

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CLÁUDIA REJANE PINHEIRO MACIEL VIDAL

**MULHERES NO CLIMATÉRIO: desconhecimento,
relacionamentos e estratégias.**

FORTALEZA – CEARÁ
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CLÁUDIA REJANE PINHEIRO MACIEL VIDAL

**MULHERES NO CLIMATÉRIO: desconhecimento,
relacionamentos e estratégias.**

‘
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos
em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Corrêa Lima
Miranda

**FORTALEZA - CEARÁ
2009**

V648m Vidal, Cláudia Rejane Pinheiro Maciel
Mulheres no climatério: desconhecimento, relacionamentos
e estratégias/Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal. ____
Fortaleza, 2009.
102 p. :il

Orientadora: Profa Dra. Karla Corrêa Lima Miranda

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos
em Saúde). _ Universidade Estadual do Ceará, Centro de
Ciências da Saúde.

1. Climatério. 2. Enfermagem clínica-pesquisa. 3. Educação
em saúde. 4. Saúde da mulher. I. Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Ciências em Saúde.

CDD: 570

**MULHERES NO CLIMATÉRIO: DESCONHECIMENTO,
RELACIONAMENTOS E ESTRATÉGIAS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aprovada em: 27/02/09

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda
Universidade Estadual do Ceará
(Orientadora - Presidente)

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará
(Membro efetivo)

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Universidade Federal do Ceará
(membro efetivo)

Prof. Dr. Paulo César Almeida
Universidade Estadual do Ceará
(suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, em primeiro lugar a DEUS, que me proporcionou a oportunidade da luta, por ter me dado força, saúde e perseverança para enfrentar mais um desafio da vida.

Brasiliano,

Meu querido companheiro, marido e amigo pela ilimitada paciência comigo e compreensão da importância deste momento. Sua presença constante me deu forças para não desistir nas horas difíceis desta jornada.

Ester e Estevão

Meus amados filhos, vocês foram o estímulo para concluir este estudo. Obrigada por compreenderem minha distância, mesmo quando parecia estar perto.

Aos meus pais Francisca Margarida e Geraldo e irmãos (Regina, Clarck, César, Cleyton, Marcos e Célio),

Mais uma vez meu reconhecimento por me ensinarem as lições de lutar, trabalhar e compartilhar. DEUS os abençoe. Obrigada por terem compartilhado desta trajetória, cada um a sua maneira.

A todas as mulheres no climatério, que nos possibilitou a realização deste estudo.

Por terem compreendido meu papel de pesquisadora, revelando um pouco mais de suas vidas. Sem suas contribuições não seria possível a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Nenhum empreendimento importante é realizado sozinho. Há pessoas que contribuem diretamente e indiretamente para o sucesso de um projeto. Agradeço calorosamente a ajuda e apóio de todos:

À Professora Dr^a. Karla Corrêa Lima Miranda minha orientadora, pelos estímulos, diálogo e compreensão ao longo deste mestrado. Seus ensinamentos foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

À Professora Dr^a. Maria Célia Freitas, amiga, mestre que me incentivou nos primeiros passos da pesquisa. Sua atenção foi primordial.

Ao Professor Dr. Paulo César Almeida, pelo apóio e fortalecimento recebido durante a análise dos dados estatísticos.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand, por direcionar minha trajetória profissional e originar os questionamentos desse estudo. À Universidade Federal do Ceará, pela liberação essencial para a realização e conclusão deste curso.

À Universidade Estadual do Ceará, especialmente a todo o corpo de professores e assistentes do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde.

As amigas Deyse Cardoso e Léa Dias, pela troca de aprendizagem nesta caminhada.

A todas e todos os colegas de trabalho da MEAC e do Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota – José Walter pelo incentivo, cooperação e apóio.

À Dr^a. Cecília Lima Verde, Enfermeira Eclésia Fragoso e Auxiliares de Enfermagem do Ambulatório de Ginecologia da MEAC, especialmente do serviço de climatério, pelo acolhimento, receptividade e apóio para realização desta pesquisa.

A meu irmão Clarck, particularmente, pelo apoio, dedicação e disponibilidade para organização e informatização deste estudo.

Enfim, a todos os que se mostraram disponíveis e solidários na realização desta pesquisa, meu obrigada.

RESUMO

Nos últimos tempos, o climatério passou a ser um tema bastante discutido, haja vista a expectativa de vida da população haver aumentando e com ela a preocupação com a qualidade de vida. Este período não representa doença e sim uma fase normal da vida feminina, podendo representar um período de mudança, adaptação e até aceitação, trazendo consigo sentimentos diversos. Neste contexto, este estudo teve como objetivo investigar a vivência do climatério para as mulheres. Trata-se de uma pesquisa de natureza mista, realizada em uma maternidade de referência do estado do Ceará, no período de junho a agosto de 2008. A amostra foi composta de 39 mulheres climatéricas na faixa etária entre 45 e 60 anos. Os dados foram apresentados de duas formas: quantitativa - exposta por meio de gráficos, a seguir os resultados qualitativos, tendo-se utilizado a Análise de Conteúdo de Bardin. Para o grupo estudado, a vivência no climatério se apresenta da seguinte maneira: 41,0% se encontravam com idade entre 45 – 50 anos, 69,2% eram casadas, 64,1% possuíam apenas o 1º grau incompleto, 61,5% desenvolviam atividades remuneradas, 64,1% recebiam renda familiar de dois a mais salários mínimos e 59,0% eram católicas. Quanto à intensidade dos sintomas 51,3% se apresentaram na forma leve, sendo os mais evidentes os fogachos, com 100%. Não foi encontrada associação entre sintomatologia e as outras variáveis. Na análise qualitativa, o grupo estudado se dividiu em três categorias: **Do Desconhecido ao real no corpo; Relacionamentos; e Estratégias de intervenção pessoal.** A vivência no climatério teve como foco a falta de conhecimento. Entre os relacionamentos expressos, o que emergiu de modo mais significativo foi o relacionamento com o companheiro, trazendo à tona assuntos como sexualidade no climatério. Como recursos disponíveis para lidar com este momento, dissociados dos serviços de saúde, elas citam boa alimentação, atividade física e outras. Neste sentido, o cuidado clínico de Enfermagem deve envolver questões que digam respeito às relações que cada um estabelece consigo e com o outro, valorizando as formas que o sujeito encontra de se apropriar de sua história de vida, de signos e sintomas, bem como, das maneiras com as quais a pessoa confere significados a própria vida. Com efeito, pensando na defesa de um projeto de cuidado clínico de Enfermagem para mulheres no climatério pautado na possibilidade de intervenção da realidade, refletindo criticamente, intervindo e decidindo, propõe-se um cuidado com arrimo nas idéias freireanas baseadas no diálogo para conscientização e autonomia do outro.

Palavras – chave: Enfermagem clínica, climatério, educação em saúde, saúde da mulher.

ABSTRACT

In the last times the climacteric started to be a sufficiently argued subject, in view of the life expectancy of the population having increased and with it the concern with the quality of life. This period does not represent illness but a phase of the woman life representing a period of transformation, adaptation and yet acceptance, bringing with it diverse feelings. In this context, this study aims to analyze the experience of the climacteric for the women. This is a search of mixed nature, in reference to a maternity hospital in the state of Ceará in the period June to August of 2008. The sample consisted of 39 climacteric women aged between 45 and 60 years. The data had been presented by two forms: quantitative: displayed by means of graphs and then the qualitative results, where we use the analysis of content of Bardin. For the studied group the experience of the women in the climacteric was presented in the following form: 41.0% aged between 45 - 50 years, 69.2% were married, 64.1% had only high school incomplete degree, 61.5% developed remunerated activities, 64.1% received income familiar from two to more than the minimum wages and 59.0% were Catholics. The symptoms related to intensity 51.3% it was light, the most evident had been the hot flashes with 100%. Association between sintomatology and the other variables was not found. In the qualitative analysis the studied group was divided in three categories: from the unknown to the real body: relationships and strategies of personal intervention. The experience of the climacteric woman had as focus the lack of knowledge. Among the expressed relationships those that had emerged from more significant form were the relationship with the partner, bringing subjects as sexuality in the climacteric. The available resources to deal with this moment, apart from the health services, they cited good feeding, physical activity and others. In this direction the clinical care of nursing must involve questions that respect the relations that each one establishes with oneself and with the other; valuing the ways that the citizen finds for appropriating of his/her history of life, his/her signs and his/her symptoms; the ways with which it means the proper life. In this direction, thinking about the defense of a project of a nursing clinical care for women in the climacteric based in the possibility of intervention of the reality, reflecting critically, intervened and deciding, we consider a care with support in the Freire's ideas based in the dialogue for awareness and autonomy of the other.

Key Words: Nursing clinical, climacteric, education in health, health of the woman.

RESUMEN

En los últimos tiempos, el climaterio pasó a ser un tema muy discutido, ya que la expectativa de vida de la población ha aumentado y con ella la preocupación con la calidad de vida. Este periodo no representa enfermedad y sí una fase normal de la vida femenina pudiendo representar un periodo de cambios, adaptación e incluso aceptación, trayendo consigo sentimientos diversos. En este contexto, este estudio tuvo como objetivo analizar la vivencia del climaterio para las mujeres. Se trata de una investigación de naturaleza mixta, realizada en una maternidad de referencia del Estado de Ceará, en el período de junio a agosto de 2008. La muestra fue compuesta por 39 mujeres climatéricas en la franja de edad entre 45 y 60 años. Los datos fueron presentados de dos formas: cuantitativa - expuesta por medio de gráficos, y a continuación los resultados cualitativos, habiéndose utilizado el Análisis de Contenido de Bardin. Para el grupo estudiado, la vivencia en el climaterio se presenta de la siguiente forma: 41,0% se encontraban con edad entre 45 – 50 años, 69,2% eran casadas, 64,1% tenían solo 1º grado incompleto, 61,5% desarrollaban actividades remuneradas, 64,1% recibían renta familiar de dos o más salarios mínimos y 59,0% eran católicas. Los síntomas en cuanto a intensidad 51,3% se presentaron en la forma leve y los más evidentes fueron los bochornos con 100%. No se encontró asociación entre sintomatología y las otras variables. En el análisis cualitativo, el grupo estudiado se dividió en tres categorías: **De lo Desconocido a lo real en el cuerpo; Relaciones; y Estrategias de intervención personal.** La vivencia en el climaterio tuvo como foco la falta de conocimiento. Entre las relaciones expresadas, lo que surgió de modo más significativo fue la relación con el compañero, saliendo a relucir asuntos como sexualidad en el climaterio Como recursos disponibles para lidiar con este momento, disociados de los servicios de salud, ellas citan buena alimentación, actividad física y otras. En este sentido, el cuidado clínico de Enfermería debe englobar cuestiones que tengan a ver con las relaciones que cada uno establece consigo mismo y con el otro valorizando las formas que el sujeto encuentra de apropiarse de su historia de vida, de signos y síntomas así como de las maneras con las que la persona otorga significados a su propia vida. Efectivamente, pensando en la defensa de un proyecto de cuidado clínico de Enfermería para mujeres en el climaterio, pautado en la posibilidad de intervención de la realidad, reflexionando críticamente, interviniendo y decidiendo, se propone un cuidado apoyado en las ideas freireanas basadas en el diálogo para concienciación y autonomía del otro.

Palabras – clave: Enfermería clínica, climaterio, educación en salud, salud de la mujer.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FEBRASGO	– Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e obstetrícia
SOBRAC	– Sociedade Brasileira de Climatério
IK	– Índice de Kupperman
SAME	– Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
HIV	– Vírus da Imundeficiência Humana
X ²	– Qui-quadrado
CNS	– Conselho Nacional de Pesquisa
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
MEAC	– Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
UFC	– Universidade Federal do Ceará
SISNEP	– Sistema nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
PAISM	– Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
DST	– Doença Sexualmente Transmissível
AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UI	– Unidades Internacionais
ML	– Milímetros Cúbicos
NTG	– Neoplasia Trofoblástica Gestacional
%	– Percentagem
SM	– Salário Mínimo
HDL	– High Density Lipoprotein; Lipoproteína plasmática
MS	– Ministério da Saúde
D	– Depoente

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição do número de mulheres climatéricas segundo variáveis sociodemográficas. MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 2 - Distribuição dos sintomas das mulheres climatéricas segundo Índice Menopausal de Kupperman (IK). MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 3 - Distribuição da intensidade segundo os sintomas em geral. MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 4 - Correlação entre o IK e as características sociodemográficas das mulheres climatéricas. MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 5 - Distribuição do número de mulheres segundo fase climatérica. MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 6 - Distribuição do número de mulheres climatéricas, segundo prática de atividade física. MEAC, junho – agosto/2008.

TABELA 7 - Correlação entre o IK e prática de atividade física. MEAC, junho – agosto/2008.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Climatério, menopausa e definições correlatas.	21
2.2 Educação em Saúde e interface com mulheres climatéricas numa perspectiva freireana	27
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	33
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Sujeitos do estudo e amostra	33
3.3 Local e período do estudo	34
3.4 Coleta de dados	36
3.5 Análise dos dados	38
3.5.1 Do processo de análise dos dados.	38
3.6 Aspectos Éticos	40
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS	41
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS	54
5.1 Primeira categoria: Do Desconhecido ao real no corpo	55
5.2 Segunda categoria: Relacionamentos.	67
5.3 Terceira categoria: Estratégias de intervenção pessoal	74
6 IDÉIAS FREIREANAS: possibilidade de cuidado clínico em Enfermagem para mulheres no climatério	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:	85
8 REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	97
ANEXOS	101

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

(FREIRE, 2008).

1 INTRODUÇÃO

A população feminina em todo o mundo apresenta significativo aumento da expectativa de vida, tendo como consequência o crescimento do contingente de pessoas mais idosas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2002) registra o fato de que as mulheres hoje vivem em torno de 72,6 anos. O Brasil tem uma população de cerca de 160 milhões de habitantes, dos quais 56% são mulheres, significando que estas passarão cerca de um terço de suas vidas em um estado de carência hormonal (WENDER; ACCETTA; CAMPOS, 2004; PEDRO et al. 2003).

Este grande impacto do aumento de sobrevida demonstrado nas áreas sociais e econômicas modificou o perfil daquelas que procuram os serviços de saúde, sendo, portanto, relevante concentrar mais atenção nas mulheres na fase do climatério (FERNANDES, 2007). Esse fato exige também maior atenção dos serviços de saúde, a fim que estejam organizados para atender, em todos os seus aspectos, as necessidades de saúde ocasionadas por essa mudança de padrão demográfico (PEDRO et al., 2003).

Ao longo dos tempos muitas mudanças, ocorreram tanto na área científica e tecnológica, quanto nos setores educacional e social, sendo a mulher responsável por grande parte destas transformações. Elas redefiniram seu papel social à luz das mudanças ocorridas na família, nas condições sociais e econômicas, conquistaram direitos políticos, asseguraram o acesso à educação e passaram a ganhar o espaço público de trabalho (GASTAL, et al, 2006).

Em razão desta realidade, o Ministério da Saúde do Brasil em 1983, voltou sua atenção às mulheres e estabelece o Programa de Atenção a Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de integralizar a assistência de saúde, de forma que privilegie todas as necessidades do grupo em foco, sendo enfatizado que todo o contato da mulher com o serviço de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde. Para Daoud, 2002 este programa centra sua atenção bem mais nos aspectos biológicos da mulher, preocupando-se mais com questões relativas à doença e não com o cuidado a saúde, sendo ela vista apenas por seu valor reprodutivo, sexual e materno, sem possibilidades ou necessidades outras de cuidar da saúde.

Acreditamos que apesar da crítica a este programa, o projeto foi um grande salto na assistência à saúde da mulher. No entanto, cremos que as deficiências possam também estar relacionadas com a maneira de como os profissionais de saúde tem executado este programa, haja vista que estratégias são estabelecidas, no entanto os profissionais precisam primeiro querer executá-las adequadamente, conforme é preconizado, e segundo necessitam ter condições de efetivá-las, pois não adianta existir macro políticas de saúde, se a micro política que são os profissionais de saúde, não as executarem e investirem na proposta, ou seja, sem este compromisso profissional jamais os macro projetos funcionarão na sua integridade.

Na perspectiva de cuidar e educar em saúde, o climatério se faz importante objeto de estudo, tanto quanto a saúde reprodutiva da mulher, DST/AIDS, entre outros. Assim, é relevante que o enfermeiro tenha conhecimento do universo dessas mulheres, pois este conhecimento é de fundamental importância nas várias dimensões do cuidado.

O climatério é a transição da fase reprodutiva da vida da mulher para a não reprodutiva. Ocorre geralmente entre 45 e 50 anos e prolonga-se até a senilidade, a qual se inicia em torno dos 60 anos, quando começam os sintomas regressivos do aparelho genital e o anúncio da menopausa. Esta demarca a interrupção permanente da menstruação, ou seja, o último fluxo menstrual comprovado com amenorréia espontânea de pelo menos 12 meses consecutivos; isto em decorrência da disfunção ou hipofunção dos hormônios sexuais (COPELAND,1996; NETTO,FONSECA, SALVATORE, 1986; ALDRIGHI, 1992; BENSON, 1981).

Esta mudança não representa uma doença e sim uma fase natural, pois a maioria delas passa por este momento sem queixas ou necessidade de medicamentos, enquanto outras apresentam alterações de variável intensidade, em geral, não frequentes*. A quantidade e a intensidade dos sintomas podem estar relacionadas com a qualidade de vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência ou não de sonhos e projetos (BRASIL, 2004).

* Esta correção é procedida consoante o novo acordo da Língua Portuguesa em vigor desde 1º de janeiro de 2009.

Neste estágio, a mulher pode ser alvo de uma série de alterações. Morfológicamente, observam-se alterações como osteoporose, doenças cardiovasculares, artropatias, enrugamento da pele e obesidade, com repercussões psíquicas, como aumento da depressão, insônia, aumento da emotividade, dentre outros sintomas. Localmente, podem surgir prurido vulvar, alterações da estática pélvica, colpites. Estas alterações também podem interferir na vida conjugal, sexual, familiar, social e profissional, impedindo a realização de atividades diárias, ocasionando prejuízos econômicos próprios e em locais de trabalho (NETTO, FONSECA, SALVATORE, 1986).

A respeito de tratamentos, estudos mostram que a terapêutica medicamentosa alivia efetivamente os sintomas do climatério, proporcionando melhor qualidade de vida (MAMERE FILHO et al, 2005). Outros relatam, no entanto, que a terapia de reposição hormonal (TRH) é questionável, podendo apresentar mais efeitos negativos do que positivos (CLIMATÉRIO, disponível em <<http://www.geocities.com/Eureka/Gold/8537/climat.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2009).

Segundo Marinho et al. (2001), a decisão para o uso da TRH deve ser feita de forma individualizada, com base nos riscos e benefícios de cada caso, devendo ser indicada quando na presença de sintomatologia e não ser utilizada se houver uma contra indicação ou uma decisão da paciente em não usar, desde, que adequadamente informada.

Mylanez e Nery (2004) asseveram que, embora a mulher enfrente problemas biológicos e psicossociais, conforme o seu nível de conhecimento e informação dessas mulheres os sintomas do climatério apresentam-se de forma discreta sendo mais fácil conviver com as modificações do corpo.

Logo, existem três dimensões acerca do modo de elas serem afetadas pelo climatério. A primeira diz respeito ao aspecto biológico, já descrito, sendo este bastante discutido, principalmente na literatura médica, na qual são polêmicas as questões que envolvem a sintomatologia climatérica, embora se diga que nem toda mulher nesta fase apresenta sintomas (LIMA; ÂNGELO, 2001)

A segunda é o aspecto pessoal/emocional, chamado psicossocial, Lima e Ângelo (2001) estimam que as modificações psicológicas variam consideravelmente e

dependem, na maioria das vezes, da formação da mulher e de sua concepção prévia sobre o climatério e seu significado. Essa idéia, às vezes, parece estar relacionada com a condição de ter ou não ter filhos e netos, ou com o fato de a mulher ser solteira ou casada, estar rodeada por uma família estável ou não.

Sendo assim, quando a mulher assume as modificações dessa fase vital, as alterações psicológicas são poucas e insignificantes, não passando de um período de rápida instabilidade emocional. Neste sentido, a razão fundamental para o distúrbio psicológico, verificado no climatério, decorre da menopausa, que representa o fim de sua vida reprodutiva. Isso tem representatividade crucial para todas as mulheres pois, mesmo para as que tiveram o número de filhos que desejaram, fatalmente, a menopausa parece ter um impacto maior sobre as solteiras e estéreis, que viveram anteriormente na esperança de uma gravidez (JEFFICOAT, 1979). A sociedade associa o papel da mulher a sua função reprodutiva, sexual, ser mãe sempre foi determinante sobre todos os outros, razão porque é compreensível que a noção de não procriar, para a mulher, ocasiona diversos sentimentos, entre eles o de perda.

As sensações femininas são expressas por meio de insegurança e vulnerabilidade, sendo projetadas em suas vidas como prejuízos em diversas direções: medo do desconhecido em decorrência aos signos negativos da menopausa, insegurança em relação aos sintomas físicos e psicológicos antes não vivenciados, medo da morte pela proximidade do envelhecimento, desvalorização das suas queixas, perda da capacidade reprodutiva e perda da juventude – o que em nossa sociedade é bastante valorizado (MENDONÇA, 2004; HURD, AMESSE, JÚNIOR, 2002).

A terceira dimensão mediante a qual as mulheres no climatério podem ser afetadas, está no fato de elas serem sujeitos socioculturais, pois elas têm modos de pensar, agir, sentir e interpretar a menopausa com apóio na sua visão de mundo, decorrente das relações e interações que estabelecem com as pessoas e o ambiente. Assim sendo, não cabe apenas à Biologia explicar a vivência feminina nessa etapa da vida, mas também às ciências humanas, que reconhecem a menopausa como mediada pelo contexto sociocultural e também pela história pessoal e familiar (COSTA, GUALDA, 2008).

Dessa forma, o acompanhamento do climatério é de grande importância por se observar modificações fisiológicas e morfológicas gerais e do aparelho genital, devendo ser a menopausa caracterizada como um evento, e não como um período, sendo geneticamente identificável (NETTO, FONSECA, SALVATORE, 1986; HURD, AMESSE, JR., 2002).

Na minha prática de clínica, percebemos empiricamente que as mulheres climatéricas padecem de informações e orientações sobre esta fase de suas vidas e acerca das alterações dos seus corpos e suas queixas de sinais e sintomas, alterações estas geradoras de insegurança e vulnerabilidades.

Sabe-se que os resultados dos estudos científicos são ferramentas importantes para o avanço da ciência, como também possibilitam minimização de estigmas, medos provocados pela situação vivenciada. Assim, surgem alguns questionamentos: “Como a mulher tem vivenciado o climatério? Nessa fase, surgem mudanças significativas para a vida desta mulher? E se ocorrem mudanças, estas são geradoras de sofrimento?”

Nesta perspectiva, estamos convicta de que o climatério é uma fase da vida da mulher geradora de mudança e conflito, ocasionando sofrimento, e este não está relacionado apenas ao seu estado biológico momentâneo, mas a todo um contexto social, político e cultural onde se encontra.

Com efeito, observamos também comportamentos assistenciais dispersos, não existindo uma metodologia de atenção definida pela equipe de saúde, sendo fundamental que elas tenham maior conhecimento sobre sua condição de saúde para a autonomia do cuidado. Isto porque numa visão biomédica, profissionais se centram nas terapias medicamentosas, enquanto outros, por sua vez, não se sentem com autoridade para executar estratégias de saúde, visto que os serviços que prestam assistência de saúde a mulher, em sua maioria, não contemplam programas e estratégias específicas direcionadas a assistir aquelas de meia-idade, quer dizer, as climatéricas, demonstrando, também, a necessidade de planejamento para os profissionais que lidam diretamente com a saúde reprodutiva, sexual e climatérica feminina (DAOUD, 2002).

Mediada por tais reflexões, veio-nos a motivação para conhecermos esta mulher, analisar sua vivência e, então, propor estratégias de Educação em Saúde acerca do cuidado a mulheres no climatério, com o intuito de proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Na qualidade de enfermeira e sendo integrante da equipe de saúde, é possível que desempenhemos papel preponderante, promovendo orientações específicas por meio de uma escuta ativa, dialógica e reflexiva em que o enfermeiro, no papel de provocador da pergunta, estimule as mulheres climatéricas a saírem do seu lugar, do seu estado de ingenuidade, a fim de buscarem, de forma crítica e ativa, transformar sua realidade.

Assim, sendo a tendência do homem a de ser sujeito e não objeto, para que este se desenvolva, necessita refletir sobre sua situação, suas raízes e condições espaciotemporais, introduzindo-se nesta situação de forma consciente. Assim ficará repleto de compromisso com sua realidade e, dessa forma, sendo sujeito, não deve ser simples expectador, intervindo cada vez mais nela (FREIRE, 2002). Acreditamos que, com o conhecimento e a expressão da vivência na fase do climatério, a mulher adquira, por meio de atividades de Educação em Saúde, um viver saudável e, conseqüentemente, com qualidade.

A temática ora estudada apresenta-se relevante para todos aqueles que trabalham com a mulher, seja em ambiente hospitalar ou em unidades básicas de saúde, pois, em um contexto assistencial, é preciso que as equipes mantenham uma troca de informações contínuas, no intuito de aperfeiçoar a execução da assistência.

Consciente desta situação esperamos trazer subsídios à organização da assistência multiprofissional, no sentido de melhorar a saúde desta clientela, como também, ficamos na expectativa de também concorrer para elaboração e fortalecimento das estratégias e políticas públicas direcionadas às mulheres no climatério.

Reflexionando assim, é que propomos estratégias de Educação em Saúde, com suporte na pedagogia de Paulo Freire, considerando as possibilidades do trabalho educativo em saúde se balizar no contexto social e ambiental dos indivíduos

envolvidos, favorecendo à mulher um climatério mais saudável e consciente assentado em um diálogo crítico e problematizador.

Deste modo, traçamos como objetivo geral analisar a vivência do climatério para as mulheres que são atendidas no ambulatório de climatério de um hospital universitário. E como objetivos específicos: 1 caracterizar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e sintomatológico das mulheres climatéricas; 2 identificar o significado para as mulheres acerca da fase do climatério ; 3 descrever os relacionamentos das mulheres em seu meio social e as mudanças ocorridas na fase do climatério; 4 conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres na superação das dificuldades advindas com a fase do climatério.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Climatério, menopausa e definições correlatas.

O termo climatério é conceituado como o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida da mulher. Menopausa caracteriza-se pela ausência de ciclo menstrual depois de passado 12 meses da sua ocorrência e síndrome climatérica é o conjunto de sintomas que se manifestam neste período (BRASIL, 2004).

Netto, Fonseca, Salvatore (1986) relatam ser esta fase um período de evolução genital da mulher que ocorre em torno de 45-50 anos e prolonga-se até a senilidade, começando em torno dos 60 anos, quando surgem fenômenos regressivos do aparelho genital, em razão da falta de hormônios estrogênios. Não se pode afirmar, no entanto, precisamente a idade de início do climatério (HALBE et. al., 2002).

Daoud (2002) acrescenta que esta fase é constituída por transformações nos âmbitos físicos, emocional, social e espiritual, marcadas por instabilidades hormonais e emocionais, que permanecem interligadas durante todo processo, sendo este permeado pela cultura onde a mulher se encontra.

Para o ramo da Endocrinologia, o climatério é considerado verdadeira endocrinopatia, com o estabelecimento de quatro grupos de alterações: morfológicas

(atrofia mamária e urogenital); funcionais (distúrbios menstruais e sintomas vasomotores); hormonais (diminuição dos níveis estrogênicos, desaparecimento da progesterona e aumento dos níveis de gonadotrofinas) e, finalmente, nos tecidos-alvo (perda da rugosidade e adelgaçamento da mucosa vaginal) (FEBRASGO, 1995).

Embora alguns especialistas considerem o climatério uma patologia, Halbe et. al (2002) acentuam que esta fase não representa doença, no entanto, por ser um estado caracterizado por uma crescente carência estrogênica e por fenômenos do envelhecimento, pode acarretar processos patológicos, devendo passar a constituir um tema principal de saúde pública.

O climatério é considerado como o intervalo entre a menacme e a senectude. Inicia-se por volta dos 35 - 40 anos de idade e termina entre 55 - 60 anos, com variações pessoais. Pode ser dividido em três fases, conforme segue: precoce (35-45 anos), perimenopausa (45 aos 55 anos) e tardia (55 aos 65 anos) (NAHOUM; SIMÕES, 1989; LAURENTS; FERRÁ, 1996). A perimenopausa se divide em duas fases: pré e pós- menopausa, sendo a última a fase mais propensa a sintomatologia e aparecimento de doenças (BOSSEMEYER, 1999; BLUMEL, et al. 1997).

Acredita-se que o início da menopausa não tenha relação com a menarca, casamento, gravidezes, altura, peso e uso prolongado de contraceptivos orais e também não parece ter relação com a idade da menopausa. A interrupção espontânea da menstruação antes dos 40 anos é considerada menopausa prematura ou falência prematura ovariana. As razões dessa falência prematura são desconhecidas, no entanto, exposição a radiações ionizantes, assim como a algumas drogas e processos infecciosos do trato reprodutivo podem causar danos nas estruturas foliculares podendo levar a uma menopausa precoce. Fumar também está associado à menopausa precoce, desde que a quantidade de óvulos diminui de acordo com a quantidade de cigarros fumados. (FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO, disponível em <<http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=722>>. Acesso em: 15 fev.09).

De acordo com a causa, a menopausa se classifica em dois tipos, segundo Aldrighi, Aldrighi e Aldrighi (2002), são eles:

1 Menopausa fisiológica - o processo de exaustão ovariana se inicia na vida intrauterina e se estende progressivamente até a menopausa. A quantidade de folículos estabelecido no período fetal alcança o número de seis a oito milhões por volta da 20ª semana. Por fenômeno de atresia, reduz-se a um a dois milhões no nascimento e a 300 mil no início da puberdade, sendo geralmente estas 300 ovulações que ocorrerão no decurso da vida reprodutiva.

2 Menopausa artificial - parada permanente da função ovariana pela remoção cirúrgica dos ovários ou pela radioterapia. Geralmente é ocasionada pelo tratamento de endometrioses, patologias intrabdominais, como tumores ovarianos, e outros.

Fisiologicamente, os níveis hormonais, a forma como são produzidos e seus papéis se modificam quando se aproxima a menopausa. Os hormônios mais afetados são os produzidos pelos ovários e incluem estrogênio, progesterona e androgênios. A cessação da menstruação resultante da perda da função ovariana é um evento natural, pois faz parte do ciclo normal do envelhecimento. A menopausa está associada à interrupção da menstruação resultante da perda da função folicular ovariana, devendo ser caracterizada como um evento e não como um período e se caracteriza, primeiramente, por alterações menstruais (HURD, AMESSE, RANDOLPH JR, 2002; ALDRIGHI, ALDRIGHI e ALDRIGHI, 2002).

Com o aparecimento dos modernos exames laboratoriais, a menopausa passou a ser identificada mais precisamente como amenorreia com sinais de hipoestrogenemia e nível sérico elevado de hormônio folículo-estimulante (FSH) acima de 40 UI/ml. A estes exames podem ser associados também sintomas subjetivos, como os fogachos e outros, os quais se intensificam com a chegada da menopausa, quando os níveis de estrogênio circulante caem subitamente. Estes sintomas são mais intensos em mulheres com insuficiência ovariana prematura ou menopausa cirúrgica, que são acompanhadas pelas reduções graduais dos estrogênios circulantes (HURD, AMESSE, RANDOLPH JR, 2002)

Existe, no entanto, discordância entre autores a respeito da importância da realização de exames para diagnóstico do climatério. Aldrighi, Aldrighi e Aldrighi (2002) afirmam que o diagnóstico laboratorial do climatério tem pouco valor, em

virtude da enorme variabilidade das dosagens do FSH e estradiol, visto que fontes periféricas de estrogênio exercem papel fundamental nesta fase da vida. Por isso, o diagnóstico da síndrome climatérica é naturalmente clínico, necessitando, em raras situações, da realização de exames complementares.

As repercussões clínicas, na prática, não seguem uma ordem cronologicamente definida na vida da mulher podendo ocorrer sintomas característicos de outras fases do climatério diferentes da idade em que a mulher se encontra. As principais repercussões sobre a saúde, sejam na perimenopausa, seja após a menopausa, são multifatoriais, quer dizer, ocorrem não só das flutuações fisiológicas da concentração sérica dos estrogênios, mas também do impacto da idade e das mudanças no estilo de vida. (CEARÁ, 2002; ALDRIGHI; ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2002).

Didaticamente, estas repercussões podem ser divididas em perimenopausais e pós-menopausais. A primeira se caracteriza por declínio da fertilidade, sintomas vasomotores, sangramento uterino irregular, distúrbios do sono, alterações da memória e depressão. A segunda é justificada por alterações urogenitais, aumento de peso, disfunção sexual, alterações da pele, dos olhos, pelos e dentes (ALDRIGHI; ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2002).

Segundo, De Lorenzi et al. (2005); Marinho (2000); Guarnieri Netto, Fonseca, Salvatore (1986), possivelmente os sintomas climatéricos possam ocorrer da interação da carência hormonal com fatores culturais, sociodemográficos e psicológicos, não sendo um evento puramente biológico e hormonal. No nosso meio, esta fase ainda é vista como um período pejorativo e negativo, o que demonstra também sua importância social, haja vista que tais sintomas alteraram a vida conjugal, sexual, familiar e social, impedindo por vezes que a mulher exerça as atividades rotineiras.

Benson, (1981); Aldrighi, Aldrighi e Aldrighi (2002) relatam que, entre os sintomas, os vasomotores são as queixas mais frequentes, ocorrem imediatamente após a menopausa e comumente são denominados fogachos ou ondas de calor. A mulher descreve uma impressão de calor sentida primeiro no epigástrico ou sobre o tórax, espalhando-se subitamente por todo o corpo, acompanhado de rubor facial. Estas

sensações podem suceder esporadicamente ou muitas vezes numa hora. São frequentes as taquicardias concomitantes e a subsequente perspiração. Os distúrbios vasomotores ocorrem a intervalos curtos e são mais incômodos durante a noite e em períodos de fadiga, doença ou tensão emocional.

Estudos mostram que a terapêutica medicamentosa alivia efetivamente estes sintomas do climatério manifestados pelas mulheres, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida (MAMERI FILHO et al., 2005). Outros estudos, no entanto, mostram que a reposição hormonal é questionável. Os próprios profissionais de saúde estão confusos em razão de controversas apresentadas nos riscos e benefícios desta terapia (PARDINI, 2007). De acordo com a Sociedade Brasileira de Climatério – SOBRAC, ainda não há um consenso sobre o tempo de manutenção da terapia hormonal. A continuação ou interrupção, porém, depende de avaliação criteriosa da relação risco e benefício. O tratamento deve ser individualizado, sendo importante acompanhar a manutenção dos benefícios, a melhora da qualidade de vida e o aparecimento de efeitos adversos, não devendo ser utilizado quando houver alguma contraindicação ou quando não for desejo da mulher, uma vez devidamente informada.

Diversas são as formas e tipos de medicamentos indicados para o tratamento da menopausa, o que caracteriza este evento mais como uma doença do que uma ocorrência natural da vida da mulher, não se descartando a importância do seu uso quando adequado, e, embora tenha muitos efeitos positivos, é grande o número das que abandonam os tratamentos, devendo ser este fato algo a ser considerado e também relevante para que, de modo mais eficaz, ações de Educação em Saúde possam ser empregadas, sendo o Enfermeiro o profissional com autoridade para tal. Cremos que em razão de vários fatores, estas mulheres não têm sido devidamente informadas a respeito da terapia hormonal.

Para Berni, Luz e Kohirausch (2007), a intensidade dos sintomas do climatério está relacionada, além da carência estrogênica, às condições de vida da mulher e ao ambiente sociocultural. O valor e a discussão destas causas, entretanto, tomam caminhos de investigação e cuidado diferenciados. Acredita-se que tal ocorra em virtude de ainda ser vigente nos serviços de saúde uma visão curativa, observando-se neste cuidado uma “medicalização” da atenção prestada. A informação e a

Educação para a Saúde, tão essenciais para o autocuidado com o corpo, não representam ações diárias, presentes nos serviços de saúde.

Gonçalves e Merighi (2005) sugerem que no climatério, além do enfoque fisiopatológico desta fase, faz-se necessário que se enfoquem os aspectos socioeconômicos e culturais como prioridade para efetivação de ações na assistência a saúde da mulher no climatério, fazendo-se uma aproximação maior com as questões biofisiológicas dos indivíduos, pois estas dizem respeito à forma como as pessoas vivenciam suas experiências, até porque as mudanças impostas pelos processos de vida ocorrentes em seus corpos influenciam e são influenciadas pela sua maneira de pensar e agir, como também por todo o contexto onde se inserem.

Corroborando esta ideia, Costa e Gualda (2008) nos dizem que as mulheres climatéricas, enquanto sujeitos socioculturais possuem modos de pensar, sentir, agir e interpretar a menopausa com base na sua visão de mundo, dependendo da forma como estas se relacionam com o mundo e com os outros. Sendo assim, não cabe apenas a Biologia explicar a vivência da mulher nesta fase da vida, mas também às ciências humanas, que reconhecem a menopausa como permeada pelo contexto sociocultural e pela história natural de cada uma.

Culturalmente no Brasil, esta fase é representada por perdas significativas por demarcar para muitas a chegada da velhice, a perda da juventude (o que em nosso meio é algo bastante valorizado), a perda da capacidade de reprodução, alterações cutâneas, alterações do humor e do comportamento, como ansiedade e irritabilidade, depressão e diminuição da libido (HURD, AMESSE E PADILHA JR., 2002).

Tal visão pejorativa, repleta de tabus e preconceitos, contribui de forma negativa para as mulheres que chegam a esta fase, ocasionando a baixa da auto-estima, trazendo consigo sentimentos desencorajadores, o que produz em algumas mulheres dificuldades de enfrentamento, levando-as a momentos de negação, vergonha e sofrimento psíquico, repercutindo em maiores dificuldades por não conversarem ou discutirem a respeito do assunto com familiares, companheiros, amigos e até profissionais de saúde.

Vigeta e Bretãs (2004) confirmam esta ideia, quando assinalam que muitas mulheres não procuram assistência médica durante o climatério por diversos motivos,

desde econômicos até educacionais, e não gostam de comentar com outras mulheres sobre sua passagem pelo evento da menopausa, sendo esta fase considerada um tabu, por ser íntimo e relacionado à sexualidade.

Com base nos fatos citados, é necessário repensar a respeito deste cuidado, especificamente, pois estudos mostram o descontentamento das mulheres climatéricas em razão da vaga assistência destinada a elas, da carência de informações e ausência de espaço onde possam pensar, falar, refletir sobre esta fase de suas vidas. Elas salientam que os serviços de saúde estão voltados para atender as mulheres enquanto são reprodutivas, ficando uma lacuna assistencial na atenção integral à saúde da mulher (DAOUD, 2002; FREITAS, 2004).

Perder o poder de reprodução, entretanto, a proximidade da velhice e outros fatores não implicam perder o poder de produção, de vida útil na sociedade, embora se saiba que doenças crônicas próprias do envelhecimento possam vir a surgir nesta fase e, para tal, é necessário que os serviços de saúde estejam preparados para atender a esta importante parcela da população em suas necessidades de saúde e adoecimento.

2.2 Educação em Saúde e interface com mulheres climatéricas numa perspectiva freireana

Atualmente, um dos maiores desafios para a Enfermagem é atender às necessidades de Educação em Saúde da população. Esta prática é considerada independente na Enfermagem e uma das principais responsabilidades da profissão. Neste sentido, os profissionais de saúde, dentro os quais, os enfermeiros, poderão se utilizar de estratégias e apontar caminhos para o autocuidado, como uma alternativa de participação ativa, que promove a autonomia dos sujeitos, o percurso da sua realidade de vida.

Durante muito tempo, a Educação em Saúde foi associada a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimentos em saúde, visando à adoção de atos de cuidado à saúde individual ou à higiene do ambiente (BARROSO, VIEIRA e VARELA, 2003). Neste âmbito, a Educação em Saúde se modificou em relação aos dos modelos explicativos causais para compreender as diversas formas de reações

comportamentais dos indivíduos e grupos, considerando experiências pessoais e as condições socioestruturais em que são construídas suas respostas e o entendimento da situação saúde-doença (CATRIB, 2003).

A Organização Mundial de Saúde cita os objetivos da Educação em Saúde como sendo de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua saúde, pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Esta asserção equivale a dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária (LEVY, et al. 2006).

Dessa forma, a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde estão intimamente atreladas em seus objetivos, desde que, juntas, a função de encorajar as pessoas a alcançarem o maior nível possível de bem-estar, de tal forma a viverem uma vida saudável, prevenindo doenças evitáveis.

Portanto, para que estes objetivos venham a ser alcançados, é necessário uma nova formulação de políticas públicas e ambientais apropriadas e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas autônomas, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, conduzindo-se para estratégias cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na “promoção do homem” (SCHALL, 1999).

Nos últimos tempos, observa-se constantemente uma série de programas com práticas, persistindo diversos modelos ou diferentes paradigmas de Educação em Saúde, os quais condicionam diferentes estratégias, muitas delas reducionistas, o que requer questionamentos e implementação de ações mais integrantes e participativas (SCHALL, 1999).

Neste contexto, é necessário desenvolver uma prática educativa consciente e crítica para o futuro, no contexto da qual entendamos o ser humano em sua complexidade. O conhecimento, porém, na maioria das vezes, é fragmentado por disciplinas, não sendo visível sua recomposição. Atualmente podemos visualizar as marcas dessa fragmentação, inclusive no conhecimento científico e na educação (MIRANDA E BARROSO, 2004).

Neste cenário de busca de um modelo de educação que contemple o outro em sua complexidade, visualizamos os princípios de Paulo Freire como marco norteador para este desenvolvimento, por ele mostrar uma educação dialogada, solidária, sem arrogância, articulando o saber científico com o conhecimento do outro, traduzindo seu método em um trabalho coletivo.

Acreditamos que a proposta de Paulo Freire para a educação de adultos não possa ser transferida na íntegra para a Educação em Saúde, embora as deficiências de conhecimento de muitas pessoas apontem para a necessidade de alfabetizá-las em saúde, ou seja, devem aprender, a partir do seu mundo, das suas condições de sobrevivência, os conteúdos representativos para a Promoção da Saúde e prevenção das doenças.

Freire pressupõe que se o ser humano é histórico, logo, está subjugado as condições espaciotemporais, quer dizer, quanto mais o homem se envolver, refletir criticamente em sua história, mais condições terá de interferir nesta realidade.

Então, a proposta pedagógica de Freire ultrapassa os limites da educação como disciplina social e passa a ser entendida como forma de se ler o mundo, refletir sobre a leitura, transformando-o pela ação consciente. Neste sentido, esta pedagogia está sendo utilizada por outras disciplinas, inclusive a Enfermagem (SAUPE, 1998).

Entre as várias práticas utilizadas, elegemos os conceitos de Paulo Freire, por ser este pioneiro de uma educação problematizadora e autônoma, que considera o diálogo como fenômeno humano e as palavras como elementos constitutivos que nos levam a surpreender duas dimensões: ação e reflexão, de forma que a palavra verdadeira seja a de transformar o mundo, assim, apresentar possibilidades de transformar o universo das pessoas (FREIRE, 2007) e neste caso, transformar o mundo das mulheres no climatério.

Entre os conceitos anunciados por Freire existem alguns que são significativos para a Enfermagem, tais como os seguintes.

1 Conscientização - é um compromisso histórico, também consciência histórica. Implica que o homem assuma uma posição de sujeito, podendo transformar o mundo, tomando posse da realidade. Freire (2006) compara a conscientização com a práxis humana, na qual a conscientização é a unidade entre a ação e a reflexão sobre o

mundo. Neste sentido, quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra a essência do fenômeno que se busca analisar. Assim, a conscientização não pode existir sem o ato, ação-reflexão. É importante frisar que a conscientização não existe de maneira isolada, de um lado o sujeito, do outro o mundo; existe a necessidade de um entrelaçamento entre a realidade e o mundo.

2 Problematização - supõe a ação transformadora. Neste caso, as pessoas serão referidas ao seu contexto, pois a problematização parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas. Por meio da problematização, o educador chama os educandos a refletir sobre sua realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura em um mundo e com o mundo. Enquanto a ação bancária inibe o poder criador dos outros, a educação problematizadora, de caráter reflexivo, implica um ato contínuo de zelo pela realidade (FREIRE, 2007).

3 Diálogo - é uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, onde a ação se orienta para o mundo, que é preciso transformar e humanizar. Quando Freire se relaciona ao diálogo, não fala de forma pacificadora, mas de modo que os menos favorecidos superem essa condição. Freire em seu livro *Pedagogia do Oprimido* nos diz que o diálogo tem estreita relação com o amor ao mundo e aos homens, pois o amor é a base do diálogo. Neste ato, não deve existir relação de dominação pois, é um ato de coragem, nunca de medo. Sendo assim, não pode ser um ato arrogante, de dominação (Freire, 2007 p.91). O diálogo é compreendido como uma relação estreita entre duas pessoas, livre de desigualdades, baseado na reciprocidade. O diálogo tem clara conotação política, com enfoque basicamente social. Dialogar não é trocar idéias e, se o diálogo não levar a ação transformadora, é puro verbalismo. Assim, existe também o conflito, que não anula o diálogo, faz parte dele e por isso precisa ser enfrentado e trabalhado. O diálogo é condição fundamental para o conhecimento pois, é por meio deste que se pode refletir sobre o que sabemos e não sabemos. Podemos atuar, criticamente, para transformar a realidade. Logo, a reflexão aparece como o centro da relação dialógica (DAMKE,1995).

4 Autonomia - pressupõe que ninguém é sujeito da autonomia de ninguém; a pessoa vai amadurecendo todo dia, ou não. Ninguém amadurece de repente. Dessa forma, uma pedagogia da autonomia tem de estar concentrada em experiências estimuladoras de decisão e de responsabilidade que levem à liberdade de reflexão (FREIRE, 1996).

5 Liberdade - O conceito de liberdade é a tese central na primeira fase do pensamento freireano, é a categoria central de sua concepção educativa desde suas primeiras obras. A educação visa à libertação, à transformação radical da realidade para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que homens e mulheres seja reconhecidos como sujeitos da sua história, não como objetos (GADOTTI, 2001). Logo, a liberdade é uma conquista e não uma dádiva; ela exige uma pesquisa permanente, pesquisa esta que só existe no ato responsável daquele que a realiza. Ninguém possui a liberdade, como condição para ser livre; ao contrário, se luta pela liberdade porque não se a possui. A liberdade não é um ponto ideal, fora dos homens, em frente do qual eles se alienam. Não é uma ideia que se faz mito. É uma condição indispensável ao movimento de pesquisa no qual os homens estão inseridos porque são seres inconclusos (GADOTTI, 1996). Logo, a esperança na libertação não significa já a libertação. É preciso lutar por ela, dentro de condições historicamente favoráveis. Se elas não existem, temos de pelear esperançadamente para criá-las. A libertação é possibilidade, não sina, nem destino, nem fado. Nesse contexto, se percebe a importância da educação da decisão, da ruptura, da opção, da ética (FREIRE, 2001).

6 Ética – o dicionário Aurélio, filosoficamente, conceitua ética como “o estudo dos **juízos de apreciação referentes à conduta humana** suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto”. Para Freire, ética não é algo abstrato, é a determinação de indignar-se com as injustiças que ocorrem. A partir do momento em que homens e mulheres se tornam seres histórico-sociais, capazes de decidir, de escolher, de intervir, de romper, por tudo isso se fizeram seres éticos, neste sentido estar longe ou fora da ética é uma violação. Ética **não é sinônimo de moralismo**, por isto deve andar de mãos dadas com a estética (FREIRE, 2007).

Deste modo, as idéias de Freire contribuem com a Pedagogia de Educação em saúde realizada pelo enfermeiro, porquanto, no instante em que se reconhece a vocação ontológica do ser sujeito histórico, criativo e cultural, utiliza-se a educação para transformação e autonomia do outro.

Mediante o desenvolvimento da Enfermagem precisamos pensar Educação em Saúde de modo mais ampliado que deva comportar ações que favoreçam aos indivíduos alcançarem capacidade de autonomia e de responsabilidade sobre sua saúde. Assim, é preciso levar em consideração as experiências de cada mulher no climatério, favorecendo sua participação e, desta forma, pensar na forma individual e singular que vivenciam elas esta fase de sua vida.

Ferraz et. al, (2005) cita que cuidar e educar são ações próprias do ser humano, e, por conseguinte, intrínsecas aos profissionais da área da saúde. Sob este aspecto, a união entre cuidar e educar é a estrutura básica para o exercício do desenvolvimento profissional em saúde, versando entre outros aspectos, acerca dos saberes de forma criativa, política, estética, ética e técnica.

Sendo assim, as práticas educativas podem ser ressignificadas como maneira de cuidar coletiva, estando fundamentada no compromisso social e na preocupação com o outro. As ações de educação e saúde são objetivadas a instruir os indivíduos a como tratar os fatores comportamentais, como cuidar de si mesmo e como lidar com os assuntos de saúde antes deles se tornarem problemas persistentes (COELHO, 2006). Em face de isto, a Educação em Saúde pode também ser considerada como o compromisso social manifestado em uma maneira de cuidar na Enfermagem.

Finalmente, considerando a educação uma ferramenta para cuidar, como um recurso do saber, como um dispositivo tecnológico no qual a escuta e o diálogo são instrumentos básicos para a conscientização e autonomia destes sujeitos, o enfermeiro, apropriando-se da Educação em Saúde, poderá apontar melhores caminhos para o auto-cuidado, visando a contribuir para o auto-conhecimento das mulheres climatéricas no atendimento de suas necessidades, com vista a de integrá-las em um convívio harmonioso no ambiente familiar e social.

Se a meta é instrumentalizar as mulheres para viver melhor nessa fase da vida, pode-se pensar com Freire (2007) que a educação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres ‘vazios’, mas homens como ‘corpos conscientes’ e consciência intencionada”. Neste caso, a participação ativa é fundamental.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa de natureza mista. Uma investigação é denominada mista quando se refere a um só estudo que utiliza estratégias mistas ou múltiplas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Essas estratégias podem ser executadas simultânea ou sequencialmente, possibilitando ao pesquisador utilizar a combinação de métodos mistos, oferecendo a alternativa para abordagem de problemas complexos (DRIESSNACK, SOUSA, MENDES 2007).

O propósito deste estudo misto concomitante é demonstrar o melhor entendimento da vivência das mulheres no climatério e sua sintomatologia pelo uso de dados qualitativos e quantitativos. A vivência das mulheres será explorada inicialmente por meio da abordagem qualitativa, quando utilizamos entrevistas gravadas. Para medição da sintomatologia foi utilizada abordagem quantitativa quando utilizamos o Índice Menopausal de Kupperman (IK).

3.2 Sujeitos do estudo e amostra

Os sujeitos do estudo foram constituídos por todas as mulheres climatéricas cadastradas no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) e atendidas no ambulatório especializado de climatério durante os meses de junho, julho e agosto/2008 na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa, delimitamos mulheres atendidas no turno da manhã, nos dias de segunda, terça e quarta-feira, com

faixa etária entre 45 e 60 anos, que voluntariamente desejassem participar do estudo, apresentassem capacidade cognitiva preservada, residissem em Fortaleza, estivessem em climatério natural, não histerectomizadas, não usuárias de terapia de reposição hormonal, não usuárias de antidepressivos, em razão de tais medicamentos poderem alterar a sintomatologia em estudo. Sendo assim, consideramos elegíveis 39 mulheres para o desenvolvimento da pesquisa, por estas responderem ao que se propôs a pesquisa. Os critérios de exclusão coincidem com as situações que não se coadunam com as razões apresentadas para a inclusão.

A chegada da mulher ao serviço de climatério pode ocorrer por dois meios. Primeiro, sendo encaminhada de uma unidade básica de saúde; segundo, da própria instituição, quando o ginecologista assistente identifica a necessidade de um acompanhamento especializado. Assim, ocorre a primeira consulta especializada, sendo as subsequentes agendadas na própria sala de atendimento. Diariamente são marcadas 17 consultas, sendo cinco de primeira vez e 12 subsequentes. Semanalmente deveriam se realizar em torno de 68 consultas e mensalmente 272, no entanto, este número foi bastante reduzido, haja vista, as faltas frequentes das pacientes ao serviço e outras causas eventuais.

Estabeleceu-se o critério de idade entre 45 – 60 anos por intencionarmos trabalhar com mulheres que realmente estejam dentro da faixa etária climatérica considerada pela literatura como a mais sintomatológica, não incluindo as que estejam entrando no período precocemente, nem as que estejam acima de 60 anos, fase senil, por estarem efetivamente na menopausa e a sintomatologia se tornar quase imperceptível.

3.3 Local e período do estudo

A pesquisa desenvolveu-se na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, por ser uma instituição pública federal de grande porte, de nível terciário, centro de referência para o Município de Fortaleza e para o Estado do Ceará. É considerada um grande potencial de atendimento à saúde da mulher e ao recém-nascido, abrangendo a

missão de promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão.

A pesquisa realizou-se no turno da manhã por três dias na semana, nos meses de junho a agosto do ano de 2008. O ambiente para sua efetivação foi especificamente no Ambulatório de Ginecologia, localizado no primeiro andar de um prédio de quatro pisos, composto por sete consultórios, duas salas para reunião de grupos e uma sala para secretaria.

Nesse Ambulatório, funcionam os seguintes serviços: atendimento a pacientes com dor pélvica, obstetrícia/alto risco, obstetrícia/pré-natal/infanto-puberal (adolescente), obstetrícia/pré-natal c/ HIV, cirurgia ginecológica, consulta pré-anestésica, ginecologia-obstetrícia/patologia cervical, ginecologia-obstetrícia/patologia cervical/adolescente, ginecologia, ginecologia c/NTG, ginecologia/climatério, ginecologia/doenças sexualmente transmissíveis, ginecologia/infanto-puberal, ginecologia/planejamento familiar e – ainda - mastologia e uroginecologia, estes dois últimos apesar de fazerem parte do ambulatório funcionam em um outro ambiente.

O número de profissionais que compõem o serviço de climatério, o qual está em destaque, é o seguinte: duas médicas atendem exclusivamente mulheres no climatério, uma enfermeira para os atendimentos de enfermagem em geral, um psicólogo e um assistente social.

No entanto, com as mulheres no climatério não é desenvolvida nenhuma atividade assistencial de Enfermagem. Sendo observado desenvolvimento de atividades de grupo com gestantes adolescentes e no serviço de citologia oncótica. Acreditamos que, considerando a grande demanda do serviço e o pequeno número de profissionais, não haja condições de desenvolver assistência multidisciplinar com todas as clientes, inclusive as climatéricas, havendo o comprometimento do cuidado de Enfermagem das mulheres em questão.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados diretamente no ambulatório ginecológico, uma parte antes da consulta médica e outra após.

A recolha dos indicadores foi realizada em dois momentos que se diferenciam em duas fases. A primeira constou de uma identificação prévia dos prontuários das mulheres climatéricas no próprio ambulatório, onde identificamos dados referentes às variáveis epidemiológicas e sociodemográficas.

A escolaridade foi avaliada por grau de estudo completo ou incompleto, considerando-se desde a instrução primária até a universitária. Para obter esta informação, perguntávamos qual tinha sido o último ano escolar completo frequentado pela depoente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, denomina-se “anos de estudo” o período estabelecido em função da série e do grau de instrução mais elevado alcançado pela paciente, considerando a última série concluída com aprovação.

A renda *per capita*, foi estimada com base no total dos vencimentos dos moradores do domicílio das climatéricas, que era dividido pelo número de pessoas da casa - crianças, adultos e idosos. O salário mínimo vigente na época do estudo era de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais).

Uma vez aceito o convite e feitas as devidas explicações, solicitávamos à cliente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

Utilizamos um formulário que, segundo Gil (1991, p.90), é “uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas”. Este instrumento foi composto por duas partes: dados epidemiológicos e sociodemográficos e quadro com o Índice de Kupperman (IK). (APÊNDICE I).

Na primeira parte do instrumento, buscamos os aspectos relevantes quanto à identificação das mulheres. Neste, privilegiamos dados referentes às variáveis sócio demográficas, como idade, endereço, estado civil, grau de instrução, ocupação, renda familiar, religião e outros. Avaliávamos também nos prontuários das mulheres com

consulta subsequente, quando havia registro, se eram usuárias de alguma medicação ou outras causas que interferisse na sintomatologia do climatério natural.

A segunda parte do formulário se deu na presença da mulher, quando aplicamos o IK e após realizamos entrevista gravada. Os sintomas climatéricos, segundo o Índice Menopausal de Kupperman, recebem escores, sendo classificados como leves, moderados, intensos. Assim, os sintomas vasomotores de acordo com a intensidade recebem os escores 4, 8 e 12; parestesia, insônia, nervosismo 2, 4 e 6; enquanto melancolia, vertigem, fraqueza, mialgia/ artralgia, cefaleia, palpitação e formigamento, os escores 1, 2, 3, respectivamente. Quando o somatório destes escores for até 19, o IK é considerado leve, se for entre 20 e 35 é havido como moderado e se superior a 35, é intenso.

A avaliação sintomática pode ser feita de vários modos. Alguns autores simplesmente valorizam as ondas de calor, anotando seu número e intensidade, no decorrer do dia (LOPES, CELESTINO, HIME, 2008). Outros tentaram estabelecer índices que pudessem correlacionar os sintomas e fazer seu acompanhamento. Sendo assim, optamos por analisar a sintomatologia climatérica com aplicação do Índice de Kupperman (IK), pois, segundo Rodrigues e Baracat (1995) este é um dos instrumentos mais utilizados nesta sintomatologia.

Para utilização do IK, realizamos uma adaptação de acordo com o protocolo que é utilizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, por ser este serviço pioneiro no Brasil em atendimento a mulheres no climatério (GUARNIERI NETTO, 1986).

Para aplicação do IK e melhor entendimento das mulheres, solicitávamos que entre um intervalo de 1 a 3, elas classificassem todos os sintomas do climatério citados, dando notas, em que 1 sentia levemente, 2 moderadamente e 3 intensamente.

Durante a aplicação do IK, uma cliente relatou ausência de todos os sintomas; esta foi somada à sintomatologia leve. Na variável escolaridade, encontramos três analfabetas que, foram associadas à variável que apresentava escolaridade até 1º grau incompleto; por ser um número pequeno, este associou-se ao que mais se aproximava dele.

Concluído a aplicação do formulário IK realizamos uma investigação temática por meio de entrevista gravada, com perguntas abertas, quando investigamos por meio das perguntas: “Para a senhora, o que é o climatério e como é vivenciar esta fase?” Destas perguntas e de outras sequenciais, por meio do diálogo e da escuta ativa, a mulher climatérica teve liberdade de expressar seus pensamentos dentro do seu contexto de vida. Esta fase se assemelha com o método de Freire (2007) que diz ser a investigação temática um processo de busca, conhecimento e criação, que exige dos sujeitos uma reflexão sobre o próprio sujeito (APÊNDICE I).

3.5 Análise dos dados

Os resultados foram apresentados de duas formas. Primeiro, expressamos a parte do estudo quantitativo, por ter sido primeiramente coletado, exposta por meio de gráficos. A seguir, apresentamos os resultados dos dados qualitativos utilizando para isto a análise de conteúdo proposta por Bardin (1998), momento em que entre os vários conceitos de Freire, elegemos o diálogo para nortear as discussões, visto ser este na nossa visão a base para todos os outros.

3.5.1 Do processo de análise dos dados.

3.5.1.1 Primeiro momento

A análise inicial dos dados referentes à sintomatologia, dados epidemiológicos e sociodemográficos foi descritiva, sendo organizados em tabelas, nas quais mostramos frequência simples e média.

O teste do qui-quadrado (X^2) foi utilizado para analisar as associações entre os sintomas do IK e as variáveis situação conjugal, escolaridade, renda familiar, ocupação, religião e atividade física.

Utilizamos as medidas estatísticas: média e desvio-padrão para calcular as idades. O teste t de Student para dados independentes foi empregado para se comparar as médias de idade.

Para todos os testes a serem utilizados na análise estatística fixamos o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram processados no programa Microsoft Excel.

3.5.1.2 Segundo momento

Para analisar os dados do segundo momento do estudo, fez-se necessário um aprofundamento no material recolhido. Esta etapa não se desenvolveu de forma repentina, pois aconteceu paralelamente à coleta de dados, pois precisávamos ir-e-vir no material empírico e teórico.

A análise de conteúdo permite ao pesquisador reconstruir indicadores e visões mais amplas, valores e atitudes, opiniões, estereótipos e preconceitos comparando-os entre comunidades (BAUER; GASKELL, 2002).

De posse do material coletado, a análise dos dados foi desenvolvida em três etapas, com apoio em Bardin (1998).

A primeira fase correspondeu à organização do material, leitura flutuante e fichamentos, possibilitando uma visão do todo coletado.

A segunda fase constituíu-se de leitura exaustiva, tendo sido o texto bruto desmembrado, sendo realizada a operação de codificação, quando foram identificadas as unidades de registro de acordo com o critério semântico. As unidades de registro encontradas nas falas foram se agrupando, segundo suas semelhanças e significados, identificadas, por sua vez, às categorias temáticas.

A terceira fase, de posse das categorias, foi constituída, por fim, da escuta detalhada e transcrição, na íntegra, das gravações; foi realizada a leitura flutuante de todos os depoimentos; em seguida, procedemos à codificação em unidades de registro, e posteriormente, a organização em categorias temáticas. Foram identificadas três categorias: **Do desconhecido ao real no corpo – cognição, sintomas e sentimentos; Relacionamentos – com o parceiro, com a família, com as pessoas, com o trabalho; e Estratégias de intervenção.**

3.6 Aspectos Éticos

Com relação à ética normativa na pesquisa, preocupamo-nos em assegurar a observação dos princípios éticos descritos na Resolução nº 196/96 do CNS (BRASIL, 1996), que trata da pesquisa *in anima nobili*, envolvendo seres humanos e assegura o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa (autonomia); compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantia de que danos previsíveis serão evitados (não-maleficência) e relevância social da pesquisa (justiça e equidade). Todos os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre as questões que envolvem a pesquisa por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE II) conforme preconiza a mesma Resolução, sendo assegurada a sua participação na mesma por anonimato, onde para isto identificamos cada depoente com códigos (D1, D2, D3... D39). A pesquisa encontra-se registrada no SISNEP (Sistema de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos), conforme folha de rosto nº 181080. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, sob protocolo nº 28/08, homologado em 14 de maio de 2008 (ANEXO – B).

Para realização de entrevista gravada, utilizamos gravador Panasonic Voice Editing Ver. 1.0 para registro das falas, para isto solicitamos autorização prévia à cliente.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Neste capítulo apresentamos e descrevemos os resultados quantitativos obtidos a partir da aplicação do Índice Menopausal de Kupperman (IK) às 39 mulheres climatéricas em estudo.

Sabendo da importância de conhecermos o objeto do estudo ao qual nos detemos a estudar, optamos inicialmente em aplicar o IK e assim conhecer em parte como se caracteriza a mulher climatérica. Para tanto identificamos quantitativamente os dados sociodemográficos, epidemiológicos e sintomatológicos.

Quanto aos dados sociodemográficos, apresentamos os seguintes: idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, ocupação e religião. Quanto aos dados epidemiológicos aduzimos e discutimos as variáveis fase climatérica e prática de atividades físicas; quanto aos variáveis sintomatológicas discutimos aquelas que compõem o IK.

Por meio das condições sociais podemos observar que um grande número das mulheres brasileiras vive em condições sociais adversas e é incapaz de suprir as necessidades mínimas para uma vida com dignidade. Pobreza e saúde debilitadas estão intimamente atreladas devido à desnutrição, condições de vida precárias, estresse constante e falta de acesso aos serviços de saúde pública (FERNANDES, 2007).

Os fatores ambientais ligados aos fatores socioculturais acrescentam-se as diversas condições e influências sob as quais a pessoa vive e se desenvolve. O meio ambiente contém o alimento que ingerimos, a água que bebemos, o ar que respiramos os vários patógenos e toxinas aos quais estamos sujeitos, a região geográfica e suas condições climáticas e a estrutura da comunidade em que vivemos. Também envolve os serviços de saúde disponíveis, as medidas preventivas e as potenciais conseqüências iatrogênicas dos tratamentos e tecnologias aplicados (FERNANDES, 2007).

Então, a importância de conhecermos as condições sociais, demográficas de uma população e a partir daí inferirmos conclusões concernentes a uma população.

1 Caracterização da população

a) Características sociodemográficas:

Na tabela 1 contemplamos as características sociodemográficas das mulheres climatéricas que fizeram parte do estudo.

TABELA 1 – Distribuição do número de mulheres climatéricas segundo variáveis sociodemográficas. MEAC, junho – agosto/2008.

Caracterização sócio-demográfica	Nº.	%
1. Idade (anos)		
45-50	16	41,0
51-59	23	59,0
2. Situação Conjugal		
Casada	27	69,2
Outra	12	30,8
3. Escolaridade		
Até 1º Grau Incompleto	25	64,1
1º Grau Completo ou +	14	35,9
4. Renda Familiar (SM)		
Até 1	14	35,9
2 ou mais	25	64,1
5. Ocupação		
Do lar	15	38,5
Outras	24	61,5
6. Religião		
Católica	23	59,0
Outras	16	41,0

Fonte: Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Prontuário n= 39 mulheres
SM vigente = R\$ 415, 00.

Quanto à caracterização, estudamos 39 mulheres climatéricas em fase natural. De acordo com a faixa etária, a menor idade foi 45 anos e a maior 59 anos. Observamos que 16 (41,0%) se encontravam com idade entre 45 – 50 anos, seguidas de 23 (59,0%) que se apresentavam entre 51 – 59 anos. A média de idade foi de $51,4 \pm 4,4$ anos.

Este estudo diferenciou-se de outros realizados, por apresentar uma média de idade inferior a estudos efetuados no Brasil, onde a média de faixa etária está entre 53,7; 52,3 e 54 anos (DE LORENZI et al., 2006; PIAZZA; DE LORENZI; SACILATO; 2005; DE LORENZI et al., 2005).

O climatério é uma etapa marcante do envelhecimento feminino. Inicia-se normalmente entre 35 e 40 anos, estendendo-se até os 65 anos. Nas brasileiras, ocorre em média aos 48,6 anos de idade, sendo denominada menopausa precoce, quando se estabelece antes dos 40 anos (DE LORENZI et al., 2005; HALBE, 2002).

A idade da menopausa é determinada geneticamente, sendo diferente para cada mulher, cada uma tem o próprio tempo, não existe relação com a menarca, com o número de gestações, com a última gravidez, ou com a hereditariedade, no entanto, causas externas podem influenciar um climatério precoce. É importante, no entanto, se conhecer a idade em que as mulheres iniciam a menopausa, principalmente, a pós-menopausa, por ser nesta fase que as mulheres são mais acometidas pelas doenças cardiovasculares (TRIEN, 1994; ALMEIDA; COSTA, 2008).

Quanto a situação conjugal, a maioria era casada, ou seja, 27 (69,2%), seguidas por outros estados civis, entre estes: as solteiras, separadas, união consensual e viúvas com 12(30,8%). Este estudo apresentou convergência com estudos de et al. (2005) e Silva Filho, et. al, (2005) no Rio Grande do Sul e São Paulo, respectivamente, com mulheres na fase do climatério, os quais mostraram maior incidência de mulheres casadas, no entanto, não houve associação entre a sintomatologia climatérica e a situação marital.

Embora estudos porém, não demonstrem correlação entre estado civil, outros autores defendem o argumento de que o convívio familiar desfavorável

representado por alterações ambientais e conjugais é fator que apresenta significância em relação à sintomatologia (VEGA et al., 2007).

Quanto à ocupação, 24 (61,5%) declaram que, além de desenvolverem suas atividades do lar, executam outras atividades, o que lhes confere renda, tais como: artesanato, costura, venda de produtos de beleza, confeitaria, faxinas e outros; seguem-se 15 (38,5%) que desenvolvem somente atividades do lar. Quanto à renda familiar, 25 (64,5%) recebiam de dois a mais salários mínimos.

Quanto à renda familiar, 25 (64,1%) recebiam em torno de dois a mais salários mínimos, seguidas de 14 (35,9%) que recebiam até um salário mínimo.

Quanto à ocupação, 61,5 % das mulheres climatéricas, além de serem donas de casa exercem atividades com rendimentos. Nos dias atuais, observa-se que muitas mulheres assumem o papel de provedoras do lar, por vezes, possuem poder aquisitivo e contribuem efetivamente com o orçamento da família. Sendo assim com o surgimento de novos paradigmas e a mudança ocorrida com as mulheres na idade contemporânea, inclui-se sua consolidação no mercado de trabalho formal e informal (MACEDO FILHO; REGINO, 2009; MURATA e SCHIMER, 2004).

Neste sentido, os afazeres domésticos são considerados atividades informais, que, além de não serem remuneradas, não possuem reconhecimento da sociedade, nem da família, no entanto, devem também ser motivo de indagações, pois a mulher que não trabalha fora tem sobrecarga física e emocional, responsabiliza-se por muitos afazeres domésticos, cuida agora não dos filhos, mas dos netos, do marido; enfim, trabalha em tempo integral, e às vezes dispõe de pouco tempo para cuidar de si, o que em muitos casos reduz a autoestima e muitas vezes não tem noção do grau de submissão em que se encontra (MACEDO FILHO; REGINO, 2009).

Murata e Schimer (2004) alertam para a atenção que se deve ter com o desgaste físico e mental da mulher trabalhadora, o que pode influenciar negativamente na sua saúde, principalmente nesta fase da vida, quando as alterações próprias do envelhecimento podem se acentuar.

A renda familiar referida pelas mulheres foi de dois salários mínimos ou mais 64,1% e 35,9% possuíam renda inferior ou até de um salário mínimo. Identificamos o fato de que muitas delas não possuíam renda fixa. Algumas viviam da

ajuda de filhos, eram aposentadas e outras desenvolviam atividades profissionais que lhes favoreciam rendimentos fixos, tais como ser professora, costureira e comerciante.

Quanto à escolaridade, este estudo mostra baixa instrução e não apresentou relação com a sintomatologia. Ensaio realizado por Medeiros, Medeiros e Oliveira (2006), porém, mostrou o contrário, pois estes identificaram que 65% das mulheres climatéricas brasileiras com baixa renda e baixa escolaridade apresentavam múltiplos sintomas.

Em relação à religião, a católica foi a mais prevalente, com 23 (59,0%), seguidas pelas demais religiões, com 16 (41,0%). Entre as outras religiões, elas se disseram protestantes e espíritas.

b) Características sintomatológicas das mulheres climatéricas.

TABELA 2 – Distribuição dos sintomas das mulheres climatéricas segundo Índice Menopausal de Kupperman(IK). MEAC, junho – agosto/2008.

SINTOMAS	INTENSIDADE						P
	LEVE		MODERADO		ACENTUADO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fogachos	18	46,1	-	-	21	53,8	<0,0004
Parestesia	33	84,6	6	15,4	-	-	<0,0001
Insônia	24	61,6	7	17,9	8	20,5	0,0430
Nervosismo	22	56,4	7	17,9	10	25,6	0,105
Melancolia	22	56,4	10	25,7	7	17,9	0,105
Vertigem	34	87,2	3	7,7	2	5,1	<0,0001
Fraqueza	34	87,2	4	10,3	1	2,6	<0,0001
Artralgia /mialgia	18	46,1	10	25,6	11	28,2	0,505
Cefaléia	23	58,9	7	17,9	9	23,1	0,070
Palpitação	23	58,9	11	28,2	5	12,8	0,038
Formigamento	32	82,0	5	12,8	2	5,1	<0,0001

Fonte: Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Entrevista n= 39 mulheres

Os sintomas mais evidentes quanto à intensidade foram os fogachos – 21 (53,8%), artralgia/mialgia – 11 (28,2%) e nervosismo – 10 (25,6%).

O sintoma fogacho apresenta-se nas 39 (100,0%) mulheres climatéricas, sendo 21(53,8%) de forma acentuada e 18(46,1%) de forma leve, não se observando na intensidade moderada. Assim podemos inferir que a intensidade dos sintomas encontrado neste estudo assumiu os extremos da sintomatologia entre leve e acentuado.

Tal achado diverge de estudo de De Lorenzi et al. (2005) que encontrou sintomatologia leve em 28%, moderada em 41,3% e intensa em 30,7% dos casos.

Observa-se que existe uma relação entre os sintomas parestesia, vertigem, fraqueza e formigamento com $p < 0,0001$. O mesmo ocorre entre os sintomas nervosismo e melancolia com $p < 0,105$.

Visualiza-se também que os sintomas fogachos não se apresentam na forma moderada, como também o sintoma de parestesia evidencia-se apenas na forma leve e moderada, não se apresentando de forma acentuada.

De Lorenzi et al. (2005) demonstram em seu estudo com 254 mulheres que a sintomatologia climatérica mostrou-se leve em 28%, moderada em 41,3% e intensa em 30,7% dos casos, com predominância de sintomatologia moderada. Os sintomas mais intensos foram ondas de calor, irritabilidade e insônia. 60,2% das mulheres referiram sintomas vasomotores A sintomatologia climatérica foi influenciada por fatores psicossociais e prática de atividades físicas.

Já estudo de Appolinário et al. (2001) não encontrou presença de traços hipocondríacos prévios em ensaio realizado com associação entre traços da personalidade e síndrome do climatério.

Vega et. al (2007) exprime que 94% das mulheres referiram algum sintoma climatérico. Os mais presentes foram fadiga, fogachos e pele seca. A ocorrência destes sintomas está relacionada a fatores psicológicos, ao tipo de personalidade da mulher, ao estado de autoestima, depressão, alterações na dinâmica familiar e conjugal e padrões culturais

Observamos discordância entre os estudos de Appolinário et al. (2001)e Vega et al.(2007), pois o primeiro não encontra traços da personalidade com significância em relação aos sintomas climatéricos, enquanto no segundo ocorre

significância entre sintomas e fatores psicológicos, tipo de personalidade da mulher, estado de autoestima e depressão

Quanto aos sintomas, este demonstra similaridade com o sintoma fogacho, presente no primeiro e terceiro estudos, ressaltando que este e o primeiro estudo são nacionais e o terceiro mexicano, expressando a ideia de que, embora as pesquisas sejam realizadas em países diferentes, um dos sintomas mais intenso e citado pelas mulheres climatéricas permanece o mesmo, conforme demonstra a literatura.

TABELA 3 – Distribuição da intensidade segundo os sintomas em geral. MEAC, junho – agosto/2008.

INTENSIDADE DE SINTOMAS	Nº.	%
Leve	20	51,3
Moderado	16	41,0
Acentuado	03	7,7
TOTAL	39	100,0

Fonte: Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Entrevista n= 39 mulheres

Em análise da sintomatologia geral do climatério definida no IK, a Tabela 3 apresenta uma avaliação geral da intensidade dos sintomas que se distribuíram da seguinte forma: leve 20 (51,3%), seguida de moderado 16 (41,0%) e acentuado com 03 (7,7%) dos casos.

Entre os sintomas mais citados, as ondas de calor tem sido os mais referidos pelas mulheres na fase de transição climatérica (SANTOS-SÁ et al. 2006). Este estudo comunga com a presente pesquisa quando mostra que 100% das mulheres referiram sentir fogachos. Esta queixa se apresentou em maioria na forma acentuada, não obstante, que a sintomatologia geral seja mais evidenciada na forma leve, seguido de moderada.

Cerca de 60 a 80% das mulheres referem alguma sintomatologia durante o climatério, sendo a maioria devido ao hipoestrogenismo. Possivelmente, os fatores socioculturais e psicológicos atuariam influenciando a aceitação e variação da resposta da sintomatologia climatérica (SPEROFF, 1989; DE LORENZI et al., 2005; ALDRIGHI; ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2002).

Corroborando com esta ideia Costa e Gualda (2008) defendem o pensamento de que a vivência climatérica não pode ser elucidada apenas com visão nas questões biológicas, há a necessidade de se considerar o contexto sociocultural, como também a história pessoal e familiar das mulheres nesta fase da vida.

De acordo com o percentil encontrado na intensidade de sintomas, podemos inferir que é mínimo o número de mulheres com sintomatologia acentuada 03 (7,7%). No entanto, podemos concluir que de acordo com a alta incidência de sintomas, mesmo não sendo de forma acentuada, se faz necessário que as mulheres sejam esclarecidas a respeito das sintomatologias presentes no climatério e nas transformações pelas quais o corpo passa e assim elas possam viver o climatério com melhor qualidade de vida.

TABELA 4 - Correlação entre o IK e as características sociodemográficas das mulheres climatéricas. MEAC, junho – agosto/2008.

Caracterização Sócio-Demográfica	ÍNDICE DE KUPPERMAN				X ²	P
	Leve		Mod/Acent			
	N.º	%	N.º	%		
Situação Conjugal					2,35	0,135
Casada	11	40,7	16	59,3		
Outra	08	66,7	04	33,3		
Escolaridade					0,30	0,584
Até 1º grau incomp.	13	52,0	12	48,0		
1º grau completo	06	42,9	08	57,1		
Renda Familiar (SM)					0,01	0,905
Até 1	07	50,0	07	50,0		
2 ou mais	12	48	13	52		
Ocupação					0,20	0,648
Do lar	08	53,3	07	46,7		
Outras	11	45,8	13	54,2		
Religião					2,06	0,151
Católica	09	39,1	14	60,9		
Outra	10	62,5	06	37,5		

SM – Salário mínimo vigente (415,00 R\$)

As relações entre as medidas variáveis sociodemográficas e sintomatológicas traduzem a presença ou não de influência dos primeiros fatores sobre o segundo.

Os resultados apresentados na Tabela 4 não mostram associação entre intensidade dos sintomas e as variáveis: situação conjugal ($p = 0,135$), escolaridade ($p = 0,584$), renda familiar ($p = 0,905$), ocupação ($p = 0,648$), religião ($p = 0,151$).

Ao se realizar comparação das médias de idade com sintomas leve e moderado/acentuado, verifica-se que as duas médias são iguais ($p = 0,234$), o que mostra que a idade não apresentou significância com a sintomatologia.

Estudos realizados por Piazza, De Lorenzi, Sacilato (2005); De Lorenzi et al. 2005; Vega et al., 2007 relatam que não foi encontrada significância entre escolaridade e sintomatologia. Sendo, contudo, esta uma fase permeada por alterações, é necessário esclarecer a elas que nem todos os sintomas e irregularidades são próprios do climatério, nem se apresentam de forma igual para todas. Sendo assim é importante que se conheça os fatores interferentes no climatério e assim promova-se Educação em Saúde a fim de ajudá-las a recuperar seu equilíbrio biológico e psicossocial.

c) Características epidemiológicas

Os dados epidemiológicos foram discutidos com base nas fases do climatério e o sedentarismo (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5 – Distribuição do número de mulheres, segundo a fase climatérica MEAC, junho – agosto/2008.

Fase Climatérica	Nº	%
Precoce	03	7,70
Perimenopausal	27	69,23
Tardia	09	23,07
TOTAL	39	100,00

Fonte: Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Entrevista n= 39 mulheres

Epidemiologicamente o climatério marca a fase de transição entre o menacme e a senilidade, já a menopausa é uma data, quer dizer, a última menstruação, conduzida pela secreção ovariana. Considera-se menopausa fisiológica aquela que ocorre dos 45 aos 50 anos (GUARNIERI NETTO, 1986).

A fase climatérica foi considerada segundo Jaszmann (1973) que conceitua pré-menopausa como ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual igual ao

que elas tiveram quando em fase reprodutiva; perimenopausa: ciclo menstrual nos últimos 12 meses, mas com alteração no padrão menstrual quando comparados aos anteriores; pós-menopausa: quando o último ciclo menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses.

Esta fase não é considerada doença, no entanto, o binômio hipoestrogenismo/envelhecimento pode ocasionar processos patológicos e, de acordo com o crescente índice populacional, o climatério deve-se constituir um importante tema de saúde pública (DE LORENZI, 2005; HALBE, 2002).

A Tabela 5 caracteriza as mulheres segundo a fase climatérica em que se encontram, conforme se distribuem: fase precoce – 03 (7,70%), fase perimenopausal – 27 (69,23%), seguida da fase tardia, com 09 (23,07%). Observa-se que a maioria – 27 (69,23%) se encontram na fase perimenopausal.

Segundo a fase do climatério, as mulheres se encontram predominantemente na perimenopausa 27 (69,23%), caracterizando a fase com maior incidência de sintomatologia.

Na fase reprodutiva o risco da doença coronariana é baixo, no entanto na pós-menopausa este risco dobra (FERNANDES, 2007). Então, ser salutar o conhecimento da idade da menopausa nas diferentes populações.

TABELA 6 – Distribuição do número de mulheres climatéricas, segundo prática de atividade física. MEAC, junho – agosto/2008.

Prática de atividade física	Nº	%
Sim	28	71,8
Não	11	28,2
TOTAL	39	100,0

Fonte: Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Entrevista n= 39 mulheres

A seguir, na Tabela 6, apresentamos os resultados a respeito da prática de atividades físicas, que se distribuem da seguinte forma: 28 (71,8%) mulheres relatam

serem praticantes de algum exercício físico, seguidas de 11(28, 2%) que negaram desenvolver qualquer atividade. Consideramos exercer atividade física aquelas que exerciam alguma prática física pelo menos três dias na semana e com uma duração mínima de 30'. Entre as atividades desenvolvidas citaram caminhada, dança de salão, exercícios físicos. Observamos que a maioria das mulheres refere desenvolver suas atividades físicas junto ao corpo de bombeiros da região, de forma sistemática.

Existe uma relação direta entre atividade física na pós-menopausa e níveis de HDL-colesterol, sendo que a resposta é maior nas mulheres com baixos níveis de HDL que naquelas com níveis normais ou acentuados. Para obter-se um benefício cardiovascular e prevenção da osteoporose, a atividade física deve ser praticada pelo menos três vezes por semana. Uma caminhada efetiva deve percorrer 4 a 6 quilômetros a uma velocidade média de 1 km em 10 minutos. Contudo, uma caminhada mais lenta pode produzir também efeitos favoráveis como redução da gordura corpórea e aumento do HDL-colesterol. Assim, a caminhada, qualquer que seja, é importante ser introduzida aos hábitos da vida diário (FERNANDES, 2007).

TABELA 7 - Correlação entre o IK e prática de atividade física. MEAC, junho – agosto/2008.

Caracterização de Atividade Física	ÍNDICE DE KUPPERMAN				x ²	P
	Leve		Mod/Acent			
	N.º	%	N.º	%		
Prática Física					3,53	0,060
Sim	11	39,3	17	60,7		
Não	08	72,7	03	27,3		

Segundo a Tabela 7, não houve associação entre intensidade dos sintomas do IK e a variável prática de atividade física ($p = 0,060$).

Avaliamos que este estudo traz acentuada taxa de mulheres que praticam frequentemente atividade física. Tal achado diverge de estudo realizado por Murata e

Schimer (2004) e Piazza, De Lorenzi e Sacilato (2005), que encontraram em suas pesquisas a maioria de mulheres com alta taxa de sedentarismo.

Existe uma relação inversa entre o exercício praticado regularmente e as principais causas de morte na mulher pós-menopáusia. Diversos estudos têm demonstrado o efeito benéfico do exercício na prevenção primária e secundária de várias doenças, como hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, osteoporose e diabetes, entre outras. São relatados também efeitos salutares do exercício sobre os fogachos e a depressão psíquica no climatério (LEITÃO et al., 2000).

CONCLUSÕES

Comparamos os dados de outros estudos com o presente e observamos que os achados foram divergentes no que diz respeito a intensidade geral e correlação. Este apresenta intensidade sintomatológica geral leve, não mostra significância entre dados epidemiológicos e sociodemográficos e prática de atividade física, enquanto outros exibem sintomatologia predominantemente moderada a acentuada e significância com fatores psicossociais e prática de atividades físicas.

Podemos inferir que neste estudo todas as mulheres de alguma forma referem sentir fogachos, sendo estes na forma leve ou acentuada, caracterizando os extremos da sintomatologia, não sendo observada sua frequência na intensidade moderada, nos levando a acreditar ser este o sintoma mais significativo na vivência da mulher climatérica. Tal achado converge com diversos outros estudos que também apresentam as ondas de calor como sintoma mais incômodo e mais presente no climatério.

À vista dos resultados encontrados, sabendo que este não representa a população absoluta de mulheres climatéricas, podemos concluir que podem ter sido, além de outros fatores, os sintomas de fogachos, seguidos de mialgia/artralgia e nervosismo que fizeram as mulheres climatéricas procurar o serviço de saúde, por terem sido os que mais se evidenciaram entre as mulheres.

O Ministério da Saúde afirma que a maioria das mulheres passam por esta fase sem apresentar queixas e outras apresentam sintomas de intensidade variável, que

geralmente são passageiros. No entanto, outros fatores, além dos sintomas, necessitam de investigação para se esclarecer as questões que norteiam este tema, de forma que as mulheres possam passar por esta fase sem maiores transtornos.

As conclusões obtidas com este experimento permitem o avanço do conhecimento sobre a sintomatologia climatérica. Ele confirma achados e refurta outros. Propicia que mais discussões sejam travadas no sentido de elucidarem as questões da sintomatologia climatérica.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS

Este capítulo descreve o processo percorrido ao entrevistar as mulheres climatéricas assistidas na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.

Durante a análise do material discursivo, identificamos três categorias, 11 subcategorias compostas por 869 unidades de análise temáticas, que refletiram a vivência das mulheres no climatério.

A discussão dos dados é mostrada por intermédio de unidades temáticas que emergiram. Das três categorias identificadas, a primeira está relacionada com o significado do termo climatério para o grupo em discussão, denominado: **Do Desconhecido ao real no corpo**. Posteriormente, com as mudanças que surgiram na vida da climatérica, emergiu a categoria: **Relacionamentos**. E a terceira categoria caracterizada pelas formas positivas ou negativas utilizadas pelas mulheres para superar as dificuldades caracterizou-se por **Estratégias de intervenção pessoal**.

Da primeira categoria, denominada “Do Desconhecido ao real no corpo”, emergiram as subcategorias – significados do climatério, sintomas e sentimentos. Nesta categoria, as depoentes apresentam o climatério de várias formas: nada sabiam, como uma prevenção, tratamento, acompanhamento da saúde, órgão, departamento, fase difícil, fim da menstruação, não poder mais ter filhos, no entanto, entre as diversas citações, observamos que o significado primordial do termo climatério assume os significados de sintomas e sentimentos.

A seguir surgiu a segunda categoria, denominada “Relacionamentos” Desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias - relacionamento com o companheiro, com familiares, no trabalho e outras pessoas. Nesta categoria as entrevistadas se reportam primeiramente ao relacionamento conjugal, sendo o marco desta categoria as questões relativas à sexualidade.

Em sequência, da terceira categoria, emergiram “estratégias de intervenção pessoal”, representando as condutas individuais das mulheres climatéricas para superar esta fase da vida. Desta categoria sobrevieram as seguintes subcategorias - exercícios físicos, alimentação, trabalho e religião. Estas estratégias, por vezes, funcionam de forma positiva, outras negativamente para o que se considera satisfatório para a qualidade de vida da mulher climatérica.

5.1 Primeira categoria: Do Desconhecido ao real no corpo

Acreditamos que o conhecimento cognitivo não caminha separado das emoções e dos sentimentos. Sendo assim, para realização deste momento, se fez necessário refletir, de acordo com as falas, como as mulheres climatéricas pensaram e sentiram esta fase.

Segundo Gonçalves e Merighi (2005), o corpo é a origem do nosso modo de ser. Neste sentido, torna-se evidente que ele é a forma como nos relacionamos com o mundo e, de acordo com as fases vividas, este mundo muda. Sendo assim, se o corpo modela nosso modo de ser no mundo, torna-se necessário conhecê-lo e podemos pensar no diálogo, entendido por Freire como caminho indispensável para se chegar a este conhecimento. Logo, para Freire, o diálogo, além de um *ethos* comunicativo, é um compromisso com o outro, logo, com a vida. Em outras palavras, muito mais do que sua inerência à existência humana, o diálogo é uma prática e um fazer histórico carregado de afeto, realizações e possibilidades.

Na concepção freireana, só é possível trabalhar a favor do outro se soubermos quem ele é; se conhecermos seus sonhos, suas alegrias, suas frustrações e

desejos (TORRES, 2003) Sendo assim, com que feições a fase do climatério surge para estas mulheres?

As depoentes, no decurso das entrevistas, apresentaram em sua maioria certo desconhecimento cognitivo do conceito do termo climatério. Podemos observar que as mulheres expressam este conceito de formas distintas. Algumas nada sabem de imediato, não referem um pensamento lógico e assim se posicionam.

Não sei. (D5).

Eu nem sei o que é. Quando eu vinha pra cá, eu nem sabia o que eu vinha fazer, só marcaram que era para o climatério, mas o que era... (D7).

Não sei nada. (D8).

Eu não sei explicar, ninguém nunca me explicou não (D9).

Eu não entendo nada. (D1).

As palavras “não sei” aparecem com frequência nos depoimentos do grupo entrevistado, evidenciando que o termo climatério para elas tem um sentido desconhecido, fato também observado nos estudos de Berni, Luz e Kohlrausch, 2007; Freitas, Silva e Silva (2004) e Milanez e Nery (2004).

Considerando-se a informação como uma etapa do processo de educação, para este grupo, não existe nada. Se não existe nada, logo, há a possibilidade de fantasiar, devanear sobre idéias que venham a responder ao que se questiona. Uma das depoentes diz:

Quando eu ouvi essa palavra climatério pela primeira vez, me veio uma curiosidade, porque eu não sabia o que era. O que eu pensei era que era coisa de cemitério. Meu Deus, eu pensei... (D33).

Neste caso, as reticências desta fala nos permitem pensar nos fantasmas forjados por essa mulher, pois significante e significado das palavras cemitério e climatério estão associados à fase da vida e ao recinto onde se enterram os mortos, fato que pode ser traduzido por esta mulher como algo próximo da morte.

Percebemos que as falas reproduzidas retratam uma forma de pensar quando não existe uma informação a priori. A informação, todavia, apesar de necessária e fundamental na elaboração do conhecimento, não é suficiente para provocá-las a uma consciência transformadora de forma a modificar seu mundo.

Freire (2006) pensa a educação como uma prática além da informação. Ele estimula o diálogo, a criatividade, a reflexão para uma tomada de consciência, e que as pessoas ultrapassando a esfera espontânea de conhecimento da realidade cheguem a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível, na qual a mulher assume uma atitude epistemológica.

De acordo com este cenário, podemos observar que estas mulheres estão desprovidas de informação, quer dizer, estão vazias de conhecimento em relação ao que se passa com seu corpo, levando-nos a crer que existe carência do diálogo, fator primordial na comunicação entre profissionais e clientes.

Segundo Freire, o diálogo é compreendido como uma relação estreita entre duas pessoas, livre de desigualdades, baseado em trocas. É com apóio nele que os seres humanos se relacionam, conhecem, interagem, para refletir sobre sua realidade e, então transformar o que está posto. Sendo assim, o diálogo tem clara conotação política, com enfoque basicamente social. Com efeito, tal como não se pode separar a educação da sociedade, não se pode cindir a educação da saúde.

Assim, outras ideias a respeito do desconhecimento são trazidas pelas depoentes, quando interligam o termo climatério a serviços de saúde, com funções médicas e tratamentos especializados, sendo estas encaminhadas na maioria das vezes ao ambulatório especializado pelo próprio profissional de saúde. Elas relatam:

É um órgão que previne a menopausa? .(D1).

É o doutor que acompanha a menopausa. (D3).

É uma área especializada. (D5).

É um médico que trata dos problemas hormonais. (D4).

É o doutor dos ossos e dos hormônios. (D2).

Climatério é o tratamento da menopausa. (D20).

Percebemos pelo discurso que elas são encaminhadas de um profissional para outro, sem informações e orientações pertinentes. Esta mulher tem contato com vários profissionais e mesmo assim ainda não reconhece realmente o que é o climatério, procurando decifrar o significado desta palavra.

Eu vim para cá porque o doutor me encaminhou, não me explicou nada, só me mandou marcar uma consulta pra cá. (D4).

Podemos observar um desamparo desta mulher em relação a sua vida, pois pouco ou quase nada lhe é comunicado ou explicado.

O caráter básico hoje dos sistemas de saúde, muitas vezes, se assemelha ao que Gadotti chama de sistema tecnocrata, pois não apenas controla sua organização, mas impõe crenças e valores, supervaloriza o planejamento e o conhecimento técnico-organizacional, a hierarquia, as estruturas, enfim, a impessoalidade. Muitas vezes o profissional prioriza a estrutura, esquecendo-se do sujeito, não exercitando o diálogo livre e crítico e nem a participação.

Quando eu estava na consulta de prevenção ela me encaminhou pra cá, eu fiquei com vergonha porque tinha muitos alunos, nós fomos criadas num sistema muito vergonhoso, mas mesmo assim eu fiz meu exame com ela e os alunos. Eu agradeço muito estar aqui, não tenho nada a reclamar, às vezes a gente até leva umas bordoadas, mas é assim mesmo, quando a gente não tem dinheiro para pagar um plano de saúde é assim mesmo. (D22).

Na fala desta depoente, podemos observar como a mulher climatérica se sente: oprimida. Oprimida por ser pobre, por ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), por não ter um plano de saúde, por ter de se submeter ao exame diante de outras pessoas, quando seu constrangimento não é percebido.

Na concepção bancária da educação, o conhecimento é um dom oferecido por aqueles que se consideram como possuidores do saber, para os que eles consideram que nada sabem. Assim, percebemos que a educação desenvolvida se caracteriza como uma educação bancária, tecnocrata, que valoriza entre outros fatores

a impessoalidade, sem costume de exercitar o diálogo livre, crítico e participativo (GADOTTI, 1998).

Para estas mulheres, entretanto, nem a educação bancária, na qual o detentor do saber deposita seu conhecimento em outro sujeito que nada sabe. Aqui percebemos que estamos aquém da educação bancária, tão criticada pelos educadores.

O diálogo contribuiu grandemente para o desenvolvimento da educação contemporânea, desmistificando a idéia de superioridade natural do professor, desmistificando a idéia de superioridade moral de alguns homens sobre outros ou porque ocupam funções superiores a outros ou porque são mais contemporâneos. (GADOTTI, 1998 p.21).

Por meio desta ideia, podemos também indagar, como nós profissionais de saúde estamos conduzindo nossa prática profissional? De que forma nos relacionamos com outros saberes e como acontece a interação do saber científico com o popular? Enfim, que condições são oferecidas pelas instituições a fim de que a Educação em Saúde se concretize eficazmente?

Uma das depoentes fala:

Me disseram que eu tinha que começar um tratamento, mas tratamento não é quando a gente está doente?. (D20).

Percebe-se que esta consegue questionar e refletir sobre o que foi comunicado a ela. Ela indaga se estar no climatério é ser doente.

Podemos, então, perguntar: como é o desenvolvimento do diálogo ante a curiosidade desta mulher? Que liberdade ela sente para expressar suas dúvidas aos profissionais?

Se há uma prática exemplar como negação da experiência formadora é a que dificulta ou inibe a curiosidade do educando, em consequência, a do educador. (FREIRE, 2007 p. 84).

Nenhuma curiosidade se mantém estável eticamente no exercício da negação da outra curiosidade. Curiosidade que silencia outra se nega a ela própria.

Sendo assim, é importante que a curiosidade esteja em permanente movimento, permitindo que o vaivém de perguntas aumente o vínculo, a confiança entre profissionais e clientes, permitindo que este se sinta com liberdade de expor suas dúvidas e sentimentos.

A formulação do conhecimento do objeto implica o exercício da curiosidade, sua capacidade crítica de distanciar-se do objeto, de examiná-lo, de circunscrevê-lo, de cindi-lo, de cercá-lo, sua capacidade de comparar, de perguntar (FREIRE, 2007).

A dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos, narrativos, em que o profissional na qualidade de educador expõe ou fala do assunto que se trata. O fundamental é que clientes e profissionais saibam que a atitude deles é dialógica e não impositora.

Neste sentido, Freire caracteriza o bom profissional educador com aquele que consegue enquanto fala trazer o cliente até a intimidade do movimento do seu pensamento.

É a curiosidade que faz o ser humano fazer perguntas, buscar conhecimento, atuar, mais perguntar, reconhecer. Assim, deve-se estimular a pergunta, a reflexão crítica sobre a própria pergunta, o que se pretende com esta ou aquela pergunta em lugar da passividade em face das explicações discursivas dos profissionais, espécie de resposta a perguntas que não foram feitas.

Atualmente, os serviços de saúde mediante as políticas públicas de saúde, pregam uma atitude humanista, dialógica e participativa, e relatam que estes, além de reabilitar, devem proteger e promover saúde. Vê-se que estas premissas não têm sido condizente com a prática; permanecem no papel, nos projetos.

O MS (1984) propõe que ações educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e que estejam inserida em todas as atividades, devendo ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional e cliente, com o intento de levar o cidadão a refletir sobre sua saúde, adotando práticas para sua melhoria ou manutenção, realizando mudanças e novos hábitos para a solução de seus problemas.

Para que isto ocorra, porém, é necessário que os profissionais vejam o outro como sujeito e não como objeto. É necessário que a climatérica seja vista como pessoa e não como objeto do saber do outro.

Freire compreende o sujeito como um ser que se encontra no mundo, com o mundo e com os outros; logo, é um ser de relações. Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Logo, cultura é o processo e produto da ação dos seres humanos em suas inter-relações consigo mesmos, com os outros, com a natureza, com as divindades, em sua atuação sobre a natureza e a sociedade, construtora do sentido da existência, positiva e/ou negativamente; conforme, pois, o conjunto de características próprias, comuns e diversas dos seres humanos ante a todos os outros seres vivos, constituindo-os como grupos humanos específicos, diferentes entre si, mas capazes de dialogar.

A concepção bancária se caracteriza pela divisão entre os que sabem e os que não sabem, é negada a dialogicidade à medida que as pessoas são meros objetos, conforme observamos nas falas seguintes:

Eu não sei nem o que fazer, não tem ninguém pra orientar, eu fui perguntar pra médica o que podia fazer, ela disse logo que só depois dos exames e da prevenção podia passar algum remédio, eu sinto necessidade de alguém que me oriente. (D1)

Gostaria que me dissesse alguma coisa dessa fase. (D21).

Para praticar o dialogo, isto é, a concepção “problematizadora” de educação, precisamos reafirmar que este educando não é uma pessoa “vazia”, fora da realidade, mas alguém que possui uma experiência de vida e por isso também é detentor do saber. Por isso o dialogo consiste no respeito pelo o outro como cidadão e deve ser reconhecido como sujeito de sua história.

O domínio da leitura do seu corpo e de como ele se comporta diante desta fase da vida permite que a mulher climatérica aplique os conhecimentos adquiridos no seu dia a dia.

Acreditamos que um projeto interdisciplinar nos serviços de saúde é de grande importância para o desvelamento do real, pois é na busca das múltiplas visões

que teremos a possibilidade de romper com o fragmentado, o limitado, para irmos em direção a uma metodologia dialógica e intercultural.

Streck (2001) refere que somente a retotalização de um processo dialógico interdisciplinar poderá reconstituir a unidade, numa dimensão que transcende o fragmentário, o específico, o parcial, para além das ciências específicas, num nível, por isso mesmo, “transdisciplinar”.

Para Andreola (2000), Paulo Freire é também um mestre do diálogo interdisciplinar. Ele apresenta a interdisciplinaridade como exigência à objetividade da ciência. Ao visualizarmos o real apenas na perspectiva da especialidade, estamos fragmentando-o, e negando possibilidades de enxergar a totalidade com toda sua beleza.

Para Gadotti (1998), o objetivo essencial da interdisciplinaridade “é experimentar a vivência de uma realidade global, que se inscreve nas experiências cotidianas do sujeito, [...] a instituição é fragmentada”. Articular saber, conhecimento, vivência, comunidade e instituição requer uma prática de trabalho coletivo e solidário na organização de um serviço, de um trabalho institucional. Não há interdisciplinaridade sem descentralização do poder, enfim, sem junção das disciplinas do saber.

Neste sentido, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO – assinala ser importante que a mulher na fase do climatério possa contar com profissionais especializados na orientação individualizada, de forma que possam viver essa fase com melhor qualidade de vida

Acreditamos que desenvolver Educação em Saúde com mulheres no climatério é algo fundamental, no entanto, por esta fase não mais representar a fase reprodutiva e sim a transição para a não reprodutiva, não é devidamente valorizada pelas instituições de saúde, embora seja um direito de saúde da mulher conforme está expresso no PAISM do MS. Sabemos que a educação por si só não responde a todas as coisas, nem pode tudo, possui suas limitações, todavia, a prática educativa pode alguma coisa (FREIRE, 2007). Neste sentido, vemos o papel da instituição como garantidora de condições para propiciar espaços próprios e profissionais para desenvolvimento de práticas educativas.

Podemos perceber pelos depoimentos que o climatério tem relação com a falta da menstruação, sintomas e sentimentos, apresentando-se como uma fase difícil em suas vidas, com feições de mistério. Elas dizem:

Com a idade o organismo começa a sofrer algumas perdas. (D25)
É uma mudança de comportamento do meu corpo, muito difícil pra mim. (D15).

É o final de uma menstruação, não poder mais ter filhos. (D18)
Quando eu parei de menstruar eu achei ruim, a saúde da pessoa é o sangue que está circulando, quando eu menstruava não sentia nada, nem uma dor de cabeça. (D27)

Segundo estes discursos, as depoentes apresentam o climatério com feições negativas, em que o organismo começa a sofrer perdas, ocasionando mudança de comportamento no corpo, levando ao final da menstruação e, em consequência, à não-procriação à perda da saúde.

Assim, percebemos que o climatério para este grupo é vivido de forma sofrida, pois significa perda. Elas elaboram, com base em sua cultura, signos negativos, e se depreciam por viver este momento da vida, talvez associado à perda da capacidade de procriação tão valorizada em nossa cultura.

Esse significado atribuído, entretanto, pode ser alterado desde o momento em que se trabalha numa perspectiva da educação problematizadora, pois esta mulher poderá refletir, criar e recriar, a partir do que estava posto.

Vale salientar que a meia idade na vida da mulher pode ser um período de satisfação e prazer, à medida que aceita sua existência. Já a "menopausa", no entanto, pode se apresentar como um choque na auto-estima, pela perda da função procriativa, e por isso um marco de passagem para o vazio, com desconfortos físicos, que variam de mulher para mulher (GONÇALVES; MERIGHI, 2005).

Outra idéia apresentada pelo grupo entrevistado diz respeito aos sintomas que seu corpo sente. Elas dizem:

Vem aquele calor, fica sua cabeça quente, pegando fogo, aquele calor por dentro, essa crise vêm várias vezes e você sente do

mesmo jeito, pode até estar tomando banho você sente, é algo que não se tem controle. (D12).

Eu sinto uma agonia na cabeça, ânsia de vômito, dor nos quartos parece que vou ter menino, tanta coisa ruim. Quando menstruo é um mal estar, um cansaço, uma coisa horrível. (D21).

Sinto dor de cabeça parece enxaqueca, parece que eu vou morrer. (D20).

É um calor, não durmo, não como, atrapalha tudo, é questão de segundos, mas é tão ruim que se a morte fosse daquele jeito a gente já tinha morrido há muito tempo e voltava. Dar uns suores, dar insônia, de repente chega aquela coisa, parece que o mundo vai se acabar. (D10).

...vêm os problemas: o calor, o medo de andar, o medo de ficar só, medo de falar. É uma vontade de chorar, vontade de não ligar para nada.... (D14).

Eu me sinto toda doida. (D17).

Podemos observar que um dos maiores incômodos citado pelas depoentes é o calor, seguido de suores que vêm repentinamente, várias vezes independentemente da temperatura ambiental ou de qualquer outra circunstância. Descrevem que este calor ocasiona uma agonia, não se tem controle; parece que o mundo vai se acabar e finalizam que se sentem doidas.

A respeito dos sintomas citados, Lopes (2003) assevera que o período de maior incômodo para a climatérica é caracterizado por sintomas clássicos do desequilíbrio hormonal, como ondas de calor, enxaqueca ou cefaleia, irritação, variações do humor e depressão.

Não se pode negar que tais sensações, quando desconhecidas, podem ocasionar uma fase difícil decorrente das mudanças no organismo. Vale salientar que elas demonstraram estes sintomas e sensações como as quais é difícil de conviver.

Outra depoente declarou que esta fase em nada alterou sua vida: “A menopausa não atrapalha em nada”; o importante é saber conviver com o momento.

Logo, de acordo com a percepção do mundo, com a aquisição de informações, as experiências de pessoas que vivem ao seu redor, o sujeito incorpora e sente seus momentos de forma singular, sendo também influenciado pela cultura a qual pertence.

Outro fato que podemos perceber, debruçando-nos sobre as falas destas mulheres, é que elas sentem o passar do tempo, representado pelas sensações e sintomas, como o marco do fim de uma parte de suas vidas, parte esta que representava o tempo do viço, da juventude, da beleza, da procriação, da fase que dava vida e agora se sentem num período remoto, desconhecido, de mudanças, perdas, medos, de morte, conforme a fala de uma das depoentes:

Quando a gente vê na primeira semana que a menstruação não veio pensei que estava grávida, quando vi que não era isso, entrei em depressão, fiquei revoltada, parece que você se sente menos que os outros, você deixa de ser mulher. (D11).

Sentimos em seus depoimentos um pedido de socorro. Que alguém se aproxime, escute, fale, troque informações de algo que para elas é novo e com o que não é fácil conviver. Na mesma fala, quando ela relaciona não menstruar com a gravidez, é como se negasse o chegar da idade, o não-mais-procria, com perda de poder, ser - menos do que as outras, acreditando que estas outras seriam as mulheres mais jovens e aí a dificuldade de lidar com este fato simbolizado pela revolta e depressão.

Reconhecer a proximidade do envelhecimento é algo difícil em nossa sociedade, haja vista a supervalorização da juventude e da a elas beleza imposta. Para tanto, expressam a necessidade de aprender a como lidar com esta nova etapa da vida. E assim se posicionam:

Eu acho que tudo é esclarecimento. Acho que a gente precisa aprender lidar com cada estágio da vida da gente. (D14).

Enquanto propomos uma educação problematizadora para reflexão e ação, esta depoente demanda apenas saber de algo, se informar, ter esclarecimento ou algum conhecimento.

Freire (2001) acentua, no entanto, que conhecer não é acumular conhecimentos, informações, mas, antes de tudo, conhecer implica mudança de atitude, não apenas assimilando conteúdos universais, mas saber pensar. Gadotti, 2001 expõe o pensamento de Piaget de que aprender é estabelecer relações e Paulo Freire complementa, dizendo que saber é criar vínculos.

Com efeito, se aprender é estabelecer relações e saber é criar vínculos, denotamos que devam se estabelecer relações e criar vínculos com as climatéricas, que mulheres e profissionais de saúde nesta relação aprendam mutuamente como forma de promover saúde.

A carência de conhecimentos reais destas mudanças no corpo, retratada por meio de sintomas e sensações, como consequência dificuldades e até sofrimento para esta passagem da vida. A labilidade emocional faz-se presente provavelmente pelo medo iminente da proximidade do envelhecimento ou até da morte. Tal fato repercute de forma negativa para qualidade de vida da mulher climatérica.

Portanto, a educação somente tem sentido se entendida como momento de intervenção da realidade, na qual a interpretação dos problemas produza ação, provoque uma atitude que produza ação. Assim, a educação não se faz simplesmente com informações, sejam elas depositadas autoritariamente, sejam postas gentilmente (MIRANDA; BARROSO, 2007).

Não podemos negar que os fatores biológicos têm o seu lugar no corpo da mulher climatérica, mas apostamos que os fatores psicossociais e culturais se sobrepõem a estes. Desde o momento em que a mulher passe a ter uma relação de conhecimento, de aceitação da fase em si, seu corpo poderá responder de forma positiva.

Confirmando esta premissa De Lorenzi, et al, (2005); Marinho, (2000); Netto, Fonseca, Salvatore, (2000) mencionam que possivelmente os sintomas climatéricos possam ocorrer da interação da carência hormonal com fatores culturais, sociodemográficos e psicológicos, pois não se trata de um evento puramente biológico

e hormonal. No nosso meio esta fase ainda é vista como um período pejorativo e negativo, o que pode alterar a vida conjugal, sexual, familiar e social.

5.2 Segunda categoria: Relacionamentos.

Esta categoria apresenta como as mulheres do estudo, com suporte nas mudanças ocorridas em suas vivências se relacionam com o companheiro, a família, o trabalho e as outras pessoas. Entre estes relacionamentos, aqueles que emergiram de maneira mais significativa foi o relacionamento com o companheiro, trazendo à tona assuntos como sexualidade no climatério.

Os relacionamentos permeiam a vida de todas as pessoas, sejam de amizade, afetividade ou profissional; estas são condicionadas por uma série de atitudes, recíprocas ou não.

As formas como as relações se desenvolvem definem se elas possuem caráter positivo ou negativo sobre a vida das pessoas. Assim, os relacionamentos têm o poder de influenciar o nosso dia-a-dia.

Sendo assim, quando perguntávamos às mulheres sobre as mudanças ocorridas em suas vidas, elas se reportavam aos seus companheiros, principalmente nas questões da sexualidade e do afeto.

A sexualidade pode ser entendida como uma dimensão pessoal e humana que supera os extremos do impulso genital e avança para um aspecto profundo da personalidade, presente desde a concepção até a morte, e inclui tudo o que se é e o que se faz, inter-relacionada de forma inseparável aos papéis biológico, psicológico e social (MELO; CARVALHO; PELÁ, 2006).

Observamos que alguns fatores nesta fase são expressos de forma significativa, tais como a diminuição do desejo sexual, a solidão vivenciada por algumas, as relações extraconjugais, o medo de adquirir doenças, conforme declara esta depoente:

[...] eu nunca fui muito para essas coisas, tem gente que tem muito, mas eu não, nisso aí sou zero. Foi passando o tempo, hoje

eu vivo sozinha e não sinto falta de ter relação, ficou como um trauma parece que eu era como um objeto pra ele, só servia pra aquilo então isso complicou o relacionamento, ele parecia um animal e a noite isso não combinava, para acontecer de noite tinha que ter um dia alegre, harmonioso de outro jeito não dava, eu rejeitava, ele me machucava com palavras [...]. Não relaciono à diminuição do desejo a menopausa e sim ao comportamento dele. (D29).

Podemos observar, segundo esta depoente que as questões que hoje não a fazem sentir desejo, na realidade, não diziam respeito propriamente à fase do climatério; já vinham de muito tempo atrás. O comportamento do seu companheiro, a falta de comunicação e diálogo, a forma de tratar, contribuíram desfavoravelmente para diminuição da libido e fim do relacionamento.

Quando existe algum conhecimento diante das coisas que acontecem ao nosso redor, observa-se melhor forma de conduzir as situações, conforme demonstra esta depoente:

Tenho vida sexual, tenho um companheiro, [...] converso com ele sobre o que sinto, esse calor é um negócio, todo mundo percebe, isso me incomoda, mas eu sei que não é só comigo que acontece, acontece com outras pessoas também [...]. (D21).

Esta apresenta o diálogo como ponte entre seus sentimentos e sua condição de desconforto momentâneo, não sendo representado como momento de sofrimento, mas como algo suportável para se conviver. Neste caso, podemos observar o diálogo e a comunicação como fatores favoráveis para uma boa relação. Sendo assim, Almeida e Costa (2008) diz que a boa comunicação sobre sexualidade com o parceiro e autoestima são essenciais para o equilíbrio do relacionamento sexual do que propriamente os níveis hormonais.

A comunicação é a base que transforma essencialmente os homens em sujeitos. É um processo interativo e coparticipativo de criação entre sujeitos, que necessita estar baseado numa relação de diálogo que, como processo significativo, compartilhado por sujeitos iguais em uma relação também de igualdade, constitui a “essência”, a “estrutura fundamental” e o campo social da educação. Dialogar consiste em escutar o outro, momento em que o seu saber tem um papel emancipador. O dialogo é uma

necessidade existencial, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar o imediatamente vivido. Ultrapassando suas situações-limite, a pessoa chega a uma visão totalizante do seu contexto real; ou seja, o diálogo é a maneira mais produtiva da formação do pensamento crítico. É impossível pensar a educação numa perspectiva libertadora sem refletir os modos concretos de garantir sua dialogicidade.

Já para este sujeito, a falta de diálogo é considerada prejudicial para seu relacionamento.

A vida a dois não anda muito bem, nossa vida sexual está muito parada. [...] temos uma diferença de idade muito grande, eu me trabalho para que o corpo não peça por mais sexo. Ele não conversa muito, me agride com palavras, me dar muitos homens, eu nunca cobre nada dele, quando resolvemos ficar juntos sabia que passaríamos por dificuldades, nem pensava que durasse tanto....(D29).

Com esta depoente entendemos que a diferença de idade entre eles, a falta de diálogo, as atitudes de agressão verbal e a falta de confiança são os maiores fatores de prejuízo deste relacionamento. A vida sexual se modifica constantemente ao longo de toda a evolução individual. Por outro lado, há inúmeras modificações corporais, tanto na mulher quanto no homem, que podem dificultar o relacionamento sexual (ALMEIDA; COSTA, 2008), no entanto considera-se que a impotência em si não é o fator determinante dos conflitos do relacionamento, mas sim a falta de comunicação, haja vista que os relacionamentos afetivos não ocorrem apenas mediante relações sexuais propriamente ditas, mas de toda interação de duas pessoas.

Outrossim, podemos garantir que a sexualidade influencia de forma importante a qualidade de vida das pessoas, desde que não é um aspecto isolado da vida delas. Ela é constantemente construída não se restringindo apenas a uma visão biológica (GOMES, 2007).

Observamos, toda via, que o medo de adquirir doenças é outra dificuldade referida pelas mulheres climatéricas, porquanto se praticam relações extraconjugais, fato este presente entre homens e mulheres do estudo, conforme segue:

[...] fiquei nervosa porque ele me traiu, eu fiquei com aquilo na cabeça, fiquei com medo de pegar doença (D2).

Faço sexo quando quero. Ele me traiu, mas ainda estou com ele, como ele procurou outra acho que ele pensa que estou velha [...] (A depoente se mostrava extrovertida, sorridente) (D37).

Ele tem outra pessoa, ele é uma pessoa boa, eu faço tudo por ele, dou tudo na mão dele, mas a menopausa não tem nada a ver, essa outra pessoa é nova [...] (D22).

Eu era capaz de fazer sexo todo dia, de repente acabou, isso mexeu com minha cabeça, até tentei, experimentei com outra pessoa, mas foi a mesma coisa, não senti nada (D25).

Podemos inferir que as situações extraconjugais, no geral, causam nas mulheres nervosismo, sentimentos negativos, baixa autoestima. Embora todas expressem suas situações em relação ao companheiro, observa-se nos depoimentos que elas se encontram em circunstâncias similares, pois existe uma dependência da mulher em relação ao homem, talvez endossada pela cultura que se vive.

Embora algumas informantes demonstrem medo de contrair doença, não verbalizam que estão praticando relação protegida. Neste caso, o mais importante não será mostrar como usar preservativo, falar sobre os riscos da doença, mas direcioná-la à pessoa, à sua vida, sua história, sua palavra. Se esse cuidado não for tomado, inexistirá confiança e a mulher climatérica não mudará seu comportamento, muito menos passará de uma consciência ingênua a uma consciência crítica.

Podemos inferir que, nesta situação urge a necessidade de Educação em Saúde, sabendo-se ser hoje enorme o número de homens e mulheres contaminados com HIV/AIDS nesta idade, embora saibamos que a informação em si não capacitará a mulher climatérica a entender a realidade, interpretá-la e transformá-la. Consoante a informação, é apenas um ponto a ser conhecido pela depoente. Faz-se necessária, porém, uma reorientação do comportamento da informante como testemunha do processo de conhecer, tecendo e retecendo com as depoentes os caminhos do conhecimento, dialogando criticamente, problematizando e intervindo no mundo.

Assim podemos visualizar também a sexualidade se desenvolvendo positivamente no climatério, de forma tranquila e agradável, conforme mostram as respondentes:

Acho que não mudou minha vida. (D39).

A vida sexual é normal, me sinto bem, sinto vontade normal. (D32)

Tenho atividade sexual normal, em relação a isso nada mudou. (D27).

Meu marido é uma pessoa muito boa, meus filhos já casaram, é só eu e ele [...].(D11).

A vida sexual não está mais como era antes, agora não sinto muito prazer [...] antes da menopausa já era quase assim, meu marido trabalha em trabalho pesado, não se incomoda muito não, nisso a gente combina. (D10).

Assim, podemos observar que embora algumas mulheres no climatério falem sobre muitas dificuldades, outras atravessam esta fase de forma natural e espontânea. No quarto depoimento, uma fala que “é só eu e ele”. Tal fato não se mostra no sentido de solidão, mas no sentido de que só os dois se bastam. A última depoente relata a diminuição da libido, no entanto, tal fato não é impediante de um convívio harmonioso, de forma que prejudique o relacionamento.

Acreditamos que tudo o que acontece no relacionamento afeta a experiência da união sexual, sendo assim, os relacionamentos bem-sucedidos estão pautados em relações de comunicação, diálogo e segurança.

Essa segurança começa com a comunicação e o relacionamento sexual é considerado uma forma terna, mas vibrante, de comunicação. Compartilhar, tocar, compreender, dar e receber prazer, satisfazer ao outro dentro de uma relação de amor - isso é segurança (WHEAT, 1998)

Podemos garantir que a forma de a mulher sentir e viver o climatério é ímpar para cada uma, no entanto a maneira como se veem, como veem o mundo e como o mundo as vê reflete sobre o ser mulher climatérica.

Sendo assim, além da relação com o companheiro, observamos outros modos de relacionamentos, entre elas e os outros, com a família, com o trabalho e com profissionais de saúde.

A maioria das depoentes declara que a menopausa não interfere nas relações com as outras pessoas, enquanto outra relata que não permite que as pessoas percebam o que sentem, conforme segue:

Com as pessoas acho que não interfere. (D14).

Gosto quando chega alguém para conversar em casa. (D22).

Algumas amigas minhas sabe o que sinto porque já passaram por isso também. (D17).

Eu procuro não deixar que as pessoas não percebam. (D25).

Podemos observar que o relacionamento desenvolvido entre as mulheres do estudo e as outras pessoas que a cercam se passa de forma tranquila. Tal fato aparece quando uma depoente diz que as amigas sabem o que sente, demonstrando haver interação, comunicação entre estas pessoas, o que facilita o conhecimento em torno do sentem. No último depoimento, entretanto, uma expressa que prefere esconder o que sente, demonstrando não permitir que o diálogo ocorra em torno do assunto, provavelmente, por sentir vergonha desta fase em que se encontra, haja vista os preconceitos impostos pela própria sociedade. Sendo assim, a própria mulher impõe sobre ela tabus, sendo este um obstáculo para o desenvolvimento do diálogo.

Outra forma de relacionamento identificado foi entre as depoentes e seus familiares, conforme segue:

Tenho uma filha de 16 anos, é teimosa, me irrita (D26).

Depois da minha separação minha filha ficou revoltada, dificultou a relação comigo. (D38).

Converso muito com uma irmã que tem 51 anos e é muito calma. (D26).

Eu tenho uma irmã que não sente nada, mas eu...(D15).

Na minha família essa fase não tem interferido em nada. (D19).

Eu amo meus filhos, hoje eu vivo só para eles. (D28).

Saio com minhas sobrinhas e me dou muito bem com elas. (D16).

As mulheres da pesquisa, segundo suas falas, nos transmitem situações de relacionamentos vivenciados, alguns conflitantes, outros tranquilos. Com os filhos, observamos relação de conflito e outras de afetividade, ambos se dando após a separação.

Podemos inferir que, após o fim de um relacionamento que implicava segurança e o equilíbrio da família, a sensação de desamparo pode trazer sofrimentos, tanto para a mulher como para os filhos, no entanto, sendo assim se observa serem estes mais verbalizados pelos filhos, ocasionando sentimentos de revolta, conforme demonstra um dos depoimentos

A respeito da relação com irmãs e outros familiares, estas se mostram tranquilas, sugerindo momento de troca de experiências e lazer.

Outra forma de relacionamento se deu no trabalho, conforme se observa:

Sou professora e trabalhar com criança tira muito a paciência, a gente não sabe como agir. (D10).

Fui demitida do emprego, minha mãe morreu na mesma época [...]. (D37).

As dificuldades demonstradas por aquelas que trabalham foram poucas. A primeira depoente demonstra dificuldades em lidar com as sensações e sentimentos, haja vista ser professora e não saber como lidar com este novo momento, ocasionando desgaste e prejuízos no trabalho. Já a outra demonstra desgaste pessoal, pelo fato de na mesma época, ter perdido o emprego e a mãe. Tais situações,

independentemente da fase em que uma pessoa esteja, terá significado de estresse, necessitando de apoios diversos como forma de manter o equilíbrio.

Assim, entre as queixas que circundam o climatério, a perda da libido, não foi identificada nos depoimentos como fator diretamente relacionado ao climatério, pois o que se observou foi que as queixas anteriores ao climatério possam haver se exacerbado, considerando-se o contexto em que a mulher se encontra.

5.3 Terceira categoria: Estratégias de intervenção pessoal

Nesta categoria estão expressas as unidades de análise temática em que as depoentes manifestam os meios utilizados e as sugestões dadas por elas para viver melhor.

Os depoimentos foram organizados por ordem de conteúdo em subcategorias para melhor aproximação com os conteúdos emitidos pelo o grupo e estão compreendidas aqui como: assistência de saúde, exercícios físicos, alimentação e religião.

Algumas destas estratégias foram referidas de forma positiva ou negativa. Identificamos as estratégias positivas como aquelas que eram utilizadas por elas como instrumento de ajuda e apóio a fim de minimizar as alterações ocorridas nesta fase da vida. Algumas relatam que por trabalharem muito, andarem muito, já estão realizando exercício físico, confundindo o verdadeiro sentido da prática de exercícios como estratégia de promoção da saúde, sendo assim, a situação destas mulheres caracteriza-se como situações de stress.

As depoentes descrevem o que fazem e consideram importante para melhorar suas condições de vida. De acordo com a fala da depoente, a principal estratégia apresentada por elas foi buscar assistência médica, conforme diz:

Ter um acompanhamento depois que a menstruação termina é muito importante, pode vir acontecer sérias conseqüências, aí é importante ter um médico para fazer o acompanhamento, porque mexe com a pressão, mexe com tanta coisa [...].(D14).

O doutor não vai passar um remédio para menopausa?. (D20).

É importante para acompanhar a saúde. Eu tenho uma tia com câncer na mama e eu não posso usar os hormônios porque tenho medo de ter câncer também. (D27).

Não uso hormônio tenho medo de usar, pode dar caroço. (D12).

Pode-se inferir que de acordo com a primeira depoente o fim da menstruação pode vir representar doença, pois segundo Costa & Gualda (2008) culturalmente a menstruação representa a saída das impurezas do corpo da mulher, quer dizer, mensalmente a mulher passava por um processo de limpeza. Neste sentido não ocorrendo mais esta limpeza mensal faz-se necessário que ocorra um acompanhamento médico.

No mesmo pensamento, a segunda depoente conceitua a menopausa como doença e pergunta se o médico não vai passar remédio. Já a terceira expõe seu medo ao uso de medicamentos (hormônios), tendo em vista que sua tia teve câncer de mama e pode ter o risco de ter também. Tal informação não está incorreta, tendo em vista ser esta uma contra indicação absoluta ao uso das terapias hormonais. No entanto, sabemos que em determinados casos o uso das medicações se fazem necessárias e o medo se apresenta como fator impedor ao seu uso coibindo a adesão do tratamento quando necessário

Em face desta referência de que a mulher desconhece seu corpo, a medicina no seu papel intervencionista tem coadunado com estas idéias, pois no pensamento que se há sintoma, há doença, então haver a necessidade da “medicalização” do corpo.

Neste sentido se faz necessário que práticas educativas sejam desenvolvidas pelos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro (a), a fim de que as mulheres climatéricas venham a ter maior consciência, autonomia sobre seus corpos e percebam o limite da saúde e reconheçam o sentido da doença.

Neste sentido, esta depoente se coloca:

Acho que a menopausa não é uma doença, mas é algo que incomoda, então deve existir alguma coisa que se possa fazer. (D17).

Freire nos concede o privilégio de pensar no educador como um norteador apontando a possibilidade de um caminho; e, enquanto educa, reflete sobre o seu caminhar. O autor não aceita receitas prontas nem admite que o ser humano continue sendo domesticado pelas elites dominantes (FREIRE, 1999)

Neste sentido, sem estar apresentando receita pronta, cada mulher cita estratégias individuais utilizadas por elas como forma de viver melhor o climatério, conforme segue:

Eu faço atividade física, aeróbica e localizada três vezes na semana. Como lazer, às vezes vamos à casa de praia com meus sobrinhos, parece que todo mundo é adolescente, consigo me adaptar a todas as idades e gosto de viajar. (D25).

Faço caminhadas três vezes na semana, participo do grupo de exercícios dos bombeiros, gosto de passear. (D20).

Faço caminhada todos os dias, estudo. (D20).

Faço hidroginástica e caminhada diariamente. Procuo alimentação saudável, sem gordura e pouco sal.(D3).

Procuo me alimentar com coisas naturais, tomo leite de soja, faço caminhada e yoga. (D2).

Faço caminhada, não tomo coca-cola, como bastante verduras. (D4).

Eu uso linhaça na alimentação. (D7).

Eu faço crochê, bordado, pintura, enquanto eu faço isso tento esquecer as outras coisas. (D10).

Sou diabética, não faço nenhuma atividade física. (D37).

Sendo assim pelas falas observamos que as mulheres têm buscado recursos próprios para cuidar de seus corpos, conforme segue: lazer, boa interação com as pessoas, prática de atividades físicas e bons hábitos alimentares. .

Segundo o MS (2004) tendo em vista o aumento da expectativa de vida torna-se imperioso a necessidade de adoção de ações visando à obtenção de melhores condições de vida durante e após o climatério. Nesse sentido o combate ao sedentarismo se faz urgente face os riscos das doenças crônico-degenerativas.

Estudos têm apresentado as práticas de atividades físicas como estratégias favoráveis para uma boa qualidade de vida (DE LORENZI et al, 2006)

No entanto, PIAZZA; DE LORENZI; SACIOTO, (2005) apontam claramente preocupações com a presença de dislipidemia e a elevada taxa de sedentariedade entre as mulheres na fase do climatério.

Segundo a fala das depoentes a maioria das mulheres realiza alguma atividade física, seja caminhada, yoga, dança ou hidroginástica

Aliada à atividade física está a adoção de alimentação saudável, boa convivência com as outras pessoas, lazer, controle de peso, evitar o tabagismo, a dedicação a uma atividade produtiva e o acesso a informação.

A respeito da alimentação as mulheres tem utilizado produtos naturais, soja, linhaça, alimentação sem gordura, pouco sal, evitando alimentos industrializados como a coca cola demonstrando que estas mulheres estão utilizando práticas condizente com as ações para uma boa qualidade de vida.

O convívio harmonioso e o lazer tem sido outra estratégia utilizada por elas como ação positiva para viver melhor o climatério.

Outra estratégia comentada pelas mulheres diz respeito à religião, quando dizem:

Eu tenho procurado ajuda na palavra de Deus, depois nos médicos (católica)(D11).

Tenho buscado Deus, sou evangélica. Vivo muito na igreja, isso me alegra. (D22).

Só rezar muito, pedir a Deus forças. (chora muito). (D27).

Só Deus do céu.... (católica) (D4).

Segundo o discurso das depoentes, a religião enquanto estratégia praticada por elas é representada de maneira diferenciada.

A primeira procura ajuda na palavra de Deus e diz que “depois de Deus pede ajuda aos médicos”, relacionando uma aproximação do poder médico ao poder de Deus, comportamento comum em nossa sociedade.

A segunda se sente alegre em estar na igreja: “Vivo muito na igreja, isso me alegra”. As outras duas manifestam sentimentos de tristeza e desânimo quando pedem forças a Deus e conclui a fala com muito choro.

Diante das situações, as pessoas têm posturas diferentes para intervir, no caso da religião. Deus é representado como o superior sobre todos, pois quando a depoente diz “só Deus do céu...”, deduzimos que aqui na terra ninguém mais é capaz de fazer nada, demonstrando nesta mulher um sentimento de desamparo diante do momento.

Assim, deduzimos que quanto ao tipo de religião, ser evangélica ou ser católica denotaram sentimentos diferenciados na forma de como as mulheres climatéricas vivem esta fase, possivelmente por verem a ajuda de Deus em suas vidas de forma diferente.

Já a outra se refere a Deus e a estar na igreja como motivo de alegria, esta evangélica nos fazendo deduzir que estas mulheres se relacionam de forma diferente com Deus.

Podemos observar que a ausência de recursos também se fizeram presentes, conforme segue:

Não faço nada, tenho responsabilidade com minha mãe, não tenho tempo pra nada, gosto de passear, mas não tenho condições financeiras. (D7).

Queria ter condições de ter uma boa alimentação, mas as condições não permitem, a gente vai levando como pode. (D2).

Só trabalho, saio de manhã e volto à tarde, trabalho os dois horários. Não faço atividade física, já ando muito no trabalho. (D32).

Não tenho tempo pra nada (D3).

Só trabalho em casa, cuido do meu neto. (D21).

Não faço nada pra melhorar. (Emociona-se e chora muito) (D 37).

As depoentes com atitudes negativas aparecem em menor quantidade, sendo as atitudes negativas representadas pelo trabalho, pela não realização de nenhuma prática de atividade física, não fazer nada para melhorar e não ter tempo para si.

Segundo as depoentes, o trabalho é tão intenso que impede que elas desenvolvam outras atividades, não praticam atividade física e não tiram tempo só para elas, pois hoje assumem o papel de cuidadora da mãe e dos netos.

Uma das depoentes fala das dificuldades financeiras, gostaria de ter condições de se alimentar melhor e de passear, mas as condições não permitem.

Freire, em suas obras, discute sobre o conceito de “inédito viável” que é a materialização historicamente possível do sonho almejado. É uma proposta prática de superação, pelo menos em parte, dos aspectos opressores percebidos no processo de conhecimento que toma como ponto de partida a análise crítica da realidade. Representa a responsabilidade política em anunciar uma possibilidade concreta como alternativa ao que denuncia. É a expressão concreta da assunção do risco de criar novas possibilidades, já que “quando se assume qualquer possibilidade humana de ser e fazer, você, necessariamente, assume um risco. Logo, o risco de assumir a luta pelo inédito-viável é, pois, uma decorrência da natureza utópica, própria da consciência crítica, e encerra em si uma perspectiva metodológica, visto que faz do ato de sonhar coletivamente, quando assumida na opção pela vivência da radicalidade de um sonho comum, constitui-se numa atitude de formação que se orienta não apenas por acreditar que as situações-limites podem ser modificadas, mas, por acreditar que essa mudança se constrói constante e coletivamente no exercício crítico de desvelamento dos temas-problemas sociais que as condicionam (FREITAS, 2001).

Percebemos, que estas mulheres têm um discurso, muitas vezes, fatalistas, sem esperança no sonho possível. Não conseguem vislumbrar possibilidades de ultrapassar determinadas situações que se apresentam como impeditivas ou a fazem sofrer. Isso talvez ocorra por esta mulher não ter acesso a uma educação crítica que a possibilite sonhar, refletir e transformar o que está posto. Sair de uma postura engessada, sempre no lugar da oprimida.

Logo, coadunando com Freitas, Silva e da Silva (2004) se faz importante observar que a Enfermagem tem um papel fundamental junto a estas mulheres. Sua prática profissional precisa ser repensada, articulada e de maneira interdisciplinar promova-se ações de prevenção e atenção a saúde da mulher.

Assim, é fundamental que instituições de saúde responsáveis pela saúde da mulher se alavanque de educação, sabendo que esta não pode tudo, mas pode muito, para que com as mulheres criem e recriem estratégias que venham de encontro a suas necessidades. Pois como Freire diz:

O direito de escolher, decidir é o exercício da liberdade que não pode ser delegada ou outorgada a ninguém. Todos devem ter o direito à liberdade de tomar decisões sobre suas próprias vidas, correndo o risco de não fazer a coisa certa, pois é decidindo que construímos, com autonomia, nosso projeto de vida. É exercendo a capacidade de decidir que aprendemos a ser nós mesmos, é decidindo que aprendemos a decidir (FREIRE, 1996).

6 IDÉIAS FREIREANAS: possibilidade de cuidado clínico em Enfermagem para mulheres no climatério

Atualmente, um dos maiores desejos das mulheres é viver a fase do climatério com melhor qualidade de vida, diferente de quando no passado as mulheres a passavam de forma reprimida e preconceituosa.

Nos últimos anos, o climatério passou a ser um tema bastante discutido, haja vista a expectativa de vida da população haver aumentado e com ela a preocupação com a qualidade de vida.

Reavendo os resultados apresentados neste estudo, percebemos que o climatério na visão das mulheres entrevistadas está dividido em três momentos: do desconhecimento ao real no corpo, quando estas mulheres desconhecem cognitivamente o conceito de climatério, mas sentem seu corpo sendo alterado; relacionamentos, que conflitos são exacerbados; e estratégias pessoais são forjadas por estas mulheres para lidar com o momento do climatério.

Diante do exposto, o cuidado dispensado a estas mulheres se configura em estratégias de cuidado voltado apenas para a doença, em que o sujeito não é percebido como parte fundamental na construção da prática dos serviços de saúde.

A Enfermagem em seu crescimento como profissão, assumiu diversos papéis e posições, sendo a sua essência de ser o cuidar/cuidado. Diante da subjetividade da questão prática vivenciada pelo profissional de Enfermagem, entretanto, que por vezes se encontra à frente de inúmeras atividades rotineiras, não tem assimilado intimamente o que venha a ser em seu potencial este cuidar.

Coelho (2006), de acordo com este pensamento, realizou um estudo sobre o reconhecimento da objetividade/subjetividade das maneiras de cuidar em Enfermagem, que resultou em 46 formas de cuidar, desde a admissão até a alta hospitalar/óbito, mostrando que, na diversidade de interações do indivíduo com o profissional diversas formas objetivas podem ser identificadas.

Segundo Waldow et al (1998), cuidar consiste em desafiar esforços transpessoais de um ser humano para outro, em busca de promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência.

Assim, entre as tantas formas de cuidar, nos deteremos na maneira social de cuidar do outro, sendo esta definida por Coelho (2006), como o cuidar regulado pela preocupação com o sofrimento do outro, principalmente aqueles em situação de exclusão, os mais pobres, aqueles sujeitos à condição de desigualdade social, que no Brasil tem representatividade bastante significativa, na qualidade de usuários dos serviços de saúde pública.

Esta maneira de cuidar coletivo está fundamentada no compromisso social e na preocupação com o outro. As ações de educação e saúde são objetivadas a instruir os indivíduos a como tratar os fatores comportamentais, como cuidar de si mesmo e como lidar com os assuntos de saúde antes deles se tornarem problemas persistentes. Desta maneira, podemos dizer que é o compromisso social manifestado em uma maneira de cuidar em Enfermagem.

Boff (2005) concorda com esta assunção quando acentua que o cuidado implica um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude, como uma forma de preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade pelo outro.

Baseada nos fatos citados, necessitamos repensar a respeito deste cuidado, especificamente, pois estudos demonstraram o descontentamento das climatéricas em razão da vaga assistência destinada a elas, da carência de informações. Elas salientam que os serviços de saúde estão voltados para atender as mulheres enquanto reprodutivas, ficando uma lacuna assistencial na atenção integral à saúde da mulher (DAOUD, 2002; FREITAS, 2004).

Sendo assim, o profissional deve ser um instrumento para que a mulher adquira autonomia no seu agir e aumente a capacidade de enfrentar situações adversas próprias desta fase e decida sobre sua vida e saúde.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de práticas assistenciais que levem em consideração a individualidade, a capacidade para formular a sua história de vida, única, baseada em experiências próprias, na interação com os outros e com o ambiente, respeitando-se crenças, costumes, valores e conhecimentos.

Desse modo, como um dos requisitos das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde e estar inserida em todas as atividades, devendo ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional e cliente, com o intento de levar a mulher a refletir sobre sua saúde, adotando práticas para sua melhoria ou manutenção, realizando mudanças e novos hábitos para a solução de seus problemas (BRASIL, 1984).

Defendemos que é possível forjar uma clínica na enfermagem para emancipação do sujeito, valorizando as formas que o sujeito encontra de se apropriar de sua história de vida, de seus signos e de seus sintomas; as maneiras com as quais ele significa a própria vida.

Considerando que Freire pensa a educação como um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, e que, com a apropriação deste conhecimento, a pessoa consiga conhecer a si e ao mundo, movendo-se ao encontro da autotransformação e da intervenção no mundo, logo, o ato de conhecimento é a descoberta, é estar surpreso diante de algo ignorado, não “entulhamento” de conteúdos; é a construção de algo. O conhecimento não se dá apenas em sua dimensão individual, porquanto ocorre na dimensão social, sendo o diálogo o mediador deste processo.

Entendemos, então que, no diálogo, conceito tão trabalhado na obra de Freire, podemos edificar com a climatérica uma forma de conhecimento. Podemos iniciar pela informação, para ela se apropriar de noções e informações básicas, para posteriormente ampliarmos com esta mulher outras formas de conhecimento; aquele conhecimento que Freire postula: que o sujeito consiga formular a sua pergunta e ele mesmo busque sua resposta.

Logo, enfermeiro e cliente, no caso a mulher no climatério, cointencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvendá-la criticamente e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento.

Para Freire, o conhecimento é construído de forma integradora e interativa. Conhecer é descobrir e construir, e não copiar, é preciso reinventar um conhecimento que tenha “feições de beleza”.

O cuidado de Enfermagem, por conseqüente, pela alegria de viver e de aprender, quando o diálogo entre esses sujeitos – enfermeiro e cliente – é a mola deste relacionamento, é um compromisso ético. É nesse encontro amoroso o espaço onde enfermeiro e cliente podem construir.

Para que isso aconteça, faz-se necessário o enfermeiro abdicar do seu lugar de detentor do saber, e por meio da criatividade, estimule uma ação e reflexão verdadeiras sobre a realidade, questionando-as numa perspectiva crítica sobre a realidade, bem como da sua possibilidade de ser transformada.

Desta forma, propomos que a mulher climatérica, com apoio nas idéias freireanas, possa:

- 1) entender o que se passa com ela na fase do climatério;
- 2) interpretar essa fase em sua vida;
- 3) fazer a sua pergunta;
- 4) criar a sua resposta; e
- 5) buscar possibilidades de superação.

Apostamos e defendemos um cuidado clínico de Enfermagem crítico-dialógico, no qual exista uma pergunta formulada pela climatérica. É pela relação dialógica que enfermeiro-mulher possam refletir, criar e recriar um conhecimento coletivo articulando seus saberes mediatizados pelas experiências do mundo. É isso que nos ensina Freire.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Conceituamos o climatério como fase inerente a todas as mulheres, caracterizada pela transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, permeada por modificações no âmbito físico, emocional, social e espiritual, as quais permanecem interligadas durante todo o processo, sendo este permeado pela cultura em que a mulher se encontra.

Defendemos um cuidado clínico de Enfermagem a mulheres no climatério como um momento educativo, não somente como um momento de orientação e informação, mas educativo no sentido freireano; educação como possibilidade do sujeito reconhecer sua realidade, interpretá-la, reconhecer-se neste processo, interferir, decidir e ter autonomia.

A contribuição do Ministério da Saúde na elaboração de normas e condutas para assistir as mulheres em toda sua complexidade foi de grande importância. O Programa de Atenção a Saúde da Mulher (PAISM) foi criado com o objetivo de integralizar a assistência de saúde, embora lacunas ainda sejam evidenciadas.

Com o objetivo de demonstrar o melhor entendimento da vivência das mulheres no climatério pelo uso de dados qualitativos e quantitativos caracterizamos, identificamos e descrevemos o perfil epidemiológico, sociodemográfico e sintomatológico das climatéricas, utilizando para isto estudo misto concomitante.

Quanto às características epidemiológicas, sociodemográficas e sintomatológicas das mulheres, verificamos que 41,0% se encontravam com idade entre 45 – 50 anos, 69,2% eram casadas, 64,1% possuíam apenas o 1º grau incompleto, 61,5% desenvolviam atividades remuneradas, 64,1% recebiam renda familiar de dois a mais salários mínimos e 59,0% eram católicas. Segundo as variáveis epidemiológicas 69,23% das mulheres se encontravam na fase perimenopausal e 71,8% praticavam atividade física. Quanto às características sintomatológicas – a intensidade – 51,3% foi leve, os sintomas mais evidentes foram os fogachos – 53,8%, artralgia/mialgia – 28,2% e nervosismo – 25,6%; o sintoma mais presente foram os fogachos – 100%. Não foi encontrada associação entre sintomatologia e características sociodemográficas e prática de atividades físicas.

Conforme já explicitamos, a vivência das mulheres no climatério está dividida em três categorias: **Do Desconhecido ao real no corpo, Relacionamentos e estratégias de intervenção pessoal.**

Na primeira categoria revelada neste estudo, a vivência da climatérica teve como foco a falta de conhecimento. Embora demonstrem desconhecimento do termo, conceitos diversos são pensados por elas, como: serviços de saúde, funções médicas e tratamentos especializados, sendo os encaminhamentos realizados pelo profissional médico. As falas reproduzidas retratam incompreensão, no entanto, apenas transmitir informações não é suficiente para provocar nas mulheres uma consciência transformadora, de forma que elas dentro do seu contexto modifiquem seu mundo. Para que esta vinda da mulher ao serviço de saúde possa ser pensada como um momento educativo na perspectiva freireana, faz-se necessário vigoroso empenho por parte da equipe interdisciplinar, abraçando esse projeto e acreditando que todos unidos podem realizar transformações e mudanças, tendo o diálogo como o conceito central.

Da segunda categoria desvelada neste estudo, surgiu a partir das mudanças ocorridas em seu cotidiano, se relacionam com o companheiro, família, trabalho e com outras pessoas. De acordo como as relações se desenvolvem, podem assumir caráter positivo ou negativo sobre a vida das pessoas. Entre os relacionamentos expressos, aqueles que emergiram de modo mais significativo foi o relacionamento com o companheiro, trazendo à tona assuntos como sexualidade no climatério. O principal ponto negativo deste relacionamento se deu pela falta do diálogo. Podemos inferir que o climatério pouco interferiu nos relacionamentos sexuais, as mudanças citadas já se apresentavam antes do climatério, no entanto, o comportamento do homem egoísta, não dialógico pode ter nesta fase exacerbado as dificuldades vivenciadas. Visualizamos também a sexualidade desenvolvendo-se positivamente no climatério, de forma tranquila e agradável, pautada na comunicação, diálogo e segurança. Quanto aos outros relacionamentos, o climatério não interferiu nas relações com as outras pessoas; talvez tenha exacerbado alguma situação já conflitante.

Na terceira categoria identificada nesta pesquisa, intitulada **Estratégias de intervenção pessoal**, as climatéricas declaram o que consideram importante para

melhorar suas condições de vida, entretanto utilizam seus recursos disponíveis para lidar com este momento, dissociado dos serviços de saúde.

Podemos inferir o desconhecimento das mulheres sobre a fisiologia do corpo, marcado por uma visão atual da ciência que mostra a menopausa mais como doença do que saúde e, para tanto, há a necessidade de “medicalização” do corpo.

Neste sentido, faz-se necessário que práticas educativas sejam desenvolvidas pelos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro (a), a fim de que as climatéricas venham a ter maior consciência e autonomia sobre seus corpos, percebendo o limite da saúde e o sentido da doença.

Entendemos que o conceito de saúde não se restringe apenas a processos de intervenção na doença, mas a processos de intervenção nas formas com que os sujeitos e a coletividade dispõem de meios para a manutenção ou recuperação da sua saúde. Sendo assim, as ações de Enfermagem não se restringem, apenas, ao uso do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída.

A Enfermagem é profundamente perpassada por estas composições do plano da clínica na medicina, sempre se ocupando de manter a organização dos espaços e dos corpos para que o poder médico possa agir. A prática baseada em evidências, a criação de protocolos e normas de atuação, a classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados geralmente se encaminham no sentido da prática abordada a pouco. Afinal, porém, seria possível uma outra clínica para a Enfermagem? Ou, o que pode a clínica na Enfermagem no cuidado a estas mulheres?

Neste sentido, o cuidado clínico de Enfermagem deve envolver questões que digam respeito às relações que cada um estabelece consigo e com o outro, valorizando as formas que o sujeito encontra de se apropriar de sua história de vida, de seus signos e de seus sintomas; as maneiras com as quais significa a própria vida.

No campo assistencial de Enfermagem torna-se necessário realizar e experimentar-se como sujeitos, sendo assim, é papel do Enfermeiro estabelecer uma relação horizontal com as mulheres no climatério, de forma que elas se sintam valorizadas e motivadas a refletirem sobre seu modo de vida e seus limites.

Neste sentido faz-se necessário reformular e implementar estratégias incluindo as mulheres em todo seu ciclo de vida, de forma que se sintam responsáveis pelo autocuidado, ao mesmo tempo em que os profissionais se coloquem disponíveis para o trabalho de educação e promoção da saúde.

No que se refere à assistência a saúde em geral, é essencial que reconheçamos que mudanças de hábitos que favoreçam uma vida saudável devem ser incentivadas, tais como: atividades físicas (dança, caminhada com o tempo recomendado, natação), dieta rica em cálcio e proteínas e hipogordurosas, abandono do etilismo e tabagismo; prevenção de doenças crônicas e a utilização das TRH possam ser indicadas quando garantido o acesso à ela, quando for uma opção da mulher em fazer uso dela para controle da sintomatologia ocasionada pela carência hormonal, quando esta se exarceba neste momento da vida mulher.

Neste sentido, propomos que o atual modelo assistencial contemple a mulher além de sua fase reprodutiva, permitindo sua visibilidade nos serviços de saúde, que até então, tem se mantido a margem do cuidado.

Pensando na defesa de um projeto de cuidado clínico de enfermagem para mulheres no climatério pautado na possibilidade de intervenção da realidade, refletindo criticamente, intervindo e agindo, escolhendo e decidindo, propomos um cuidado com arrimo nas idéias freireanas baseadas no diálogo para conscientização e autonomia do outro.

Assim sendo, esperamos que profissionais de saúde, que estão particularmente mais próximos da mulher no climatério, tenham consciência e visão mais ampliada no *continuum* de Educação em Saúde, respeitando e valorizando a vida do ser humano, tendo em vista os preceitos éticos atribuídos à formação do indivíduo. Isto porque o climatério é uma fase na qual a mulher, diante de várias modificações por que passa, está no começo de uma nova etapa. Precisamos, para isto, que profissionais e mulheres no climatério caminhem juntos no sentido de criar, construir, reconstruir e transformar. Para tanto, este caminho só se faz caminhando.

8 REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M. Autoconcepção no climatério. **Femina**, v. 20 n.4. p.274, 1992

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI. C.M.S.; ALDRIGHI. A.P.S. Alterações sistêmicas no climatério. **Rev. Bras de Medicina**, v.59; dez. 2002.

ALMEIDA, M.; COSTA, NFP. **Protocolo de atenção a mulheres no climatério**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2008.

ANDREOLA, BA. Iinterdisciplinaridade na obra de Freire: uma proposta da simbiogênese e da solidariedade. In: STRECK, D. ET AL. (Org.). **Paulo Freire: ética, utopia e educação**. Petrópolis: Vozes, 200.

APPOLINÁRIO, JC.; MEIRELLES, RMR.; COUTINHO, W.; PÓVOA, LC. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. **Arq Bras Endocrinol metab**, v. 45; ago, 2001.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1998.

BARROSO, G.T; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p.120.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BENSON. RC. **Manual de obstetrícia e ginecologia: menopausa e climatério**. São Paulo: Guanabara Koogan S. A., 1981.

BERNI, NIO; LUZ, MH; KOHIRAUSCH, SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.3, p.299-306, mai./jun.,2007.

BLUMEL, M. et al. Prevalência de sintomas psíquicos y vasomotores en diferentes periodos del climaterio. **Rev.Chil. Obstt. Ginecol**, Santiago. v. 62, n.6, p. 412-8, 1997.

BOSSEMEYER, R. Aspectos gerais do climatério. In. FERNANDES C. E (Org.) **Climatério Feminino**. São Paulo; Lemos. 1999. p.17-33.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á saúde. **Política nacional da atenção integral a saúde da mulher: plano de ação 2004 – 2007**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196** de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*, v. 21, n. 1, p. 52 – 61, 1996.

_____ Ministério da Saúde. **Guia de saúde da mulher**. Brasília-DF, 2004, 113p.

_____ Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

CATRIB, A.M.F.; PORDEUS, A.M.J.; ATAÍDE, M.B.C.; ALBUQUERQUE, V.L.M.; VIEIRA, N.F.C. et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In:BARROSO, G.T; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p.31-2.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)** Fortaleza: SESA-CE, 2002. 322p.

CLIMATÉRIO, disponível em
<<http://www.geocities.com/Eureka/Gold/8537/climat.htm>>. (Acesso em: 25 jan. 2009).

COELHO, M. J. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 6, p. 745 – 51, nov./dez; 2006.

COPELAND, I. J. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.

COSTA. G.M.C.; GUALDA. D.M.R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 81 – 9, 2008.

DAOUD, I.G. Encontros e desencontros das mulheres climatéricas que buscam assistência em serviço do sistema único de saúde. **R. Enferm**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 33-37, jan./abr. 2002.

DAMKE, I.R. **O processo do conhecimento na pedagogia da libertação**: as idéias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

DE LORENZI. D.R.S. ; BARACAT. E. C.; SACILATO B.; PADILHA J. I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev. Assoc. Med Bras**, v. 52, n. 5, p. 312 – 7, 2006.

DE LORENZI. D.R.S. ; DANELON C.; SACILATO B.; PADILHA J. I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 1, p. 12 – 19, 2005.

DRIESSNACK M.; SOUSA D.V.; MENDES, I. A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, set.out. 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **MANUAL DE ORIENTAÇÕES**; 1995.

FERNANDES, C.E. **Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica**. Disponível em: <<http://p.download.uol.com.br/menopausa/Consenso%20-%20Menopausa.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2007.

FERRAZ, F.; SILVA, LWS.; SILVA, LAA; RELBNITZ, KS; BACKES, VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 607 – 10, set./out. 2005.

FISIOLOGIA do climatério. Disponível em: <<http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=722>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

FERRAZ F.; SILVA L.W.S; SILVA LA.A; RELBNITZ K.S; BACKES V.M.S. Cuidar-educando: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras de enferm**, v. 58, n.5, p. 607-10, set-out, 2005.

FREIRE P. **A educação na cidade**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **À sombra desta mangueira**. 4. ed. Olho D'água, 2001.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2006.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 150p.

_____. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008. 79 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE P; SHOR I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

PEDRO, A. O; NETO, A M.P; PAIVA, L. H. S. C. ; OSIS, M. J. D. HARDY.E. E. Síndrome do climatério: inquérito populacional em Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 735-42, 2003.

FREITAS, K. M., SILVA, A. R. V., SILVA, R. M. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p. 121-128, 2004.

FREITAS, A.L.S. **Pedagogia da conscientização: um legado de Paulo Freire à formação de professores**. Porto Alegre: EDIPUCR, 2001.

GADOTTI, M. **Um legado de esperança**. São Paulo: Cortez, 2001.

GADOTTI, M. Paulo Freire. **Uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; Brasília: DF: UNESCO, 1996.

GADOTTI, M. **Pedagogia da Práxis**. São Paulo: Cortez, 1998.

GASTAL, F.L.; LEITE, S.S.O.; TREPTOW, E.C.; MARINI, S.S.; NOAL, M.V.; BINZ, M.A.R.; AMARAL, M.T. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatr. RS**, v. 28, n. 3, p. 245 – 54, set./out. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, M. E. A. **A Sexualidade das Mulheres Atendidas no PSF**: uma produção sociopoética. 2007. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

GONÇALVES R; MERIGHI M.A.B; ALDRIGHI J.M. Reflexões sobre o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade. **Reprod Clim.** v. 18, p. 108 – 212, 2003.

GUARNIERI NETTO C. **Síndrome do climatério**. São Paulo: Roca, 1986.

HALBE. W. H., FONSECA. Â. M. , BAGNOLI. V. R. BORATO. M. G. , RAMOS. L.O.; LOPES, C.M.C. Epidemiologia do climatério. **Revista Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 2, ago. 2002.

HURD. W.W; AMESSE. L.S.; JÚNIOR. J.F.R.; Menopausa. In: BEREK. J. S. **Tratado de ginecologia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

JASZMANN L. **Epidemiology of climacteric and post-climacteric complaints**. In: VAN KEEP PA, LAURITZEN C, editors. Ageing and estrogens 3rd ed. Front Hormone Res. 1973. p. 22-34.

JEFFCOATE S.N. **Princípios de ginecologia**. São Paulo: Manole, 1979. p. 107 – 20.

LAURENTS, A.F.M.C.; FERRÁ, K.E.H. Climaterio y depression. **Salud Mental**, v. 19, n. 3 p. 49-56, 1996.

LEITÃO M.B.; LAZZOLI J.K.; OLIVEIRA M.A.B.; NÓBREGA A.C.L.; Silveira G.G.; Carvalho T.; Fernandes E.O.; LEITE N., AYUB A.V.; MICHELS G.; DRUMMOND F.A.;

MAGNI J.R.T.; MACEDO C.; ROSE E.H.. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde na Mulher. **Rev Bras Med Esporte** _ v. 6, n. 6, p.215-220, – Nov/Dez, 2000.

LEVY, S.N; SILVA, J.J.C. da; CARDOSO, I.F.R; WERBERICH, P.M; MOREIRA, L.L.S; MONTIANI, H; CARNEIRO, R.M.; Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/datasus.htm>> . Acesso em: 15 nov. 2006.

LIMA, J. V.; ÂNGELO, M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, n. 4, p. 399-405, 2001.

LOPES, C.M.C.; CELESTINO, C.A.; HIME, L.F.C.C. Como diagnosticar e tratar o climatério. RBM — **Rev. Brasileira de Medicina**, p. 174 – 78, 2008.

LOPES GP. Sexualidade: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In: Fernandes CP. Organizador. **Menopausa: diagnóstico e tratamento**. São Paulo (SP): Segmento; 2003. p.117-23.

MACEDO FILHO, R; REGINO, FA. **O empoderamento das mulheres do sertão: uma experiência de associativismo e desenvolvimento rural**. Disponível em: <http://www.rimisp.org/getdoc.php?docid=6513>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

MAMERE FILHO. J., HAIDIR M.A., SOARES J.J.M., BARACAT. E.C. Efeitos da associação estro-androgênica em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras Ginecol Obstet.** v. 20, n. 3, p. 118 – 24, 2005.

MARINHO, R.M., FERNANDES, CE, WEHBA S., PINTO NETO AM, BARACAT EC, **Projeto diretrizes: atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério**. 2001. Disponível em: <http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf>. Acesso em: 04 fev.2008.

MARINHO, R.M . **Climatério**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

MEDEIROS, S.F., MEDEIROS, M.M.W.Y., OLIVEIRA,V.N. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. **Med.j**, São Paulo, v. 124, n. 4 , p. 214-218, July/aug. 2006.

MENDONÇA, E.A.P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 751-762, set 2004.

MILANEZ, M. R.M., NERY I.S. Percepção das mulheres sobre o climatério: Bases para a assistência de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm** v. 8, n. 2, p. 198-204, ago 2004.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. Aconselhamento em HIV/AIDS: Análise à luz de Paulo Freire. **Rev. Latino – AM Enfermagem**. v.15, n. 1, jan./ fev. 2007.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas. **Rev. latinoam. Enfermagem**; v. 14, n. 2, p. 227-32, mar./abr. 2006.

MURATA. I M H; SCHIRMER. J. Manifestações biopsicogênicas decorrentes do climatério entre trabalhadoras de uma universidade pública. **Acta Paul. Enf**. v. 17, n. 2, abr/jun. 2004.

NETTO, C. de G.; FONSECA. A. M. da; SALVATORE, C. A., **Síndrome do climatério**. São Paulo: Roca, 1986. (Protocolo de Conduta).

NAHOUM, J.C.; SIMÕES, P.M. Climatério e senilidade. **Femina**. v. 17, n. 8 p. 672 – 88, 1989.

PARDINI, D. Terapia Hormonal da menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 51, n.6, p. 938-942, 2007.

PIAZZA, I.P.; DE LORENZI D.R.S.; SACILATO B. Avaliação do risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas em um programa de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, v.26, n.2, p.200-9, 2005.

RODRIGUES, L.J.G.; BARACAT EC. **Síndrome do climatério**. In: LIMA, Rodrigues de; JG, BARACAT EC, São Paulo: Atheneu; 1995. p. 253-98.

SAUPE, R. (org). **Educação em Saúde**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SANTOS-SÁ D.; PINTO-NETO A.M.; CONDE D.M.; PEDRO A.O.; OLIVEIRA S.C.M.; COSTA-PAIVA L.F.; Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. **Rev Assoc Med Bras**, v.52, n.6, p. 413-8, 2006.

SCHALL, V. T. STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Sup. 2, p. 4-5, 1999.

SILVA FILHO C R.; BARACAT E C.; CONTERNO L O.; HAIDAR M A.; FERRAZ M B. Climateric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n.3, p. 333-9, 2005.

SPEROFF L.; GLASS RH.; KASE NG. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility**. 4th ed. Baltimore: William e Wilkins;1989. p. 134-55.

STRECK, DANILO R. **Pedagogia no encontro dos tempos**: ensaios inspirados em Paulo Freire. Petrópolis: Vozes, 2001.

TORRES, C.A. **Teoria crítica e sociologia política da educação**. São Paulo: Cortez: IPF, 2003.

TRIEN, S.P. **Menopausa**: a grande transformação. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1994.

VEGA MG.; HÉRNANDEZ LA.; LEO AG.; VEGA MJ.; ESCARTIN CM.; LUERGAS MJ.; GUERRERO LMG. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico em uma población de mujeres mexicanas. **Rev Chil obstet ginecol**. v. 72,n.5,p.314-320.

VIGETA, S.M.G.; BRÊTAS, A.C.P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1682-1689, dez 2004.

WALDOW VR. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra; 1998.

WENDER, M.C.O; ACCETTA, S.G.; CAMPOS, L.S. **Climatério**. In: DUNCAN, B. B. SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHEAT, E. D. **Sexo e intimidade**. 8. Ed. – São Paulo: Mundo Cristão, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO

1 Dados Pessoais:

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Situação Conjugal:
4. Renda Familiar:
5. Naturalidade:
6. Profissão:

2 Índice de Kupperman

Total: _____

Tipos dos sintomas	Leves	Moderados	Acentuados
Vasomotores	4	8	12
Parestesias	2	4	6
Insônia	2	4	6
Nervosismo	2	4	6
Melancolia	1	2	3
Vertigem	1	2	3
Fraqueza	1	2	3
Artralg. e/ou mialg	1	2	3
Cefaléia	1	2	3
Palpitações	1	2	3
Formigamento	1	2	3
Total	17	34	51

Leve: até 19

Moderado: de 20 a 35

Acentuado: acima de 35

3 Entrevista

1. Para a senhora o que é o climatério?
2. O que mais lhe incomoda neste momento?
3. Como é para a senhora viver o climatério?
4. As mudanças interferiram de alguma forma no seu relacionamento com seu companheiro?. No seu trabalho?. Com as outras pessoas?
5. O que a senhora faz para viver melhor essa fase?

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou, Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal, Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC-UFC, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada como: MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO CUIDADO CLÍNICO, com as mulheres na fase do climatério atendidas na citada unidade com o objetivo de obter o grau de mestre.

Por meio desta pesquisa pretendo caracterizar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e sintomatológico das mulheres na fase de climatério; identificar os sinais e sintomas mais conhecidos por elas durante o climatério e descrever as condutas das mulheres nas suas vivências. Será aplicado um formulário, seguido de uma entrevista onde as falas serão gravadas em gravador do tipo Panasonic Voice Editing Ver. 1.0. Acredito que o resultado desta pesquisa será grande auxiliar na assistência as mulheres no climatério.

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa respondendo a um formulário, seguido de uma entrevista, sobre o qual esclareço que: as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; a participação na pesquisa é livre e a senhora tem liberdade de desistir a qualquer momento de responder à entrevista, sem que isso traga prejuízo a seu atendimento; as informações ficarão em sigilo e a sua identidade será preservada; esta pesquisa não apresenta nenhum tipo de dano físico para as pessoas abordadas, não oferecendo, portanto, nenhum tipo de risco; os benefícios acarretados ficarão por conta da grande contribuição dada pela Senhora ao estudo de tão importante tema.

Gostaria de colocar que a sua participação será de extrema importância para a realização desta pesquisa.

Caso precise entrar em contato comigo, poderá encontrar-me à Rua- L, Número 82, Res. Novo Passaré, Bairro Passaré, – Fortaleza – CE. Fone (85) 3469-4764 / 88985716

Pelo presente instrumento, o qual atende às exigências legais, a Sra. _____, portadora da Cédula de Identidade nº _____ após leitura minuciosa do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, participando ou autorizando a pessoa sobre sua responsabilidade a participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o paciente ou seu representante legal poderá, a qualquer momento, retirar o seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas até então tornar-se-ão confidenciais e serão guardadas por força de sigilo profissional.

Por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, Ce, ____ de _____ de _____

Assinatura da paciente

Assinatura do responsável pelo estudo – Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

ANEXOS**ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO PARA CITAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO**

À. Diretora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – UFC

Profª. Dra. Zenilda Vieira Bruno

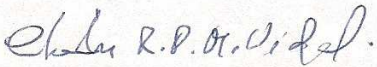
Eu, Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal, Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) – Área de Concentração Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, venho mui respeitosamente a vossa senhoria solicitar autorização para realização de pesquisa científica, como também, autorização para citação do nome da Instituição na pesquisa que terá como Título: **MULHERES NO CLIMATÉRIO: estratégia de educação em saúde como cuidado clínico.**

A pesquisa se realizará no ambulatório ginecológico, especificamente no serviço de climatério, nos meses de abril a junho, durante três dias da semana, no período da manhã conforme se demonstra na metodologia da pesquisa (PROJETO EM ANEXO).

Informo que a pesquisadora e o projeto de pesquisa já se encontram cadastrados no SISNEP (Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos), conforme segue anexo Folha de Rosto nº 181080.

A pesquisa será auto financiada e o Currículo da pesquisadora encontra-se disponível na Plataforma Lattes conforme exigência do SISNEP.

Fortaleza, 18 de março de 2008.


Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

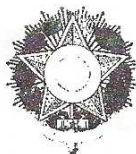
CPF - 38555867304

Coren- 69594

ante:



Profª. Zenilda Vieira Bruno
Diretora Geral da MEAC/UFC

ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
 Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08
 GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
 CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 064/08

Fortaleza, 26 de maio de 2008.

Protocolo nº 28/08

Pesquisadora responsável: Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal

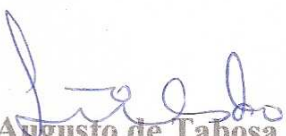
Deptº/Serviço: Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará

Título do Projeto: Mulheres no climatério: estratégia de educação em saúde como cuidado clínico.

Levamos ao conhecimento de V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 14 de maio de 2008.

A Pesquisadora deverá comparecer ao NESAR para a confecção dos crachás munido desse documento.

Atenciosamente,


Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
 Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Dr. Sérgio Augusto Quesado
 Coordenador do Comitê
 de Ética em Pesquisa
 CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.
 Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal
 Rua Heróis do Acre, 50/202
 Passaré
 CEP 60.743-760
 E-mail: claudiamaciel2006@yahoo.com.br

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](#)