papéis à situação do climatério quando esta se manifesta. Esta adaptação nem sempre é entendida pelo grupo social no qual a mulher está inserida, o que requer dela força e coragem seguir em frente.

## **Categoria 2 – Descobrimo a si mesma vivendo os sintomas**

Descobrir a si mesma vivendo os sintomas significa a tomada de consciência pela mulher de uma nova etapa de vida à medida que estes vão se sucedendo. No climatério a mulher muda a forma de agir porque vivencia vários sintomas em seu corpo. Nos relatos das entrevistadas estes constituíram duas dimensões/subcategorias: a primeira delas diz respeito aos aspectos biológicos e foi designada “Vivendo manifestações no corpo biológico”; a segunda está relacionada aos aspectos sócio-culturais e foi designada “Vivendo a influência das manifestações físicas nas relações sociais”.

A partir de determinada época de sua vida a mulher começa a perceber mudanças em seu corpo, tanto no que diz respeito a seu funcionamento quanto à sua aparência, e estabelece correlação com as manifestações do climatério. Dentre os sintomas físicos relatados percebe-se a ênfase dada às ondas de calor, Registram-se também queixas de irregularidade menstrual, cansaço físico, insônia e mudança no desejo sexual.

*“Costuma a minha menstruação ficar três, quatro meses sem vir. [...]. Aí fica assim, essa calorada pelo corpo. Sinto até dores no início que está pra vim, aí não vem e depois melhora tudo. A dor é na barriga, nas cadeiras e dor de cabeça. Às vezes me dá até febre.” E1*

*“...na época que eu comecei mesmo a fazer a menopausa tinha noite que do jeito que eu deitava eu amanhecia.... se não tomasse alguma coisa para dormir eu não dormia.” E4*

As entrevistadas incluem nos seus relatos os sintomas emocionais relacionados à vivência das manifestações físicas. Estes são referidos como: cansaço mental, nervosismo, irritabilidade, tristeza, entre outros.

*“...o nervosismo é assim: tem hora, se ele fala alguma coisa, eu sinto ofendida demais... qualquer coisa”. E4*

*“Olha eu sinto que eu estou só... aquela solidão... parece que eu estou muito sensível assim, carente”. E3*

*“Um cansaço físico e mental, um stress né... Sem paciência de tudo com minhas duas filhas adolescentes”. E2*

Para estas mulheres a intensidade desses sintomas emocionais é maior, porque, freqüentemente, reagem de forma diferente da que já tinham estabelecido como habitual em seu ambiente. Esta maneira de reagir aos sintomas acaba por influenciar diretamente em suas relações sociais. Essas reações incomodam os que convivem com elas que cobram um retorno ao comportamento anterior. Por outro lado, embora vejam nelas mesmas o fator de mudança nas relações com os outros, esperam dos outros um comportamento mais compreensivo.

*“A minha filha mais nova às vezes fala assim:, mãe, você está muito chata, tá muito nervosa...” E5*

*“Só que.... meu marido e eu... a gente briga muito”. E4*

*“eu acho... parece que eu estou muito sensível, assim, carente. Não é a pessoa que está maltratando a gente. É carência assim que a gente sente... A gente quer ser mais... ter mais atenção, né?” E3*

Parte do impacto dos sintomas físicos na forma da mulher interagir, é demonstrada pelo relato de temores ligados às informações anteriores, trazidos de experiências de convívio com mulheres de mais idade como amigas, tias, primas e irmãs.

*“...ouvia falar sobre a menopausa, e as pessoas falavam que é muito perigoso engravidar na época da menopausa, mas comigo não teve perigo não”. E4*

*“Uma tia minha me falou assim ‘Minha filha! Teve uma vez, eu morando na roça eu até desmaiei. Eu acho que isso não vai acontecer comigo’ E2*

Para as entrevistas os sintomas referentes à sensibilidade emocional são relatados em forma de queixas, que deixam transparecer uma preocupação com o fato desses sintomas envolverem mudança de humor e comportamento. Freqüentemente, as mulheres reagem de forma diferente daquela apresentada

antes da diminuição dos hormônios. Para elas isto significa a constatação de que estão vivendo a influência das manifestações do climatério nas relações sociais.

*“Tem mais de um ano que eu to sentindo esse calorão, a única coisa que melhora é eu enfiar debaixo do chuveiro, senão ninguém agüenta. A gente até fica com vergonha daquela suadeira, a gente está no meio dos outros e acontece essas coisas com a gente.” E3*

### **Categoria 3 – Considerando o climatério como uma fase da vida**

Embora as entrevistadas tenham relatado sintomas com intensidades distintas, foi possível perceber que as mulheres consideram o climatério como uma fase da vida, de transição, natural, passageira.

*“não vou preocupar com nada! Isso ai vai passar...essa fase vai passar!” E2*

*“Eu sei que isto é uma coisa natural da mulher mesmo, entendeu?” ...e tantas pessoas não cuidaram e estão idosas ai... Minha mãe morreu com oitenta e sete anos, entendeu?” E2*

*“Eu falaria que é uma coisa em que é fisiológica e que provavelmente todas as mulheres passaram por isso”. E6*

*“...até que não fico preocupada não...tá na idade mesmo... é natural” E1*

Permeia estas afirmações a idéia de temporalidade, que remete à consideração de que o climatério é consequência óbvia da mulher que viveu até a idade de vivenciá-lo. Reconhece que o climatério é um evento natural, temporário e inevitável.

*“Eu prefiro ver de outra forma... eu só cheguei até aqui porque vivi até aqui... o único jeito de não passar por ele é ter morrido antes”. E5*

*“Sempre vem o período da menopausa a gente não passa muito bem... igual eu não fiquei passando muito bem, né! Então a gente sente diferente, a gente não quer, mas acontece”! E3*

Para estas mulheres passar pelo climatério tem também aspectos positivos, principalmente quando conseguem se reconhecer como mulheres plenas para a vida, que continuam com capacidade para realizar as atividades cotidianas de sua vida até a chegada dos sintomas.

*“Não me atrapalha trabalhar lavando roupa e trabalhar na minha casa também.” E1*

*“.mas com certeza eu me sinto muito melhor como mulher, não acho que mudou muito e faço meus exames periódicos”. E6*

Interessante observar que justamente por considerarem fase natural da vida, fazem a correlação com o envelhecimento. Esta idéia é ainda reforçada pelos preconceitos e tabus associados e freqüentemente repetidos por aqueles com quem convive e pelos meios de comunicação de modo geral.

#### **Categoria 4 - Percebendo a relação com o envelhecer**

De modo geral, a mulher estabelece imediatamente uma correlação entre climatério e envelhecimento, e esta correlação pode ter aspectos positivos e negativos. Para elas, mesmo quando não admitam para si esta idéia negativa remetem a outras mulheres esta característica ou percepção sobre o período.

*“Acho que a maioria das pessoas tem esse período como a pior parte da vida. Vejo que não gostam nem de mencionar.” E5*

Um dos aspectos negativos que chama a atenção no vivenciar o climatério é a constatação de que não se pode mais fazer ou estar em seu meio do modo como estavam acostumadas. Reconhecem os limites impostos pela idade e “dar-se conta” de que está no climatério significa também “dar-se conta” destes limites. Para elas envelhecer estabelece limites de conduta, visando a não se expor ao ridículo.

*“Faço as minhas coisas, tudo tenho que fazer... Claro que não vou me expor ao ridículo. Não vou por uma mini-saia porque estou me sentido bem...” E5*

Mas há também os aspectos positivos. As entrevistadas constataam que outras mulheres, geralmente de sua família, chegaram à idade avançada com saúde e são exemplos de vida. Percebem então, que a longevidade independe do período do climatério e ainda, que o envelhecimento pode ocorrer por longos anos, como naturalmente se espera. Mas é possível viver bem com a idade. Superar esta fase pode significar a longevidade com elevada auto-estima, uma vez que a vida tem muito a oferecer.

*“... minha pretensão é daqui a algum tempo, me aposentar e poder estar curtindo a vida neste tempo, né? Porque a vida tem muito a dar”. E6*

*“...a minha mãe tá com 86 anos e com certeza vamos chegar lá. Isso”. E6*

*“Eu convivo muito bem com minha idade, acho que estou bem pela idade que tenho, não fico preocupado com a observação dos outros”. E5*

O climatério como parte do ciclo vital da mulher influencia e é influenciado pelo seu contexto de vida, mas a coloca frente ao envelhecimento de forma a tomar

consciência do início desse período. Entendem racionalmente que a menopausa e o climatério não são doenças. Sentem que envelhecer é mais que durar muito tempo.

### **Categoria 5 - Buscando estratégias para superação dos sintomas do climatério**

A mulher estabelece estratégias de enfrentamento diante das manifestações que está vivenciando. Com o objetivo de fortalecer-se para uma convivência com a nova realidade, busca tratamentos para os sintomas ligados a condições clínicas relacionadas ou não ao climatério.

Para tanto o primeiro passo é buscar atendimento em unidades de saúde. Assim, acabam tendo que lançar mão de prescrições médicas, via de regra a terapia de reposição hormonal.

*“É porque os médicos mesmo não estão passando reposição de hormônio, né? Mas eu fico até me questionando, ai meu Deus, até quando vou sentir isso tudo?” E3*

Mas a terapia medicamentosa tradicional não é a única alternativa. Algumas mulheres usam fitoterapia em substituição à terapia hormonal da menopausa.

*“Para melhorar o calor faço a reposição natural (fitoterapia). Isso já dura dois anos”. E5*

*“Eu tenho que ir na farmácia natural (fitoterapia) para fazer um remedinho pra mim, pra dor nas pernas. Eu estou com um pouco de anemia também.” E2*

Ainda na busca de superar os sintomas do tipo cansaço mental, falta de sono, carência afetiva ou diminuição do desejo sexual, as mulheres fazem caminhadas, exercícios físicos em geral. Procuram envolver-se em atividades laborais ou de lazer de modo a manter a atividade mental e a sensação de produtividade.

*“Mas o sono melhorou muito. Se estiver fazendo uma caminhada, por exemplo, movimentando, ai eu durmo bem.” E4*

*“...assim trabalhei muito e trabalho ainda e gosto do que eu faço...” E6*

Há, porém um indicativo de que vivenciar o climatério não representa estar doente. Ao reconhecer o período como uma fase natural da vida a mulher já o negava como um desvio da normalidade. Entendê-lo, no entanto, dessa maneira não é suficiente, pois lhes faltam instrumentos para lidar com as transformações e o único caminho que reconhecem é procurar a unidade de saúde, mesmo que não seja para uma consulta tradicional, mas para um diálogo ou apoio para esta superação.



*“Às vezes consulto para falar... também não tenho nenhum problema.” E5*

*“E com o negócio da gente trabalhar na área de saúde a gente sabe muitos cuidados que poderia ter para controlar a menopausa, mas sei que preciso de alguém que ajude”. E2*

Buscam apoio também na fé e na religiosidade como forma de lidar com seus conflitos. E ao fazê-lo acabam por encontrar respostas e forças para seguir com a vida.

*“Mas... assim, Deus está trabalhando ao meu favor e tem pelejado por mim. Tudo dará certo com certeza! Tenho muita fé, esperança... é uma coisa muito importante. [...] “Tenho certeza da minha vitória. Absoluta! E isso “ajuda a gente muito”. E2*

*” É que eu sou forte, eu sou, né...eu vou conseguir. Pensando o positivo”. E3*

*“...porque no momento que se aceita o problema ele fica menor, melhor, mais leve e te deixa viver melhor”. E6*

Assim, as estratégias para enfrentar o impacto psico-social dos sintomas desencadeiam na mulher um processo de interação consigo mesma e com o meio em que se encontra. Faz suas escolhas e vai em busca de estratégias para uma vida melhor.

## **4. INTEGRANDO AS CATEGORIAS E INTERPRETANDO OS DADOS À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO**

### **4.1 Retomando a idéia do Interacionismo Simbólico**

Segundo a perspectiva interacionista (BLUMER, 1969), as relações de interação se estabelecem numa determinada situação na qual se encontram sujeitos e objetos sociais que integram. Esta interação se estabelece com base nos sentidos ou significados que os sujeitos atribuem aos objetos sociais presentes na situação. Estes significados podem ser manipulados e modificados no decorrer deste processo de interação.

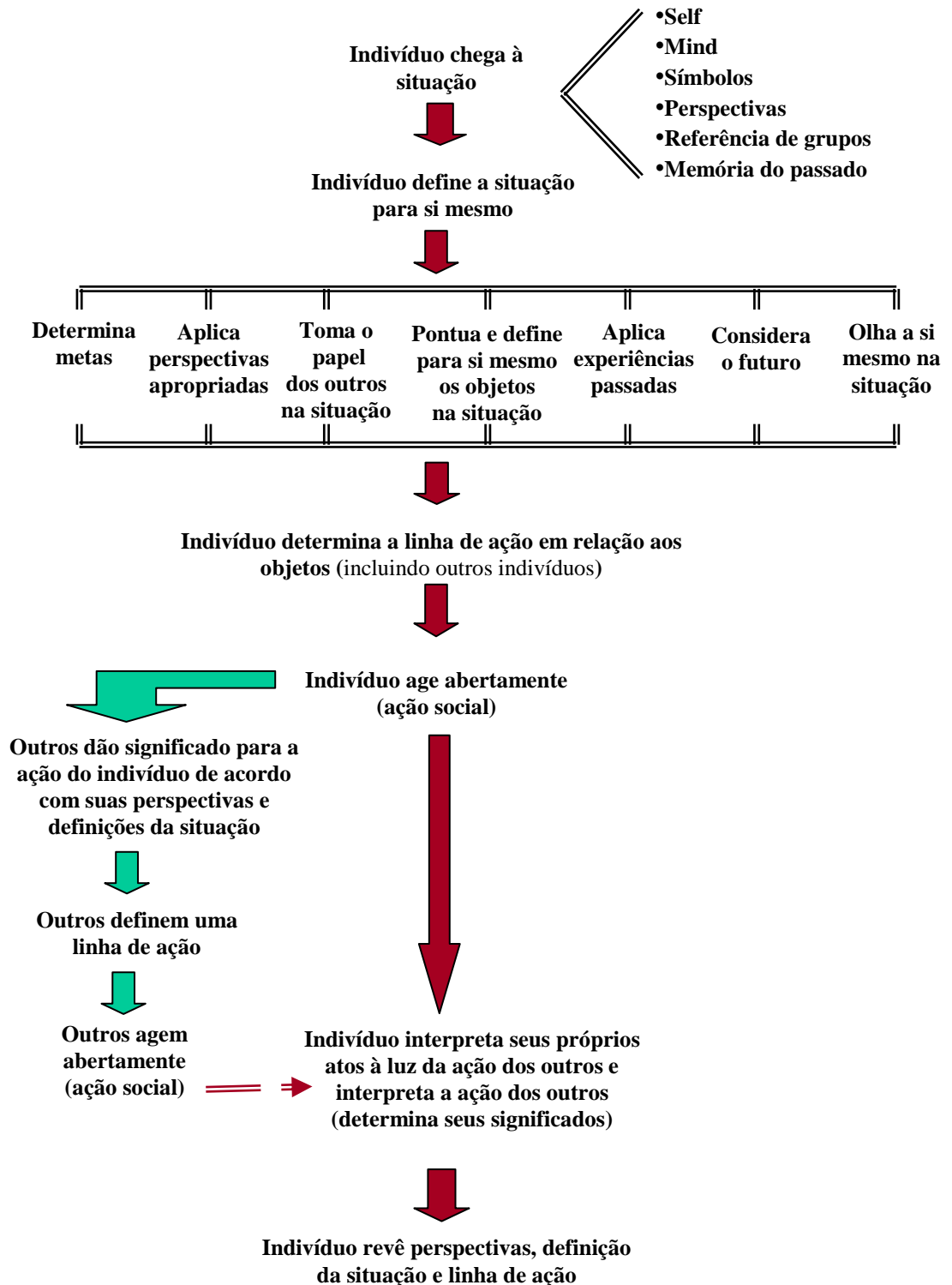
Sob a perspectiva interacionista, cada indivíduo é único, tendo uma realidade pessoal e individual, e, por conseqüência, vendo o mundo de uma forma única e distinta. No entanto, embora única, a definição de objetos e situações por estes indivíduos é profundamente influenciada pela sua vida social. (CHARON, 1985). Assim, os objetos só têm significados a partir da definição que lhes é dada pelos indivíduos e são vistos como objetos sociais com significados resultantes de interações sociais. (BLUMER, 1969).

Nessa perspectiva, interação social é comunicação entre agentes e cada um leva em consideração o outro, interpretando um ao outro e interpretando a si mesmo a partir da interpretação do outro CHARON, (1985). A sociedade, portanto, consiste de indivíduos envolvidos num processo de interação social, numa ação cooperativa. As ações, atitudes ou comportamentos dos indivíduos de uma sociedade se dão fundamentalmente em “respostas de um ao outro em relação ao outro”. (BLUMER, 1969).

BLUMER (1969) afirma que para entender ou interpretar toda e qualquer ação ou comportamento humano há que se ter como ponto de partida o “significado, o sentido que as coisas - objetos sociais - têm para o indivíduo”.

Este processo da ação humana segundo a perspectiva interacionista foi bem descrito e esquematizado por Charon (1985). Esta representação pode ser vista no esquema seguinte:

*Representação esquemática da ação humana na perspectiva interacionista,  
proposta por CHARON (1985)*



Chegar à situação inclui trazer toda a memória do agente social sobre si mesmo (CHARON, 1985). Geralmente, a própria mulher não se questiona sobre como se forma a auto-imagem, como é a mulher que a sociedade determina. Isto

porque a constituição de papéis dentro do espaço social se faz revestida da violência simbólica da dominação masculina (MATURANA, 2005). No entanto, a mulher define para si mesma, conceitos e significados sobre gênero, papéis sociais, identidade feminina, numa intensa atividade da mente e do *self*, envolvendo símbolos. São processos sociais no interior do indivíduo, nos quais se forma o significado das coisas.

Para as entrevistadas, a relação com o fato de ser mulher no climatério se dá com base em dois significados fundamentais atribuídos por elas ao período, representados neste estudo pelas categorias “considerando fase da vida” e “percebendo relação com o envelhecer”. É, portanto, com base nestes significados que a mulher vê a si mesma na situação, reconhece e significa os objetos sociais ali presentes, pondera experiências passadas, toma lugar de outros agentes e interpreta suas ações, pensa sobre seu futuro e, por fim, define uma linha de ação e age socialmente.

Neste estudo a situação de interação é caracterizada pela comparação das idéias e concepções sobre o climatério, que a mulher teve anteriormente e a vivência dos sintomas do climatério, que reforçam o que a mulher internalizou sobre o tema.

Então, ***descobrir a si mesma vivenciando os sintomas do climatério*** significa que a mulher toma a consciência do climatério, e caracteriza sua chegada à situação. Nesse momento ela define para si os objetos sociais presentes na situação: ela considera a fase habitual da vida, portanto inevitável; ela identifica que realmente se inicia o envelhecimento, a passagem.

Ao definir esses objetos sociais, a mulher determina metas, aplica experiências passadas, aplica perspectivas de grupos de referência, coloca-se no lugar do outro na situação, e considera o futuro.

Observa-se que as mulheres, mesmo tendo desenvolvido processos interativos próprios, e aplicando suas experiências passadas e referências grupais de modo distinto, identificaram o climatério como fase natural, baseadas na observação do seu ambiente, no qual outras mulheres do círculo familiar ou não, passaram pelas manifestações climatéricas, sem tratamento médico, atingindo a longevidade. Baseadas nessa observação, as mulheres procuram ter atitudes positivas referentes à adoção de hábitos de vida saudável, acreditando que também conseguirão essa longevidade, levando em conta que a vida tem muito a oferecer.

Elas consideram o futuro, e para isso agem no presente, não apenas influenciadas pelo que aconteceu no passado, mas também pelo que está acontecendo no presente (BLUMER, 1969). Interação desse modo também com as filhas, desejando que para elas seja mais fácil do que está sendo para elas, a aceitação do climatério como uma fase de vida, como uma passagem.

A definição da situação para a mulher que vivencia o climatério ocorre em um contexto ou condição no qual a tônica é o “*viver os vários papéis*”, que são atribuídos ou cobrados dela. Esse é o modo como interage socialmente e se expressa ***sendo mulher***. Compara o momento anterior com o atual, em que vive os papéis sociais, sendo mulher no climatério. O impacto dos significados dos sintomas em suas reações emocionais é elaborado consigo mesma e na interação com a família e com colegas de trabalho. Ela determina uma linha de ação.

Nesse ponto a mulher avalia as condições do meio em que está e suas próprias possibilidades encaminham-se então para a ação social que ***busca estratégias de superação dos sintomas do climatério***.

Foi esta busca por ***estratégias de superação*** que optamos por considerar a categoria central no processo. Muito embora as referências sejam principalmente relacionadas aos sintomas físicos ou emocionais, ficou evidente que a mulher busca através da superação destes sintomas a superação da transição em que se encontra. Esta transição é marcada pelo conflito entre o que aprende com a vivência dos sintomas e o que aprendeu ao longo de sua vida sobre o climatério. Isso é que está relacionado com o envelhecer e com a patologização pelo modo medicalizado de entender o climatério, e por outro lado com a constatação de que ela realmente não se sente nem “envelhecida” nem “portadora de uma patologia”.

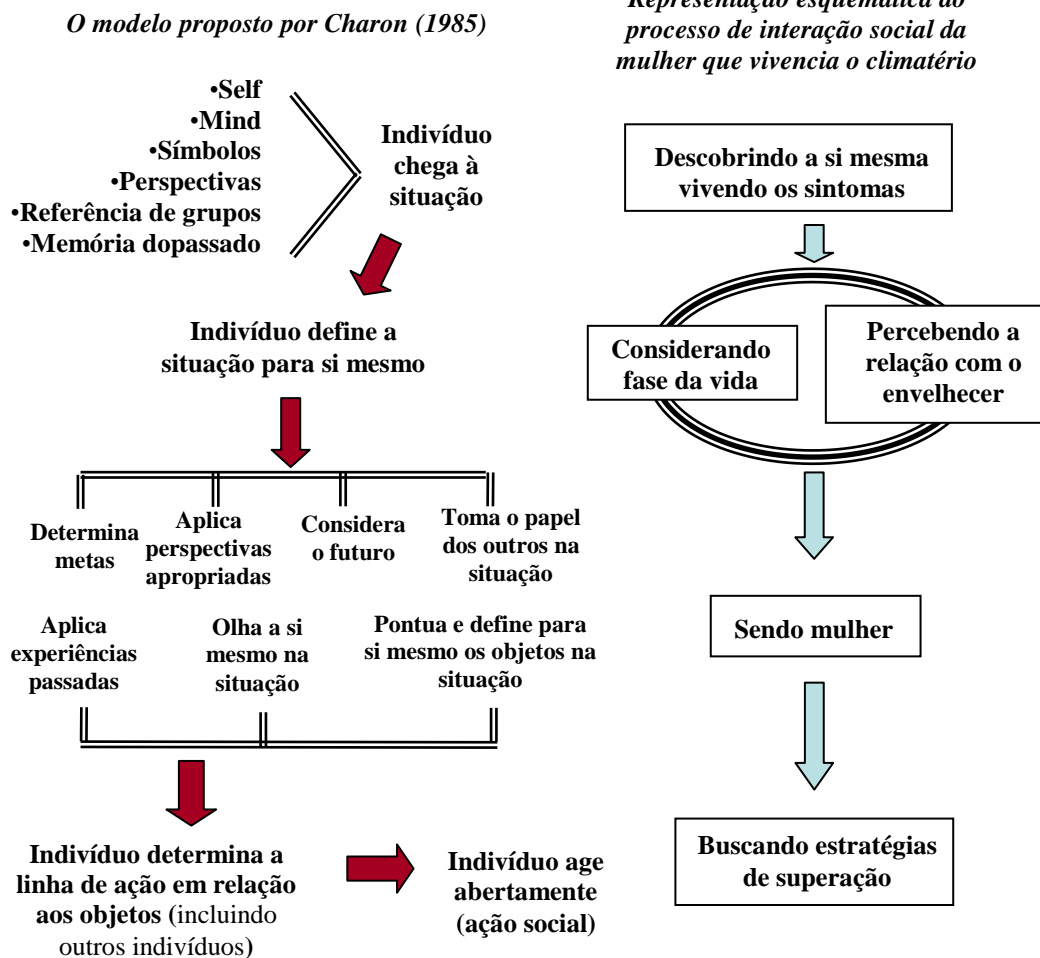
As estratégias muitas vezes são próprias quando opta pelos chás, alimentação diferenciada e fitoterápicos, para equilibrar a diminuição hormonal. Ou fazem exercícios físicos, caminhadas e conversas, procurando relaxar e melhorar a qualidade de vida. Outras estratégias estão ligadas à ação de outros, reconhecidos e identificados como participantes da situação. São por exemplo os profissionais de saúde nos quais a mulher busca apoio, informação e acolhimento. O habitual é encontrar nos profissionais, médicos principalmente, a terapia medicamentosa hormonal como estratégia para superação dos sintomas. Outros profissionais, como enfermeiros, que estão próximos da mulher, dispõem de mais tempo e as atendem em várias ações na Unidade Básica de Saúde, muitas vezes também adotam

postura semelhante, uma vez que têm sua prática guiada pelos princípios da medicalização.

Segundo a perspectiva interacionista, este seria o momento em que os outros dão significado para a ação do indivíduo de acordo com suas perspectivas e definições da situação, e por conseqüência agem abertamente (CHARON, 1985). Este é, portanto, o momento em que a enfermeira, interpretando a decisão e a ação da mulher que vivencia o climatério, toma sua decisão e também age. E este seu ato é o cuidado.

O processo de interação da mulher que vivencia o climatério está representado esquematicamente no modelo que se segue.

**Figura 2.** Representação esquemática do processo de interação social da mulher que vivencia o climatério



## 4.2 A enfermeira e o cuidado à mulher no climatério

As mudanças ocorridas durante o climatério têm importância marcante no comportamento da mulher. As vivências neste período provocam revisão de conceitos. Por conseqüência, interferem nos relacionamentos pessoais e sociais. Assim, na interação com outras pessoas, o significado das situações surge a partir das perspectivas dos outros. A seguir, cada vez que vivenciar as situações, os significados são manipulados e modificados através de processos interativos desenvolvidos pela mulher.

Ao sentir as manifestações do climatério sobre sua vida, a ação primeira é a busca de cuidados de saúde. O encontro da enfermeira com a mulher e sua demanda, proporciona o estabelecimento de planos que atendam às intenções de ambas, da mulher e da enfermeira.

O ato social aberto de procurar os serviços de saúde para ter atendidas as demandas do climatério, desencadeia processos de interação. É a enfermeira que se torna o outro e se relaciona. Isso é, os outros dão significado para a ação do indivíduo de acordo com suas perspectivas e definições da situação. Definem uma linha de ação e agem abertamente. Desse modo a enfermeira conhecendo o significado do climatério para a mulher/cliente, interage com ela, ouvindo-a e selecionando formas de cuidar que são, na verdade, situações interacionais que tornam propício à mulher agir, refletir, redefinir e redirecionar sua própria experiência. Dessa forma o acúmulo que o saber próprio da profissão oferece vem somar-se à interpretação do significado que a mulher dá ao climatério e assim há a construção de uma estratégia de ação para o enfrentamento das demandas. Na interação, a enfermeira se coloca como referência para discutir e esclarecer questionamentos originados em outros momentos de interação. Assim, conversar sobre saúde com a mulher, o seu momento de vida, descobrir junto com ela o valor de cada um dos sintomas do climatério, propicia a avaliação de possibilidade de mudanças e a melhor forma de realizá-las. Essas são ações de cuidado, segundo Collière, (2003), para quem não tem “doença”, mas busca apoio no profissional de saúde em função desse momento. O climatério significa uma fase de vida, uma passagem. É ainda, Collière, (2003), que destaca que passagem é uma forma de adaptabilidade É o resultado de mudanças biológicas, afetivas, sociais, influenciadas

pelos costumes aos quais se ligam símbolos e significados. Os cuidados, portanto, são aqueles que desenvolvem e sustentam tudo que permite existir.

Essa é uma forma didática de descrever o processo interativo. Acontecem diversos processos interativos particularmente com o *self* dos atores envolvidos, e o resultado vai além da conduta profissional e atinge a mulher e a enfermeira. Dessa forma, o cuidado à mulher no climatério se faz na interação.

O conhecimento da vivência da mulher no climatério serve de guia para o estabelecimento de políticas mais adequadas de atenção, tanto em nível de decisão de governos como em nível de decisão de conduta profissional. Assim esse conhecimento pode conduzir a uma assistência integral, individualizada, embasada no suporte humanístico e teórico adequados a essa fase de desenvolvimento que a mulher atravessa.



## 5. DISCUSSÃO

A mulher aprendeu que seu corpo é predeterminado biologicamente. Não escolhe como e quando ocorrerá a menarca. Quando essa ocorre, novos papéis sociais passam a ser cobrados: mãe, esposa, ampliações do seu modo de ser mulher, agora determinadas socialmente. Também não pode escolher quando e como será a menopausa, e mais uma vez, as mudanças nos papéis sociais são influenciadas pelo modelo biomédico de interpretação dos sintomas. Desse modo, **descobrir a si mesma, vivendo os sintomas** representa a tomada de consciência de que chegou ao climatério.

Segundo Camargos (2001), os seres vivos são regidos por um determinismo biológico que inclui o nascer, o crescer, o amadurecer e o envelhecer, caminhando para o declínio e morte. A consciência dessas fases também varia com a história de cada um, de cada família, da posição social, religiosa, cultura e até da raça.

A longevidade da espécie humana tem limites, mas com a melhoria das condições de vida, vem aumentando significativamente, o que, associado à diminuição nas taxas de natalidade e de mortalidade, determina um crescimento significativo dos grupos etários dos maiores de sessenta anos. Isso, segundo Camargos, (2001), fez a Organização das Nações Unidas (ONU) considerar o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”.

Os autores de modo geral (BRASIL, 1994, FEBRASGO, 2003, BARBOSA, 2007) reconhecem que o começo e o fim do climatério são variáveis e dependem de vários fatores como raça, hereditariedade, nutrição e situação sócio-econômica e cultura. Essas manifestações se iniciam por volta dos quarenta, quarenta e cinco anos, época em que a mulher de hoje está em plena atividade laboral, muitas vezes com filhos ainda pequenos, se sentindo com vigor físico, intelectual e sexual. Embora seja uma leitura do período como uma etapa natural da vida das mulheres, esta acabou se convertendo numa maneira de pensar o climatério e tudo o que o envolve fundamentalmente ligada ao paradigma tecnocrático e medicalizado (DAVIS-FLOYD, 2001), e que transformou o conjunto de transformações características do período em sintomas ou problemas passíveis de tratamento.

Assim, saber-se na perimenopausa pode ter um significado muito forte, especialmente para as mulheres de classes socioeconômicas mais elevadas. Essas vão quase sempre à busca de medicalização, concordando com Tesser, (2005),

quando fala que os conhecimentos da biomedicina são um estímulo à desvalorização dos conhecimentos tradicionais e culturais.

Não é incomum encontrar entre aquelas mulheres que freqüentam a unidade básica de saúde, que tendo acesso à informação da mídia, também querer algum tratamento medicamentoso, acreditando que ele possa solucionar ou prevenir problemas relacionados ao climatério. Entretanto essas mulheres aceitam mais facilmente outras abordagens, inclusive não medicamentosas.

Nesse contexto, os sintomas vasomotores, presentes em 80% das mulheres, realmente vêm despertá-las para a consciência de que iniciaram o processo de envelhecimento. As ondas de calor súbitas, em momentos muitas vezes impróprios, trazem constrangimento social e insegurança, associado ao desconforto que lhe é próprio. Os calores e calafrios noturnos contribuem para a insônia, e o sono não reparador contribui para diferentes situações ou sintomas que acabam sendo relacionados com patologias. Entre estes inclui-se a diminuição do rendimento laboral, a fadiga a perda da memória, dificuldade de concentração, palpitações, tonturas, e se associam à irritabilidade, nervosismo e depressão. (FERREIRA et al. 2000; FERNANDES, 1997 e CAMARGOS, 2001).

Embora a relação hormonal estrogênica direta não seja comprovada, os fatores psíquicos têm mais freqüência na fase climatérica. Não há comprovação de que a depressão esteja ligada à baixa estrogênica, pois nesse período outros fatores podem ocorrer, como a saída dos filhos, morte dos pais, dificuldade conjugais (BIFFI, 1998).

Segundo Biffi (2003) e Gorayeb (2004), o impacto na auto-imagem feminina, a mudança nos papéis sociais, acompanhada pela desvalorização estética do corpo, sinaliza o processo de envelhecimento, vivido como uma experiência dolorosa devido aos preconceitos sociais em relação ao envelhecer feminino. Assim, afirmam que o climatério exige muito dos próprios recursos psicológicos da mulher, pois o contexto psicossocial caracteriza-se por demandas que intensificam as reações emocionais. Favarato e Aldrini (2001), dizem que, mulheres que perderam seu papel social ou não redefiniram seus objetivos existenciais têm os sintomas psíquicos exacerbados.

A mulher que **descobre a si mesma vivendo os sintomas**, constrói um conjunto de significados para o climatério que influenciarão seu comportamento daí em diante. Para o grupo estudado estes se consumaram em duas definições

simbólicas: *Considerando fase de vida e Percebendo relação com o envelhecer*. Embora pareçam seqüenciais, temos a primeira premissa do Interacionismo Simbólico, baseando este significado, isto é os indivíduos agem em direção à situação, incluindo outros indivíduos. O significado das situações influencia a formação do comportamento, o que os leva a entender a ação humana. Neste caso, a mulher encontra **o outro** na sociedade, que se apóia nas idéias da medicina, para descrever os papéis sociais e suas mudanças de acordo com os sintomas do climatério. Durante a vida a mulher constrói sua identidade baseada em papéis sociais, que dia a dia ela indica para si mesma, analisa, vive, ressignifica (RHODEN, 2001).

Segundo Camargos (2001) a mulher possui esse sinalizador biológico, a menopausa, que indica que os ciclos inexoráveis da vida estão se cumprindo, atingindo o momento dito “passagem”, que trará a velhice. Ainda segundo este autor, tomando por base a etiologia grega da palavra, climatério se refere a um período de crise, sugerindo mudança para um diferente estágio de vida.

Dentre os conflitos que a vivência dos sintomas do climatério revela relembro um, que por transitar por várias categorias, deixa em mim, a satisfação de pesquisar. Trata-se do conflito da mãe, que construiu uma interação com as filhas e a partir dos sintomas do climatério é questionada por elas que, agora, vivem a crise da adolescência. Vivem crises juntas onde a mãe sabe o que acontece com a filha e a filha não sabe o que acontece com a mãe.

Para o grupo estudado, Climatério também significa *Perceber a relação com o envelhecer*. A segunda e terceira premissas do Interacionismo Simbólico são vistas mais intensamente nesse caso. Assim, o significado das situações surge durante a interação que os indivíduos têm uns com os outros, e ainda os significados são modificados através dos processos interpretativos realizados pelo indivíduo ao vivenciar a situação. Desse modo, a mulher que vivencia o climatério olha a sua volta e vê no grupo social, cada vez maior o número de mulheres que, além de viverem por mais tempo, continua exercendo seus papeis, e muitas não trataram a menopausa. São mães, irmãs, tias e primas mais velhas, que se fazem presentes e atuantes no meio social. As mulheres interpretam essa situação e significam o climatério como passagem para o envelhecimento.

Como se refere Collière, (2003), em seu livro *Cuidar, a primeira arte da vida*, a mudança da idade, marcada pela menopausa, é uma passagem que requer

cuidados, em relação ao que precisa ser adquirido, desenvolvido, compensado, mantido e estimulado, para manutenção da vida. E é isso que as mulheres, que vivenciam o climatério fazem ao buscar estratégias de superação dos sintomas, pois pretendem envelhecer, querem se aposentar, aproveitar a presença dos filhos e companheiros, sabendo que não será igual a quando tinham trinta anos, mas acreditando que a vida tem muito a dar, Não podemos esquecer que o climatério é um período de vida de cerca de quinze anos. Nesse tempo a mulher vê o envelhecimento com receio, por ser um tempo desconhecido, mas reúne forças, para que ao melhorar a qualidade de vida possa alcançar a longevidade com mais saúde. (TRENCH, 2005).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que a mulher interage com a situação do climatério a partir de dois significados: considerando fase da vida e percebendo relação com o envelhecimento.

As mulheres significaram o climatério como **Fase natural da vida**, na medida em que observaram em seu ambiente mulheres que passaram pelas manifestações climatéricas, sem tratamento médico, atingindo a longevidade. Baseadas nessa observação, as mulheres procuram ter atitudes positivas referentes à adoção de hábitos de vida saudáveis, acreditando que também conseguirão essa longevidade, levando em conta que a vida tem muito a oferecer. Como não detêm o controle do tempo, consideram o climatério inevitável e indicam para si mesmas atitudes e pensamentos, que aceitem as manifestações próprias do período, buscando alívio, e não as considerando problemas insolúveis.

O significado de climatério é também dito como **Percebendo a relação com o envelhecer**. Elas consideram o futuro, e para isso agem no presente. Interagem desse modo com as filhas, ensinando-lhes que o climatério é o resultado de mudanças biológicas e sociais, carregadas de símbolos e significados culturais, que podem ser reinterpretados pela perspectiva de uma passagem. Com base nesses significados se reconhece como mulher que vivencia o climatério a medida que os sintomas vão se sucedendo.

Esses significados dialogam com o que foi internalizado pela mulher a respeito de climatério. A categoria central evidencia que a mulher busca a superação da transição em que se encontra. Esta transição expõe o conflito entre a constatação de que ela realmente não se sente nem “envelhecida” nem “portadora de uma patologia” e o que aprendeu ao longo dos anos sobre climatério.

Dessa forma ao perceber as transformações comuns do climatério questiona-se sobre suas perdas e possibilidade. Por seus conhecimentos sobre fisiologia feminina avalia o que precisa para fortalecer-se e busca apoio, geralmente uma unidade de saúde mais perto. Ela procura tratamento, mas realmente quer cuidado. Internalizou que a menopausa e o climatério são situações que precisam de “tratamento”. Porém estão prontas a interagir com profissional de saúde que souber valorizar suas potencialidades e ganhos com a experiência, ao invés de reafirmar perdas e manter dependência, particularmente a medicamentosa. Assim construirá

com esse profissional maneiras de viver positivamente essa fase natural da vida, que é o climatério.

A enfermeira, conhecendo o significado do climatério para a mulher/cliente, deve procurar interagir com ela ouvindo-a e selecionando formas de cuidar que são, na verdade, situações interacionais que propiciam à mulher agir, refletir, redefinir e redirecionar sua própria experiência. Desse modo, o acúmulo que o saber próprio da profissão oferece vem somar-se à interpretação do significado que a mulher dá ao climatério e assim há a construção de uma estratégia de ação para o enfrentamento das demandas. Na interação, a enfermeira precisa se colocar como referência para discutir e esclarecer questionamentos originados em outros momentos de interação. Assim, conversar sobre saúde com a mulher, o seu momento de vida, descobrir junto com ela o valor de cada um dos sintomas do climatério, propicia a avaliação de possibilidade de mudanças e a melhor forma de realizá-las. Os cuidados, portanto, são aqueles que desenvolvem e sustentam tudo que permite existir.

Esse trabalho recomenda que, na prática cotidiana, a ação da enfermeira precisa ser guiada pelo significado de climatério para o grupo estudado. Ela representa aquela que pode ser fonte de informação, de diálogo sobre as condições de saúde e vida da mulher. Pois, o climatério torna-se momento de transição, de mudanças que indicam o envelhecimento. Essa transição será tão mais fácil quanto mais a mulher puder contar com a enfermeira para conversar sobre os pontos de instabilidades, sejam eles referentes à saúde física ou à interação social, envolvendo a qualidade de vida dessa mulher.

Dessa forma, o cuidar de uma fase de transição, quando não há doença, mas há desequilíbrios ou adaptações, passageiros ou não, se institui na medida em que se tenha o contraponto para restabelecer o equilíbrio. Este é o cuidado humano integral. Aquele que vê o ser que possui um corpo, que envelhece dentro de um contexto social que não se mostra preparado para recebê-lo. Vê ainda, um ser humano com a experiência para planejar junto com os membros da equipe de saúde que o atende, os caminhos para alcançar o bem-estar e a longevidade. Na interação social, a conduta terapêutica da enfermeira produz a re-significação do climatério.

Espera-se, como impacto futuro, que a mulher que hoje vivencia o climatério alcance a sensibilidade de ver-se no processo de envelhecimento com respeito e naturalidade, através da forma de serem cuidadas e se cuidarem construídas na interação. Assim, ensinará aos homens e mulheres de sua convivência esses

conceitos, de modo que, o respeito aos idosos no ocidente seja vivenciado em sua plenitude.

Este trabalho indica ainda a necessidade de novos estudos, em populações que apresentem outras formas de inserção social e, portanto, com diferente acesso aos serviços de saúde, o que ampliaria a visão da sociedade sobre o climatério.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, I M A; OLIVEIRA, M V; FERNANDES, A F C; Compreensão do Modelo de King sobre o Paradigma do Interacionismo Simbólico. *Ver Brás Enferm* 2005 nov-dez; 58(6):715-8.
- BARBOSA, I.C. Transição menopausal. *Jornal Sobrac*. Ano 14, n.1, 2007.
- BAUMESTER, R.F, CAMPBELL, J.D., KRUEGER, J.I., VOHZ, K.D. Mitos do amor próprio. *Rev. Mente e Cérebro*. São Paulo. Ediouro. Setembro de 2006. ano XIX nº 164.
- BIFFI, E.F.A. O fenômeno menopausa: uma perspectiva de compreensão. Dissertação de Mestrado. E. de Enf. de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto. 1998. 120 p.
- \_\_\_\_\_. Saúde mental e climatério na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. Tese de doutorado. E. de Enf. de Ribeirão Preto. USP. Ribeirão Preto. 2003
- BLUMER, H. *Symbolic Interacionism. Perspective and Method*. London. University of California Press. 1969. 207p.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Assistência ao Climatério, Brasília: COMIN, 1994.
- BRÊTAS ,Ana Cristina Passarella e VIGETA, Sônia Maria Garcia. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1682-1689, nov-dez, 2004
- CAIXETA, J. E. ; BARBATO, Silviane Bonaccorsi . Identidade Feminina: um conceito complexo. *Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 28, n. 14, 2004.
- CAMARGOS, Aroldo Fernando e MELO, Vitor Hugo de. *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
- CANDELLA, C. L. M. Assistência de enfermagem à mulher no climatério. *Revista Escola de Enfermagem: USP*, v. 29, n. 1, 1995. p. 47-58.
- CAPRA. F. *O Ponto de mutação*. São Paulo. Cultrix. 1982
- CARVALHO. V. E SILVA. S.L. O Interacionismo Simbólico e a pesquisa em enfermagem. *Esc. Anna Nery R Enf*. V9, n3, p.441-450, dez. 2005.
- CASSIANI. S H B; CALIRI, M H L; PELÁ, N T R; A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev. latino-am. enfermagem*, v4, n3, p75-88, dez 1996



CASSIANI.S H.B; PASSARELLI, L.R. Pesquisar em enfermagem: um processo de ação da enfermeira. *Rev. Gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. v.20, n.1, 1999

CHARON, J.M. Symbolic Interacionism. 2. ed. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1985. 199 p.

CLAPAUCH, R. et al. Terapia hormonal da menopausa: posicionamento do departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em 2004. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. v.49, n. 33. São Paulo, jun. 2005.

COLLIÉRE, Marie Françoise – Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: LIDEL, 1999.

\_\_\_\_\_ -Cuidar...A primeira arte da vida. Lisboa:Lusociência, 2003

CONSENSO BRASILEIRO DE OSTEOPOROSE. *Revista Brás Reumatol*: v. 42, n. 6, 2002.

DAVIS-FLOYD, Robby. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Austin: *International J Gynecol & Obst*. v.75, p.5-23. 2001.

FAVARATO M E C. e ALDRIGHI, J M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n 4, out./dez. 2001

FERNANDES, C. E. et al. A travessia: como a mulher pode viver melhor após os 40. São Paulo: Limay, 1997.

FERREIRA, J.A.S. Conseqüências do hipoestrogenismo pós-menopausico. In: FEBRASCO. *Tratado de ginecologia*. V1. cap 70. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GALLO. M. et al. Dieta e fitoterapia in menopausa. Uma Medicina a misura di donna. CIC Edizioni Internazionali. <http://www.sipgo.org/download/2004/articolo%2007.pdf>. acesso em setembro de 2007.

GIFFIN, Karen Mary. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Rev. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.7, n.2, abril/junho, 1991

GLASER, Barney G. Emergence vs. Forcing: Basics of Grounded Theory Analysis. California: Sociology Press, 1992.

GORAYEB, Ricardo e NETT, Jaqueline Rodrigues da Cunha. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. *Rev. Psicologia Clínica*, USP, 2004

HAGUETTE, Teresa Maria Frota (org.). Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1997.

HALBE, Hans Wolfgang. Tratado de ginecologia. 3ª. ed. São Paulo: Roca, v.1 e v.2, 2000.

ILLICH. I A expropriação da saúde. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1975.

LIMA, J.V. e ANGELO, M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. Ver. *Escola de Enf. USP*, v.35, n.4, 2001.

MATURAMA, H.C.A. A ordem social inscrita nos corpos: um estudo da gravidez na adolescência sob a ótica do cuidar em enfermagem [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2005.

MENDONÇA, E A P de. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência e saúde coletiva*. v.9 n.3. Rio de Janeiro.jul./set.2004

NATALIE, Kathia. Diante do espelho. In: . *Rev. Mente e Cérebro*. São Paulo. Ediouro. Setembro de 2006. ano XIX nº 164.

PEREIRA FILHO, A. S. e SOARES, A. Endocrinologia da perimenopausa. In: FEBRASCO. *Tratado de ginecologia*. V1. cap 69. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

PEREIRA, M.L.C., PIMENTEL. R.M.C.L.B, FONTES, M.C.O. Mulher 40 graus à sombra. Rio de Janeiro: Objetiva, 1994.

PINHO, B. Declaração oficial da International Menopause Society. *Jornal Sobrac*, ano 14. n.1, 2007.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.194-197, 2004.

\_\_\_\_\_. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev. Esc. Enfermag. USP*. São Paulo, v38. n1., 2004

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, 223 p.

SANTOS, S R dos. NÓBREGA, M L da. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* Brasília, v55, n5, p.575-579, set/out.2002

SILVA, R. M., ARAÚJO, C.B., SILVA, A.R.V. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Rev brasileira em promoção da saúde*. Fortaleza: V17. n1, 2004

SOBRAC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica, 2004. Disponível em: [www.sobrac.org](http://www.sobrac.org). Acesso em: 04 ago. 2006.

---

\_\_\_\_\_ Terapia hormonal na peri e na pós-menopausa. São Paulo: SOBRAC, 2004.

SOGIMIG-SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE MINAS GERAIS. Ginecologia & obstetrícia: manual para o TEGO – Título de especialista em ginecologia e obstetrícia. 2. ed. Minas Gerais: MEDSI, 2000.

STERN, P.N. Grounded Theory Methodology: Its uses and Process. *Image*, v. 12, n.1, 20-23. fev. 1980.

TESSER, C.D. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica de atenção básica. *Interface: Comunic. Saúde, Educ.* v10, n20 Botucatu. Jul - Dez. 2005.

TRENCH, Belkis. “A saúde da mulher: reflexões sobre o envelhecer”. In LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de. Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Ateneu, 2004.

VARGENS, Octavio Muniz Costa. Descobrir o modo de fazer enfermagem sem se ser enfermeiro: os conflitos do estudante na construção da imagem da profissão. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1997.

\_\_\_\_\_. O casal no climatério: orientação de enfermagem. *Revista paulista de enfermagem*. V.5, n.1, 1985

VIEIRA, Elizabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WALDOW, V R . O cuidado humano: o resgate necessário. Sagra Luzzatto. Porto Alegre. 1998

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n.3, julho 1999.

## **Apêndice A - Instrumento para coleta de dados**

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Saudação e auto apresentação

Fazer o convite para falar sobre o momento que está vivendo (climatério)

Informar os objetivos da pesquisa e a destinação dos dados

Esclarecer dúvidas

Solicitar assinatura do termo de consentimento

Identificação

Nome

Idade

Estado civil

Número de filhos

Profissão

Motivação para vir à Unidade de Saúde.

Não há ordem – são temas para estabelecer a empatia pelo diálogo.

Roteiro da entrevista

Solicitado “fale-me o que está acontecendo com você nesse período da vida”.

Outros temas solicitados que emergiram das entrevistas:

Fale-me sobre conversar com as filhas sobre o que você esta vivendo.

## Apêndice B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidada para participar da pesquisa intitulada Significado de Climatério para as Mulheres: Implicações para o Cuidado de Enfermagem, que tem como objetivos: identificar o significado de climatério para as mulheres que estão vivenciando o período e descrever como o significado é construído na convivência com os outros.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder entrevista, que será gravada e as fitas serão destruídas após cinco anos do término da pesquisa e serão doadas ao centro de memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados com sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador principal podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eneida Coimbra Lima

Rua Vila Lobos, 239 – fone 3826-1181.

Data \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer punição ou constrangimento.

## Anexo 1 – Aprovação do Conselho de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



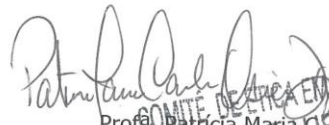
Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Aut. Eneida Coimbra Lima  
Orient. Prof. Octávio Muniz da C. Vargens

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1677-CEP/HUPE) " O SIGNIFICADO DE CLIMATÉRIO PARA AS MULHERES: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM " aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TÉRREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030  
TEL: 21 2587-6353 – FAX: 21 2264-0853 - E-mail: cep-hupe@uerj.br

## Anexo 2 - Liberação para coleta de dados Prefeitura Municipal de Ipatinga.



### PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### PLANO DE COOPERAÇÃO PARA PROJETO TÉCNICO-CIENTÍFICO NÍVEL MESTRADO

Projeto de Pesquisa: "Significado de Climatério: implicações para o cuidar"

Área de Concentração: Enfermagem

Instituição Responsável: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Hosp. Univ. Pedro Ernesto

Período: janeiro/2007 a maio/2007

Orientando: Eneida Coimbra Lima

Orientador Principal: Prof. Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens

A Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG, compromete-se, na Coordenação de Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão na área de Saúde, a fornecer subsídios técnicos para a execução do referido Projeto de Pesquisa - "Significado de Climatério: implicações para o cuidar", sob responsabilidade do orientando Eneida Coimbra Lima, nas seguintes condições:

- acesso facilitado às unidades básicas de saúde do município de Ipatinga/MG
- arquivamento físico de dados
- acesso a ambulatórios de atendimento e grupos de trabalho específicos que facilitem o trânsito da pesquisa

Este Plano de Cooperação Técnica-Científica deve ser substituído por Convênio a ser formalizado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga e a orientanda, após a aprovação do Protocolo de Pesquisa no COEP na referida universidade, e antes do início da coleta de dados.

Cordialmente,

Rozeni Simone de Paula e Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Rozeni Simone de Paula e Souza  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*Rozeni Simone de Paula e Souza*  
MT 119536  
Orciente

Em 21/12/2006

COMITE DE ETICA EM PESQUISA  
HUPE / UERJ  
05101104

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)