

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Priscila Bisognin

**COSTURANDO SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO NO
CLIMATÉRIO**

Santa Maria, RS
2016

Priscila Bisognin

COSTURANDO SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CLIMATÉRIO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bisognin, Priscila
Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no
Climatério / Priscila Bisognin.-2016.
116 p.; 30cm

Orientador: Lúcia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

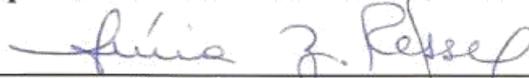
1. Enfermagem 2. Cuidados de enfermagem 3. Saúde da
Mulher 4. Climatério 5. Cultura I. Ressel, Lúcia Beatriz
II. Título.

Priscila Bisognin

COSTURANDO SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CLIMATÉRIO

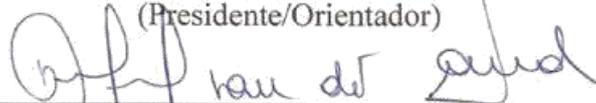
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2016:

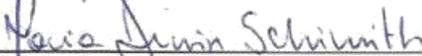


Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)

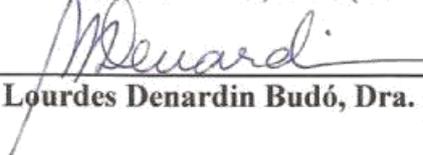
(Presidente/Orientador)



Isabel Cristina Pacheco Van Der Sand, Dra. (UFSM)



Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2016

AGRADECIMENTOS

À memória dos homens mais importantes da minha vida: meu **pai Dirceu Antônio Bisognin** e meu **avô, Ângelo Bisognin**.

À minha **mãe-avó e professora, Madalena Rossato Bisognin**, minha referência de luta, vida e de sabedoria. Infelizmente não pode lembrar o quanto seu zelo me trouxe até aqui.

À minha **mãe, Leonir Inês Baldissera Faccin** que, mesmo distante desde os três anos de idade, seus braços sempre estiveram abertos para me acolher.

À **tia Isabel** e ao **tio Oscar**, não só pelo lugar na sua casa, mas pelo lugar que me deram em suas vidas nestes dois anos, e agora para toda vida.

Ao meu amorzão, **Clélio Santacattarina**, agradeço apoio, dedicação e incentivo.

Obrigada por ser esta pessoa amorosa e de coração enorme. Obrigada por me ajudar nos gastos, que mesmo com a bolsa da CAPES, não davam conta – até porque todo mês tinha um bichinho da rua que recolhíamos e cuidávamos; obrigada por trocar a areia do Tigrão e da Anita, trocar a água e dar comida todos os dias enquanto estive fora. Por cuidar muito bem deles e de mim. Obrigada pela paciência e pela calma que me dedicaste neste tempo. Eu amo ‘tu’, amorzão!

À minha professora e orientadora **Lúcia Beatriz Ressel** meu profundo agradecimento por ser pessoa sensível, sábia e de voz calma, por entender o tempo de cada passo, e por ter acolhido a arte nesse processo de pesquisar em enfermagem e na saúde da mulher. Desde a graduação sabe das lutas e das superações que tive e o quanto sua presença, o estar junto, me tornou mais corajosa. Por fim, agradeço pelos anos de caminhada, pelos saberes construídos, pelas atitudes e palavras de significado e, certa de que será minha referência por onde eu estiver, então, meu muito obrigada!

À **Lisie Alende Prates**, à **Camila Neumaier Alves**, vocês são simplesmente maravilhosas, meu exemplo de primor, esforço e dedicação. À **Laís Antunes Wilhelm** obrigada por sempre estar disposta a ajudar, pelas orientações e esclarecimentos sempre tão pertinentes! Obrigada meninas pela leveza de alma, e pela alegria que incentiva sempre!

À minha companheira de mestrado, de ‘lonjuras’ e de esperas na rodoviária, **Cláudia**
Obrigada pelos ensinamentos e companheirismo!

À **Thayná Champe da Silva**, minha primeira coorientanda, obrigada pela possibilidade de ensinar, mas, sobretudo de aprender. Entre tantas experiências, essa me permitiu um grande crescimento enquanto mestranda.

À todas as **meninas que integram a linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida” do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”**, especialmente à **Ju, Lu, Dessa e Marcella**, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Obrigada pela parceria e aprendizado de cada encontro.

Aos **alunos do curso de Enfermagem da UFSM**, com os quais pude vivenciar a docência durante as aulas teóricas e práticas. Mostraram-me que a real docência passa pelo caminho da alegria, criatividade e amor pelo que se faz.

À **banca examinadora**, docentes que têm minha admiração! Meu agradecimento pelas contribuições e pelo olhar atento voltado a este trabalho.

A todo o **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFSM** pelo crescimento oportunizado durante o mestrado;

A cada uma das **participantes deste estudo**, mulheres corajosas, obrigada pelo aprendizado, pelos risos e por compartilharem suas lutas, alegrias e fé diante da vida. Meu muito obrigada!

À **Equipe da ESF Barracão** pelo espaço cedido para a realização das oficinas, mas, sobretudo, pela acolhida.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves** pelo apoio e compreensão da importância desta pesquisa;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, como bolsista, pelo apoio financeiro.

“A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço”(BONDIA, 2002, p. 24).

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

COSTURANDO SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CLIMATÉRIO

AUTORA: Priscila Bisognin
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 26 de fevereiro de 2016.

Mais que uma fase da vida da mulher, que pode passar despercebido pelos serviços de saúde, o climatério é um período de grandes significados e que precisa ser vivido na sua plenitude. Nessa perspectiva, compreender o contexto sociocultural de cada mulher contribui para que o enfermeiro desenvolva suas práticas pautadas na compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença. Assim, este estudo teve o objetivo de conhecer os saberes e as práticas de cuidado no climatério de mulheres vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Bento Gonçalves, RS. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa, com escolha intencional de oito participantes para o estudo. Critérios de inclusão: para garantir que todas as participantes tivessem condições psicocognitivas de participar do processo de produção dos dados, foi solicitado ao médico ou enfermeiro que indicassem as possíveis participantes; incluídas mulheres residentes na área de abrangência da ESF cenário deste estudo, nas idades entre 40 e 65 anos. E como critérios de exclusão, mulheres que realizaram ooforectomia bilateral associada, ou não, à histerectomia. Os dados somente foram produzidos após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob CAAE 39318614.0.0000.5346. A principal técnica de produção de dados foi a entrevista grupal no contexto da oficina de bonecas de pano e para a caracterização do grupo, a entrevista semiestruturada individual que ocorreram entre fevereiro e março de 2015, de modo que após o processo de transcrição, os dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo. Os núcleos temáticos foram os seguintes: Encontro de mulheres no climatério: aspectos e impressões; Alinhando a costura: Saberes acerca do climatério; Saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério: costuras entre o aprendido, o dito e o velado e Cuidados necessários no climatério: tramas entre afetos e religiosidade. As práticas de cuidado à saúde desenvolvidas abrangem, desde as práticas populares, como o uso de chás, alimentação, atividades de lazer e a prática da religiosidade. O aprendido sobre o climatério ou menopausa reforça o aprendizado que ocorre entre as mulheres, entre as gerações, em que o conhecimento é construído de mãe para filha, de avó para neta, entre amigas ou no local de trabalho e de forma pontual, observou-se a influência de alguns profissionais de saúde no cuidado desenvolvido pelas participantes. Vislumbra-se a necessidade de se ampliar a atenção dispensada a esse público feminino por partes dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, bem como de se reforçar o apoio social destas mulheres. **Descritores:** Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Saúde da Mulher. Climatério. Cultura.

ABSTRACT

Master's Thesis
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

BUILDING KNOWLEDGE AND CARE PRACTICES IN THE CLIMATERIC

AUTHOR: Priscila Bisognin

ADVISOR: Professor Dr Lúcia Beatriz Ressel

Date and Place for Defense: Santa Maria, February 26th, 2016

More than one phase in a woman's life, which can pass unnoticed by the health services, the menopause is a period of great significance that needs to be lived in its fullness. In this perspective, understanding the sociocultural context of each woman contributes to the nurses develop their practices based on increased understanding of the determinants of health-disease process. Thus, this study had as objective to know the knowledge and care practices in climacteric women linked to Family Health Strategy in a city from Bento Gonçalves, RS. This is a field research, descriptive with qualitative approach and intentional choice of eight participants for the study. Inclusion criteria: to ensure that all participants had psychocognitive able to participate in the data production process, we asked the doctor or nurse to indicate the possible participants also were included women living in the ESF coverage area that was the scene of this study in the ages between 40 and 65 years. And as exclusion criteria, women who underwent bilateral oophorectomy associated or not to hysterectomy. The data were produced only after approval of the project by the Research Ethics Committee of UFSM under CAAE 39318614.0.0000.5346. The main data production technique was the group interview in the context of cloth doll workshop and to characterize the group, individual semi-structured interview that occurred between February and March 2015, so that after the transcription process, the details were analyzed by the operative proposal of Minayo. The thematic groups were the followings: Women meeting of the climacteric: aspects and impressions; Aligning the seam: knowledge about the climacteric; Knowledge and health care practices during menopause: seams between the learned, and said the veiled and necessary care during menopause: plots between affection and religiosity. Developed health care practices cover from the popular practices, such as using showers, leisure activities, the practice of religion. The learned on perimenopause or menopause enhances the learning that occurs among women and generations, in which knowledge is constructed from mother to daughter, from grandmother to grand-daughter, among friends or in the workplace and in a punctual manner, observed The influence of some health professionals in the care developed by the participants. It aimed the need to increase the attention given to this female audience for parts of health professionals, especially nurses, as well as to reinforce the social support these women. **Key words:** Nursing. Nursing care. Women's Health. Climacteric. Culture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 - Cenário da pesquisa.....	35
Imagem 2 - Materiais da oficina.....	42
Imagem 3 - Bastão da fala.....	42
Imagem 4 - Ambiente da oficina.....	43
Imagem 5 - Bonecas construídas pelas participantes.....	44

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria de saúde de Bento Gonçalves.....	113
ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....	114

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Lembrete e agradecimento dos encontros.....	102
APÊNDICE B - Roteiro para entrevista Semiestruturada individual.....	103
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
APÊNDICE D - Roteiro para a oficina de bonecas.....	108
APÊNDICE E - Roteiro entrevista Grupal.....	110
APÊNDICE F - Termo de Confidencialidade.....	111

SUMÁRIO

1 COSTURAS INICIAIS	14
2 TECITURAS COM A LITERATURA	20
2.1 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO	20
2.2 COSTURANDO CONCEPÇÕES SOBRE CULTURA E SAÚDE	23
2.3 ARREMATANDO OLHARES PARA O CLIMATÉRIO/MENOPAUSA	26
3 COSTURANDO A METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	34
3.3 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS	37
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	45
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1 ENCONTRO DE MULHERES NO CLIMATÉRIO: ASPECTOS E IMPRESSÕES	49
4.2 ALINHANDO A COSTURA: SABERES SOBRE O CLIMATÉRIO	53
4.2.1 Às vezes os óvulos vêm: saberes acerca do climatério/menopausa	54
4.2.2 Eu não sou mais a mesma: significados de ser mulher na menopausa	57
4.3 SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE NO CLIMATÉRIO: COSTURAS ENTRE O APRENDIDO, O DITO E O VELADO	66
4.4 CUIDADOS NECESSÁRIOS NO CLIMATÉRIO: TRAMAS ENTRE AFETOS E RELIGIOSIDADE	79
5 COSTURAS FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	101
ANEXOS	112

1 COSTURAS INICIAIS

Pensar, discutir ou escrever sobre o climatério/menopausa torna-se imprescindível, já que por muito tempo este tema ou este público feminino, na história da sociedade, esteve atrelado ao silêncio, preconceito ou falta de informações. Em virtude disso, há muito que investigar e, principalmente, escutar sobre o que as mulheres nesta fase de vida estão fazendo para se cuidar, como vivem esse período, o que sabem sobre os cuidados que devem/podem realizar, ou com quem aprenderam tais cuidados. Dar voz e protagonismo a elas é um bom caminho para se pensar o cuidado para e com essas mulheres, principalmente no que cabe ao enfermeiro como integrante de equipe multidisciplinar.

Imergindo no entendimento ou uso das palavras menopausa e climatério, tais termos são tratados como sinônimos pelas mulheres nessa fase de vida (VALENÇA; GERMANO, 2010; ROCHA; ROCHA, 2010). Dessa forma, ambos os termos serão encontrados neste estudo para referir a essa etapa da vida da mulher, embora menopausa seja o termo mais conhecido popularmente. Também cabe reiterar que o conceito utilizado nesta pesquisa é aquele que compreende o climatério a partir de uma dimensão multifatorial, ou seja, que contemple não somente os aspectos biológicos, mas os socioculturais, os espirituais, entre outros. Portanto, cabe lembrar que na abordagem da mulher no climatério é fundamental não se restringir ao aspecto fisiológico, já que e as mudanças corporais estão cercados por aspectos psicológicos e culturais, além de mitos e desigualdades sociais e de gênero (GARCIA; GONÇALVES; BRIGAGÃO, 2013). Nessa mesma direção, Zanotelli et al., (2012), também reforçam que o climatério não é determinado somente pela cronologia ou pela interrupção das menstruações, mas pela condição social e cultural na qual a mulher está inserida, assim a percepção das queixas, quando ocorrem, variam de acordo com a cultura, o nível socioeconômico e os fatores individuais. Cabe portanto, compreender a cultura como um sistema simbólico, não entendida como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado (GEERTZ, 1973).

A Organização Mundial da Saúde define climatério como um processo fisiológico e natural da vida da mulher e que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da sua vida (BRASIL, 2008a). Por outro lado, a menopausa é um marco delimitador do climatério, correspondendo ao último ciclo menstrual da mulher, e sendo somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência. Acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008a). Destaca-se, ainda, que a idade A

idade na qual se inicia o climatério é variável, mas admite-se ser ao redor dos 40 anos (FEBRASGO, 2004). Ainda o climatério pode ter algumas classificações como a pré-menopausa, com a presença de ciclos menstruais regulares e ausência de queixas; perimenopausa, período de tempo próximo da menopausa, cujas alterações hormonais tornam-se mais intensas, gerando um encurtamento ou alongamento dos ciclos, além daqueles considerados normais, e a pós-menopausa, caracterizada pela ausência de menstruação há um ano ou mais (BRASIL, 2008a). Nessa direção, o climatério corresponde à fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude e varia, em geral, dos 40 aos 65 anos, segundo a OMS (FEBRASGO, 2004). Transição essa, caracterizada por influências socioculturais, biológicas e espirituais que repercutem na vida da mulher que vive esta fase. Ainda observa-se que o processo de envelhecimento pode ser observado neste período, em que as repercussões desse processo variam de acordo com cada mulher. Este processo provoca no organismo alterações biológicas e psicossociais; porém é na velhice que o envelhecer surge de forma mais evidente. Com relação à velhice, esta pode ser compreendida como a última fase do envelhecer humano, pois esta não é um processo como o envelhecimento, é um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso (SANTOS, 2010).

Sabe-se em parte, que a relativa atenção direcionada ao climatério, no passado esteve relacionada à menor expectativa de vida feminina em que poucas mulheres chegavam nessa fase, fato esse que se modificou com o progressivo aumento dos anos de vida desse público, especialmente a partir do séc. XX (LORENZI et al., 2009). A média nacional a respeito da expectativa de vida feminina, segundo levantamento, é de 78,6 anos quando comparada a dos homens, de 71,3 anos, já nos estados do Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul, as mulheres ultrapassaram a barreira dos 80 anos (IBGE, 2010a). Esse aumento de expectativa de vida vai ao encontro de dados que demonstram ter o Brasil reduzido em 12% a mortalidade feminina nos últimos dez anos, de no período de 2000 a 2010 ter havido redução da taxa de mortalidade de 4,24 óbitos por 100 mil mulheres para 3,72. Esses números fazem parte do estudo Saúde Brasil, de publicação do Ministério da Saúde, sendo que a maior redução foi verificada na região Sul, com queda de 14,6%, seguida pela região Sudeste 14,3% (BRASIL, 2012a). Ainda segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010b), o Brasil tem 97 milhões de mulheres, das quais pouco mais de trinta milhões estão na fase do climatério.

Nessa perspectiva, salienta-se que após a menopausa, que ocorre em torno dos 50 anos, as mulheres dispõem de cerca de um terço de suas vidas, que pode e deve ser vivido de forma saudável, lúcida, com prazer, com plena atividade e produtividade (BRASIL, 2008a). Dessa forma, é reconhecida a importância de preservar o bem-estar e a qualidade de vida no climatério tendo em vista o aumento de mulheres que o vivenciam, frente à mudança do perfil populacional decorrente da elevação na expectativa de vida das brasileiras e da população mundial (VALENÇA; GERMANO, 2010). Para os mesmos autores também há carência de políticas públicas em saúde da mulher que contemple essa fase, haja vista a existência de uma variedade de morbidades que podem acometê-las durante o climatério e de relevante impacto para o campo da saúde coletiva. Esta, por sua vez, toma como objeto as necessidades de saúde, ou seja, todas as condições necessárias não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas para melhorar a qualidade de vida e possibilitar permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade (SANTOS et al., 2012).

Nesse sentido, entende-se o cuidado como uma prática que se dá nas relações sociais e como prática social que agrega movimentos de aproximação dos saberes populares com os científicos (BUDÓ et al., 2008). Prática é o resultado da relação dialética entre um fato e um habitus, em que o habitus é onde se origina a percepção, a apreciação e ação, que se realiza em determinadas condições sociais (ACIOLI et al., 2014). Com relação às práticas de saúde, estas são construídas por meio de diversos habitus e são guiadas por inúmeras influências institucionais, familiares e pertencentes ao grupo social de que fazem parte (ACIOLI et al., 2014). Nessa perspectiva as atividades de cuidados de saúde precisam ser estudados de forma holística, como respostas socialmente organizadas, para a doença, que constituem um sistema cultural especial: o sistema de cuidados de saúde, o qual é social e culturalmente construído (KLEINMAN, 1980). O autor refere que componentes relacionados com a saúde da sociedade incluem os padrões de crença sobre as causas das doenças; as normas que regem a escolha e avaliação do tratamento; status socialmente legitimados, papéis, relações de poder e as configurações de interação e instituições. Nessa direção é preciso levar em consideração os diversos componentes que se entrelaçam e influenciam as práticas de cuidado que as mulheres em climatério realizam.

Sabe-se que mesmo com os esforços governamentais para executar estratégias de humanização e qualificação na atenção à saúde das mulheres, a atenção durante o climatério, atrelados ao SUS ainda é incipiente em muitos serviços no cenário atual. Esses não dão conta da complexidade referente à saúde da mulher nessa fase, e que se expressa nas mais variadas

especificidades, necessidades e diferenças (LEITE et al., 2012). Nesse sentido, ainda se observa a fragmentação das ações direcionadas a esse grupo da população feminina, priorizando-se a assistência da saúde da mulher aos aspectos da reprodução e aos agravos à saúde (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009). Coelho et al. (2009), reforçam a questão referida, dizendo que as práticas de cuidado direcionadas à saúde da mulher são pautadas pelo modelo biomédico, que, na maioria das vezes, abarca somente algumas especificidades femininas, enfocando sobretudo os aspectos relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo. Frente a essa situação, é fundamental decisão política por parte dos gestores, a qual inclua, no planejamento de ações voltadas ao pleno envolvimento das mulheres em climatério, recursos financeiros, busque apoio técnico de especialistas em perspectiva interdisciplinar e multisetorial, envolva, ainda, a sociedade civil, dentre outros elementos que podem contribuir para uma atenção integral a esse segmento da população brasileira (BRASIL, 2008a).

Ademais, o enfermeiro, ao atuar como membro de uma equipe multidisciplinar, pode possibilitar o compartilhar de saberes, anseios, dúvidas e sentimentos desse público. Com isso, ratifica-se que, numa relação dialógica, onde o indivíduo é valorizado e motivado a refletir sobre seu modo de vida e seus limites, especificamente as mulheres em fase de climatério poderão ter espaço para que reflitam sobre as alternativas de novos caminhos em busca de uma convivência melhor consigo mesmas e com seus pares (LEITE et al., 2012).

Nessa perspectiva, amarra-se o interesse da pesquisadora nesta temática, que se iniciou durante a graduação, a partir de vivências em sala de espera no Hospital Universitário de Santa Maria, com mulheres em fase de climatério, onde se percebeu o quanto essas mulheres estão invisíveis diante de alguns serviços de saúde e que, quando reunidas, suas falas denunciavam a necessidade de um espaço para partilharem seus saberes, necessidades, dificuldades ou superações. Nesse cenário então também se desenvolveu o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “O vivenciar do climatério na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem”, que fortaleceu ainda mais o interesse pela temática. Do mesmo modo, o interesse se ampliou na participação no Grupo de Pesquisa “Cuidado, saúde e enfermagem”, na linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde das mulheres nos diferentes ciclos da vida”, em que são realizadas pesquisas e discussões acerca de eventos específicos aos diferentes ciclos de vida das mulheres, numa perspectiva cultural.

O público estava escolhido, mas o que precisamente pesquisar ainda não estava claro. Foi quando ao tomar conhecimento da agenda de prioridades em pesquisas na saúde, do

Ministério da Saúde, a qual enfatiza a necessidade de investigação dos determinantes biológicos e socioculturais dos problemas de saúde associados ao climatério e também com relação às práticas de cuidado à saúde da mulher nessa fase (BRASIL, 2008b), que se configurou o objetivo deste trabalho. Aliou-se a isso, o estudo¹ de tendências da produção científica dos programas de pós-graduação em enfermagem acerca do climatério, no qual apareceu que há uma ênfase em relação à sintomatologia e suas repercussões na vida da mulher. Revelou-se nesse estudo das tendências que há poucas publicações voltadas para as práticas de cuidado que as mulheres realizam e relativas ações do enfermeiro na atenção à saúde dessas mulheres. Realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar na literatura brasileira a produção científica acerca dos cuidados realizados por mulheres no período do climatério, destacando-se, na maioria delas, os cuidados realizados pelas mulheres, o conhecimento acerca da vivência ou da percepção delas sobre essa fase de vida, a busca da identificação de suas perspectivas ou dos significados atribuídos ao climatério. Ainda, outras abordaram a sintomatologia ou o tratamento adotado, as modificações biopsicossociais, a sexualidade e a vivência sexual, a prática de atividade física, uso de terapia de reposição hormonal e a assistência à saúde de mulheres em fase de climatério. Apontou-se também que as práticas populares, como o uso de chás, mesmo que pouco citados, revelaram-se formas importantes para o cuidado. Esta revisão permitiu visualizar que as práticas de cuidado à saúde, desenvolvidas pelas mulheres dos estudos analisados, voltaram-se para os aspectos subjetivos, psicossociais e físicos, mas que foram abordadas de forma breve nos estudos. Isso reforçou o entendimento de que pensar o cuidado no climatério e sobre o que a mulher sabe e o que faz com relação à sua saúde nessa fase para se cuidar é essencial para que o enfermeiro possa direcionar uma assistência que abarque toda a dimensão humana.

Vale expor que essa caminhada se iniciou em Santa Maria, mas que por atalhos cheios de vida chegou a Bento Gonçalves-RS, atual residência da pesquisadora. Ao mesmo tempo em que foi necessário descobrir a cidade, foi preciso conhecer o lugar de investigação, construir vínculos, distanciar-se e aproximar-se para apreender o novo contexto de vida e de pesquisa. A partir do exposto, das motivações e justificativas já mencionadas, vislumbrou-se o **objeto** do estudo que envolveu “os saberes e as práticas de cuidado de mulheres acerca do no climatério”, cuja **questão orientadora** foi: “Quais são os saberes e as práticas de cuidado

¹ Estudo desenvolvido na disciplina de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem.

no climatério, de um grupo de mulheres vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Bento Gonçalves”? Nessa direção, apresenta-se o **objetivo** do estudo, que é o de “conhecer os saberes e as práticas de cuidado no climatério, de um grupo de mulheres vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Bento Gonçalves”.

2 TECITURAS COM A LITERATURA

Com o intuito de sustentar teoricamente este estudo serão apresentados nesta revisão da literatura alguns conceitos e temas relativos às práticas de cuidado, cultura e climatério/menopausa.

2.1 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO

Cuida-se de quem está para nascer, cuida-se de quem está para morrer; do corpo dos outros; cuida-se da natureza, cuida-se dos animais e de nós mesmos. Assim, desde que existe vida, os cuidados se fazem presentes e o cuidar, pode ser entendido também, como tomar conta ou lutar contra a morte (COLLIÈRE, 1999). Para essa mesma autora cuidar, velar, tomar conta, diz respeito a um conjunto de atos que tem por fim e função manter a vida dos seres humanos, de modo a perpetuá-la.

Nos primórdios da história da humanidade, o cuidar envolvia distintos aspectos relativos à sobrevivência. Estes eram divididos entre os homens e as mulheres. Atividades como cuidar do território, repelir o inimigo, proteger a família e pertences materiais eram exemplos de atividades ligadas ao homem. À mulher cabia o cuidado das crianças, o assegurar e manter a continuidade da vida humana, o cuidado com a alimentação, com o manejo das plantas e o uso de suas propriedades medicinais (COLLIÈRE, 1999).

As práticas domésticas trazidas pela divisão sexual do trabalho, como a dedicação à casa, à família, aos cuidados com os idosos, entre outras, teve por consequência uma capacitação da mulher para garantir ou compensar funções vitais desde o nascimento até a morte (MORAIS et al., 2011). Assim os cuidados que “tecem a trama da vida” (COLLIÈRE, 1999, p.41) produzem rituais, hábitos, crenças sendo estudadas em determinadas fases da vida como na infância, na adolescência, na gestação, no nascimento, na velhice e na iminência da morte. Dessa forma, os cuidados realizados pelas mulheres situavam-se em torno de um corpo, tido como expressão da vida, individual ou coletiva. No entanto, o caminho de institucionalização do cuidado na saúde se deu articulado à formação do capitalismo, atendendo a interesses político-ideológicos que transformaram o cuidar pela preservação da vida em cuidar para recuperar os corpos produtivos (COELHO; FONSECA, 2005).

O uso do termo cuidar também se refere a coisas ou objetos e, na área da saúde, ganha um significado singular, pois cabe cuidar das coisas, dos seres vivos, todavia há de destacar

que se trata de cuidar de um ser insubstituível, que é o indivíduo (TORRALBA, 2009). Para esse autor se a pessoa é única, é singular, o cuidado também deve ser singular e abarcar as especificidades de cada indivíduo, pois cuidar de alguém implica compreender e acompanhar o ritmo do outro. Acompanhar no ritmo pode ser compreendido em dar o tempo necessário para que o cuidado se realize e não seja imposto. Para Waldow et al. (1995), o cuidado significa carinho, estar atento ao outro, ter zelo e atenção. Isso permite ganhar concretude no contexto da vida em sociedade. Assim sendo, mesmo que seja um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é autêntico e especial, sendo essa a “razão existencial da enfermagem”. Contudo, a autora deixa muito claro quando diz que “o cuidar/ cuidado” torna-se de certa forma sofrido e inviável quando ocorre em situações que caracterizam apenas o cumprimento de uma tarefa pelo enfermeiro (WALDOW et al., 1995). Além disso, Waldow (1998) permite compreender que o cuidar pode ser entendido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes realizadas no sentido de possibilitar as capacidades dos indivíduos de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, no qual então, o cuidado é resultante ou originado do processo de cuidar. Nessa perspectiva, os indivíduos diferem, mesmo em um mundo social supostamente homogêneo e, estas diferenças implicam na maneira como os indivíduos pensam e reagem à doença e escolhem entre práticas de saúde disponíveis para eles e avaliam a sua eficácia (KLEINMAN, 1980).

As crenças e comportamentos que constituem as atividades de cuidado são influenciadas por instituições sociais particulares, pelos papéis sociais e relacionamento interpessoal, cenários de interação, além das restrições econômicas, políticas, e muitos outros fatores, incluindo, principalmente, as intervenções de tratamento disponíveis e tipo de problema de saúde (KLEINMAN, 1980). Dessa forma, para Kleinman (1980) os sistemas de cuidados de saúde são social e culturalmente construídos e são formas de realidade social.

O cuidado na perspectiva cultural surge a partir do entendimento que os indivíduos vivem em lugares e contextos diversos e, dessa forma, se faz necessário compreender e atuar com essas pessoas. Nessa perspectiva, destaca-se Leininger (1991) que na década de 60 sua teoria transcultural do cuidado, posteriormente denominada de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC). Essa teoria surgiu a partir de várias reflexões de Leininger, bem como de sua prática assistencial, pois quando trabalhou em um hospital psiquiátrico na década de 50, cuidando de crianças, percebeu que elas eram de diferentes origens, e que isso exigia serem cuidadas de formas singulares (LEININGER, 1991). A partir

de então começou a investigar a forma como as crenças, os valores e as práticas culturais poderiam repercutir nos estados de saúde e de doença dos indivíduos e nos cuidados desenvolvidos por eles LEINIGER (1991). Nessa direção, pode-se refletir sobre as práticas populares de saúde, compreendidas como qualquer forma de cura que não seja unicamente pela via biomédica, mas aquela que abarca as ações advindas da cultura popular, como o benzimento, uso da religiosidade e emprego de plantas ou ervas (OLIVEIRA, 2011; MOURA, 2011).

De acordo com Leininger (1991), o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares e grupos é intermediado pela cultura e o enfermeiro desenvolverá ações coerentes se entender que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente da dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando. Com o intuito de formular a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger selecionou e utilizou constructos da antropologia e de cuidado próprio da enfermagem, destacando que o cuidado é culturalmente constituído, chamando-o de cuidado cultural (LEININGER, 1991). Nessa direção, o saber a respeito do cuidado cultural é primordial à prática do enfermeiro, pois ao considerar e compreender a cultura onde se inserem as pessoas, considera-se, também, a complexidade da vida humana, o que contribui profundamente na construção de um cuidado com qualidade (OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, certas crenças sobre as práticas de cuidado com a saúde refletem as experiências vividas, como questões nos âmbitos físicos, sociais, naturais e sobrenaturais (HERRERA; POSADA, 2010). Alguns cuidados são voltados para a espiritualidade e para a fé a fim de superar dificuldades, outros se apropriam do uso de plantas ou ervas medicinais para aliviar as dores do corpo ou da alma, e ainda há o setor profissional de cuidados de saúde, que compreende as profissões de cura organizadas, que na maioria das sociedades, isto é simplesmente a medicina científica moderna (KLEINMAN, 1980). No entanto, sejam quais forem as práticas, elas são o fio que costuram as experiências culturais dos indivíduos ou grupos a respeito dos cuidados que realizam, ou lhes são direcionados, de modo que tais experiências são aprendidas e socializadas. Nessa perspectiva o setor popular de cuidados de saúde pode ser pensado como uma matriz contendo vários níveis: crenças e atividades individuais, familiares, da rede social e da comunidade. É o leigo, não profissional, não especialista, arena da cultura popular em que a doença é definida pela primeira vez e as atividades de cuidados de saúde são iniciadas (KLEINMAN, 1980).

Ressalta-se na esteira desse pensamento que a mulher provém de uma família e de uma cultura, sendo sua vida permeada por inúmeros acontecimentos que a fazem construir

suas práticas de cuidado (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012). Considerando que os seres humanos aprendem uns com os outros, mesclam seus saberes e aprendem com a diversidade de cuidados possíveis, há, na sequência, uma reflexão acerca da cultura como elemento fundamental na construção dos saberes e práticas de cuidados das mulheres no período do climatério.

2.2 COSTURANDO CONCEPÇÕES SOBRE CULTURA E SAÚDE

Neste estudo será tecida a compreensão de cultura a partir do olhar antropológico, tomando com referencia principal o conceito de cultura de Clifford Geertz (1973), embora outros autores contribuam para essa construção. Somente para situar, em 1973, Geertz publicou “A Interpretação das Culturas”, livro que foi considerada uma influência relevante para uma geração de cientistas sociais, de modo também que foi considerado o fundador da antropologia interpretativa. Com isso Geertz (1973, p. 15) entende a cultura como uma rede de signos e símbolos tecida pelo homem, o qual é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Desse modo é preciso descrever não somente o que vemos ou ouvimos, de modo superficial, ignorando o real sentido dos fatos, mas deve-se buscar o significado profundo do visto e do ouvido, tal qual como se manifestam. A intenção de Geertz (1973) é de que os escritos antropológicos sejam apresentados como interpretações, pois essas interpretações estão “à procura de um significado”. Já os significados devem ser vistos como uma “ação simbólica [...], ou seja, uma ação que significa, como a fonação na fala, o pigmento na pintura, a linha na escrita, ou a ressonância na música” (Geertz, 1973, p. 20). Para compreender um objeto estético, então, não se deve visar tão somente sua forma, ou sua técnica; é preciso “buscar um lugar para arte no contexto das demais expressões dos objetivos humanos, e dos modelos de vida a que essas expressões, em seu conjunto, dão sustentação” (Geertz, 73, p. 145). Pode-se entender a partir disso que as produções de um grupo ou comunidade, sejam artísticas ou não, têm significado para as pessoas que as produzem, e somente elas podem dizer que significados são esses. Nessa lógica, no que confere aos objetos estéticos, a arte ou artesanato, ultrapassam a experiência no sentido restrito, único, porque se amarram aos vários âmbitos da cultura (OLIVEIRA, 2012).

Aborda-se também a definição de Helman (2009) acerca de cultura, referindo-a a um conjunto de orientações que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, as quais lhes dizem como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como se comportar em relação às outras pessoas e ao sobrenatural. Reforçando o já dito, a cultura também possibilita que as pessoas transmitam essas orientações para a próxima geração, pelo uso de símbolos, arte ou artesanato e seus rituais.

Nessa perspectiva, a antropóloga Ruth Benedict (1972) deixa claro que a cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo. Lente essa que direciona o modo como cada ser humano vê a sua própria cultura e a dos outros. Essa autora ainda enfatiza que um antropólogo, quando investiga uma determinada cultura, precisa levar em consideração a vasta gama de costumes, compreender o modo como essas culturas se transformam e se diferenciam, as formas diferentes como se expressam e a maneira como os costumes de quaisquer povos funcionam na vida dos indivíduos que os compõem.

Nessa mesma direção, Helman (2009) destaca que a antropologia integrou-se melhor à enfermagem do que à medicina e cita Leininger como figura importante na definição da enfermagem transcultural. Não há como se falar em saúde sem se referenciar à enfermagem. Não há como se falar de enfermagem se não considerarmos a cultura e as políticas de saúde. Assim, fazer enfermagem é fazer-se dentro do contexto da saúde e da cultura (SILVA et al., 2008). Por isso, a Enfermagem Transcultural pretende possibilitar uma forma de cuidar que seja sensível e tenha origem nas necessidades do indivíduo, sua família e grupos culturais (LEININGER, 2006). Ela tem o foco em proporcionar um atendimento significativo e resolutivo para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença, pois ultrapassa a simples noção de culturas diferentes, pois é pautada nas crenças, nos saberes de cada indivíduo, o que pode determinar o tipo de práticas de cuidado realizado e desejado, direcionando os usuários nos serviços de saúde (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Laraia (2009) refere que o fato de o homem, na maioria das vezes, ver o mundo através da sua própria cultura contribui para que ele acredite que o seu modo de vida é o mais correto e aceitável. Tem-se aí o discurso que produz o etnocentrismo, responsável por grande parte dos conflitos sociais e religiosos, entre outros. Ainda para o autor, embora um indivíduo pertença a uma determinada cultura, ela é sempre limitada, pois nem sempre é possível seguir todos os rituais que abarca. Não é raro se ver indivíduos que, ao tentarem “fugir” de normas culturais mais rígidas, são vítimas de violência, são excluídos e, muitas vezes, precisam

procurar “abrigo” em outras culturas para viver ou sobreviver. A cultura que diferencia os povos e uma nação da outra é o que faz com que sejamos autênticos, pois somos produtos do meio e produtos para o meio. Assim sendo, pertencemos a um processo coletivo e não individual na qual nossas experiências cristalizadas entram em confronto com as novas e possibilitam mudanças e evoluções (BATISTA, 2010).

Assim, tudo que está relacionado com a experiência humana, com o modo de viver e estar no mundo são resultados do cotidiano cultural, do qual o indivíduo faz parte. Dessa forma, as práticas de saúde, o processo de adoecimento, bem como de perceber o próprio corpo têm características próprias em cada cenário cultural. Helman (2009) refere que algumas crenças e costumes explicam a má saúde como sendo atribuída a forças sobrenaturais, feitiço ou castigo divino. Com isso, ao longo da história, na perspectiva de lutar pela sobrevivência, de aumentar a longevidade e a defesa da vida, foram criadas instituições, políticas e figuras personificadas, encarregadas de cuidar da saúde das pessoas, entre elas o Sistema Único de Saúde, o sacerdote, o guru, o médico, o sanitarista, etc. sendo esses encarregados de produzir saúde, interferindo nos valores culturais tradicionais em nome da defesa da vida (CAMPOS, 2002). Por isso, antes de qualquer aproximação com o intuito de cuidar da saúde de alguém, deve-se primeiramente levar em consideração que a cultura influencia as práticas de cuidado à saúde das pessoas. A cultura determina a existência, a forma como se procede, o modo de ser e como se quer ser cuidado. Portanto, ao se buscar compreender os contextos de cuidados de saúde de qualquer sociedade é preciso levar em consideração aspectos sociais, políticos, religiosos e econômicos, além dos aspectos físicos, espirituais e mentais (HELMAN, 2009).

Além disso, as crenças e os rituais que acompanham cada fase da vida da mulher se inscrevem em seus corpos, como o início e o fim da menstruação, por exemplo. Dessa forma, em algumas culturas, com a chegada da menopausa, as mulheres ganham uma representação masculina em função de que esse evento é permitido à “invasão” nos domínios considerados como masculinos (MOTTA-MAUÉS, 2008). Também na Inglaterra do século XIX, segundo a concepção popular das mulheres, a menopausa marcava a sua liberdade em função do jugo da necessidade da contracepção, da debilidade advinda do parto e da “maldição” da menstruação (SEPARAVICH; CANESQUI, 2012). Dessa maneira, ressalta-se a necessidade de incorporar ao cuidado da mulher em fase de climatério, além do âmbito fisiológico, os aspectos psicossociais e culturais, a fim de prestar uma melhor assistência nessa fase de maturidade (LEITE et al., 2012).

Destaca-se que, independente do contexto cultural que essa mulher se encontre, para Silva, Ferreira e Tanaka (2010), durante o climatério as mulheres precisam lidar com mudanças internas decorrentes das alterações hormonais, com a perda do potencial reprodutivo e a transição para uma idade mais avançada. Socialmente, na meia-idade, elas também têm que enfrentar outras questões, incluindo filhos que saem de casa, doenças que surgem, a perda dos pais e de familiares, o adoecimento de familiares e, por vezes, o estresse e a incompreensão no casamento. Por outro lado, outras mulheres vivem essa fase de forma saudável, com qualidade de vida, com afeto e compreensão da família. Logo, o contexto de vida dessas mulheres deve ser compreendido culturalmente a fim de conjugar práticas de cuidado viáveis e singulares que oportunizem outras possibilidades de viver bem.

2.3 ARREMATANDO OLHARES PARA O CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Olhar para a mulher que vivencia o climatério/menopausa a partir de uma única perspectiva é correr o risco de não compreender sua real complexidade e importância na vida dela. Dessa forma, é preciso lançar olhares amplos sobre a mulher nessa fase, contemplando-a como um ser único, dotado de dimensões biológicas, psicossociais, espirituais e culturais (VALENÇA; FIALHO; GERMANO, 2010; ZANOTTELI et al., 2012).

O evento do climatério ocorre de modo gradativo na vida da mulher, mas pode acontecer de forma repentina ou “não natural”, através de intervenção cirúrgica com a realização de ooforectomia bilateral associada, ou não, à histerectomia. Para a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2004), o climatério corresponde à fase da vida da mulher na qual ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude. A idade na qual se inicia o climatério é variável, mas admite-se ser por volta dos 40 anos e se estende mais ou menos até os 65 anos, sendo que recentemente tem-se dividido o climatério em transição, menopausa e pós-menopausa. A menopausa é um marco dessa fase, e corre geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade, e está relacionada com a depleção hormonal, especialmente o estrogênio (BRASIL, 2008a). Pode ser prematura, quando se instala antes dos 40 anos e, tardia, após os 52 ou 55 (FEBRASGO, 2004).

No campo da saúde pública tanto a menopausa precoce quanto a menopausa tardia têm sua relevância, e o estudo de Jaimes et al. (2013) apontam que as mulheres com menopausa precoce têm maiores riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares e osteoporose, e as mulheres que tiveram menopausa tardia de desenvolverem câncer de

endométrio e mama. Para Serrão (2008), é provável que existam fatores socioeconômicos, ambientais, raciais, nutricionais ou uma combinação multifatorial que possa explicar, pelo menos em parte, as variações observadas ao nível da idade de início da menopausa. Destaca-se que as mulheres latino-americanas têm uma idade de menopausa mais precoce que as mulheres europeias ou norte-americanas, trazendo, como consequência dessa exposição prolongada, o hipoestrogenismo e queixas que as acompanham por mais tempo (LÒPEZ; LORENZI; TANAKA, 2010).

O termo climatério, originado do grego “Klimater”, significa degrau e é utilizado para designar qualquer etapa vital considerada crítica. Durante séculos o climatério esteve associado a perturbações emocionais e físicas, decorrentes de uma visão baseada em interpretações, estereótipos, mitos e crenças associadas à função menstrual (SERRÃO, 2008). Para essa mesma autora, considerava-se a menstruação como um mecanismo para eliminar substâncias impuras e tóxicas, já, com a amenorreia, os produtos perigosos para a saúde da mulher seriam acumulados, provocando alterações do humor e até situações de loucura. Além disso, a convicção da menstruação como uma circunstância de referência para a identidade feminina, como marcador da sua feminilidade ainda persiste culturalmente, logo o ciclo menstrual representa a boa saúde, a integridade do seu potencial gravídico, a sua realidade de mulher (SERRÃO, 2008).

Em culturas orientais, a menopausa tem significado de mudança, que geralmente confere respeito, autoridade e um sentimento de alívio pelos anos anteriores de reprodução (SILVA; FERREIRA; TANAKA, 2010). Cabe ressaltar que, para Collière (1999), a experiência de vida, o fato de uma mulher de ter passado pelos ciclos biológicos que precedem o climatério, constitui-se em elemento que, de certo modo, possibilita às mulheres cuidarem umas das outras.

Ainda, cabe destacar que o processo de transformação do corpo feminino, que ocorre na menopausa, é quase sempre tratado pela medicina por meio de uma linguagem impregnada de conotação negativa, com o uso recorrente de palavras tais como: falência, perda, atrofia, entre outras (KANTOVSKI; VARGENS, 2010). Contudo, acredita-se que um dos desejos das mulheres é viver a fase do climatério com melhor qualidade, sem preconceitos e opressão, desconstruindo ideias preconcebidas, impostas pela cultura brasileira, que apresenta uma mulher em climatério sem perspectivas (VIDAL et al., 2012). Por isso, no olhar desses autores, as ações de educação e saúde devem ser desenvolvidas de forma a convidar os

indivíduos a cuidarem de si mesmos e a aprender a lidar com os assuntos de saúde antes de eles se tornarem problemas concretos.

Comumente a menopausa e o climatério são confundidos pelas mulheres, no que diz respeito aos conceitos (VALENÇA; GERMANO, 2010). No entanto, não se trata de um equívoco, mas de uma compreensão construída culturalmente, em que a menopausa, com seu próprio conceito, é um marco no climatério. Com isso, existem assim diversas representações construídas, individuais ou coletivas, a respeito da menopausa ou do climatério que repercutem na vivência da mulher. Além das questões subjetivas, algumas outras manifestações nessa fase se fazem presentes em decorrência do próprio processo fisiológico. É destacado em estudo a respeito do climatério, em população de mulheres latino-americanas, que apresentam queixas de dores osteoarticulares, depressão emocional, alterações geniturinárias, esgotamento físico e mental, irregularidade menstrual entre outras queixas (JAIMES et al., 2013). Para as queixas que prejudicam a qualidade de vida da mulher em fase de climatério, principalmente após a menopausa, muitas vezes é indicada a terapia de reposição hormonal (TH). Atualmente, existem diversas formulações de TH que variam em relação ao tipo de composto – progestagênio isolado (tibolona), estrogênio isolado ou estrogênio associado a progestagênio com forma de administração cíclica ou contínua, e via de administração que pode ser oral, vaginal, subdérmica ou transdérmica (ROSA E SILVA; MELO, 2010). Cada caso deve ser individualizado de acordo com o desejo da mulher e a avaliação do risco/benefício. Além da TH disponível, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS traz outras possibilidades para garantia da integralidade na atenção à saúde. Contempla-se nessa política, inicialmente, a medicina tradicional chinesa, com acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e o termalismo social, ou seja, a crenoterapia, que consiste no uso de águas minerais com propriedades consideradas medicamentosas (BRASIL, 2006). No entanto, essas práticas não são uma realidade na grande maioria dos serviços de saúde do SUS. Mesmo que o acesso a essas práticas ainda esteja em passos lentos, tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais (BRASIL, 2008a).

Nessa construção de cuidado à saúde da mulher em fase de climatério é necessário então pensar e olhar para o contexto das políticas públicas de saúde. Destaca-se que os

movimentos feministas foram essenciais para avanços nacionais em relação ao tema da integralidade da saúde da mulher bem como no debate e nas formulações de políticas públicas para a saúde das mulheres (COSTA, 2005).

Contudo, no Brasil a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde inicialmente limitando-se às demandas relativas à gravidez e ao parto, por meio de programas materno-infantis e do PAISM – Programa de Atenção à Saúde da Mulher, em 1983 (BRASIL, 2008a). Em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, agregou no seu planejamento a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos. No entanto, nenhuma ação específica foi implementada naquela oportunidade. Já em 2003, em razão dessa lacuna apontada em um balanço institucional realizado em ano anterior, essa área técnica assumiu a decisão política de iniciar ações de saúde voltadas para as mulheres no climatério e incluiu um capítulo específico sobre esse tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.

No Plano de Ação dessa política nacional, com relação ao climatério, o objetivo era implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, em nível nacional, e detalhado na estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos. Enquanto o PAISM não abordava claramente as diferenças das diferentes mulheres, tais como as questões e gênero, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), surgiu para abarcar essa e outras dimensões que envolvem o contexto de saúde da mulher (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Desse modo, tal Política, criada em 2004, incorporou a integralidade da saúde como princípio balizador e a atenção à saúde da mulher focalizou igualmente as mulheres em fase de climatério (BRASIL, 2004). Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, materializando um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, especificamente de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida, na medida em que traz abordagens amplas e possibilita aos profissionais de saúde a atenção integral e humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras.

A partir daí, ancorada nessa lógica, a atenção à mulher que vive o climatério deve ser interdisciplinar e precisa contemplar alguns pontos: repensar o estilo de vida, levando em consideração a atividade física, a alimentação, lazer, a aquisição de hábitos que proporcionem qualidade de vida, e o tratamento farmacológico, quando necessário. Para Tairova e Lorenzi (2011), existem pesquisas que apontam para o efeito benéfico da atividade física no alívio das

queixas desse período, principalmente no que se refere às manifestações vasomotoras. Além disso, ressalta-se, para Jaimes et al. (2013), que a espiritualidade e a fé praticada pelas mulheres também contribui para melhorar a qualidade de vida e deve ser incentivada pelos profissionais de saúde.

A preocupação relacionada com a qualidade de vida é um fenômeno recente e, grande parte, como consequência do aumento da expectativa de vida observado nas últimas décadas. A definição de qualidade de vida para a Organização Mundial de Saúde se relaciona com a maneira que os indivíduos percebem sua própria vida dentro de um contexto cultural, segundo suas expectativas, desejos e interesses pessoais (JAIMES et al., 2013; LÓPEZ; LORENZI; TANAKA, 2010). Nessa perspectiva, Lorenzi et al. (2009) destacam que é de grande importância que a mulher em fase de climatério tenha espaço para expor seus sentimentos sobre o período que está vivenciando, dificuldades percebidas ou superadas, de modo que construa aprendizados sobre as modificações corporais, emocionais, sociais e culturais que estão ocorrendo e as suas implicações para a saúde.

Leite et al. (2013) salientam que os profissionais de saúde, dentre os quais o enfermeiro, podem investir em estratégias que visem ao fortalecimento da autoestima e da autonomia das mulheres nessa etapa da vida. Essa recomendação sustenta-se, possivelmente, na crença de que nessa fase da vida as mulheres precisam ser auxiliadas no sentido de perceber que o climatério pode representar muito mais do que perdas, a exemplo da sabedoria trazida pela maturidade. Isso, possivelmente, vai ajuda-las no enfrentamento das readaptações muitas vezes necessárias nessa etapa vital.

Nesse sentido, cabe mencionar que estudo de Beltramini et al. (2010) destaca que, no contexto investigado por eles, os enfermeiros demonstraram vago conhecimento sobre a fase do climatério e, quando relatavam algum, era sempre vinculado ao processo biológico. Dessa forma, para que o enfermeiro possa acolher, orientar e compreender a mulher que vivencia o climatério, é necessário que ela compreenda os aspectos socioculturais, espirituais e fisiológicos que envolvem essa fase. O enfermeiro precisa, por isso, de conhecimentos que superem noções biológicas, o que irá contribuir para que ele preste cuidados resolutivos, ancorados em relação dialógica que se fundamente na noção basilar de uma escuta ativa e preocupada com o bem-estar do outro.

Destaca-se, no estudo de Leite et al. (2013), que as atividades em grupo constituem uma proposta importante na atenção à saúde das mulheres em fase de climatério, de forma que são convidadas a participar de encontros para discutir temas relativos a essa fase, sendo

uma intervenção educativa com a intenção de prepará-las para a menopausa. Ressalta-se assim que, no climatério, a educação em saúde configura-se como uma estratégia de cuidado (GARCIA; GONÇALVES; BRIGAGÃO, 2013). Logo, a compreensão das modificações e transformações vivenciadas pelas mulheres nessa fase pode ser facilitada por ações de promoção e educação em saúde. Assim, o enfermeiro deve procurar incluir, na atenção ao climatério, ações que possibilitem meios para que as mulheres possam vivenciar essa fase sem medos ou tabus (SOUZA et al., 2005).

É preciso destacar também a visão ampliada de sexualidade, já que em cada fase vital, a sexualidade se manifesta de forma peculiar, ou seja, de acordo com o “tempo” do sujeito que a vive. Leite et al., (2013) colaboram dizendo que a sexualidade não termina com a fase do climatério, ela existe enquanto houver vida, com características próprias de cada fase, como acontece com as outras funções vitais. Assim, mais que a compreensão do que envolve a sexualidade, é preciso que se encontrem caminhos para que possa ser manifestada.

Nesse sentido, a vivência do climatério depende de um conjunto de construções ou representações sociais sobre a capacidade reprodutiva, a sexualidade, a menstruação, a fertilidade e o envelhecimento, que constroem a identidade feminina, e não somente das características do próprio evento fisiológico (PELCASTRE-VILLAFUERTE; GARRIDO-LATORRE; LÉON-REYES, 2001). Nessa direção, ressalta-se que a atenção à saúde das mulheres deve considerar os aspectos socioculturais, pois cada uma possui modos de agir, pensar, sentir e interpretar o climatério de acordo com a sua visão de mundo, que é decorrente das relações e interações que estabelecem com as pessoas e com o ambiente em que vivem (ZANOTELLI et al., 2012). Logo, o climatério deve ser entendido como um processo de modificações físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais, e não um evento patológico, apesar de apresentar manifestações clínicas em função da queda hormonal que podem trazer queixas.

Então, nessa fase da vida da mulher, ela necessita de compreensão para enfrentar as transformações inerentes a esse período e a forma como seus membros relacionam-se entre si poderá favorecer ou desfavorecer a adaptação da mulher e permitir ou não que ela vivencie essa fase de maneira mais harmônica e com mais naturalidade (SANTOS; FIALHO; RODRIGUES, 2013). Possibilitar um cuidado qualificado à mulher em fase de climatério constitui o entendimento de cada enfermeiro a respeito do cuidado cultural e seus conceitos. Nessa lógica, também espera-se, conforme Moura, Chamilco e Silva (2005), um cuidado de

enfermagem que seja sensível e tenha origem nas necessidades do indivíduo, sua família e grupos culturais.

3 COSTURANDO A METODOLOGIA

A seguir será apresentado o percurso metodológico que compreende o tipo de estudo; cenário do estudo; população e participantes do estudo; produção e análise dos dados, bem como os aspectos éticos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

A partir do objeto de pesquisa, saberes e práticas de cuidado realizado por mulheres em fase de climatério optaram-se pela abordagem qualitativa, com estudo de campo e descritivo. Para Minayo (2013), a abordagem qualitativa nas pesquisas diz respeito à questões particulares, atribuídas ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que são resultado das interpretações que os indivíduos atribuem sobre suas vivências, sobre si mesmos e sobre o que sentem e o que pensam. Colaboram Turato (2005) e Minayo, Deslandes e Gomes (2011), ao destacarem que a abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador o conhecer em profundidade a vivência das pessoas, as representações de suas experiências e a entender o contexto no qual certo fenômeno ocorre. Nesse sentido, conhecer os saberes e as práticas de cuidado de mulheres que vivenciam o climatério é uma forma de se aproximar de suas visões de mundo, suas crenças ou de como se cuidam. Ainda Turato (2005) destaca que no âmbito da metodologia qualitativa aplicada à saúde utiliza-se o entendimento abordado pelas Ciências Humanas, em que não se busca estudar o fenômeno em si, mas conhecer seu significado individual ou coletivo para a vida dos indivíduos. Para esse autor, ao optar pela pesquisa qualitativa o pesquisador volta-se para a busca de significados das coisas. Tais coisas podem ser os fenômenos, eventos, vivências, sentimentos entre outros, os quais dão molde à vida das pessoas. Assim, esses significados que as “coisas” adquirem podem ser partilhados culturalmente e onde os grupos sociais se estruturam em torno de suas representações e simbolismos.

Para Minayo (2013), no que se refere ao estudo de campo, existe a interação social com o pesquisador, em que o planejamento do estudo de campo apresenta maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa. Quanto ao estudo descritivo, este busca conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida

social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas. Tem como objetivo abordar dados e problemas relevantes cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A cidade e o contexto sociocultural das participantes deste estudo foi Bento Gonçalves, localizada na Serra Gaúcha. Destaca-se que a mestranda reside nessa cidade e por isso a escolha dela. A cidade insere-se em uma região de descendentes de imigrantes italianos, bem como é o maior produtor de uvas e vinhos do Brasil, recebendo com isso o título de capital Brasileira da Uva e do Vinho (BENTO GONÇALVES, 2014). Há uma população de 107.278 habitantes, com estimativa de 112.318 para o ano 2014, sendo que 50,9% é de população feminina e, dessas, cerca de 18%, estão em fase de climatério (IBGE, 2010b).

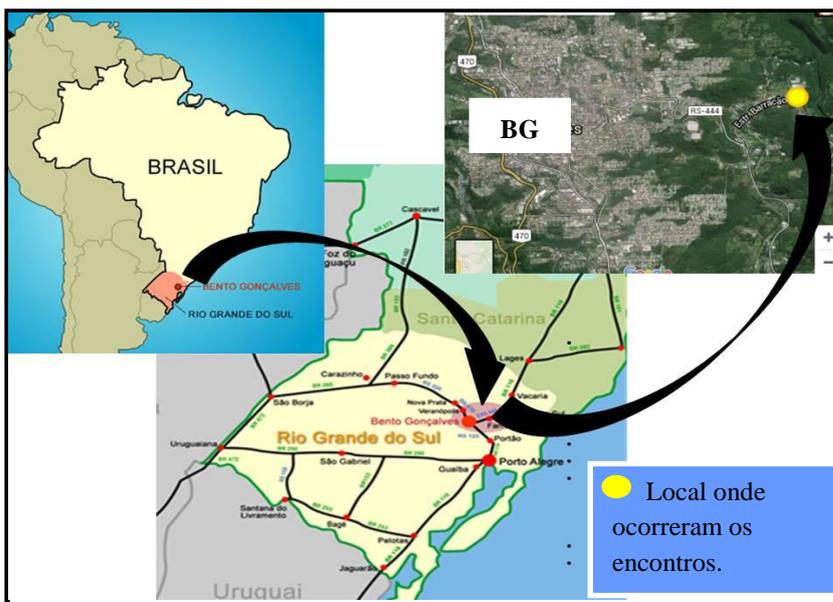
O município conta com 11 Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Este estudo foi desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família com parte urbana, mas que abrange áreas rurais do município. A escolha dessa ESF se deu por indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, por haver um maior número de mulheres em fase de climatério, cerca de 400 mulheres. A ESF tem 743 famílias e 2.386 pessoas cadastradas de acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica referente ao ano de 2013.

Na ESF são realizados grupos de gestantes, diabéticos, hipertensos, grupo de artesanato e atividade física com educador físico. A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico da saúde da família, uma auxiliar de odontologia, um auxiliar administrativo e uma auxiliar de limpeza. Os atendimentos com clínico geral ocorrem por meio de agendamentos prévios, fila de espera e urgências, exceto um dia na semana quando o médico faz visita domiciliar com a enfermeira. O atendimento na ESF ocorre de segunda a sexta-feira no horário das 07h45min até 11h45min pela parte da manhã e pela tarde das 13h00minh até as 17h. Há atendimento odontológico, com o dentista atendendo na Escola Estadual de Ensino Fundamental Nossa Senhora da Salette duas vezes na semana, e nos demais dias na ESF. Dispõe de nutricionista, psicóloga com atendimento semanal, e fisioterapeuta com atendimento quinzenal. Esses profissionais e o educador físico não integram a equipe da ESF, mas fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por equipes com profissionais

de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, no qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2012b).

O espaço físico da ESF é composto pela sala de espera com recepção, por uma sala de curativos/observação, uma sala para acolhimento, uma farmácia, uma sala de vacina, um consultório de enfermagem, um centro de material e esterilização, um consultório médico, um consultório odontológico, uma cozinha, uma sala de reuniões, um expurgo, uma sala para depósito de materiais com um local destinado para acomodar os produtos de higienização, um banheiro para os funcionários, um banheiro em cada consultório e dois na sala de espera. Abaixo a representação cartográfica do cenário do estudo:

Imagem 1 - Cenário da pesquisa.



Fonte: (BENTO GONÇALVES, 2016; GOOGLE MAPS, 2016)

3.3 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes da pesquisa foram mulheres vinculadas à ESF Barracão, nas idades entre 40 e 65 anos, que de acordo com o Ministério da Saúde corresponde à fase do climatério (FEBRASGO, 2004; Brasil, 2008a). Embora sabe-se que a idade em que ocorre esta transição seja variável (FEBRASGO, 2004). Critérios de inclusão: para garantir que todas as participantes tivessem condições psicocognitivas de participar do processo de produção dos dados, foi solicitado ao médico ou enfermeiro que indicassem as possíveis participantes, além

disso foram incluídas mulheres residentes na área de abrangência da ESF que foi cenário deste estudo, nas idades entre 40 e 65 anos. E como critérios de exclusão, mulheres que realizaram ooforectomia bilateral associada, ou não, à histerectomia pelo fato de não vivenciarem o processo do climatério/menopausa fisiológico, pois determinados saberes e práticas de cuidado ocorrem a partir da percepção de certas modificações físicas e psicossociais, as quais podem ser percebidas com o passar do tempo.

A primeira aproximação com o local do estudo deu-se pela procura de informações sobre a ESF para a construção do projeto, no segundo semestre de 2013. Criado o vínculo com a enfermeira e os demais membros da equipe, fui convidada para participar de algumas atividades/grupos na ESF e também na escola, a convite da direção. Tanto a cidade de Bento quanto a comunidade local eram universos a serem percorridos, e a participação em grupos de sala de espera e grupo de artesanato foram importantes para a familiarização com a equipe e as pessoas da comunidade. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética da UFSM, houve o primeiro contato com as mulheres, com a intenção de identificar aquelas que atendessem aos critérios de inclusão.

Quanto ao número de participantes, oito mulheres foram integradas à investigação, baseando-se em estudos que utilizaram técnicas de coleta de dados semelhantes às escolhidas para este estudo. Estudo de Rinaldi (2006) e Sá (2002), que usaram as oficinas, tiveram como participantes oito colaboradores, e Amezcua (2003), ao realizar-se uma entrevista grupal, indicaram que o ideal é que o grupo seja constituído por oito a dez pessoas.

A escolha das participantes ocorreu de forma intencional, ou seja, a amostra é escolhida intencionalmente pelo pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2010). A limitação da técnica diz respeito ‘a impossibilidade de generalização dos resultados do inquérito à população, ela tem sua validade dentro de um contexto específico’, ou seja, dentro do grupo e contexto estudado (MARCONI; LAKATOS, p.47, 2010)

Somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM foi realizado convite verbal para a participação na pesquisa e esclarecida a operacionalização dos encontros, o motivo da pesquisa e da escolha delas, a temática que seria discutida, a rotina e a duração dos encontros. Após o aceite da participante foi realizada uma entrevista individual na ESF Barracão em local reservado contemplando a privacidade e o bem-estar da participante. Verificada a disponibilidade de dia, turno e horário das participantes foi agendada a data e local para o início das oficinas, que ocorreram na sala de reuniões da ESF, tendo em vista a disponibilidade do local. Os demais encontros foram agendados na

sequência, semanalmente e de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e das participantes. Na véspera de cada encontro, foi feito contato por telefone com as participantes, reafirmando o horário e o local do encontro, pois o fato de fazer contato por telefone também foi uma forma de estimular a presença das mesmas (RESSEL et al., 2008). Ao final de cada reunião, foi entregue um lembrete contendo as informações do próximo encontro e de agradecimento pela presença (APÊNDICE A).

3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

A linha que costurou a produção dos dados deste estudo centrou-se no contexto da oficina de bonecas de pano, que tem seu embasamento teórico a partir de um olhar lançado para a oficina pedagógica de Araldi (2006) ou educativa (SÁ, 2002). A escolha da construção da boneca de pano deve-se ao fato das possíveis representações particulares que a boneca pode possibilitar, bem como pelo fato de ela estar, de certa forma, muito ligada culturalmente à figura feminina. Salienta-se, que o objetivo da construção da boneca de pano foi para motivar as mulheres a se reunirem para conversar sobre o climatério enquanto confeccionavam a boneca.

Diante do aceite das participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B), lido, esclarecidas as possíveis dúvidas e assinado em duas vias, sendo que uma que foi entregue à participante e a outra que ficou com a mestranda. No momento seguinte foi realizada uma **entrevista semiestruturada individual** (APÊNDICE C), que contribuiu para realizar uma caracterização sociodemográfica, e fornecer um entendimento inicial acerca do tema em estudo às mulheres. Essa entrevista auxiliou nas discussões dos dados que emergiram da análise das entrevistas grupais a qual aconteceu durante as oficinas de boneca de pano. Para Triviños (1999), a entrevista semiestruturada geralmente é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

A respeito das oficinas, Ormezzano (2001) diz que elas surgiram na Idade Média, com os grêmios de artesãos ou também conhecidos como corporações de ofícios, e conventos femininos, que se destacaram como cenários coletivos de ensino-aprendizagem e criação artística em que mestres e aprendizes dividiam moradia, comida e trabalho. Portanto, a oficina

era espaço de trabalho e criação sem a separação entre o fazer intelectual e o manual, entre trabalho e lazer. Ainda, de acordo com a história dos grêmios de artesãos, não era comum admitirem mulheres, exceto viúvas ou órfãos de parentes falecidos que integravam o grupo. As demais mulheres se organizavam, então, em torno de outros ofícios como os relacionados ao bordado e ao tecido.

Diferentemente das segregações que, de certa forma, a oficina durante a Idade Média manteve, Sá (2002) enfatiza que a oficina procura rejeitar a rigidez do tempo, do espaço, dos corpos e dos saberes, dando lugar a curiosidades, questionamentos e vivências daqueles que a integram, de modo que possibilite as pessoas um distanciamento do modo de organização hierárquica, da classificação e dos discursos dominantes. Para essa mesma autora, a partir destes princípios, a oficina sempre se preocupou em trabalhar com a experiência pessoal, abrindo possibilidade para não generalizar ou universalizar, valorizando a história e a memória, a troca de experiências e interesses entre membros de um grupo permitindo respeito à vivência cultural do outro. Nessa perspectiva, a oficina possibilita relações horizontais e dialógicas entrelaçando diferentes contextos e saberes. Sendo assim, ao se pensar sobre a oficina pedagógica ou educativa, faz-se pertinente olhar para o processo pedagógico problematizador, o qual reconhece o indivíduo como sujeito de ação, estimulando a participação crítica de modo que seus saberes sejam acolhidos e valorizados (ARALDI, 2006). Nessa lógica, Freire (1981) diz que é possível compreender que cada indivíduo traz seu saber e junto com o saber do outro constroem uma nova reflexão que possibilita a mudança de si e do que o cerca.

Contudo, são diversas as possibilidades de trabalho em uma oficina. Para Araldi (2006), as oficinas que utilizam as linguagens plásticas (como a escolhida neste trabalho, a boneca de pano), poéticas e musicais, entre outras, podem tornar-se um caminho para a expressão, reflexão e interatividade entre os participantes, pois pela representação simbólica, eles podem melhor vislumbrar, por meio de suas mensagens visuais, suas necessidades e os recursos de que dispõem. Assim, as oficinas que se utilizam das linguagens não verbais, facilitam a comunicação daqueles que têm dificuldades da expressão apenas pela palavra, ou contribuem para que as coisas possam ser ditas, pois ao dar materialidade àquilo que muitas vezes não pode ser verbalizado, através do uso de materiais e pelo espaço de exploração que permitem, é possibilitado a cada indivíduo despertar a própria singularidade.

Corroborando Alessandrini (1996) ao destacar que a oficina é um lugar que deve favorecer a criação, pois “viver a oficina é construir, pintar, modelar aquilo que é mais próximo de si

mesmo, é o espaço onde o imaginário cria forma, adquire cor, aproximando-se de um real personalizado, sentido e vivido com alegria” (p. 48). Assim, é preciso instigar a potência de criação permanente dos integrantes das oficinas, em que a criação é uma forma de perceber a vida, como uma "obra de arte” entrelaçada na produção de singularidades e diferenças. Reforça Araldi (2006), quando diz que no acontecer da experiência artística, o sujeito com sua bagagem física e sensória, seu universo psíquico, adentra a um fazer significativo em um espaço de trabalho, prática estética, criação e de entendimento, de diálogo e de sentidos. Portanto, a oficina é um espaço de encontro vivencial, encontros que possibilitam construir e desconstruir saberes e formular outros.

A escolha da construção da boneca de pano se deu pela possibilidade desta em permitir representações particulares, sem a intenção de reforçar senso comum da sociedade, que diz que mulher tem que brincar com boneca para aprender a cuidar dos filhos. Embora ao propor essa construção pudesse ter sido sugerido também o boneco de pano. Portanto, compreendeu-se que, ao criarem ou aprenderem a criar a boneca de pano, as participantes, ao mesmo tempo em que costuraram, representaram sua própria vivência, refletiam sobre a materialidade que se apresentou, sobre seus saberes, suas práticas ou crenças, enquanto se pensou e discutiu o cuidado no climatério. Destaca-se que a construção da boneca foi um disparador para que as falas e reflexões sobre as questões trazidas emergissem.

Em um primeiro momento houve certo desconforto quando foi sugerida a proposta de boneca de pano, algumas mulheres relataram que nunca tinham feito e que não sabiam como fazer. No entanto, o medo de “não saber fazer” foi amenizado quando foram mostradas algumas bonecas construídas no projeto piloto desta pesquisa e assim puderam olhar, tocar e imaginar como sua boneca poderia ser criada.

A oficina de boneca de pano facilitou a expressão das falas, deixando-as mais à vontade, o que tornou um espaço de convivência e de criação de vínculos, sem medo de serem julgadas. A oficina se configurou como um espaço para estar junto, isto é, foram encontros que possibilitaram construir e desconstruir saberes e formular outros. Com isso, as mulheres manifestaram-se com muita tranquilidade, ora discordavam entre si, ora uma reforçava e complementava o que a outra dizia.

Quanto ao nome dado ao coordenador de uma oficina, este pode ter vários. Para Sá (2002) é oficineiro, Araldi (2006) não deixou evidente o termo utilizado, Chiesa e Whestpal (1995) referem-se como coordenador. Neste estudo, optou-se pelo uso do termo coordenador, trazido por Chiesa e Whestpal (1995). Conforme essas autoras, o coordenador deve

possibilitar um ambiente favorável para as discussões, no qual as relações se construam horizontalmente. Assim, em cada encontro foi preciso apresentar o tema, as questões e incentivar as participantes no sentido de esclarecer dúvidas quanto à proposta da oficina ou do fazer artístico sem interferir na opinião delas. Também houve aquelas que queriam falar mais que as outras então, delicadamente, foi preciso dizer, por exemplo: então a Nena pensa assim, e a Maria Marta o que poderia dizer sobre isso? E as que se concentravam de tal forma na construção da boneca que era preciso estimulá-las a falar, e de uma forma geral, reforçar que todas pudessem expor sua opinião. Ao final do segundo e terceiro encontros foram sintetizadas para o grupo as principais questões expostas nos encontros anteriores com a intenção de validar, o que as participantes disseram ou eram convidadas a explorar um pouco mais certos assuntos diante de dúvidas sobre algo dito ou questão que não ficou muito clara para a coordenadora, como uma forma de reafirmar o dito ou trazer novas contribuições. As principais questões trazidas foram identificadas por das anotações realizadas no diário de campo. Após esse momento as mulheres continuaram a construção das suas bonecas ao passo que novas questões eram lançadas. Assim, na modalidade educativa, o coordenador procurou oportunizar a coragem das mulheres exteriorizarem as suas falas, as suas expressões, os seus afetos, a experimentação, permitindo que elas pudessem agir e falar em nome próprio, ou seja, no singular.

A proposta da boneca de pano foi uma iniciativa da pesquisadora, pensada com o intuito de que houvesse um processo, uma continuidade e não uma proposta que tivesse seu término em um único encontro. Nesse sentido, a prática da oficina partiu do desejo daicineira, pois vinha com a oficina, de certa forma, “pensada”, e quando as participantes começaram a desenvolver a proposta, aconteciam os “desdobramentos”, em concordância ao previsto por SÁ, (2002), ou seja, a oficina parte do coordenador ouicineiro e se “desdobra” para os desejos dos participantes .

Alguns autores, na realização de oficinas optaram pela realização de dois encontros com uma duração média de 1 hora e 30 minutos (LACERDA, et al., 2013). Já Arcanjo, Valdes e Silva (2008) relatam a duração mínima de 1h e oito encontros; Coelho et al. (2009) referem-se a três oficinas com três horas de duração; Alessandrini (1996) referiu a duração de 1h30min e não relatou o número de encontros; Chiesa e Whestpal (1995) indicaram cinco encontros mas não sua duração. Embora esses autores divergiam acerca da duração e do número de encontros, existe o consenso de que os encontros sejam semanais. Considera-se nessa situação

que o objeto de estudo e os participantes são indicativos para prever o número de encontros e o tempo de cada um.

Assim, optou-se por realizar um mínimo de três encontros, sendo que o determinante para o encerramento de encontros foi o de ter alcançado o objetivo do estudo e o término da boneca de pano. A duração da oficina foi de cerca de 1h30min, por considerar-se um tempo adequado e com flexibilidade tanto para iniciar, quanto para terminar, já que por vezes houve imprevistos com as participantes, como chegar atrasada porque o pão que estava assando demorou mais que o previsto, consulta com o dentista agendado para horário próximo à oficina, necessidade de sair mais cedo para pegar o filho que estava sem a chave de casa, entre outras situações. No entanto, tudo foi combinado, acertado entre as mulheres, se esperariam a integrante chegar ou se queriam iniciar no horário combinado.

A oficina aconteceu com uma sequência de passos utilizados por Araldi (2006, p.55-56), que eram elas: **configuração do espaço como território sagrado**, o qual configurou-se o ‘espaço vivencial para torná-lo sagrado, utilizando rituais e objetos’; **sensibilização**, foi trazido o tema e o objetivo de cada encontro, foram pensadas atividades que possibilitassem vivência plástica. ‘São utilizados recursos do nosso universo simbólico, como os mitos, os rituais e as histórias’; **vivência artística** diz respeito à ‘exploração de materiais e técnicas’ que possibilitam ‘a expressão em linguagem não verbal’ das ‘impressões acerca da proposta e do conteúdo ao qual foram sensibilizadas’; **expressão verbal acerca do vivenciado** é o ‘momento de troca grupal acerca do vivenciado e da expressão plástica’ e, por fim, não citado pela autora, a **confraternização**. A seguir será relatada como cada etapa ocorreu nesta pesquisa.

A **configuração do espaço como território sagrado constituiu-se como** a primeira etapa (imagem - 2). Houve a preparação do ambiente de modo que este fosse acolhedor. Dessa forma, foi usado tecido voal e TNT nas cores azul, rosa e roxo, vasinhos com flores, pedras ornamentais e aroma suave no ambiente. Esse cuidado foi fundamental para que a sensibilidade emergisse, para que favorecesse a imaginação e o bem-estar das participantes. Assim, o ambiente precisou ser acolhedor, possibilitando um espaço agradável. Nesse momento, as mulheres foram convidadas a formarem um círculo, embora as cadeiras já estivessem dispostas nessa configuração. Bolen (2003) destaca que um círculo precisa ser seguro, com respeito a tudo o que será dito para a confiança existir, onde também o que é dito em confiança assim deve ser mantido. Nesse momento também foram entregues os crachás, quando cada participante escolheu um pseudônimo para serem chamadas durante as oficinas.

Também foi necessário fazer um acordo entre as integrantes da oficina para que enquanto uma falasse as demais escutassem ou também pudessem optar pelo “bastão da fala”, considerando que quem tivesse o bastão teria a palavra. Nesses momentos, enquanto uma falava, outras escutavam, possibilitando a elaboração dos pensamentos antes da fala (BOLEN, 2003). O “bastão da fala” (imagem - 3) nesse caso foi uma flor de feltro, que ficou disponível para que cada mulher que gostaria de falar o pegasse, no entanto, por vezes elas esqueciam de pegar, então foi preciso que a coordenadora estivesse atenta para quem gostaria de falar nos momentos em que várias falas aconteciam.

Imagem 2- Ambiente da oficina



Fonte: (BISOGNIN, 2015)

Imagem 3 - Bastão da fala



Fonte: (BISOGNIN, 2015)

A **sensibilização** constitui-se no momento em que foi apresentada a proposta da boneca de pano, mas para isso foi preciso encontrar uma atividade com o objetivo de vincular a participante à construção da boneca. Nesse sentido, foi trazida uma das histórias de um conto Russo, denominado “Mulheres que correm com os lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem” de Clarissa Pinkola Estes (1994), em que foi abordada a história “A boneca no bolso: Vasalisa, a sabida”. Nesta história, a mãe de Vasalisa, em seu leito de morte, entregou-lhe uma boneca mágica que teria a capacidade de esclarecer todas as suas dúvidas e ajudá-la no decorrer da vida. Mais tarde, a menina foi submetida pela madrasta a uma série de provas, tendo de viver um período de tempo na floresta em companhia de uma bruxa, a Baba Yaga. Nesse tempo Vasalisa aprendeu a confiar na boneca, a qual a auxiliou nos momentos de dúvidas e dificuldades (ESTES, 1994). Assim, a boneca foi apresentada como um meio para facilitar as falas, ou as não falas, permitindo confiança e entrega à

proposta da oficina de bonecas de pano, de modo que cada mulher construísse a sua representação de boneca de pano. A **vivência artística** compreendeu a construção da boneca propriamente dita na qual, pela exploração de materiais e técnicas, foi expressa em linguagem não verbal as impressões acerca da proposta e do conteúdo ao qual foram sensibilizadas. Ou seja, a partir da história lida, as mulheres encontrariam a sua representação para construir a própria boneca. Os materiais (Imagem - 4) usados foram tecidos, agulhas e objetos diversos como botões, linhas, lã, fitas de cetim, cola de tecido, canetinhas hidrocor, entre outros. Destaca-se que, enquanto as mulheres criavam suas bonecas, foram lançadas, como em uma conversa entre amigas, as questões previstas para cada encontro e que fizeram parte de um roteiro. Roteiro (APÊNDICE D) este com os temas e as questões orientadoras das discussões, bem como houve a presença de uma auxiliar de pesquisa que fez as anotações iniciais acerca das falas das participantes.

Criar a boneca de pano (Imagem - 5) possibilitou conhecer a si mesma e ouvir o outro, conhecer a vivência de cada mulher, que embora possa ter similaridades, são distintas e tem práticas de cuidado diferentes, bem como saberes e experiências. As mulheres, em qualquer momento, podiam dar um nome à boneca, para possibilitar um “apego e apropriação”. Os nomes dados foram “Maria Torta”, “Betina”, “Marcelina”, “Margarida”, “Tristeza”, “Primavera”, “Maria Palito”, e uma não deu nome. Os nomes dados faziam referência a alguma característica da boneca, nome de algum parente ou nome de flor. No final de cada encontro, as bonecas eram recolhidas e devolvidas no próximo, de modo que, ao final do último encontro, as mulheres levaram para casa suas bonecas.

Imagem 4 - materiais utilizados na oficina



Fonte: (BISOGNIN, 2015)

Imagem 5 - Bonecas construídas pelas participantes na oficina



Fonte: (BISOGNIN, 2015)

Outra etapa da oficina consistiu na expressão verbal acerca do vivenciado. Nessa etapa deu-se o momento de troca grupal acerca do vivenciado e da expressão plástica. Cada mulher verbalizou sua experiência e ouviu as impressões das outras sobre como foi criar a boneca, se estavam com dificuldades, se estavam gostando ou não. Reitera-se que as questões sobre a temática foram discutidas durante a vivência artística, e, nos momentos que se encaminhavam para o final dos encontros, a expressão verbal consistiu em questionar como estava sendo construir a boneca de pano, a fim de perceber ou ouvir sugestões. Ao final de cada encontro as mulheres eram convidadas para um lanche de **confraternização**. Esse lanche foi pensado tanto para as participantes que não tinham alguma restrição alimentar quanto para as diabéticas ou hipertensas.

Para organizar a produção dos dados foi lançada mão da **entrevista grupal** (APÊNDICE E). Para Amezcua (2003), a principal característica da entrevista em grupo é a de captar e interpretar vivências coletivas. Ao tomar os relatos como fonte de investigação foi necessário extrair aquilo que é subjetivo e pessoal, que permitiu também pensar a dimensão coletiva em que as relações se estabeleceram e as participantes interagiram, em torno do tema em questão, em um determinado tempo e lugar. Marconi e Lakatos (2010) recomendam registrar as falas com um gravador. A gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar atenção nos participantes

(MARTINS; BÓGUS, 2004). Desse modo foi utilizado gravador de voz e o celular, de onde as gravações foram transcritas para posterior análise.

Duarte (2004) salienta que as entrevistas podem e devem ser editadas, exceto quando se pretende fazer análise de discurso e salienta que frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem, cacoetes, erros gramaticais etc. devem ser corrigidos na transcrição editada. É importante, porém, manter uma versão original e uma versão editada de todas as transcrições. Também foi lançado mão do diário de campo, em forma de um caderno ou bloco de notas, onde foram anotadas as observações a respeito da interação entre as participantes, a linguagem não verbal apresentada e sobre alguns momentos durante a captação das participantes, a fim de melhor compreender o local onde estavam inseridas e sua relação com o contexto da ESF. Além disso, foram anotadas as impressões do pesquisador, os possíveis comportamentos contraditórios com as falas ou qualquer outra manifestação não verbal (MINAYO, 2013). Reitera-se que a auxiliar de pesquisa ajudou nas anotações das falas das participantes, para facilitar a posterior transcrição e também no preparo do ambiente e dos gravadores.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados do estudo foram analisados através da proposta operativa de Minayo (2013), a qual leva em consideração o contexto e aquilo que deriva da experiência comum, do cotidiano. Essa proposta é dividida em dois momentos operacionais: exploratório e interpretativo.

A fase exploratória incluiu o contexto sócio-histórico do grupo a ser estudado. Nesse momento se deu a busca de compreensão da história do grupo, seu ambiente, as condições socioeconômicas, a participação e inserção na sociedade, entre outros. Foi preciso atentar que uma postura compreensiva procura, na visão de Minayo (2013), entender os fenômenos sociais como resultados e efeitos da atividade criadora. Assim, segundo a autora, toma-se como centro de análise a prática social e a ação humana. Na pesquisa, essa fase teve seu início ao tomar conhecimento da ESF como possível cenário de pesquisa, durante a construção do projeto e com a participação de atividades na comunidade e na ESF. Após esse momento, com a aprovação do projeto pelo CEP da UFSM, essa fase teve seu aprofundamento durante a captação das participantes. A entrevista semiestruturada individual possibilitou uma primeira compreensão sobre o contexto socioeconômico e de saúde das mulheres participantes, bem

como no decorrer dos encontros na oficina, já que todas as fases de análise estavam interligadas.

A fase interpretativa constituiu-se de duas etapas: a ordenação dos dados se deu por meio da transcrição do material obtido através da coleta dos dados, leituras do material e organização dos relatos, os quais determinaram o início da classificação dos resultados obtidos; a classificação dos dados correspondeu à segunda etapa, em que se realizou a leitura horizontal e exaustiva dos achados, e através de leituras flutuantes foi possível apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais dos depoimentos; a leitura transversal foi o momento de estabelecer relações entre os dados, construindo as categorias ou unidades de sentido.

A análise final compreendeu a fase na qual os dados obtidos foram confrontados com os referenciais teóricos acerca do tema. E o relatório será apresentado na próxima seção, sob a forma de unidades de sentido e em “bloco”, ou seja, como os diálogos, estimulados pelas perguntas orientadoras que ocorreram durante os encontros das oficinas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e na Plataforma Brasil. As produções dos dados tiveram seu início somente após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob CAAE 39318614.0.0000.5346. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária e foram informadas quanto aos cuidados éticos que envolveram a pesquisa como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros. No que se refere ao anonimato, às participantes escolheram um codinome ou pseudônimo para assim preservar o seu anonimato. Foi informado que os encontros seriam gravados para posterior transcrição dos depoimentos e que somente a mestrande e a pesquisadora teriam acesso aos mesmos. Foi informado que os dados produzidos nos encontros seriam divulgados e publicados anonimamente em eventos e periódicos científicos.

As participantes receberam informações quanto aos objetivos do estudo e quanto à sua participação voluntária. Foi ressaltado que a participação delas poderia resultar em riscos à dimensão moral, social, cultural ou espiritual, ou seja, despertar sentimentos durante a entrevista individual ou nos encontros, pois algumas discussões poderiam refletir sobre o

cotidiano e os episódios vivenciados pelas participantes. Não houve durante a pesquisa nenhum desconforto, mas caso tivesse ocorrido, a mestrandia iria conversar a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e o encontro poderia ser suspenso e remarcado para uma nova data se a participante assim desejasse.

Quanto à autonomia, as participantes tiveram a liberdade para retirarem-se do estudo sem qualquer punição ou constrangimento. Além disso, a participação no estudo não envolveu nenhum benefício financeiro às participantes, tampouco despesas para as mesmas. A esse fato, para as participantes do estudo que precisaram de passagens para o deslocamento até o local dos encontros, essas foram fornecidas no valor integral de ida e volta. Como benefícios indiretos às participantes, deu-se a produção de conhecimentos referentes ao cuidado da saúde das mulheres que vivenciam o climatério.

Foi fornecido às participantes o TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (APÊNDICE C), o qual foi assinado pelas mesmas e também pela mestrandia e pesquisadora responsável. Esse documento foi desenvolvido em duas vias, das quais uma ficou em posse da participante e a outra da pesquisadora responsável.

Em relação ao respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros, a mestrandia e a orientadora assumiram o compromisso ético pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE F), que foi assinado por elas. E, assim, os arquivos com os dados transcritos dos encontros serão mantidos por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala 1339, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26, na Universidade Federal de Santa Maria, Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima nº 1000 - CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, para possíveis publicações científicas e, após esse período, os dados serão destruídos.

Salienta-se que o compromisso ético deste estudo é o retorno da pesquisa às participantes e aos profissionais da ESF cenário do estudo, que será por meio da confecção de pôsteres e/ou banner, encontro pós-pesquisa com as participantes, com os responsáveis pela Atenção Básica de Saúde e demais interessados da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves (SMS-BG). Haverá também a exposição de resumo deste trabalho por meio da

mostra científica que ocorre na SMS-BG, além da entrega de uma cópia do relatório final, tanto à ESF envolvida, quanto à Secretaria Municipal de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo traz os resultados e as discussões do estudo, cujos dados foram analisados por meio da proposta operativa de Minayo (2013). Em um primeiro momento serão apresentadas as participantes deste estudo, seu contexto sociodemográfico e de saúde, bem como algumas impressões breves acerca do encontro na oficina, no item **Encontro de mulheres no climatério: aspectos e impressões**. Após seguem-se os núcleos temáticos: **Alinhando a costura: saberes sobre o climatério; Costuras entre o aprendido, o dito e o velado: saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério e Cuidados necessários no climatério: tramas entre afetos e religiosidade**.

4.1 ENCONTRO DE MULHERES NO CLIMATÉRIO: ASPECTOS E IMPRESSÕES

Um grupo de mulheres no climatério também poderia ser o título deste escrito que abordará o perfil socioeconômico e de saúde dessas mulheres, bem como algumas impressões anotadas no diário de campo. No entanto, pode-se dizer que se tratou de um encontro quase que de amigas, já que a maioria delas se conheciam ou tinham laços de amizade. Todas ficaram bem à vontade umas com as outras, e não sentiram-se envergonhadas com a auxiliar de pesquisa, cuja presença foi imprescindível para o êxito das oficinas, desde a ajuda com a organização da sala, nas anotações das falas, e a presença discreta e ao mesmo tempo atuante durante os encontros.

O tema da pesquisa não causou tanta estranheza quanto à construção da boneca de pano. Pode-se dizer que foi uma estranheza passageira, até visualizarem os modelos de bonecas de pano e perceberem que esse processo seria possível. As mulheres foram convidadas a escolherem um codinome para usar no crachá durante os encontros. Algumas deram nomes de flores, personagens de novela, dentre outras referências. Foram elas: Maria Marta, Clara, Jasmim, Nani, Nena, Cristal, Milena e Cristina. As participantes de fato incorporaram esses nomes e quando se referiam umas as outras, os mencionavam. As bonecas também receberam o nome de flores, de sentimentos ou de algum familiar. Salienta-se que das oito participantes, seis vieram em todos os três encontros, uma veio no primeiro encontro e em função de um novo trabalho não pôde mais comparecer, e outra veio no segundo encontro, e no terceiro recebeu parentes de muito longe e não pôde se fazer presente. Essas ausências não comprometeram a profundidade das discussões, inclusive as participantes que

vieram em um único dia, ou dois encontros, contribuíram de forma efetiva para a compreensão do objeto de estudo. As mulheres ajudavam-se na construção da boneca, davam sugestões umas para as outras para superarem alguma dificuldade. Milena e Maria Marta por vezes se mostraram em tal estado de concentração que foi preciso convidá-las para darem sua opinião sobre as questões, já Nena era a mais falante, e em nenhum momento foi preciso estimulá-la a falar, pois prontamente dava a sua opinião. No entanto, foi necessário, delicadamente, convidar outras mulheres a se expressarem também quando Nena seguidamente tomava a palavra.

A oficina foi um lugar de encontro, de partilha de saberes, de negociação de entradas e saídas, de horários. Nessa direção a confraternização do final de cada encontro foi preparada com cuidado, atentando também para as que tinham restrição ao açúcar e ao excesso de sal. Foram preparados sucos, água, água aromatizada, barra de cereais diet, barra de doce de banana diet, salgados, torradinhas com patê de atum, etc. Esse foi um momento em que as mulheres puderam encontrar amigas ou criar novas amizades e combinar troca de muda de flores. A maioria das mulheres vinham da área rural, algumas de carona, outras de ônibus. Duas delas ficavam cerca de uma hora esperando a oficina começar em função do ônibus que chegava cedo. Porém, tudo foi acordado entre todas.

Com relação ao perfil socioeconômico das mulheres, a média de idade era em torno dos 51 anos, sendo que a mais jovem tinha 45 e a mais velha 62. Das oito mulheres seis tinham o ensino fundamental completo, uma o ensino médio completo e outra com ensino superior incompleto. Quatro delas eram casadas, duas viúvas, uma em relacionamento estável e uma divorciada. A religião predominante foi a católica, com sete, e uma evangélica. Esse fato demonstra que a religião católica mostra-se de forma predominante na Serra Gaúcha, tendo em vista sua colonização que se deu basicamente por descendentes de imigrantes italianos, os quais têm a religiosidade inserida no cotidiano de forma muito presente. Quanto à ocupação/profissão, uma tinha trabalho eventual remunerado, uma com auxílio previdenciário, uma era pensionista, duas do lar e três exerciam trabalho fixo remunerado. Das oito mulheres, três residiam com o companheiro e filho(a)(s), duas apenas com o companheiro, uma com filho(a)(s), uma morava sozinha e a outra com filho(a)(s) e neto(a)(s). As participantes não mencionaram experiência negativa acerca da “síndrome do ninho vazio” (SNV), visto que ainda tinham a presença do(a)s(as) filhos(as) e outras pessoas para a convivência. Na pesquisa de Sartori e Zimmermann (2009), é salientado que as mulheres que passam pela SNV tendem a ter mais problemas físicos, emocionais e financeiros, fatores esses

que contribuem para a reduzida vida social, já que a solidão pode ser atenuada pela presença de filhos, netos ou amigos.

Quanto ao número de filhos das participantes, a média era de três filhos por mulher. A respeito do rendimento domiciliar médio era de R\$2.173,75 reais ou por volta de três salários mínimos, que se mostra acima do valor referido ao estado do Rio Grande do Sul, que foi de R\$1.318,00, o segundo estado brasileiro com maior renda domiciliar (IBGE, 2014).

A respeito das questões de saúde vinculadas ao climatério, cinco mulheres tinham a menstruação irregular, duas estavam na menopausa e uma tinha a menstruação regular, embora referisse algumas queixas como fogachos. As mulheres que tinham a menstruação irregular indiciavam queixas devido ao fato de ser algo inesperado, dificilmente sabiam quando iriam menstruar, além de abundantes perdas menstruais, o que provocava desconforto para elas. A participante que tem menstruação regular engravidou no climatério. Revelou que acreditava que teria sua fertilidade afetada pela idade em que se encontrava, depois dos 40 anos. A respeito da idade da última menstruação, para as que estavam na menopausa, ocorreu em média aos 52 anos. De acordo com Fonseca et al. (2010), a média nacional da ocorrência da menopausa compreende os 48 anos de idade, e a média em países desenvolvidos em torno dos 51 anos, próxima à média das participantes deste estudo. Acrescenta-se que autores destacam que não há relação entre a menarca e a idade da menopausa, e não há relação entre a idade familiar da menopausa ou o uso de anticoncepcionais orais (ROCHA; ROCHA, 2010). As principais queixas secundárias relatadas pelas mulheres foram a irritabilidade; o ressecamento vaginal, que contribui para a dispareunia; a cefaleia; a sudorese excessiva; a mastalgia e, embora algumas não referissem queixas durante a entrevista, durante o grupo relataram a presença dos fogachos, destacados pela maioria das mulheres, sete delas.

Quanto à realização do exame preventivo de câncer de colo de útero, cinco mulheres haviam realizado o preventivo há cerca de um ano, duas há mais de dois anos, uma há cerca de seis meses, sendo que apenas uma mulher apresentou alguma alteração, uma infecção vaginal que foi tratada, segundo relato da participante. As mulheres deste estudo estão realizando o controle de câncer cérvico-uterino conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde que indica que, após dois exames anuais sem alterações, o mesmo deve ser repetido a cada três anos, pois se percebeu que a maioria das mulheres o faz anualmente. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014), o risco para o desenvolvimento de câncer de colo de útero começa a partir de 30 anos, aumentando rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Esse câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012,

sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento, como o Brasil. Logo, deve-se lançar uma atenção especial acerca desse exame, assim como o exame das mamas no climatério.

Em relação ao câncer de mama, esse é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Embora as mulheres não tenham sido questionadas na entrevista sobre o exame de mamografia ou autoexame das mamas, durante os encontros elas referiram ‘cuidar das mamas’, por meio de exames de rotina. Para o INCA (2014), a idade é um dos mais importantes fatores de risco, já que as taxas de incidência aumentam significativamente até os 50 anos, e cerca de quatro, em cada cinco casos, ocorrem após os 50 anos. Com relação às doenças sexualmente transmissíveis, nenhum caso foi relatado pelas participantes.

Sobre os problemas de saúde relatados e o uso de medicações, os principais tratamentos que as mulheres faziam eram voltados para o controle da diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias como o colesterol e triglicerídeos alterados, tendinite, reumatismo, problemas cardíacos e a depressão. Cabe ressaltar que quatro (50%) participantes têm dois ou mais problemas de saúde.

De acordo com relatos das participantes, e em consonância com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde ‘Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica’(2014), pôde-se evidenciar que algumas mulheres apresentam uma condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou de médio risco, como a DM e HAS dentro da meta estabelecida, sem complicações. Por outro lado, outras possuem fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular, como o tabagismo, excesso de peso e o sedentarismo. De acordo com o Ministério da Saúde, a constatação de baixo risco recomenda ações de apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, e para os indivíduos que necessitam rever seus hábitos de vida, a principal ação de saúde está relacionada às atividades de educação em Saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco (BRASIL, 2014).

Entre outros problemas de saúde destacados, a depressão também se sobressaiu entre os mais citados pelas participantes. Três mulheres realizam tratamento para a depressão e quatro já trataram. Dentre os transtornos do humor, a depressão constitui um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle de seus humores e afetos, além de ser uma experiência de grande sofrimento (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013). No estudo desses autores, o maior número de casos de depressão foi o de mulheres,

especialmente aquelas em fase de climatério. Colaboram Souza et al. (2012) ao reiterar que as condições relacionadas ao sexo têm implicações no surgimento da doença, pois as mulheres têm maior possibilidade de desenvolver uma depressão do que os homens, tanto em função de causas hormonais quanto culturais.

Entre os procedimentos cirúrgicos realizados coube destaque para as cesáreas e apendicectomias, seguido de colecistectomia, perineoplastia, havendo duas (25%) participantes com nenhum histórico cirúrgico. Quanto ao número de partos foram 21 partos e quatro cesáreas. Quanto às medicações utilizadas pelas mulheres, foram descritos pelo nome do princípio ativo como: metformina, sinvastatina, ácido acetilsalicílico, omeprazol, hidroclotiazida, gliclazida, ibuprofeno, enalapril, propranolol, topiramato, captopril, sulfato de hidroxicloroquina, bromidrato de citalopram e anticoncepcional oral. Ressalta-se que nenhum medicamento para reposição hormonal foi citado, além disso, a metade das participantes faz uso de três ou mais medicações.

Das mulheres que referiram praticar alguma atividade física, quatro realizam alguma prática física como caminhadas ao ar livre, caminhada na esteira, bicicleta ergométrica, as demais não fizeram menção a esse tipo de prática. A respeito das atividades/grupos na Estratégia de Saúde da Família, apenas uma refere participar do grupo para diabéticos, três já participaram em outros momentos e quatro nunca participaram. Quando questionadas a respeito das atividades de lazer, de distração, sete referiram realizar atividades como fazer passeio com os filhos, tomar chimarrão na vizinha, ou com amiga, fazer artesanato como crochê, tricô, pescar, trabalhar na horta e cuidar do jardim.

A seguir serão apresentadas as algumas compreensões sobre a fase que vivem, de modo que essas primeiras discussões conduzem ao compartilhamento dos saberes e cuidados acerca do climatério, iniciados pelas participantes.

4.2 ALINHANDO A COSTURA: SABERES SOBRE O CLIMATÉRIO

Neste núcleo temático serão apresentadas algumas concepções e repercussões do climatério/menopausa, já que estas aproximações repercutem nos cuidados que realizam ou são orientadas a realizar. Deste núcleo emergiram alguns temas: **‘Às vezes os óvulos vêm’**: **Saberes acerca do climatério/menopausa e ‘Eu não sou mais a mesma’**: **significados de ser mulher na menopausa.**

4.2.1 ‘Às vezes os óvulos vêm’: saberes acerca do climatério/menopausa

O que as mulheres sabem sobre climatério ou menopausa ou com quem aprenderam sobre essa fase foi a conversa inicial com as mulheres na oficina. Enquanto a boneca de pano tomava forma, os significados e as concepções das mulheres sobre essa fase da vida ganhavam corpo e voz. Ao primeiro momento, ao escutarem a palavra climatério, o silêncio se fez. Quando a palavra menopausa acompanhou o climatério, as primeiras frases surgiram, tendo em vista que as mulheres não estão habituadas com tal palavra. Nesse sentido, algumas mulheres compreendem a menopausa com o mesmo sentido que climatério ou a relacionam à mudança hormonal (GERMANO; VALENÇA, 2010).

Assim, sobre o que sabem sobre o período, algumas falas revelam, de certa forma, a fisiologia desse evento, a partir de um saber construído no que o médico diz sobre a climatério/menopausa, como referem:

É quando a mulher para de menstruar e não ovula mais (Nena-63).

Não é mais fértil, graças a Deus [risos]! Que não tem mais perigo de engravidar! (Cristal-49)

Não! Se para a menstruação às vezes tu fica grávida, às vezes os óvulos vêm. Assim que o médico falou. (Nena-63)

Toda vez que vou ao médico ele nunca fala em menopausa, então eu também não falo. (Cristina-46)

É percebido no depoimento de Nena a explicação biológica atribuída à menopausa, decorrente de conversa que teve com o médico e que mesmo em um período que produz alterações na fertilidade, há a possibilidade de ocorrer a gestação. Essas manifestações pedem reflexão. Embora socialmente a menopausa seja carregada de uma valoração negativa, visto que, numa ótica simplista e binária, ela se opõe à reprodução que tem, em nosso meio, um valor social positivo, o diálogo mantido pelas participantes deste estudo, durante a confecção da boneca, quando foram instigadas a pensar sobre o climatério, é revelador de certo alívio quando de sua chegada e, inclusive, parece ser esperado por algumas, como visto na fala. A menopausa e a reprodução recebe olhares opostos, pois certos valores sociais negativizam as experiências como a da menopausa, especialmente no que diz respeito à possibilidade de gerar, embora para algumas mulheres esse fato é um momento esperado e que gera alívio. Nessa direção, a mulher que vivencia a menopausa se torna desvalorizada diante da sociedade

capitalista, em função de não poder “gestar” as gerações de futuros trabalhadores (MARTIN, 2006).

Por outro lado, há destaque que, mesmo diante da possível infertilidade, existe a possibilidade da gravidez. Ao destacarem que há esta possibilidade, a associação binária e simples de que a fertilidade é socialmente positiva se desfaz. Talvez, esse alívio, revelado no diálogo, se origine pelo fato de que, com a possibilidade da não gravidez, representada pela menopausa, as mulheres se sintam liberadas de imperativos sociais vinculados ao exercício da maternidade, os quais, para muitas, têm o peso de um fardo, diferentemente das representações românticas, cuja função oculta é de subjugar a mulher e que tem ancoragem nas questões de poder e gênero. Nessa perspectiva, a identidade feminina foi historicamente firmada a partir de uma verdade biológica, baseando-se no argumento do corpo para definir o que é ser mulher a partir do outro, o homem, e dessa forma a mulher coube então, exercer a função social vinculada à maternidade (PATIAS; BUAES, 2012). Além disso, ainda é comum o reforço sob o aspecto reprodutivo, entre outras questões, a uma fase que transita dos anos reprodutivos aos não reprodutivos, fato esse que ocorre na meia-idade da mulher (GERMANO; VALENÇA, 2010).

Possivelmente por ser um período sem grandes modificações visíveis ou nem sempre relatadas, se comparada ao período gravídico puerperal, em virtude disso o climatério/menopausa pode ser invisibilizado, ou silenciado tanto por parte das mulheres como dos profissionais de saúde. Esse fato não significa que as mulheres não necessitem de informações e orientações que contribuam para as práticas de saúde que realizam, de modo que se sintam seguras e amparadas, uma vez que várias queixas podem se fazer presentes em diferentes níveis de desconforto. Nessa direção, o silêncio sobre o climatério, o desconhecimento ou a falta de compreensão sobre esta questão e, até mesmo a lacuna na assistência à saúde da mulher nesta fase acarretam grande desafios na atenção dispensada a estas mulheres (ZAMPIERI et al., 2009). Aliado a isso, o processo comunicacional, enquanto competência comunicativa, diz respeito à possibilidade de produzir entendimento através dos diálogos cotidianos que ocorrem nas relações face a face, sendo que esta competência é estratégica para a produção do cuidado em saúde e, também, para a gestão, comprometidos com a humanização (DESLANDES; MITRE, 2009).

Ao resgatar alguns fatos sobre essa fase da vida, na Inglaterra do século XIX, tem-se a concepção popular das mulheres que viam a menopausa como a ausência de preocupações relativas à contracepção, à debilidade provocada pelo parto e à “maldição” da menstruação

(SEPARAVICH; CANESQUI, 2012). Alguns saberes e algumas crenças não são observadas somente em um determinado período histórico ou sociedade, mas são reproduzidos e adquirem novos olhares ao integrarem outros contextos sociais e outras épocas. Nos anos 1960, por exemplo, disseminou-se o entendimento de que a menopausa era um período patológico na vida feminino, sendo enfocada pela medicina, por meio dos estudos do médico ginecologista americano, Robert Wilson, que a definiu como doença da deficiência hormonal, prescrevendo a reposição sistemática de estrogênio para atenuar as queixas e manter a juventude do corpo da mulher na meia-idade (TRENCH; ROSA, 2008; TRENCH; SANTOS, 2005; SEPARAVICH; CANESQUI, 2012). Podem-se notar várias concepções sobre essa fase, muitas delas com vistas de doença, perdas e limitações. Muitas questões relacionadas à prática da medicina e corpos femininos em que as mudanças da própria sociedade se inscrevem nas ações e corpos dos indivíduos (MARTIN, 2006). Em entrevista com Esther Jean Langdon, esta afirma que é visível, portanto, que a perspectiva antropológica torna-se uma ameaça à perspectiva hegemônica da biomedicina que carrega a visão de ser a única e verdadeira ciência dos processos de saúde e doença (BECKER et al. 2009).

Assim, climatério ou menopausa, como as mulheres deste estudo referem, pode ser compreendido ou percebido como uma experiência sociocultural e a esta experiência estão entrelaçados os fenômenos fisiológicos que podem ser notados por meio das queixas e das mudanças que ocorrem, em um primeiro momento, nos seus corpos. Nessa direção, autores salientam que esse período da vida não deve ser considerado patológico, mesmo que ocorram manifestações clínicas em função, dentre outros fatores, da diminuição progressiva de hormônios (GERMANO; FIALHO; VALENÇA, 2010). Além disso, embora seja um período marcado, por influências da depleção hormonal, a mulher deve ser incentivada a lançar novos olhares para o próprio corpo e vida, no sentido da experiência adquirida, das vivências construídas e do que ainda há para ser realizado (BISOGNIN et al., 2015).

Os achados do estudo revelam também que as mulheres em climatério, participantes desta investigação, se deparam com mudanças em dimensões múltiplas que se revestem de um caráter ambíguo, pois, se por um lado, são geradoras de sofrimento, por um lado podem representar conquistas e alegrias. Por isso, em muitas situações na vivência do climatério, em especial pelas questões culturais que atravessam essa etapa do ciclo de vida da mulher, o sofrimento sobrepuja os aspectos positivos, tomando forma de queixas intensas, inclusive somáticas, que podem implicar na qualidade de vida dessas mulheres. Essa percepção dá

corpo ao segundo tema que compõe este núcleo temático do estudo: ‘Eu não sou mais a mesma’: significados de ser mulher na menopausa.

4.2.2 ‘Eu não sou mais a mesma’: significados de ser mulher na menopausa

À medida que se avança na transição demográfica, observada no Brasil, vive-se um fenômeno novo: a expectativa de envelhecer e envelhecer com qualidade de vida. Vinculado a isso tem-se que 8,56% % da população brasileira é idosa (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010). Historicamente sabe-se que há mais de cem anos o ápice da esperança média de vida feminina coincidia com a menopausa, e esta associação -menopausa/morte- possivelmente tenha demarcado um período de negativismo longo do tempo. Diante desse fato, atualmente boa parte das mulheres vivenciam o climatério/menopausa concomitante ao processo natural de envelhecimento, o qual precisa ser entendido, não com vistas de doença, perdas, mas como um processo que engloba diversas questões, entre elas, as psicossociais, biológicas e culturais.

Ainda na perspectiva feminista, a menopausa é atribuída como um processo natural, mesmo que ocorram mudanças na vida da mulher, mudanças estas que não têm de ser negativas ou derivadas unicamente da transição hormonal. Assim os relatos trazem algumas mudanças percebidas nessa fase:

E eu, para lembrar! A minha memória não ajuda. Eu posso estar falando hoje aqui, e amanhã de repente esqueço. A minha memória ficou meio fraca! (Nani-48)

Dor nas pernas, de noite tem que trocar as pernas, colocar onde que está frio! (Nena-63)

Então eu estou nessa fase, porque me esquento de noite e tem que tirar fora as cobertas. Antes não suava nada. Agora suava bastante! (Maria Marta-48)

As forças da gente. (Nena-63)

Eu achei que mudei bastante. Os nervos, nervosa [...] depois que eu entrei na menopausa não tenho mais aquela paciência. Eu não sou mais a mesma; eu mudei um monte! (Jasmim-60)

As queixas mais frequentes e que provocam desconforto à maioria das mulheres são os fogachos que, conforme a intensidade e frequência, podem implicar no sono e nas atividades do cotidiano. No entanto, ao que parece os fogachos, ou os ‘calorões’ como algumas mulheres referem, são as manifestações mais comuns entre aquelas que se encontram no climatério,

principalmente na perimenopausa e pós-menopausa (BRASIL, 2008b). Contudo, mais que uma manifestação fisiológica, referir ‘calorões’ é culturalmente associado à menopausa. Algumas manifestações são percebidas de forma diferente para cada mulher e, mesmo que o climatério seja um evento fisiológico, há mulheres que relatam manifestações que variam em diversidade e intensidade (LEITE et al., 2013).

Já no âmbito cognitivo-comportamental, podem ser visualizadas as mudanças comportamentais, como emocionais e dificuldades na memória. Nesse sentido, destaca que, para além das inquestionáveis alterações fisiológicas – o fim das menstruações e da fertilidade – esse momento coincide com uma séria de eventos socioculturais na vida da mulher, como aposentadoria, saída dos filhos de casa, problemas de saúde, os quais também podem ser responsáveis por algumas das queixas relacionados com a menopausa, a exemplo da irritabilidade (falta de paciência) que uma participante apontou. Portanto, nem sempre é possível identificar o que é referente ao climatério sem levar em consideração os sinais que o organismo apresenta frente à vivência singular de cada mulher, da sua história de vida. Da mesma forma, é necessário considerar aspectos socioeconômicos e culturais no climatério e do envelhecimento (SILVA et al., 2015).

Algumas mulheres referem diversas queixas/alterações que devem ser levadas em consideração sempre tomando conhecimento do seu contexto social, econômico, afetivo, caso contrário, apenas se estará reforçando o modelo biomédico ao ouvir o sintoma, solicitar exames e prescrever o tratamento. É necessário compreender os mecanismos que podem estar envolvidos nas queixas das mulheres, além dos fatores referentes ao contexto de vida, ao climatério e ao envelhecimento. Nessa direção, é importante conhecer as queixas clínicas, mas torna-se fundamental que o enfermeiro e demais profissionais, juntamente com a mulher, encontrem a melhor forma de conviver ou tratar as queixas. Por isso, deve-se aliar os saberes científicos a uma forma de cuidar compartilhadamente, em que o sujeito do cuidado seja o ator principal das decisões tomadas no processo de cuidado, que permita que essa mulher saiba o que acontece com o seu corpo, tenha acesso aos recursos de cuidado e, como isso, tenha “capital” para protagonizar e ter agência da própria vida. Nessa perspectiva sabe-se que modelo biomédico, apesar de possuir ainda muitos adeptos, atua lado a lado com um sistema cultural de saúde que inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina (LANGDON; WIIK, 2010). Relata Langdon, em entrevista, que ao relativizar os sistemas médicos precisam sejam privilegiados as diversas possibilidades de fazer saúde e, sem descartar os processos

biológicos, o contexto sociocultural tem uma influência predominante na transmissão e nas manifestações da doença. (Becker et al., 2009)

As participantes do estudo, em suas concepções sobre o climatério, consideram que as alterações menstruais próprias dessa etapa vital, sobretudo a irregularidade dos ciclos, torna “tudo uma bagunça”, o que reforça a concepção de que “não são mais as mesmas”. Tal representação, para além da vivência dessa irregularidade no próprio corpo, ao se referem como “bagunça”, pode ter reforço no fato de que por séculos o climatério esteve associado a perturbações emocionais e físicas, inclusive com o aval da ciência hegemônica do sistema profissional de saúde desse último século no mundo ocidental (TRENCH; ROSA, 2008; TRENCH; SANTOS, 2005; SEPARAVICH; CANESQUI, 2012).

Essa concepção a pode advir também, dentre outros determinantes, das interpretações, estereótipos e crenças ligadas à função menstrual, que apesar de, por vezes, constituir-se no imaginário social como algo vergonhoso, sempre foi, em nosso meio, o símbolo de feminilidade e fertilidade (SERRÃO, 2008). Portanto, a irregularidade dos ciclos as transforma, pelo menos temporariamente, “em uma outra mulher”, não mais tão previsível e com um corpo nem tão facilmente controlável como em tempos de menacme, o que pode, em nossa opinião, ser um fator ansiogênico, contribuindo para um certo estranhamento e determinado, de certa forma, a “falta de paciência” já discutida nesta seção do estudo.

Para além das construções culturais, cabe destacar que, especificamente a perimenopausa, que precede a menopausa, é comumente caracterizada pela irregularidade dos ciclos ou por alterações na sua duração, pois aí alterações hormonais se intensificam, ocasionando um encurtamento ou alongamento dos ciclos (BRASIL 2008b; SERRÃO, 2008). Nas falas das participantes podem ser observadas algumas questões acerca da irregularidade menstrual:

Eu menstruo a cada três semanas, às vezes a cada 15 dias. Mas vem todo mês, e vem que é um derramamento! (Cristal-49)

A mãe me explicou, eu digo mãe, porque eu não sei, diz ela assim: tem aquelas que menstruam até três vezes num mês, uma vez por semana, um pouquinho, e diz ela que tem as que ficam paradas um mês, dois, não menstruam nada e no terceiro mês vem um monte e depois, já o outro mês não vem. É tudo uma bagunça, diz ela. (Cristina-46)

Eu fiquei seis meses sem e depois veio, e agora faz quase um ano que não vem mais, daqui uns dias capaz de vir! (Milena-50)

Ao mesmo tempo em que as mulheres vivenciam essa irregularidade, que pode colocá-las sob tensão por não saber quando a menstruação virá ou não, elas são ensinadas pelas mulheres de seu grupo social, em geral mulheres mais velhas com quem têm intimidade e que cumprem o papel cultural de instruir as demais, a conhecer o próprio corpo. Corrobora um estudo ao evidenciar que o ciclo menstrual longo foi o mais frequente entre mulheres no climatério e em boa parte delas, com sangramento excessivo (BARCELOS; ZANINI; SANTOS, 2013).

Os dados permitem perceber que as transformações sofridas pela mulher no climatério, na grande maioria das vezes, não têm um determinante isolado, estando geralmente atreladas a questões subjetivas muito particulares e que dizem respeito a própria história de vida da mulher. Nessa lógica, as mulheres podem vivenciar situações que afetam o cotidiano e a sua vida conjugal, e que podem associar-se ao medo da perda da juventude, a modificação na beleza, à insegurança em relação ao futuro e ao medo da solidão, e, por sua vez, podem também refletir na sexualidade (ROCHA et al., 2014; MORI; COELHO, 2004).

Assim, parece correto afirmar que a manifestação da sexualidade das mulheres que vivem o climatério pode estar prejudicada por diversos motivos: por questões hormonais, de relacionamento conjugal ou em função de suas crenças e de valores a respeito do seu próprio corpo e a forma de se relacionar com o corpo do outro. Cabe destacar que, no contexto deste estudo, não se reduz sexualidade a sexo, embora ele o constitua. A sexualidade é, portanto, constituinte do cotidiano sociocultural dos indivíduos, descortinando-se por meio de gestos, posturas, pelo modo de olhar, quando se manifesta verbalmente, enfim, no modo como cada pessoa se expressa (RESSEL; GUALDA, 2004; SEHNEM et al., 2014). Entretanto, parece-nos importante salientar que as participantes deste estudo referiram algumas situações relacionadas à vivência da sexualidade, no campo sexual, da genitalidade propriamente dita, o que reforça a concepção de que no climatério/na menopausa.

A única coisa é que não se transa mais muita coisa! Fica tudo seco! (Jasmim-60)

Ah, muda o relacionamento do casal né, não fica mais aquela coisa, o desejo...[risos no grupo]. (Nani-48)

Eu acho que a mulher que tem desejo sexual é que nem um fogão a lenha, se ninguém te mexe, não dá vontade de nada, alguém te faz um carinho, te passa uma mão, aí o fogão vai esquentando e o fogo vai pegando! (Nena-63)

O marido diz que é a cabeça, mas não funciona mais mesmo! (Jasmim-60)

E depois que eu fiz aquela ligadura pra não ter mais filhos, piorou ainda mais a situação! (Milena-50)

Eu era fogueteira quando era nova, depois da menopausa a gente apaga. (Jasmim-60)

As mulheres reconhecem tais mudanças e algumas enfrentam isso com naturalidade, outras com mais dificuldade. O ressecamento vaginal foi relatado e sendo apresentado como um dos fatores que estão relacionados com a vivência da sexualidade e satisfação sexual, ou seja, a dispareunia em função do ressecamento vaginal pode repercutir negativamente sobre a libido. Sabe-se que os estrógenos são responsáveis por manter a turgidez da mucosa vaginal e os androgênios responsáveis pela ativação do desejo, excitação, orgasmo e pela sensação de bem-estar (MONTERROSA-CASTROL; MÁRQUEZ-VEJA; ARTETA-ACOSTA, 2014). Além disso, são inúmeras as explicações existentes sobre as alterações no desejo sexual, e notadamente também refletem as crenças e posturas das mulheres a respeito das questões que envolvem a sexualidade e o sexo. Explicações essas atreladas a procedimentos cirúrgicos, às questões psicológicas, da ‘cabeça’. Salienta-se, portanto, que, segundo a literatura, mulheres com riscos de alterações sexuais apresentam mais fogachos, sentimentos de tristeza, problemas sexuais e ressecamento vaginal quando comparadas àquelas sem estes riscos. Essas manifestações, ao que parece, repercutem na diminuição da libido ou do desejo e à satisfação sexual (CABRAL et al., 2012).

Além das interferências hormonais que podem estar presentes, é necessário que o casal busque o diálogo e alternativas para que as relações sexuais sejam repletas, sobretudo, de carinho, amor e compreensão, o que nem sempre ocorre. Assim, têm-se os relatos:

Depois que acontece isso [traição] tu te afasta bastante, não sinto mais aquele amor por ele como antes, mas vamos fazer o quê? (Jasmim-60)

O meu diz assim: até parece que tem outro! Até parece que tem outro! (Milena-50)

O meu é bem paciente, se eu não estou a fim, ele diz: não tem problema, deixa pra amanhã. (Nani-48)

É possível encontrar companheiros sensíveis e que respeitam quando a mulher não manifesta disposição para o sexo, e isso é essencial para que os laços afetivos sejam reforçados, que o companheirismo construído diariamente seja baseado na compreensão. Comumente nessa fase as pessoas procuram uma maior qualidade nas relações sexuais, inversamente proporcional à quantidade praticada na juventude, o que leva a uma diminuição da periodicidade (BRASIL, 2008b). Há ainda, em virtude de inúmeros acontecimentos na vida

das mulheres, alguns padrões afetivos e sexuais das mulheres mais velhas, que se casaram afetiva e sexualmente inexperientes e, na grande maioria das vezes, perpetuaram insatisfeitas esses relacionamentos em função das normas tradicionais de matrimônio e família (CASTRO, 2012).

O diálogo sempre é necessário na vida de um casal, mas há acontecimentos que, se não houver diálogo franco na busca da superação dos problemas, apenas estarão dividindo o mesmo espaço. Cabem, então, outros olhares sobre esse aspecto da vida da mulher, pois o fato de não haver desejo pela atividade sexual também pode estar atrelado com a insatisfação no convívio com o parceiro (ALVES, 2010; LUCENA et al., 2014). Ainda percebe-se a desconfiança do companheiro em virtude da participante não estar disposta para o sexo, alegando uma possível traição. As mudanças que ocorrem com a mulher durante o climatério, em relação à sexualidade, podem interferir de alguma forma em seu relacionamento, e o convívio com o companheiro pode se dar de forma conflituosa. Em grande parte dos casos, os homens não conseguem entender as mudanças pelas quais as mulheres passam quando estão nessa fase, o que pode gerar brigas, discussões, desentendimentos e até separação (LUCENA et al., 2014). Diante disso o casal precisa explorar a sua intimidade, o estímulo sexual, o afeto para que consigam a satisfação na vivência sexual e sempre recusar qualquer forma de silêncio, o qual cria limites para reconciliação ou entendimento.

Algumas explicações sobre certas atitudes com relação à sexualidade e ao sexo podem estar vinculadas à presença de obstáculos socioculturais, entre outros, assim como a falta de uma educação sexual pautada no desenvolvimento integral do indivíduo, o que contribui para o silêncio e a falta de informações sobre o que envolve a vida sexual e a sexualidade (MONTERROSA-CASTROL; MÁRQUEZ-VEJA; ARTETA-ACOSTA, 2014). Aliado a isso, o modo como as mulheres enfrentam e se adaptam às mudanças advindas com climatério/menopausa passa pela sua história de vida, de como suas vivências cotidianas foram interpretadas ao longo de sua trajetória e de que forma isso interferiu na formação de crenças e mitos sobre esse período (LANFERDINI; PORTELA, 2014). Diante do exposto, torna-se fundamental prestar informações referentes a essa temática ao casal, ou para a mulher, a qual estará munida de conhecimento sobre os acontecimentos e as possíveis transformações que seu corpo virá a ter e, da mesma forma, seu companheiro também ficará informado para juntos enfrentarem esse período sem maiores dificuldades.

No conjunto de concepções, que evidenciam que a mulher se transforma com a chegada e vivência do climatério, as mulheres deste estudo, representadas pela afirmação de

Jasmim - “**Eu era tão bonita quando nova**”, revelam que não corresponder aos padrões culturais de beleza vigentes em nosso meio social, deixam, para além das marcas no corpo, marcas na alma de cada uma e de todas.

A respeito da figura da mulher e com relação ao aumento da esperança de vida, parece ter-se tornado um problema para algumas mulheres o fato de não desejar envelhecer, pois ao que parece, a identidade do corpo feminino envolve a tríade beleza-saúde-juventude, pois em todas as culturas a mulher é objeto de desejo (DEL PRIORI, 2000). Entende-se, embora pareça bastante superficial esse entendimento, que para ser objeto de desejo, deve-se manter bela, e manter-se bela, até certo ponto, é permanecer jovem. Assim no decorrer do século XX a mulher despiu-se, e o nu na mídia, em revistas e praias precisou ser coberto com vitaminas, cremes, colágenos, silicones. Diferentemente das avós que tinham preocupação em salvar suas almas, a preocupação atual é salvar os corpos da rejeição social (DEL PRIORI, 2000). É possível chegar à compreensão, então, que a história da mulher de certa forma passa pela história de seus corpos nas diferentes sociedades. Percebe-se então que o período entre 40 e 65 anos apresenta-se como um novo tempo para a mulher, embora nem sempre valorizada pela cultura dominante, que cultua o belo, o jovem, o viril, a desempenho, entre outras características de ‘capa de revista’.

O climatério, como já sabido, é caracterizado pelo baixo nível de estrógeno, cessação definitiva dos ciclos menstruais, declínio da fertilidade e com transformações físicas (BRASIL, 2008b; VALENÇA; FIALHO; GERMANO, 2010; BARBOZA; COSTA; TOLEDO NETO, 2014). Da mesma forma que as queixas das participantes referentes ao climatério ocorrem em paralelo ao processo de envelhecer da mulher, de forma muito marcante, é confundido muitas vezes com os sinais do próprio envelhecimento da mulher, e a questão da beleza entra em discussão. Há, particularmente na sociedade ocidental, a exigência exagerada pela beleza e juventude eterna, sendo que tal exigência é agravada no climatério, período em que o corpo feminino reflete as alterações decorrentes do envelhecimento (GOBATTO; ARAÚJO, 2013; VALENÇA; FIALHO; GERMANO, 2010). Por isso, na meia-idade não só se discute sobre a menopausa ou o cessar do ciclo reprodutivo, mas o entrelaçamento das diferentes questões culturais que envolvem essa fase da vida, bem como os discursos referentes ao envelhecimento e a mudança dos padrões de beleza. Algumas falas tratam desses aspectos:

Eu era tão bonita quando era nova! (Jasmim-60)

Mas tu percebeu que o teu marido também envelhece?(Cristal-49)

Mais ou menos! Mas a mulher fica mais caída, homem é mais firme! (Jasmim-60)

No dia a dia tu vai envelhecendo, eu não fico pensando. (Nena-63)

Eu percebo que estou envelhecendo pela idade dos meus filhos. (Maria Marta-48)

O bonito é o ‘novo’, o jovem e essa compreensão faz parte do discurso da participante e da sociedade de uma forma geral, sobretudo quando a questão é direcionada à figura feminina. Corroboram Santos et al. (2013), e Valença, Fialho e Germano (2010,) quando afirmam que o corpo feminino nunca foi tão disciplinado quanto na contemporaneidade, haja vista que a procura por um ideal de feminilidade está em constante transformação, exigindo uma busca incansável pela perfeição. Por outro lado, há a reflexão suscitada de que o homem também envelhece e também corre o ‘risco’ de não ser mais tão ‘bonito’, já que ele também vivencia disfunções sexuais, flacidez, dentre outras transformações físicas e psicossociais.

Entre essas percepções de si e do outro, é nítido que o processo de envelhecer é enfrentado de forma singular, de modo tranquilo para a maioria dessas mulheres, para outras nem tanto, mas percebido como algo ligado ao processo de viver, como a passagem do tempo e pela idade dos mais próximos, como filhos ou netos. É um tanto complexo, mas cabe admitir que envelhecer não é fácil, já que nesse percurso é possível notar as relações em que convivem o medo e as perdas com os ganhos e as boas expectativas (SANTOS, 2010). A imagem da jovialidade, não passa de ilusão, o que realmente permanece, independe da idade, das rugas, da flacidez, dos cabelos brancos, é a expressão interna de bem-estar, de disposição frente às limitações que os anos impõem.

Salienta-se que em estudo realizado, quanto mais avançava na idade das pesquisadas, mais aspectos positivos apareciam em seus depoimentos sobre velhice e envelhecimento, as participantes passaram a fazer coisas que sempre desejaram, como dançar, cantar, viajar, passear, namorar, correr, pintar, nadar, estudar e deixaram de se preocupar com a opinião dos outros e passaram a priorizar os próprios desejos (GOLDENBERG, 2011). As falas abaixo se referem ao modo como se veem ou como entendem a mulher que está nessa fase:

Eu não nunca me achei feia! Sei que os outros podem me achar feia. Eu sempre tiro um tempinho passo batom, um creme, um perfuminho e tomo banho todos os dias! Se alguém achar feia, azar deles! (Nena-63)

A mulher tem que se cuidar um pouco, se não o marido..., mesmo estando em uma idade!(Nani-48)

Não levando em conta o excesso de peso. Eu sou vaidosa, faço minhas unhas, pinto meu cabelo, começou aparecer os brancos e já vou comprar tinta. Estou lá com os cremes, um batonzinho. A gente não pode deixar de se gostar, né. Porque a velhice vai vir pra todo mundo, não adianta. (Clara-45)

Sempre ouvi dizer que a mulher que está nessa fase muda né, pra melhor. Que ela é mais madura, ela sabe o que quer. Muitos homens gostam de mulheres que são mais seguras, porque não são mais meninas. São mais experientes. (Cristal-49)

Cuidar da autoestima é importante para estas mulheres, ‘se achar’ bonita e usar de recursos para cuidar da aparência as tornam confiantes em um cenário que cultua o que é belo. Também ocorrem alterações internas, mas aquelas relacionadas à aparência física, obviamente, são as mais visíveis. Ambas decorrem, por exemplo, das alterações endócrinas, de reflexos da hereditariedade, do processo de envelhecer e das vivências singulares que cada uma teve. Muitas mulheres não gostam de deixar os cabelos brancos aparecerem, mas compreendem que a velhice é inevitável a todos e sempre que possível dispensam um tempo para os cuidados com o próprio corpo, com a pele, as unhas, cabelos. Nota-se que por vezes um cuidado com aparência, repercute na saúde quando é uma prática que promove bem-estar e influencia a autoestima de forma positiva.

Sabe-se da diversidade de produtos de beleza disponíveis e que exibem a promessa milagrosa de juventude eterna por meio, ainda, de uma infinidade de objetos de consumo e também com a intenção de controlar os efeitos do envelhecer (FERREIRA et al., 2013). Para a mulher, a beleza é representada como um dever cultural e considerada uma obrigação feminina, sendo necessária e natural por ser biológica, sexual e evolutiva (WOLFF, 1992; SANTOS et al., 2013). Ao mesmo tempo em que há a preocupação com o corpo que envelhece, de forma mais visível nessa fase, há o entendimento da maturidade que somente os anos vividos ou as experiências adquiridas tornam as mulheres interessantes, pois no discurso revelado esse é um fato, o da maturidade, que lhes mostra o quanto suas vidas têm significado nesse momento.

Ademais, os relatos trazidos abarcam as questões fisiológicas, biológicas mas que ganham real sentido quando refletidas a partir de uma perspectiva cultural, ou seja, os saberes referidos, os aprendizados construídos, as mudanças percebidas no corpo/alma carregam significados que somente são compreendidos se olhados através da cultura em que cada participante está inserida.

4.3 SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE NO CLIMATÉRIO: COSTURAS ENTRE O APRENDIDO, O DITO E O VELADO

As mulheres participantes deste estudo ou são em sua maioria, da área rural e têm seu próprio modo de cuidar da vida, da saúde ou tratar os problemas de saúde. A partir da aproximação da cultura de um grupo ou de cada indivíduo é possível compreender como certos saberes e práticas de cuidado ocorrem e o significado que as pessoas atribuem a determinadas experiências sociais. Nessa perspectiva, Geertz (1973) refere à cultura enquanto uma teia de significados tecida pelo homem, em que essa teia orienta a existência humana. Em outras palavras, diz respeito a um sistema de símbolos que interage de modo recíproco com os sistemas de símbolos de cada indivíduo. Para Geertz (1973), símbolo pode ser compreendido como qualquer ato, objeto, acontecimento ou relação que detenha um significado. Desta forma as práticas populares de saúde são constituídas de rituais, crenças, saberes difundidos entre os membros de uma cultura, a qual nunca é estática, mas dinâmica a ponto de influenciar e ser influenciada por outros contextos socioculturais.

Sabe-se que em cada cultura, as respostas dos sujeitos às doenças, a forma de tratá-las e as instituições sociais, estão sistematicamente interconectadas, e também a totalidade dessas inter-relações, representam o sistema cultural de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1980). Assim, para Kleinman(1980) o sistema cultural de cuidados em saúde é descrito como um sistema cultural local composto por três partes sobrepostas: o setor popular, o setor profissional e o setor tradicional, o qual, na maioria das vezes, relaciona-se com o setor popular.

As práticas populares de cuidado refletem as manifestações culturais de uma comunidade, em função das origens desses saberes e práticas e, sobretudo, pelo modo são transmitidas, na maioria das vezes, de gerações a gerações (CARREIRA; ALVIN, 2002). Nessa perspectiva, entende-se que práticas de cuidado realizadas pela população, são estratégias de enfrentamento frente aos eventos de saúde e de doença, e, muitas vezes, diferem dos modelos hegemônicos.

Diante disso e frente às mudanças e queixas que surgem nessa fase da vida, algumas mulheres lançam mão de estratégias para se cuidar, sejam por meio de chás, atividades de lazer, exames de rotina preconizados pelo modelo de saúde hegemônico ou alguma receita que aprenderam entre parentes, amigas ou vizinhas. Destaca-se, entretanto, que todas são práticas que emergem da própria experiência e apreendidas no meio social onde vivem:

Minhas parentes, minhas irmãs mais velhas, minhas tias, minha mãe. Elas dizem que ia parar as menstruações e iria vir os calorões. (Nena-63)

Eu tive que perguntar pra mãe, mas ela não é muito de falar dessas coisas, eu aprendi mais com as minhas tias. A gente se encontrava e elas explicavam tudo! (Cristina-46)

Na época eu era adolescente quando minha mãe entrou na menopausa, via a conversa com as amigas, depois fui estudar, procurei ler na internet, e hoje tem bastante informação. Hoje só não sabe quem não quer, tem que buscar ler. (Clara-45)

As experiências das mães, avós e tias foram as primeiras referências para essas mulheres terem conhecimento acerca do climatério. O fato de sentir algo, de apresentar alguma queixa era a forma encontrada pela participante para orientar e explicar as modificações corporais. Nessa direção, concorda-se com autores que dizem que é na família que todo ser humano recebe os primeiros cuidados, seja de higiene, alimentação e interação afetiva, fundamental à saúde mental e constituição da personalidade, de modo que é no contexto familiar que a mulher costuma assumir o papel de responsável pelo cuidado de seus membros e seu próprio cuidado (SANTOS; FIALHO; RODRIGUES, 2013).

Uma das participantes relatou a busca por informações por meio de leituras, enfatizando que esse meio é socializado atualmente e disponível a todas as pessoas. Recorre-se, em alguns cenários socioculturais, especialmente à internet para a busca de informações, pois tal ferramenta facilitou o acesso do público para fundamentar suas práticas de saúde. Esse fato é reforçado tendo em vista que o Brasil está na quinta colocação quando o assunto é a busca por informações/orientações sobre saúde na Internet, utilizando-as para a automedicação e diagnóstico, no entanto, há a exclusão digital, mesmo diante do crescente número de usuários que se restringe aos grandes centros e aos com maior poder aquisitivo (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013). Para que a Internet seja de fato um importante instrumento de prevenção de doenças e promoção da saúde deve-se considerar três questões: a qualidade das informações, a forma como são apresentadas ao público leigo e a seriedade dos autores do site ou o condicionamento das informações disponibilizadas aos interesses econômicos e pessoais do autor (COELHO; COELHO; CARDOSO, 2013). Diante disso, o enfermeiro precisa acolher e orientar sobre esta possibilidade, do uso da internet para a busca de informações sobre saúde, já que é sabido que as pessoas recorrem a este instrumento para o esclarecimento de muitas dúvidas a respeito do que envolve os problemas de saúde ou de como evitá-los.

Se por um lado o papel das avós e tias foi essencial para os esclarecimentos sobre as transformações com o corpo, por outro lado o silêncio de algumas mães foi destacado em um relato, talvez pela falta de informações, ou por ser um assunto que gerava ‘vergonha’ pelo fato de falar do próprio corpo:

Ah, eu acho que era um assunto que deixava elas meio encabuladas, era um tabu, fim do mundo! Elas aprendiam entre elas, ia passando de geração para geração, e não tinha alguém que orientasse. Então era meio escondido, quando tinha adolescente vendo era meio cochichado [sussurrado], parece que era uma coisa vergonhosa entrar na menopausa, parecia o fim do mundo. (Clara-45)

Tinham vergonha de falar pra gente! (Nena-63)

A ausência de diálogo, da falta de comunicação entre as gerações pode ocorrer e traduzir-se em dificuldades na vivência das pessoas. Em contrapartida, quando há comunicação, os vínculos tendem a se consolidar por meio da solidariedade, que é fundamental para lançar novos horizontes para o futuro. Também a proximidade ou a presença de diferentes gerações no mesmo espaço físico facilita a transmissão dos saberes entre elas. Pode-se compreender, a partir disso, que um membro da família troca valores, experiências e até mesmo os silêncios com o outro, ou seja, os diálogos que não ocorrem e as dúvidas que não são esclarecidas. A isso se chama transmissão intergeracional, e compreende a travessia de uma geração a outra na transmissão de rituais, tradições, linguagem, comportamentos (CEOLIN, 2009; LISBOA; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI, 2007). Essas relações de aprendizado ocorrem principalmente entre as mulheres que exercem práticas populares de cuidado, que adquiriram conhecimentos e incentivos junto a outras mulheres mais experientes, quase sempre pertencentes ao seu grupo familiar (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI 2007).

Em relação aos ‘fogachos’, as mulheres também encontram formas de aliviar os calorões:

Tomo banho de agua fria, molhar os pulsos na torneira. (Clara-45)

O ventilador! (Milena-50)

Colocar a toalha de banho molhada nas pernas. (Nena-63)

Para as participantes essas manifestações podem ser amenizadas com medidas que as próprias mulheres têm acesso, visualizadas nas práticas do setor popular de cuidados à saúde que realizam para tirar o calor do corpo, como banho frio, esfriar os punhos com água fria ou

colocar toalhas molhadas, frias, nas pernas, usar ventilador para se refrescar. Essas atitudes são estratégias adotadas por boa parte das mulheres que enfrentam os fogachos, de uma forma geral, contudo nem sempre relatadas pela literatura científica. Sabe-se que em cada contexto cultural também se desenvolvem diversas formas de práticas de cuidado frente aos calores do climatério, como em um grupo de mulheres afrodescendentes da Colômbia que derramam sobre a cabeça água com flores de crista-de-galo em imersão para ajudar a baixar a temperatura, as flores são deixadas na água à noite sob céu aberto para na parte da manhã usá-la (ARGOTE et al., 2009).

Nessa direção Kleimanm (1980), destaca que o setor popular de cuidados entrelaça várias questões, como as crenças e atividades individuais, familiares, da rede social e da comunidade, é uma prática leiga, não especialista, que emerge da arena da cultura popular em que a doença é reconhecida pela primeira vez e as práticas de cuidados de saúde iniciadas

No conjunto de práticas utilizadas no cuidado à saúde oriundas do saber popular, têm-se as dietas como formas de tratamentos e o uso de plantas medicinais. As falas destacam alguns destes aspectos:

Acho que na alimentação, eu andei lendo, comer coisas com soja, né, tomar leite de soja. (Clara-45)

Eu ouvi falar muita coisa sobre a soja! Diz que a soja ajuda bastante. Só diz que tem que começar a tomar antes [da menopausa], que a gente tem que se preparar. No Mato Grosso, numa escola eles fazem tudo com soja. Lá mesmo que fazem o leite de soja. (Maria Marta-48)

Uma das participantes do estudo enfatiza a importância de consumir alimentos derivados da soja, porém não é em qualquer momento, mas antes de ocorrer a menopausa, já que nas entrelinhas da fala a soja ajuda nas queixas que surgem nesse período. Este fato revela o saber empregado no uso da soja, do benefício que esta traz e que deve ser utilizada no momento certo. Nesse sentido, as participantes têm seus próprios meios para ter acesso à informação, neste caso no seu meio sociocultural, o qual é dinâmico. Nota-se o conhecimento trazido pelas mulheres sobre o uso da soja, além disso, o meio científico também contribui para este conhecimento, já que há uma abundância de fitoestrógeno na soja, e por conta disso há o interesse dos pesquisadores nesta leguminosa, a qual é um composto químico não hormonal, semelhante aos hormônios estrogênicos humanos.

Foi investigado que as isoflavonas presentes em 30g/dia de proteína isolada de soja evidenciaram eficácia para o alívio das queixas do climatério, principalmente no que diz

respeito à intensidade delas, o que após o uso da proteína isolada resultou na transição de manifestações moderadas para leves de uma forma geral, o que possibilitou bem-estar e uma melhor qualidade de vida (SANCHES et al., 2010). Porém para alguns autores, mesmo que existam algumas evidências, a recomendação do seu uso é inconsistente, tendo em vista que muitas pesquisas que avaliaram a eficácia dos fitoestrogênios apresentaram vieses sistemáticos acerca da dose final dos suplementos de soja, impossibilitando comparar as pesquisas que as utilizaram sem a adequada padronização da composição de isoflavonas (CARBONEL et al., 2012). No entanto, mesmo que o meio científico traga estudos sobre o uso de fitoterápicos para os problemas de saúde, é no contexto popular que as práticas de cuidado à saúde primeiramente se desenvolvem.

As falas abaixo citam usos de chás para o alívio dos calorões:

Minha amiga, vizinha, dizia que quando tu sentir calorão toma chá de folha de parreira. Tinha que pegar as folhas, mas não as com veneno, quando vinham aqueles brotos. Coloca uma folha numa xícara, colocava água fervendo. Acalmava os calorões e me sentia bem. (Jasmim-60)

Eu tinha uma colega que tomava chá, quando ela viu que ia parar de menstruar, ela tomava chá daquela folha da amora branca de mato, e ela disse que ia ao médico fazer exame, que sabe que a mulher que para de menstruar vai ter os hormônios. Muitas têm que tomar pela tireoide, eu já estou tomando remédio para a tireoide. E ela disse se tu tomar esse chá, tu não vai ter nada! Por causa da menopausa, por causa dos calorões, a pressão sobe, muitas sofrem de pressão alta quando para de menstruar. Ela tomava uma garrafinha dessas, de 200 ml, por dia. O médico se surpreendeu porque tinha umas 30, e a única que não tomava nada de remédio era ela, com 62 anos. A avó dela era bugre, e ela dizia que as tias e os parentes dela lá da fronteira todas estão tomando isso, e nenhuma vai ao médico. (Cristina-46)

Aprende-se com a vizinha, com a amiga, com a colega de trabalho que tinha uma avó ‘bugre’ e detinha conhecimentos sobre o uso de chás, aprende-se com todos, quase sempre com quem experimentou certas práticas de cuidado. Assim, parar de menstruar tem diversas repercussões na voz da participante, parece que vai ‘ter os hormônios’, ou a falta deles, vai afetar a ‘tireoide’ e sofrer de pressão alta, que para estas alterações, ao que parece, os chás, contribuem para a melhora da saúde. Os depoimentos revelam os rituais dispensados no preparo dos chás além do conhecimento sobre a quantidade a ser consumida, a forma de preparo, o cuidado na escolha das folhas, como no caso da parreira.

O meio científico também reforça o uso que as pessoas fazem das ervas e plantas, como em um levantamento etnobotânico de plantas utilizadas como medicinais, a amora branca (*Morus alba L.*) tem seu uso popular para os calorões, colesterol, diabetes, diurético,

emagrecedor, hormônio natural, menopausa ou reposição hormonal (VENDRUSCOLO; MENTZ, 2006). Não somente a amora branca, mas os resultados do estudo de Miranda et al. (2010), confirmam a utilização do chá de amora preta (*M. nigra*) no tratamento de queixas do climatério, apresentando um importante consenso de informação. Com relação à folha da videira, sabe-se que possui atividade antioxidante e que tanto as variedades de folhas das castas brancas e tintas apresentam atividade bloqueadora de radicais antioxidantes (PIRES, 2010).

Nessa direção, o uso medicinal de plantas, é sabido que desde o início da humanidade as mulheres estiveram relacionadas com estas práticas de cuidado que se utilizavam de recursos da natureza. Práticas estas transmitidas de geração em geração, entre mulheres, através da família ou de pessoas conhecidas que já tiveram uma experiência prévia de cuidado à saúde por meio do uso de recursos naturais. Corrobora Hellman (2009) que as práticas populares de cuidado à saúde estão alicerçadas no conhecimento de familiares e no conselho de pessoas sobre determinada prática de cuidado. Dessa forma, as práticas populares de saúde são observadas primeiramente no cuidar do outro, sendo visível nas atividades das parteiras tradicionais, nas práticas de saúde que acontecem em terreiros de candomblés, no acolhimento e escuta que erveiros e raizeiros dispensam a quem os procuram, nos benzedores, na religiosidade, por isso o cuidar do outro é um ato de solidariedade que se reforça no cotidiano como possibilidade de afirmação da vida (PEDROSA, 2007). Pode-se entender a partir disso que nas práticas populares a aprendizagem pode ocorrer por meio das religiões, através da tradição oral entre gerações ou entre quem pratica e quem aprende, como, por exemplo, no benzimento e uso das plantas medicinais.

Relacionado a esse assunto, Collière (1999) explica que, mesmo sem ensinamentos e acesso aos livros, as mulheres praticaram uma medicina sem reconhecimento formal, constituindo saberes umas com as outras, repassando-os no decorrer do tempo e dos diversos contextos, de mãe para filha, de vizinha para vizinha e assim tais práticas ganharam um valor social. Embora, na maioria das vezes, busque-se o olhar científico sobre certas práticas de cuidado, ou práticas populares de cuidado à saúde, faz-se necessário fazer costuras entre o que as pessoas tradicionalmente fazem para o cuidado de si e o que é oferecido pelos serviços de saúde. Nessa perspectiva, Leininger (1991) destaca que o cuidado cultural, significa avaliar conscientemente e lançar mão de um esforço, para acolher os valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo comunitário, para fornecer auxílio, sendo que na abordagem da enfermagem, esta precisa atuar, dentre outras formas, visando a ‘acomodação

cultural do cuidado’, ou seja, é o ato culturalmente embasado para facilitar ou capacitar, assistir, e que revela possibilidades de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos.

Dessa forma pode ser pertinente a necessidade de outros estudos aproximando os conhecimentos populares e científicos, uma vez que as pessoas lançam mão dos conhecimentos adquiridos popularmente, intergeracional e no meio sócio cultural em que vivem, mostrando que conhecem para o que servem determinadas ervas e chás.

Por outro lado, as dúvidas em relação a tratamentos convencionais e científicos também existem e não asseguram seu uso para aliviar as queixas do climatério, como o diálogo abaixo refere:

Tu me deu esses dias um gel, só não experimentei ainda! [muitos risos coletivos].
(Jasmim-60)

O gel pra passar lá! Tem lá [na sala da enfermeira], *tem um monte ali!* (Clara-45)

Pra dar vontade? Pra fazer fogo?(Milena-50)

Pra não ressecar! (Nena-63)

Pode-se perceber o equívoco da participante quando entende o gel lubrificante como um recurso para estimular o prazer, quando na verdade ele permite um maior conforto nas relações sexuais, tendo em vista que a lubrificação vaginal tende a ficar diminuída nesse período. Muitas mulheres pouco falam sobre a diminuição na lubrificação vaginal, do ressecamento, pois nem sempre são oferecidas oportunidades para que exponham essas dificuldades, repercutindo inclusive no acesso aos cuidados, os quais também ficam prejudicados. Nota-se que o cuidado profissional também é importante às mulheres dessa fase, e a procura pelos serviços ou profissionais de saúde se dá, muitas vezes, em função de algumas manifestações relacionadas ao climatério:

Menstruo a cada 25 dias, e meu seio empedra e me dá muita febre. Aí eu corro: enfermeira, o que eu faço? Aí ela me encaminha para o médico, tomo antibiótico e faço mamografia, tudo bem! (Cristal-49)

Falei uma vez pro médico que eu não aguentava de dor nas pernas e do calorão, e ele disse que era normal, é da idade. Então eu continuei a colocar a toalha molhada em cima das pernas. (Nena-63)

Parei com 45, começou a parar, e o médico me receitou comprimido pra eu menstruar, porque eu era muito nova pra parar de menstruar, então eu tomei até os

52. Aí parou mesmo, até com os comprimidos, aí ele disse que agora é hora de deixar parar mesmo, aí não veio mais. Não menstruei mais. (Jasmim-60)

Percebe-se nos depoimentos, além das queixas com relação à mastalgia, aos fogachos e à irregularidade menstrual, a conduta de cada profissional frente à atenção dispensada a essas mulheres. A conduta da enfermeira frente à queixa relatada foi realizar o encaminhamento para o médico, que no entendimento da participante foi um encaminhamento resolutivo, embora não tenha sido observado no relato, alguma outra orientação de cuidado. Diante da queixa do ‘calorão’ e dores nas pernas, percebe-se certa naturalização das queixas trazidas, entendidas como repercussões da ‘idade’, próprias do climatério. Este fato não significa medicalizar cada queixa trazida, mas buscar compreender o contexto sociocultural da mulher e se tais queixas prejudicam a qualidade de vida e assim, oferecer a orientação adequada dentro da realidade inserida ou reforçar alguma prática de cuidado já realizada.

Nessa perspectiva o cuidado deve ser junto com as mulheres e interdisciplinar, mas no que compete ao cuidado de enfermagem, esse deve ser eficiente, autêntico e de qualidade. Além disso, é necessário considerar que nas ações do enfermeiro sejam levados em consideração aspectos essenciais como o diálogo, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a demonstração de preocupação e a expressão do afeto (OLIVEIRA, 2011).

Os dados indicam que as participantes se cuidam também a partir de influência dos profissionais, especialmente do médico, embora uma depoente não tivesse sua demanda atendida e tenha encontrado no uso da toalha molhada sobre as pernas o alívio frente aos fogachos, conformando-se que a idade traz alguns incômodos. Salienta-se que as queixas de fogachos afetam 60% a 80% das mulheres em climatério (PARDINI, 2014). A depoente que citou o uso de comprimidos, que tudo indica refere-se à reposição hormonal, em que o médico entendeu que a interrupção precoce da menstruação implicaria na saúde da mulher. Observa-se o olhar medicalizado desde evento da vida, mas cabe observar o risco e benefício da reposição hormonal, observando as características e contexto de saúde de cada mulher. Têm-se alguns benefícios da terapia de reposição hormonal, quando devidamente indicada. Com base nas evidências, a terapia de reposição hormonal na menopausa (THM) é a terapia de primeira escolha para mulheres pós-menopausadas que apresentam risco elevado de fratura e estejam abaixo dos 60 anos de idade, na presença ou não de queixas, contribuindo também para reduzir o risco de câncer de cólon (PARDINI, 2014). Há algumas questões a serem observadas: as mulheres que iniciam a THM após 10 anos de menopausa apresentam risco aumentado para eventos cardiovasculares, como o risco de manifestações tromboembólicas

em cerca de duas vezes, risco esse somado pela obesidade, idade superior a 60 anos, cirurgia e imobilização; já aquelas que iniciam antes desse período tendem a ter baixo risco para esses eventos (SARE; GRAY; BATH; 2008; PARDINI, 2014). Observa-se então que a demanda espontânea das mulheres em climatério é condicionada pelos agravos à saúde, a partir da percepção, culturalmente determinada, de que alguns problemas merecem atenção dos profissionais da saúde e outros poderiam ser enfrentados sem a participação deles (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009). Nesse sentido, cada indivíduo é dotado de complexidade e demandas múltiplas com relação à saúde do corpo e da alma, se é que se pode separá-las, por isso suas necessidades precisam da abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Além dos cuidados que as mulheres realizam sob a orientação dos profissionais de saúde, alguns familiares orientam sobre a atividade física, sendo relatada como sendo uma prática importante para a saúde:

A minha filha é professora de educação física diz pra caminhar muito. (Jasmim-60)

A gente não é só trabalhar, tem que ter uma atividade física, uma distração (Nena-63)

Minha irmã me diz: vai fazer uma academia, uma ginástica, tu só fica aí nessa vida sedentária! (Clara-45)

Minha filha, quando eu não podia caminhar, ela me deu uma esteira. Por que vai caminhar aonde? No asfalto? Que não tem acostamento! Passa um caminhão alto, tu morre do coração, tu te encolhe toda! (Nena-63)

Os depoimentos demonstram as orientações dadas pelos familiares, geralmente os mais próximos como neste caso pelas filhas e irmã das depoentes. A atividade física também pode ser vista como uma distração, uma possibilidade de lazer na voz da depoente. Além disso, uma participante destacou o fato de a filha ser professora de educação física o que torna as orientações mais significativas para ela, evidenciando uma prática de cuidado possível com a ajuda do outro, como no caso da participante que ganhou a esteira da filha visando um maior conforto e segurança na caminhada. Essa segurança fica prejudica quando não há local adequado para as atividades físicas, como as caminhadas que podem se tornar um risco se realizadas na beira do asfalto, conforme relatado pela participante.

A realização de exercícios físicos está implicada na diminuição das queixas no climatério, pois uma pesquisa realizada na mesma região das participantes deste estudo mostrou que 63,6% das mulheres sedentárias relataram queixas de intensidade moderada a severa, o mesmo foi referido por 33,4% do grupo fisicamente ativo (TAIROVA; LORENZI,

2011). Torna-se indispensável refletir sobre o que está sendo oferecido em termos de atividades físicas às mulheres em climatério, ou quais as limitações que impedem que participem delas quando são oferecidas. Junto ao grupo em estudo, semanalmente, há um grupo de atividade física realizada por profissional do NASF que vai até a comunidade, porém isso não foi referido por elas.

Aliado ao entendimento que a atividade física é importante, mas nem sempre é parte da rotina das mulheres, a alimentação foi outro aspecto referido, de modo que as falas revelam que existe a consciência de se atentar para uma alimentação mais saudável especialmente nessa fase:

Às vezes a gente não tem nem vontade de se cuidar. Mas tem que pensar, ah hoje vou comer isso, vou comer aquilo, mas se eu sei que me faz mal por que eu vou comer? (Cristina-46)

Na alimentação! Eu me cuido bastante! (Nena-63)

Na alimentação eu cortei o azeite, o óleo de cozinha, uso muito pouco! Creio que eu tenho que melhorar muita coisa. Reduzir o açúcar, as farinhas, que isso aí faz um acúmulo no organismo. (Clara-45)

O cuidado principal que as mulheres têm em relação à alimentação, ao que parece, está relacionado principalmente com a ingestão de carboidratos e gorduras. Por outro lado há aquelas que nem sempre conseguem ter uma alimentação saudável, mesmo sabendo das implicações de comer o que ‘faz mal’ à saúde e entendem, que uma alimentação desequilibrada ou em excessos favorece o surgimento dos problemas de saúde, comuns nesse período. Nesse sentido, pode ser necessário um estímulo para se cuidarem, seja por meio de orientações alimentares, receitas saudáveis, práticas e que levem em consideração os recursos que cada realidade dispõe.

As participantes também recorrem aos cuidados como no uso de medicamentos, que foi citado pela maioria das participantes. Isso pode indicar o acesso das mulheres às medicações e que as doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes e a hipertensão arterial, estão cada vez mais presentes na vida das mulheres em climatério:

Eu só comecei tomar remédio depois dos 50. Um dia eu estava no centro, e parecia cerração, e não era cerração. Era a pressão. Fui tirar a pressão e estava quase 20. Daí em diante comecei a tomar remédio pra pressão, diabetes. (Nena-63)

A minha ansiedade é comer, quando eu estou nervosa tudo o que vejo na frente como! Era o que eu não poderia fazer, porque eu tenho diabetes, pressão alta, aí eu me acerto com a geladeira. (Maria Marta-48)

Esses relatos revelam que algumas doenças crônicas não transmissíveis fazem parte do cotidiano das mulheres em climatério muito em função do processo de envelhecimento, e do estilo de vida. O descuido com a própria saúde também é percebida na fala da participante, quando refere que a ansiedade ou nervosismo contribui para os excessos alimentares que prejudicam ainda mais a saúde da mulher. Aliado a isso, a depleção hormonal dessa fase também impacta nas condições de saúde das mulheres, por conta disso, entre tantos desafios, um dos mais importantes diz respeito à ampliação do cuidado, ainda mais no que se refere ao período do climatério que possui alterações próprias, e é frequente o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, concomitantemente.

Além dos cuidados com a alimentação e o uso das medicações para os problemas de saúde que comumente surgem durante o climatério, as mulheres referiram a importância dos exames de rotina, a maioria relacionados com a saúde da mulher como a mamografia e o exame preventivo de colo uterino:

Tem que cuidar muito os exames, cuidar do útero, dos ovários. A mamografia, tem que cuidar muito das mamas! (Jasmim-60)

Fazer o cito! (Maria Marta-48)

Esses cuidados que as mulheres desenvolvem são possíveis porque reconhecem ou aprenderam a reconhecer a importância dos acompanhamentos que integram o sistema médico. O exame citopatológico cervical é o exame mais referido pelas mulheres, sendo ele a principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença. Dentre todos os tipos de câncer, esse é o que apresenta um maior potencial de prevenção e cura, próximo a 100% quando diagnosticado precocemente, sendo que 80% podem ser tratados em nível ambulatorial (CASARIN; PICCOLI, 2011). Para essas autoras a motivação de muitas mulheres para realizar esse exame pode estar atrelada ao aparecimento de queixas, ao hábito de cuidar-se ou na preocupação com sua condição de saúde. Já com relação ao ‘cuidado com as mamas’, o Ministério da Saúde recomenda a mamografia, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade, pois as evidências da efetividade desse exame para a redução da mortalidade por câncer de mama são mais fortes nessa faixa etária (INCA, 2011).

Dessa forma, a integralidade na assistência à saúde deve ser compreendida como um processo que envolve a vida das pessoas, suas necessidades de saúde, suas vivências, anseios e expectativas (SOARES et al., 2011). Por isso muitas estratégias de cuidado que as pessoas realizam percorrem os diferentes setores de cuidado à saúde, refletem as crenças, as influências recebidas durante a vida acerca das práticas de cuidado e que, portanto, devem ser levadas sempre em consideração ao se prestar assistência.

Muitas atividades e práticas de cuidado que as participantes deste estudo realizam, notadamente, estão relacionadas com a sua história de vida ou seja, que algumas práticas de lazer refletem vivências próprias. Diversas possibilidades de lazer são citadas nos relatos das participantes:

Eu vou pescar! É bom pescar, desestressa! Eu vou de vez em quando. (Nena-63)

Eu gosto de escutar bastante música, mexer na terra! Se eu estou um pouco triste vou lá pra fora! (Nani-48)

Mexer na terra! (Milena-50)

Eu também! Vou na minha horta! (Jasmim-60)

E se está chovendo tiro o chinelo vou de pés descalços, pisoteio no barro um pouco, e acalma. (Nani-48)

Fiz boneca que aprendi aqui no posto, bastantes trabalhos, mas não desse tipo, aqui aprendi um monte de coisas, tapete de lã, faço crochê, faço tricô,... fazia, não faço mais. (Nena-63)

Então ajuda né, conversar, ler, sair, os grupos, dançar. (Clara-45)

De vez em quando dar uma saracoteada [dançar] cai a ferrugem! Faz bem pra mente, pra espaiar um pouco, é uma terapia!(Nani-48)

É uma terapia, renova a alma! (Clara-45)

Os relatos apontam uma diversidade de entretenimentos possíveis no cotidiano dessas mulheres. São práticas que conferem bem-estar, relaxamento e socialização implicando na saúde física e psíquica, importantes para a vivência do climatério. Pescar, escutar música conferem certa distração diante das possíveis perturbações vivenciadas. A música confere conforto, prazer além de ser um importante recurso para a percepção de si e na expressão das emoções (BERGOLD; ALVIM, 2009). Algumas formas de lazer que ora podem ser vistas como trabalho, obrigação, como cuidar da horta, limpar o jardim também são um momento de relaxar, entrar em contato com os elementos da natureza como a terra e a água. E isso se

mostra muito presente na vida das participantes, como uma forma de apego à terra e tudo o que vem dela, já que a maioria delas vive na zona rural.

Por isso, ter uma ‘distração’ ou lazer pode ser compreendido como uma manifestação cultural que costura múltiplas relações com os aspectos socioeconômicos que constituem as sociedades na contemporaneidade (PUKE; MARCELLINO, 2012). Aliado a isso, vinculadas à terra, seja como trabalho ou forma de lazer, o fato é que o trabalho feminino no cenário rural produz alimentos e garantem o sustento familiar por meio das atividades no campo, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato (RIQUINHO; GERHARDT, 2010).

As atividades de lazer são essenciais nessa fase, já que muitas mulheres podem se deparar com a aposentadoria, com o fato de estarem sem a companhia dos filhos ou do parceiro. Nesse sentido as participantes encontram diversas formas ou possibilidades de lazer, necessárias para seu bem-estar. A partir dos relatos são destacadas algumas atividades de lazer que estão inseridas em conteúdos culturais: físico-esportivo, que são os exercícios; social, o qual inclui as festas, bailes; artístico, vinculado com a estética, percepção e imaginação; manual, relacionado ao artesanato; intelectual, que são as leituras, palestras, música; turístico, que incluem passeios e viagens (MARCELLINO, 2006).

Uma participante referiu a realização de artesanato, que aprendeu várias técnicas, lembrando que também aprendeu a fazer boneca, mas não como a criada nas oficinas. Isso mostra que o sistema profissional de saúde pode ofertar outras possibilidades de promover a qualidade de vida e oportunizar espaços para a criação e promoção de saúde, para além do modelo médico hegemônico já conhecido. Essa prática permite a representação da identidade de um grupo social, pois através dele os valores coletivos são fortemente representados (MELLO; FROEHLICH, 2014).

Leitura, passeios e atividades grupais foram citadas por uma depoente como prática que contribui para a saúde mental. A dança também foi referida por algumas participantes como uma forma de ‘terapia’ e que ‘renova a alma’. Dançar contribui para o desenvolvimento de habilidades, construir vínculos afetivos, reforçar aqueles já sólidos, melhorar a qualidade de vida, além de possibilitar diversão e aprendizagem (SILVA; BURITI, 2012). Vivenciar o lazer é estimular no tempo disponível a memória, as habilidades manuais, o imaginário, a aproximação com outras culturas ou comunidades, além do fortalecimento das relações interpessoais (MARCELLINO, 2006).

Nessa direção têm-se os inúmeros saberes, experiências de cuidado à saúde que as mulheres realizam ou sabem que existem, embora nem sempre realizem. E nessas experiências cotidianas a cultura se faz viva, reinventa-se, ora se afirma ora se transforma, mas nunca é estática, é como um bordado em que acrescentam novas linhas, tramas, cores, formas, pontos que se desfazem e refazem. Por isso ao acessar os saberes e práticas dos indivíduos acerca das demandas de seu cuidado, é necessário se pensar em um cuidado compartilhado entre setor profissional e popular, em que considere o universo das construções populares junto com os técnico-científicos (SANTOS et al., 2012). Assim, a saúde é permeada por diversas questões que se diferem nas diversas culturas, de modo que os cuidados a ela prestados também são realizados de diferentes maneiras, mesmo que existam certas práticas em comum.

Assim, cuidados à saúde estão vinculados às práticas do setor popular, atividades de lazer, e entrelaçadas às práticas do setor profissional. Além disso, da mesma forma, as relações afetivas construídas na rede social das participantes, assim como a religiosidade, se constituem importantes formas de cuidado que estão presentes na cultura dessas mulheres e explanadas no capítulo que segue.

4.4 CUIDADOS NECESSÁRIOS NO CLIMATÉRIO: TRAMAS ENTRE AFETOS E RELIGIOSIDADE

Estão implicadas neste núcleo temático as relações de cuidados que as participantes desenvolvem ou são estimuladas a desenvolver, a partir de um aspecto mais subjetivo. Boff (2004) diz que é preciso cuidar não só do corpo, mas dos sentimentos, dos sonhos, dos desejos, das paixões contraditórias, do imaginário; das visões e utopias que guardamos escondidas, de modo que o cuidar também exige inventar relações que permitam a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa singularidade humana. Ao refletir sobre as práticas de cuidado que mulheres em climatério realizam, os resultados também apontam entrelaçamentos entre o afeto/afetividade, construídas nas relações sociais e familiares, bem como a religiosidade. Assim, as falas das mulheres destacam a importância dos filhos e netos:

Eu tenho uma filha que é muito divertida, então quando eu vou visitar ela saímos de noite pra ir comer uma pizza, fazer um lanche na esquina, tomar uma cervejinha nós duas. (Cristal-49)

E agora que eu sou vó, como diz, agora recuperei o meu tempo de brincar com os meus filhos e brinco com os meus netos hoje. A minha neta me manda deitar, rolar e fazer, eu vou lá deito e rolo. (Nena-63)

Eu saio muito pouco. Eu fico mais em casa. Final de semana meus filhos vêm, ou vou lá nos meus netos. (Jasmim-60)

Cabe enfatizar o quanto os vínculos, especialmente os familiares, para essas participantes parecem ser essenciais para o seu bem-estar, e o quanto a presença deles as deixam felizes. Ao contrário disso, para algumas mulheres, sujeitos do estudo de Lomônaco, Tomaz e Ramos (2015), as relações com os filhos se dava de forma conflituosa, em função da falta de paciência ou irritabilidade. Já neste estudo as falas demonstraram que presença dos filhos e netos torna a vida mais divertida e alegre, visíveis no companheirismo entre mãe e filha, nas brincadeiras entre avó e netos e no brincar que se fez presente. Além disso, para a participante que fica mais em casa, o fato de receber visita dos filhos ou ir visitar os netos transforma uma rotina caseira em momentos de encontro. Nesse sentido, os membros da família surgem como recursos de apoio fundamentais possibilitando um viver significativo (BALTOR et al., 2014). Em vista disso, os integrantes da família, especialmente irmãs, filhas(os) e netos(as) das participantes constituem vínculos de apoio e solidariedade em que são compartilhados momentos alegres e situações de crise.

No contexto das relações de afeto construídas, da mesma forma em que a presença de um familiar ou amiga as deixam felizes, tem-se observado a presença e a importância de animais de estimação na vida dos indivíduos e reconhecida pelas participantes:

Até a gata me entende! Quando eu estou triste ela sabe! Ela vem, quer me fazer carinho. Se eu não tivesse a companhia dela, acho que eu não teria sobrevivido. Porque ela me ajudou bastante em tudo. (Nani-48)

Ah, os bichos só faltam falar! Eles têm um sentido, que nem a gente. (Nena-63)

Eu também tenho minha gata, quando eu não estou boa ela vem lá. E pra me ocupar mais um pouquinho, um pouco antes do Natal, adotei uma cadela que apareceu lá em casa. Foi maravilhoso! Ela é muito querida. Até as crianças, meu marido quando chega em casa vai lá conversar com a cadela. Ela é obediente, mais que a gente. Eu levo ela passear todos os dias, dar uma voltinha de manhã e de tarde. Ela chegou lá com sede e fome, foi dada comida e água, e ficou. (Maria Marta-48)

Nas falas das participantes é revelado o amor que surge ao cuidar de um animal, dar um lar, levar para passear e é visível a interação que ocorre nessa relação. Em muitos momentos, sejam eles de solidão ou não, os animais são a companhia para essas mulheres que, ao mesmo tempo que cuidam dos animais, também sentem-se cuidadas, e de certo modo

auto-cuidadas, pois essa atividade lhes dá bem-estar e prazer. Sabe-se que os animais sentem motivação em procurar companheiros e preferem a companhia dos animais e das pessoas com os quais foram criados (HEIDEN; SANTOS, 2010). Através dos relatos é possível perceber que as participantes veem os animais como seres dotados de sensibilidade, pois ao perceberem a tristeza do dono procuram estar junto nesses momentos. Nessa direção a relação humano-animal é definida pela Associação Americana de Medicina Veterinária como uma relação dinâmica e mutuamente benéfica entre pessoas e outros animais, influenciada pelos comportamentos essenciais para a saúde e bem-estar de ambos (FARACO, 2008). Isso inclui as interações emocionais, psicológicas e físicas entre pessoas, demais animais e ambiente. O animal de estimação não é só um elo que une os seres humanos a um passado recente, de acordo com Garcia (2005), pois a necessidade de tê-los em casa foi estimulada pelo aumento na expectativa de vida, por mais pessoas estarem morando sozinhas. Reitera-se, então, que inclusive os animais de estimação integram a família e estabelecem outras formas de vínculo e afeto entre pessoa e animal.

Enquanto rede de relações interpessoais, a família também amplia seus vínculos à medida que se incluem os amigos, colegas de trabalho, bem como de relações sociais baseadas em atividades outras, como esportivas, culturais e de cuidados de saúde (FAQUINELLO; MARCON, 2011). Sob essa perspectiva pode-se dizer que as amigas, a vizinhança, ao lado dos familiares, são possivelmente as relações mais importantes da rede social das mulheres em fase do climatério. Essas redes podem ser divididas em duas categorias: familiar e de amigos, em que a rede de amigos, diferente da familiar, é construída a partir de escolhas seletivas, sendo baseada na troca recíproca de experiências e sentimentos (BOWLING; BROWNE, 1991; FAQUINELLO; MARCON, 2011).

Nos diversos contextos da vida das mulheres em climatério pode-se dizer que os amigos ajudam a compor a rede social delas e complementam a família, podendo ser considerados essenciais para manutenção da saúde, tanto nos aspectos físicos como nos afetivo-emocionais. Assim, esses afetos contribuem para a manutenção das relações sociais, como as amigas, muitas delas construídas entre a vizinhança:

As amigas! Eu quando me dá uma tristeza, fico triste, a depressão né, eu saio, vou na vizinha, tomo um chimarrão, aí eu esfrio a cabeça um pouco. (Jasmim-60)

As amigas também ajudam bastante, tu tendo umas amigas boas que às vezes te dão conselho. (Nena-63)

Eu também! Vou na vizinha tomar chimarrão! (Maria Marta-48)

Percebe-se que a proximidade com as amigas, vizinhas, o estar junto possibilita uma troca, entre o diálogo e a escuta, pois as mulheres se entendem e buscam apoio no afeto que cada uma tem, na palavra que acolhe, nas alegrias e nas dificuldades. Reitera-se que as amizades constituem a rede social do ser humano, sendo de extrema importância para o bem-estar emocional, afetivo e psicológico dos indivíduos. A amizade se constitui como um vínculo forte e de cunho emocional, podendo ocorrer com qualquer membro da rede social (FAQUINELLO; MARCON, 2011). Assim o afeto, que abarca as relações de amizade, relaciona-se com sentimentos de ternura, carinho e simpatia, estes fundamentais para qualquer ser vivo, ainda mais para as mulheres que adentram um período de importantes repercussões, como o climatério. Fica claro que as mulheres deste estudo contam com o apoio social de amigas, vizinhas, filhas (os) que oferecem informações ou conselhos, já que esse é um processo recíproco, que provoca efeitos benéficos para o indivíduo que recebe e também para quem oferece apoio. A importância do apoio social para a vida das mulheres em climatério consiste nas relações de solidariedade que se estabelecem e que as auxiliam na construção de estratégias para o enfrentamento das diversas situações que a vida impõe.

O apoio social está centrado na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social, efetivamente importantes para as famílias (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Existem algumas categorias de apoio social, tais como apoio de reforço, emocional, informativo e instrumental. O apoio de reforço refere-se aos sentimentos de reconhecimento; o emocional, ao afeto e respeito, entre outros; o informativo que se relaciona às informações, opiniões e conselhos prestados; e o instrumental que trata do auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilização de recursos, bens, e serviços (BULLOCK; 2004). De acordo com o relato das participantes, o apoio emocional e o informativo foram os mais destacados nessas falas, quando recorrem às amigas e vizinhas para procurar conselhos, conversar ou distrair-se tomando chimarrão. Assim, a rede social abarca o âmbito estrutural ou institucional da qual o indivíduo faz parte, como a rede de vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar, por exemplo (BULLOCK; 2004). Em função disso é necessário reforçar a importância dos membros que integram a rede social dessas mulheres, estimulando-as a criarem encontros entre amigas, que se incentive a visitação entre a vizinhança.

Nessa trama de afetos e vínculos, para fortalecer a coragem para as mudanças que vivenciam nessa fase, a religiosidade tem destaque em suas vidas. É preciso recordar o contexto religioso em que elas vivem, já que são pertencentes à segunda colônia de imigração italiana no Rio Grande do Sul. Em virtude disso, a devoção à igreja católica para esses descendentes continua viva, em torno da qual a família se reúne e exerce influência muito grande nas atividades comunitárias (BUDÓ; 1996), embora se deva salientar que nem todas as participantes são dessa religião. Nessa perspectiva, a prática da fé em Deus e da religiosidade para as participantes as auxiliam nos desafios diários:

Às vezes tem gente que diz: ah tu tá sozinha? Eu digo não! Tem Deus sempre comigo! Eu nunca estou sozinha, sempre tenho Deus comigo! Se ganho uma novena eu faço! (Maria Marta-48)

A gente faz as reuniões de Páscoa, de Natal com as famílias. Vai à igreja no dia de Sto. Antônio, quase sempre na missa na cidade. (Nena-63)

Quando eu estou triste, eu rezo muito! (Jasmim-60)

Eu acho que esse Deus é pôr em prática o que ele diz na Bíblia. Eu acho que é das atitudes da gente, não adianta falar da boca e não ter atitude. É esse Deus que dá força, tu não conhece, mas sabe que ele existe. E se eu acordei hoje, eu tenho que agradecer primeiramente, porque ele está me dando mais uma oportunidade. (Clara-45)

As práticas religiosas, a fé em Deus e aos santos da cultura local é parte do cotidiano da maioria dessas mulheres e integram os discursos das depoentes. Fazer uma novena, ir à missa, crer em Deus e cultivar os rituais cristãos lhes dão coragem em momentos de infortúnio, e ao mesmo tempo é o instante para agradecer as superações. Conforme uma participante das participantes, os discursos religiosos devem ser guiados por atitudes orientadas por meio da Bíblia, bem como agradecer a Deus pela oportunidade de viver mais um dia. Assim, a crença em Deus as impedem de se sentirem solitárias e as preces trazem conforto nos momentos em que a tristeza se faz presente. Sob esta perspectiva, compreende-se a religião como um sistema organizado de práticas, crenças, rituais e símbolos criados para aproximar o indivíduo com o sagrado e o que transcende (KOENIG, 2001; GOBATTO; ARAÚJO, 2013).

Em vista disso, a prática religiosa se mostra uma importante aliada especialmente frente às adversidades, constituindo uma forma de cuidado realizado pelas mulheres, já que tal prática é fonte de bem-estar e esperança. Em função disso, alguns fatores são reconhecidos no contexto religioso: as crenças, que orientam e facilitam as decisões diárias possibilitando a

redução do stress; o apoio social, por meio a comunidade religiosa, a qual oferece apoio emocional e até financeiro, e a adoção de hábitos saudáveis, que promovem a saúde (KOENIG; 2005; CORTEZ, 2012). Assim, ao adotarem certas práticas religiosas, o cuidado à saúde durante o climatério adquire outro sentido, já que essas mulheres encontram na religião ou na fé o caminho para lidarem com os problemas de vida ou até mesmo como uma forma de estarem inseridas e se sentirem acolhidas na comunidade da qual fazem parte. Em vista disso a enfermagem precisa estar aberta às crenças, à religiosidade e demais práticas de cuidado à saúde que os indivíduos lançam mão para guiarem suas vidas, explicarem as doenças e a cura destas, já que, o modelo hegemônico não dá conta e não deve ser o único a tratar/resolver os problemas de saúde das pessoas.

5 COSTURAS FINAIS

Ao tecer algumas considerações sobre o percurso desta pesquisa é preciso apontar também as dificuldades vivenciadas. A principal delas diz respeito ao instrumento principal de produção dos dados, a oficina de bonecas de pano. A diversidade de modalidades de oficinas e escritos eram muitas, mas apenas um estudo contemplou os passos descritos, que possibilitaram a compreensão e sua utilização nesta pesquisa.

Em virtude da proposta de uma oficina, vislumbrou-se o quantitativo e a relevância dos depoimentos encontrados, o que exigiu um esforço para selecionar as falas, resumir o escrito e a opção do instante de encerrar as discussões, que pareciam intermináveis, já que uma ideia levava a outra, e um conceito necessitava ser invadido e apropriado. Tramar o fazer artístico no contexto da oficina com a pesquisa em enfermagem foi uma possibilidade que valorizou o saber das participantes, em que todas tiveram direito à voz, aprenderam e ensinaram mutuamente com a reflexão das suas vidas e possivelmente puderam reelaborar atitudes construtivas.

As limitações deste estudo decorrem da necessidade de uma maior imersão nos aspectos teóricos que envolvem as questões socioculturais dos saberes e práticas de cuidado à saúde, bem como a necessidade de aprofundar algumas discussões na perspectiva cultural. Em alguns momentos neste estudo, ainda fica evidente o olhar a partir da lente biomédica, quando são enfocados demasiadamente as queixas e as explicações biomédicas destas. Reconhecer estas limitações conduzem para caminhos mais atentos, em que, tanto na pesquisa e na assistência, a visão de mundo, as crenças e valores das pessoas sejam acolhidos e respeitados, de modo que exista um compartilhamento de saberes entre os diferentes contextos que promova qualidade de vida e saúde.

Ademais, a respeito dos achados neste estudo, fica claro que o aprendizado sobre o climatério ou menopausa reforça o aprendizado que ocorre entre as mulheres, entre as gerações, em que o conhecimento é construído de mãe para filha, de avó para neta, entre amigas ou no local de trabalho. Por meio das manifestações relatadas pelas mulheres costurando os saberes de diferentes gerações e das múltiplas relações de suas vidas, o climatério foi sendo compreendido, especialmente pelas queixas que o caracterizam. Por outro lado, muito silêncio se fez presente e muitas dúvidas ficaram sem esclarecimentos, ao longo de suas vivências nesse período especial.

Dar voz às mulheres no climatério é o primeiro passo para ajudá-las a reforçar sua autonomia, conhecer suas necessidades, dúvidas e superações, acolher seus saberes, estimular as práticas saudáveis de cuidado que realizam e compreender as razões quando não conseguem ou não podem cuidar de si próprias.

As filhas, as irmãs, as amigas ajudaram no cuidado, ao indicar chás como da folha da amora branca, da parreira, alimentos derivados da soja que contribuem na diminuição dos ‘calorões’, ou quando as incentivaram a realizar exercícios físicos. As participantes reconheceram a importância da atividade física, da alimentação equilibrada. Porém, por diversas questões, a alimentação adequada não é uma realidade do cotidiano da maioria. Salienta-se que alguns relatos demonstram que as participantes têm oportunidade de realizar, e realizam exames de rotina, como o preventivo de câncer de colo uterino e a mamografia, bem como fazer uso dos medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, concomitantes nesse período.

As atividades de lazer foram citadas como imprescindíveis para elas nessa fase: passear, lidar na terra de algum modo, como ‘mexer’ na horta e cuidar do jardim, pescar, ouvir música, participar de grupos da terceira idade, dançar, fazer artesanato como crochê e tricô são outras possibilidades de cuidado para o corpo/mente que as mulheres utilizam e conferem bem-estar. Isso reforça que a qualidade de vida dessas participantes não passa somente pelas via biomédica ou por consultas individuais, mas por atitudes, muitas vezes singelas, que fazem parte de seus cotidianos e impactam em suas vidas.

Foram várias as fontes de conhecimento a respeito do climatério indicadas por elas. Aos poucos tais fontes são entrelaçadas às experiências, sensações e contextos que orientam suas ações de cuidado no cotidiano. Aliado a isso, é preciso enfatizar que o cuidado que as mulheres realizam está ligado a suas condições de vida, seu trabalho, sua história, o meio social em que vivem e se identificam culturalmente e, nesse contexto, aprendem a lidar com a saúde e com a doença. Esse entendimento leva à confirmação de que se deve incentivar as pequenas conquistas de cada uma, na singularidade de suas possibilidades, no que se refere às formas de se cuidar no climatério, na oportunização de espaços de convivência e encontros de compartilhamento de saberes e ações para contribuir para a qualidade de vida e, e o enfermeiro torna-se um profissional imprescindível ao possibilitar estes encontros.

Cabe salientar a lacuna no cuidado a essas mulheres por parte do enfermeiro, além da equipe de saúde, com relação ao climatério, embora um relato tenha destacado um encaminhamento feito diante de uma queixa referente ao assunto. Por isso o enfermeiro

precisa estar atento e munido de conhecimento para ‘cuidar junto’, incentivar o diálogo aberto ao prestar as orientações sobre as queixas próprias dessa fase e as alternativas de cuidado disponíveis na realidade inserida.

Estudos podem ser necessários sobre a importância das práticas de cuidado por meio da utilização das terapias complementares, bem como sobre as dificuldades de realizar determinadas práticas de cuidado, diante de um discurso que revela a importância desses cuidados, mas nem sempre viável ou possível.

O afeto e a amizade foram sentimentos referidos pelas participantes como apoio a essa fase de vida. Tais sentimentos são construídos nas relações com o companheiro, vizinha, filha, amiga, netos e animais de estimação, os quais constituem o apoio que confere sentido à vida, para ter esperanças, prezar a saúde e constituir solidariedade. Aliado a isso, a fé em Deus e nos santos locais demarca um contexto cultural próprio, onde essas mulheres se inserem por meio da prática da religiosidade, que se mostrou presente, frente aos infortúnios da vida e também frente aos milagres do cotidiano, assim entendidos por elas.

Vislumbrou-se que o apoio social delas é fortalecida e incentivada no dia a dia, e mostra-se fundamental para desfrutarem a vida com maior qualidade e dignidade. Pesquisas que abordem a importância da rede social ou apoio social para esse público feminino precisam ser incentivados, uma vez que contribuem para fortalecer suas práticas de cuidado.

Sabe-se que há carência de programas de saúde específicos para as mulheres dessa faixa etária, revelando o enfoque quase que exclusivo nas prioridades estabelecidas pelas diretrizes da ESF, que preveem o cuidado aos hipertensos, aos diabéticos, às gestar crianças e aos idosos. Reitera-se que mesmo diante de alguns esforços construídos, na prática a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher nas áreas específicas de climatério. Por isso considera-se importante trazer para reflexão a formação dos profissionais da saúde em relação ao climatério, em especial, do enfermeiro, já que este profissional é aquele que está - ou deveria estar- em maior proximidade com este público feminino. Da mesma forma, considera-se questionar como a atenção básica está preparada para acolher essas mulheres na integralidade do cuidado.

Finalmente, entende-se que a compreensão das mudanças e transformações vivenciadas pelas mulheres nessa fase podem ser facilitadas por ações de promoção e educação em saúde, por isso deve-se possibilitar a criação e a manutenção de grupos/encontros para esse público feminino. Além disso, quanto mais instrumentalizada e

informada estiver a mulher para viver as diferentes fases de sua vida, em especial a abordada neste estudo, a do climatério, mais facilmente passará pelas transformações peculiares.

REFERÊNCIAS

ALESSANDRINI, Cristina Dias. *Oficina criativa e psicopedagogia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

ALVES, A. M. T. Climatério: *Identificando as demandas das mulheres e a atuação das equipes de saúde da família nesta fase da Vida*. 2010. 22 f. Monografia: (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

AMEZCUA, Manuel. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, v. 13, n. 2, p.112-17, 2003.

ARALDI, L. C. C. *A educação estética e o feminino*: propostas para uma visão humanizadora em educação. 2006. 128 p. (Mestrado em educação). Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2006.

ARCANJO, G.; VALDES, M. T. M.; SILVA, R. M. da. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 2, p. 2145-2154, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a19.pdf> >. Acesso em 20 set. 2014.

ARGOTE, O. et al. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichán*, v. 8, n.1, p. 33-49, 2008.

BALTOR, M. R. R et al. The text in its context: what is family for you? *Cuid Fund Online*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 293-304, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1600> >. Acesso em 20 set. 2014.

BARBOZA, W. M. O.; COSTA, T. V.; TOLEDO NETO, J. L. Qualidade de vida em mulheres no período de climatério e menopausa. *Rev Odontologia (ATO)*, v. 14, n. 7, p. 406-417, 2014.

BARCELOS, R. S.; ZANINI, R. V.; SANTOS, I. S. Distúrbios menstruais entre mulheres de 15-54 anos de idade em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n.11, p. 2333-346, 2013.

BATISTA, J. A. Reflexões sobre o conceito antropológico de cultura. *Revista saber eletrônico*, v. 1, n. 1, p. 102-109, 2010.

BISOGNIN, P. et al. O climatério na perspectiva de mulheres, *Enfermería Global*, n. 39, p. 168-80, Jul. 2015.

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Rev Bras Enferm.*, v. 62, n. 2, p.323-6, 2009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a25v62n2.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

BELTRAMINI, A. C. S. et al. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. *REME rev. min. enferm*, v. 14, n. 2, p. 166-174, 2010.

BENEDICT, R. O crisântemo e a Espada. Editora Perspectiva: São Paulo, 1972.

BENTO GONÇALVES. A cidade. 2014. Disponível em: <http://www.bentogoncalves.rs.gov.br/a-cidade/conheca-a-cidade> . Acesso em 20 set. 2014.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery*, v. 13, n. 3, p. 537-42, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a12>> . Acesso em: 4 dez. 2015.

BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOLEN, J. S. *Milionésimo Círculo: o como transformar a nos mesmos e ao mundo*. São Paulo: TRION, 2003.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ*, n.19, p. 20-28, 2002.

BOWLING, A.; BROWNE, P. D. Social Networks, Health and Emocional Well- Being among the oldest old in London. *J. Gerontologia*, v. 46, n. 1, p. 20-32, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS* . Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Saúde. *Portal Brasil*. 2012a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/mortalidade-feminina-no-brasil-cai-12>.> Acesso em: 25 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. *Resolução 466/12*. 2012c. Disponível em:<
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 1, p. 36-43, 2008.

_____, M. L. D. O antigo e o novo: o cuidado em saúde no cotidiano de uma cultura italiana. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 27-34, 1996.

BULLOCK K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: Saunders; 2004.

CABRAL, P. U. L. et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v. 34, n.7, p. 329-34, 2012. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000700007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2015.

CAMPOS, G. W. de S. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade*, n. 11, v. 1, p.105-15, 2002.

CARBONEL, A. A. F., et al. Extrato de soja no tratamento dos sintomas vasomotores no período menopausa. *FEMINA*, v. 40, n. 5, 2012.

CARREIRA, P. L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3925-32, 2011.

CASTRO, T. Corpo, envelhecimento e felicidade. *Cad Pagu*, n. 39, p. 461-74, 2012. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332012000200017>>. Acesso em: 4 dez. 2015.

CEOLIN, T. Conhecimento sobre plantas medicinais entre agricultores de base ecológica da Região Sul do Rio Grande do Sul.108 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R da. *Metodologia científica*. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em debate*, nº 46, 1995.

COELHO, E. Q.; COELHO, A. Q.; CARDOSO, J. E. D. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? *Rev bioét*, v. 21, n. 1, p. 142-9, 2013.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p. 214-7, 2005.

COELHO, E. de A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.154-160, 2009.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CORTEZ, E. A. Religiosity in terms of the influence of health and spirituality: reflections for nursing care is this what you mean? *Online braz j nurs*, v. 11, n(Suppl 1), p. 418-9, 2012 . Disponível em:<
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086/html> [1http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086/html](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086/html) [2http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086/html](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086/html)>. Acesso em: Acesso em 05 out. 2015.

COSTA, A. A. A. *O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de uma Intervenção Política*. In: *Labrys Estudos Feministas*, Jan./Jul., 2005.

DEL PRIORE, Mary. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. Editora SENAC: São Paulo, 2000.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, v. 13, (supl.1), p. 641-49, 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

DUARTE, R. *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ESTES, C. P. *Mulheres que correm com os lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem*. Tradução de Waldéa Barcellos. Cohen. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev esc enferm USP*, v. 45, n. 6, p. 1345-52, 2011.

FARACO, C. B. Interação Humano-Animal. *Ciência veterinária nos trópicos*. Recife, v. 11. p. 31-5, 2008.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Climatério: manual de orientação*. São Paulo: Ponto, 2004.

FERREIRA, V. N., et al. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, 410-419, 2013.

FONSECA, A.M.; et al. *Dados demográficos, epidemiológicos e clínicos de mulheres brasileiras climatéricas*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

FREIRE, Paulo. *A Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GARCIA, G. No Brasil, zooterapia ainda é incipiente. *Viver Mente e Cérebro*, n. 152, 2005.

GARCIA, N. K.; GONÇALVES, R.; BRIGAGÃO, J. I. M. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. *Rev. Eletr. Enf*, v. 15, n. 3, p.713-21, 2013. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18529>>. Acesso em: 10 out. 2014.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan AS, 1973.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T, C. F de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GOLDENBERG, M. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Contemporânea*, ed.18, v. 9, n. 2, 2011.

HEIDEN, J.; SANTOS, W. Benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos. *ÁGORA: revista de divulgação científica* v. 16, n. 2(A), 2010.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERRERA, E. M.; POSADA, M. L. A. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Avances en Enfermería*, v. 28, n.especial, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Tábua de vida: tábua completa de mortalidade – sexo feminino. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/tabuadevida/textomulhers2000.shtm>>. Acesso em: 5 de out. 2014.

_____. IBGE. *Censo Demográfico*. 2010b. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=430210&idtema=90&search=rio-grande-do-sul|bento-goncalves|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao>>. Acesso em 5 de out. 2014.

_____. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2014*. Disponível em:< ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_s_continua/Renda_domiciliar_per_capita_2014/Renda_domiciliar_per_capita_2014.pdf>. Acesso em: Acesso em 10 de out. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf>. Acesso em: Acesso em: 5 de out. 2015.

_____. INCA. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 5 de out. 2015.

- JAIMES, J. A. R. et al. Atención del climatério y menopausia em la mujer peruana. *Diagnóstico*, v. 52, n. 2, 2013.
- KANTOVISKI, A. L. L., VARGENS, O. M. C. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Rev eletr enf*, v. 12, n. 3, p. 567-70, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7589>>. Acesso em: 6 set. 2014.
- KOENIG, H. G. Espiritualidade no cuidado com o paciente. *Por quê, como, quando e o quê*. São Paulo: Editora FE; 2005.
- LACERDA, A. B. M. et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. *Audiol, Commun. Res*, v. 18, n. 2, p. 85-92, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/acr/v18n2/06.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.
- LANFERDINI, I. I. Z.; PORTELLA, M. R. Significado do climatério para a mulher octogenária rural. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, v. 19, n. 1, p. 173-188, 2014.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F.B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.18, n.3, p.459-466, 2010.
- LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico*. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2009.
- LEININGER, M. *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
- LEITE, E. de S.; et al. Perspectivas de mulheres sobre o climatério: conceitos e impactos sobre a saúde na atenção básica. *R. pesq. cuid. fundam. Online*, v. 4, n. 4, p. 2942-52, 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1850/pdf_636. Acesso em: 15 out. 2014.
- LEITE, M. T. et al. O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. *Rev Eletr Enf*, v. 15, n. 2, p. 344-51, 2013. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a05.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.
- LISBOA, A. V.; FÉRES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicologia em Estudo*, v.12, n.1, p. 51-59, 2007.
- LOMÔNACO, C.; TOMAZ, R. A. F.; RAMOS, M. T. O. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprod clim*. v. 30, n. 2, p. 58–66, 2015.
- LÒPEZ, A. F.; LORENZI, D. R. S. de.; TANAKA, A. C. D. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (MRS). *Rev chi*.

obstet ginecol, v. 75, n. 6, p. 375-382, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n6/art06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

LORENZI, D. R. S. de. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-93, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: Acesso em: 10 out. 2014.

LUCENA C, T. et al. Percepção de mulheres no climatério sobre a sua sexualidade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 28-37, 2014.

MACHADO, R. M.; OLIVEIRA, S. A. B. M.; DELGADO, V. G. Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão *Rev. Eletr Enf*, v. 15, n. 1, p. 223-32, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14564>>. Acesso em: 14 out. 2015

MARCELLINO, N. C. O lazer e os espaços na cidade. In: ISAYAMA, H.; LINHALES, M. A. (Orgs.) *Sobre lazer e política: Maneiras de ver, maneiras de fazer*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e sociedade*, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, p. 31- 48, 2009.

MELLO, C. L.; FROEHLICH, J. M. Identidade territorial e artesanato com porongo na região central do RS – a noção de circuito espacial produtivo e suas possibilidades no âmbito do turismo, *G&DR*, v. 11, n. 2, p. 170-191, 2015.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2013.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MIRANDA, M. A. et al. Uso etnomedicinal do chá de *Morus nigra* L. no tratamento dos sintomas do climatério de mulheres de Muriaé, Minas Gerais, Brasil, *HU rev* ; v. 36, p. 61-8, 2010.

MONTERROSA-CASTRO, I.; MÁRQUEZ-VEJA, J.; ARTETA-ACOSTA, C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*, v. 27, n. 1, p. 31-41, 2014.

- MORAIS, F. R. C. et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.305-10, 2011.
- MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol Reflex Crit*, v. 17, n. 2, p.177-87, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22470.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2015.
- MOTTA-MAUÉS. M. A. M. Lugar de mulher: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- MOURA, E. C. D. Eu te benzo, eu te livro, eu te curo: nas teias do ritual de benzeção. *MNEME – Revista de humanidades*, v. 11, n. 29, p. 340-69, 2011.
- MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. da. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Esc Anna Nery*, v. 9, n. 3, p.434-40, 2005.
- OLIVEIRA, F.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, E. C. A Internet como fonte de Informação em Saúde. *J Health Inform*, v. 5, n. 3, p. 98-102, 2013.
- OLIVEIRA, J. R. F. *Saberes e práticas de mulheres no cuidado de si: contribuições ao cuidado de enfermagem em uma perspectiva educativa*. 2011. 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- OLIVEIRA, R. P. de. Antropologia e filosofia: estética e experiência em Clifford Geertz e Walter Benjamin. *Horiz antropol*, v. 18, n. 37, p. 209-234, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ha/v18n37/a09v18n37.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.
- ORMEZZANO, G. *Imaginário e educação: entre o homo symbolicum e o homo estheticus*. 2001. 284 p. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 58, n. 2, p. 172-81, 2014.
- PATIAS, N. D.; BUAES, C. S. Tem que ser uma escolha da mulher: Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicologia & Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 300-06, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7182201200020000>. Acesso 25 fev. 2016.
- PEDRO, I.C.S.; ROCHA, S. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 16, n. 2, p. 324-32, 2008.
- PEDROSA, J. I. S. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: FONSECA, A.F (Org). *Educação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

PELCASTRE-VILLAFUERTE, B.; GARRIDO-LATORRE, F.; LÉON-REYES, V. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, v. 5, n. 43, p. 408-14, 2001.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. *Esc. Anna Nery*, v. 13, n. 2, p. 366-371, 2009. Disponível em:< http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2016.pdf>. Acesso em 13 out. 2014.

PIRES, A.P. M. *Composição química e atividade antioxidante de folhas de diferentes castas de videira*. Bragança: ESA. 2010. 64 p. Dissertação (Mestrado em Qualidade e Segurança Alimentar)- Escola Superior Agrária de Bragança, Bragança, 2010.

PUKE, N.; MARCELLINO, N.C. Contribuições de alguns autores de três das principais escolas antropológicas para os estudos do lazer: evolucionista, culturalista e funcionalista. *Licere*, v. 15, n. 3, 2012.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; JÚNIOR, A. P. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 779-86, 2008.

RINALDI, D. L. Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: Novos Dispositivos de Cuidado no Campo da Saúde Mental In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia: comunicação de Pesquisa*, v. 3, n. 1, 2006. Disponível em:<http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Comunic%20de%20Pesquisa%20-%20V3N1.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. *Trab Educ Saúde*, v. 8, n. 3, p. 419-37, 2010.

ROCHA, A. W. et al. As incertezas de mulheres em vivenciar a sexualidade no climatério. *J Nurs UFPE online*, Recife, v. 8, n. 2, p. 314-22, 2014. Disponível em:< http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5966/pdf_4548>. Acesso em: 4 dez. 2015.

ROCHA, M. D. H. A. da.; ROCHA, P. A. da. Do climatério à menopausa. *Revista científica do ITPAC*, v. 3, n.1, 2010.

ROSA-E-SILVA, A. C. J. S.; MELO, A. S de. A importância da via de administração na terapia hormonal do climatério. *Femina*, v. 8, n. 6, p. 279-85, 2010.

SÁ, R. S. de. *A Oficina Como Ferramenta Educativa: Do Corpo Disciplinar ao Corpo Vibrátil -Uma Abordagem Libertária Contemporânea*. 2002. 226 f. (Tese de Doutorado em Engenharia de Produção – Ergonomia/UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

- SANCHES, T. R. et al. Avaliação dos sintomas climatéricos na mulher em menopausa e pós-menopausa em uso de proteína isolada de soja. *J Health Sci Inst*, v. 28, n. 2, p. 169-73, 2010.
- SANTOS, A. R. M, et al. A busca pela beleza corporal na feminilidade e masculinidade. *R. bras. Ci. e Mov* 2013; v. 21, n. 2, p. 135-142, 2013.
- SANTOS, A. C. B. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Rev. NUFEN*, v. 4, n. 2, p. 11-21, 2012.
- SANTOS, J. S.; FIALHO, A. V. de M.; RODRIGUES, D. P. Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. *Rev Eletr Enf*, v. 15, n. 1, p. 15-22, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16501>>. Acesso em: 6 set. 2014.
- SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre - filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-9, 2010.
- SARE, G. M.; GRAY, L. J.; BATH, P. M. Association between hormone replacement therapy and subsequent arterial and venous vascular events: a meta-analysis. *Eur Heart J*, v. 29, n. 1, p. 2031-41, 2008.
- SARTORI, A. C. R.; ZILBERMAN, M. L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. *Rev Psiquiatr*, v. 36, n. 3, p. 112-21, 2009.
- SEHNEM, Graciela Dutra et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 90-6, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/13.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Analysis of the narratives on menopause of a Brazilian website. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.42, p.609-22, 2012.
- SERRÃO, C. (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, v.1, n. 26, p. 15-23, 2008.
- SILVA, A. R.; FERREIRA, T. F.; TANAKA, A. C. A. História ginecológica e sintomatologia climatérica de mulheres pertencentes a uma unidade de saúde pública do estado do Acre. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, v. 20, n.3, p. 778-86, 2010.
- SILVA, G. B.; BURITI, M. A. Influência da dança no aspecto biopsicossocial do idoso *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 2, p. 177-92, 2012.
- SILVA, G. F. et al. Influências do climatério para o envelhecimento na percepção de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem. *Rev Eletr Enf*, v. 17, n. 3, 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29072>>. Acesso em: 4 dez. 2015.
- SILVA, R. M. C. R. A. et al. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. *Rev Eletr Enf*, v. 10, n. 4, p. 1165-71, 2008. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a30.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 32, n. 3, p.502-508, 2011.

SOUZA, M. de L. et al. Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto contexto enferm*, v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2014

SOUZA, V. M. S., et al. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause*, n. 19, v. 5, p: 569-75, 2012.

TAIROVA, O. S.; LORENZI, D. R. S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 135-145, 2011.

TORRALBA, F. R. *Antropologia do Cuidar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TRENCH, B. V.; SANTOS, C. G. Menopausa ou menopausas? *Saúde Soc.*, v.14, n.1, p. 91-100, 2005.

TRENCH, B.V.; ROSA, T.E.C. Menopausa, hormônios, envelhecimento. Discurso de mulheres que vivem em um bairro da periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, v. 8, n.2, p. 207-16, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1999.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALENÇA, C. N.; FIALHO, J. M. do N.; GERMANO, R. M. Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde Soc.*, v.19, n.2, p. 273-85, 2010.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, 2010.

VENDRUSCOLO, G. S.; MENTZ, L. A. Levantamento etnobotânico das plantas utilizadas como medicinais por moradores do bairro Ponta Grossa, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *IHERINGIA: Sér. Bot.*, Porto Alegre, v. 61, n. 1-2, p. 83-103, 2006.

VIDAL, C. P. M. et al. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. *Rev. bras. enferm*, v. 65, n.4, p. 680-84, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a19v65n4.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

WALDOW, V. R. *Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?* *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 20-32, 1998.

WALDOW, V. R. et al. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WOLF, N. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ZANOTELLI, S. dos S. et al. Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família. *Pesq cuid fundam Online*, v. 4, n. 1, p. 2800-11, 2012. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1632/pdf_492>. Acesso em: 28 set. 2014.

APÊNDICES

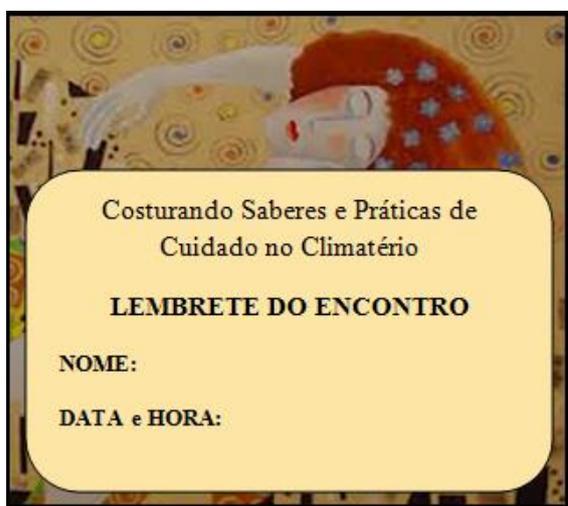
APÊNDICE A – LEMBRETE E AGRADECIMENTO DOS ENCONTROS DA OFICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Enfa. Priscila Bisognin

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Título do projeto de pesquisa: Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério.



APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel. Endereço: Rua Coronel Niederauer, 621, apto 1503, Santa Maria, RS. CEP: 97 015 121. Contato: (055) 3220-8263. Email: lbressel208@yahoo.com.br

Mestranda: Enfa. Priscila Bisognin. Endereço: Rua Goes Monteiro, 116, apto 706. Bento Gonçalves, RS. CEP: 95 700 000. Contato: (055)9637-9634. Email: pribisognin@gmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de realização da pesquisa: ESF Barracão no Município de Bento Gonçalves, RS, Brasil.

Participantes envolvidos: mulheres em fase de climatério, dos 40 aos 65 anos de idade.

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada para **participar voluntariamente** (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa, por meio, em primeiro lugar de uma entrevista individual para coletar alguns dados de vida e de saúde e, em segundo lugar, para participar de atividades em grupo junto com outras mulheres da minha comunidade. Mas caso eu necessite de passagens ou do valor destas para me deslocar até o local da pesquisa, estas serão fornecidas pela mestranda. Fui esclarecida do **objetivo da pesquisa** que é conhecer os saberes e as práticas de cuidado no climatério. E também entendi que este estudo é importante, já que os dados têm mostrado um aumento nos anos de vida das mulheres e que a atenção à saúde delas ainda está muito voltada à fase materno-infantil e por isso se faz necessário estudos que levem em consideração outras fases da vida da mulher, como o climatério/menopausa. Assim, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de pesquisas voltadas para as práticas de cuidados de saúde que as mulheres realizam durante o climatério/menopausa.

Fui informada que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito.

Fui avisada de que as atividades em grupo **serão gravadas, mas não serão filmadas**, e os depoimentos de todas as participantes serão transcritos posteriormente. Os depoimentos serão gravados para que a mestranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser.

Também ficou esclarecido que, durante a digitação dos depoimentos, **não vou ser identificada pelo meu nome**. Serei identificada por um nome falso que eu escolherei e isso vai garantir o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. Os depoimentos das atividades em grupo serão utilizados pela mestranda em espaços acadêmicos, artigos científicos e também na forma de um relatório para a Secretaria de Saúde de Bento Gonçalves, RS.

Os **materiais das entrevistas e das atividades em grupo** serão guardados por **cinco anos** na sala 1339, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Prédio 26, Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel), e depois desse período serão eliminados.

O local de realização das entrevistas individuais será escolhido por mim e a pesquisadora e o local das atividades em grupo será determinado por mim e pelas demais participantes. Durante as atividades em grupo, além da mestranda, será convidado (a) um (a) auxiliar de pesquisa que esteja no último ano do curso de Enfermagem da Faculdade Cenecista que observará a atividade e realizará algumas anotações. Fui informada que a **minha privacidade (intimidade) será respeitada**.

Também fui avisada que esta pesquisa não me causará nenhum dano físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que **riscos** podem existir, que alguns sentimentos ou desconfortos podem surgir durante a entrevista individual ou nos encontros em grupo, pois algumas discussões podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro poderá ser interrompido, poderei conversar sobre esses sentimentos separadamente com a mestranda e se eu quiser poderei retomar ou não a minha participação no estudo após eu me sentir melhor. Fui avisada que as atividades em grupo podem ser um benefício para mim, pois estarei construindo conhecimentos sobre o cuidado em saúde e poderei fazer trocas de conhecimentos com as demais participantes.

Além disso, como a mestranda e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode-se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender como ocorrem os cuidados de saúde em mulheres que estão no climatério/menopausa e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco.

Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável.

Bento Gonçalves, ____ de _____ de 2015.

Assinatura da participante da pesquisa



Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

1.6 Reside com: () pais () companheiro(a) () filho(a)(s) () avós

() outros: _____

1.7 Renda familiar: _____

2 Características de saúde da participante:

Apresenta menstruação irregular: () Sim () Não E quais as características desta menstruação? _____

Idade da última menstruação (em caso de menopausa): _____

Ainda menstrua, mas irregularmente: () sim () não.

Apresenta algum sintoma em relação ao climatério/menopausa? Quais?

Quando você fez pela última vez o exame preventivo de câncer de colo de útero? _____

O resultado apresentou alguma anormalidade?

Tem/teve algum problema de saúde? Qual?

Tem/teve alguma doença sexualmente transmissível? Qual? _____

Realizou algum procedimento cirúrgico? Qual? _____

Realiza/realizou algum tratamento de saúde? _____

Qual? _____

Medicações que faz uso: _____

Faz atividade física? () Sim Qual _____ () Não

Participa de grupos na ESF? () Sim Cite: _____ () Não

Atividades de Lazer? () Sim Quais? _____ () Não

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA A OFICINA DE BONECAS DE PANO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Enfa. Priscila Bisognin

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Título do projeto de pesquisa: Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério.

ROTEIRO PARA A OFICINA DE BONECAS DE PANO		
PRIMEIRO ENCONTRO	SEGUNDO ENCONTRO	TERCEIRO ENCONTRO
Construindo o corpo da boneca de pano: construindo saberes sobre climatério	Vestindo a boneca: costurando as práticas de cuidado	Caracterizando a boneca: Influências que agregam os saberes e práticas de cuidados
Primeiro momento	Primeiro momento	Primeiro momento
Preparar o espaço sagrado (cadeiras em círculo, aromas, flores, cores e no centro mesinha com o material disposto)	Preparar o espaço deixando-o acolhedor (cadeiras em círculo, aromas, flores, cores e no centro mesinha com o material disposto)	Preparar o espaço deixando-o acolhedor (cadeiras em círculo, aromas, flores, cores e no centro mesinha com o material disposto)
*será distribuído crachá com o nome das participantes		
SEGUNDO MOMENTO	SEGUNDO MOMENTO	SEGUNDO MOMENTO
Sensibilização com a história de Vasalisa: a boneca sabida	Retomar a representação de cada boneca para a mulher (o que cada boneca significa para cada mulher).	Retomar a representação de cada boneca para a mulher (o que cada boneca significa para cada mulher).
TERCEIRO MOMENTO	TERCEIRO MOMENTO	TERCEIRO MOMENTO
Vivência artística: explicando a proposta da construção da boneca de pano enquanto os questionamentos sobre o objeto de estudo acontecem.	Vivência artística: continuidade da oficina.	Vivência artística: continuidade da oficina.
Questões	Questões	Questões
Falem sobre as transformações que o corpo de vocês está tendo com o climatério/menopausa. E como estas transformações afetam o dia-a-dia de vocês?	Que cuidados com o corpo vocês começaram a ter depois que pararam de menstruar ou desde que começaram a ficar com a menstruação irregular?	Como os profissionais de saúde se fazem presentes para ajudar vocês nesta fase? Exemplifiquem: Quais profissionais de saúde vocês procuram para buscar ajuda nesta fase de climatério/menopausa?
Como/com quem vocês aprenderam o que sabem sobre a menopausa/climatério? O que foi dito/orientado?	Vocês sentem alguma dificuldade nessa fase da vida? Quais são? Como vocês lidam com elas? Quem vocês procuram para ajudar a resolver tais dificuldades?	Poderiam dizer como se sentem/ como se veem como mulher, nesta fase da vida?
Vocês sabem se existe alguma coisa proibida, ou ruim, que deve ser evitada nesta fase de vida? E o que é estimulado a vocês fazerem?	Como a família de vocês tem convivido com esta fase de vida que vocês estão passando? Deem exemplos:	Como vocês percebem que as outras pessoas, veem as mulheres em fase de climatério/menopausa? Exemplifiquem:

O que é importante cuidar na saúde de vocês?		
QUARTO MOMENTO	QUARTO MOMENTO	QUARTO MOMENTO
Expressão verbal acerca do vivenciado	Expressão verbal acerca do vivenciado	Expressão verbal acerca do vivenciado
Ao final do encontro as principais questões pontuadas pelas mulheres serão trazidas para o grupo e questionado sobre a construção da boneca de pano (se estão com dificuldades, se elas têm sugestões, etc.). Também quiserem podem dar ou irem pensando em um nome para a boneca	Ao final do encontro as principais questões pontuadas pelas mulheres serão trazidas para o grupo e questionado sobre a construção da boneca de pano (se estão com dificuldades, se elas têm sugestões, etc.).	Ao final do encontro as principais questões pontuadas pelas mulheres serão trazidas para o grupo e questionado sobre a construção da boneca de pano (como foi fazer a oficina de boneca de pano, o que irão fazer com a boneca, sobre o nome dado, como ela ajudou a falar sobre as questões). Agradecimento pela participação e dizer que em breve será feito novo contato para apresentar a elas as principais questões trazidas sobre o climatério.
QUINTO MOMENTO	QUINTO MOMENTO	QUINTO MOMENTO
Confraternização*	Confraternização*	Confraternização*

*por conta da pesquisadora

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA GRUPAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Enfa. Priscila Bisognin

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Título do projeto de pesquisa: Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério.

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA GRUPAL

Falem sobre as transformações que o corpo de vocês está tendo com o climatério/menopausa. E como essas transformações afetam o dia a dia de vocês?

Como/com quem vocês aprenderam o que sabem sobre a menopausa/climatério? O que foi dito/orientado?

Vocês sabem se existe alguma coisa proibida, ou ruim, que deve ser evitada nesta fase de vida? E o que é estimulado a vocês fazerem?

O que é importante cuidar na saúde de vocês?

Que cuidados com o corpo vocês começaram a ter depois que pararam de menstruar ou desde que começaram a ficar com a menstruação irregular?

Vocês sentem alguma dificuldade nesta fase da vida? Quais são? Como vocês lidam com elas? Quem vocês procuram para ajudar a resolver tais dificuldades?

Como a família de vocês tem convivido com esta fase de vida que vocês estão passando? Deem exemplos:

Como os profissionais de saúde se fazem presentes para ajudar vocês nesta fase? Exemplifiquem: Quais profissionais de saúde vocês procuram para buscar ajuda nesta fase de climatério/menopausa?

Poderiam dizer como se sentem/ como se veem como mulher, nesta fase da vida?

Como vocês percebem que as outras pessoas veem as mulheres em fase de climatério/menopausa? Exemplifiquem:

APÊNDICE F- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**Termo de confidencialidade**

Título do projeto de pesquisa: Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Contato: lbressel208@yahoo.com.br. Telefone: (55)3220 8263

Mestranda:Enfa. Priscila Bisognin

Contato: (55) 9637-9634

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de enfermagem

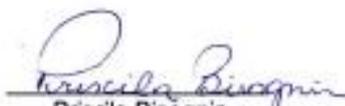
Contato: (55)3220-8263

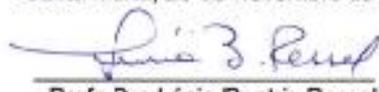
Local de realização da pesquisa: ESF Barracão, Bento Gonçalves, RS, Brasil.

Participantes envolvidos: mulheres em fase de climatério (40 aos 65 anos).

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das participantes do estudo, cujos dados serão coletados por meio da entrevista semiestruturada individual e entrevista grupal durante as oficinas de bonecas de pano, onde haverá um momento de entrevista individual e outro grupal. Será utilizado o gravador e o diário de campo, de forma que as informações obtidas serão utilizadas para a execução do presente projeto, divulgação no meio acadêmico, retorno aos participantes do estudo, à Secretaria de Saúde do Município de Bento Gonçalves, RS. As informações serão utilizados de forma anônima e todos os materiais do estudo serão mantidos na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências de Saúde (CCS), CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da professora Dra Lúcia Beatriz Ressel. Após este período os dados serão destruídos. O presente projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/2014, com o número CAAE _____.

Santa Maria, 25 de novembro de 2014.


Priscila Bisognin
Enfermeira Mestranda
Matrícula: 201460872


Profa Dra Lúcia Beatriz Ressel
Pesquisadora Responsável
SIAPE: 379225

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BENTO GONÇALVES



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA- NUMESC BG

Controle Interno do NUMESC BG 38/2014

Bento Gonçalves, 17 de novembro de 2014

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste autorizar o desenvolvimento do projeto intitulado “**Costurando Saberes e Práticas de Cuidado no Climatério de um Grupo de Mulheres Vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família de Bento Gonçalves/RS**”, pela enfermeira Priscila Bisognin, sendo a Pesquisadora Responsável/Orientadora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel, na Secretaria de Saúde de Bento Gonçalves.

O mesmo tem como objetivo Conhecer os saberes e as práticas de cuidado no Climatério. Os sujeitos de Pesquisa serão mulheres em fase de climatério, dos 40 aos 65 anos de idade que residem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Bento Gonçalves/RS vinculadas à ESF Barracão.

Salientamos que o mesmo só poderá ser iniciado após a Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Atenciosamente


Enfermeira
COREN/RS 119180

Gabriela Molon

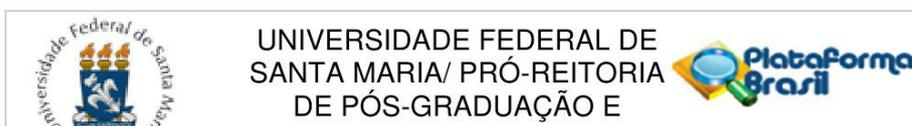
Enfermeira Coordenadora da ESF Baracão


Roberto Onório Miele
Secretário Municipal de Saúde

Roberto Onório Miele

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COSTURANDO SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO NO CLIMATÉRIO

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39318614.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 909.906

Data da Relatoria: 08/12/2014

Apresentação do Projeto:

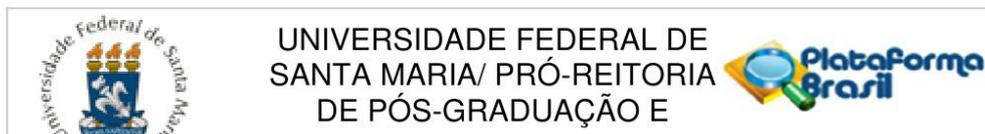
Mais que uma fase da vida da mulher, que pode passar despercebido pelos serviços de saúde, o climatério é um período de grandes significados e que precisa ser vivido na sua plenitude. Nessa perspectiva deve-se compreender o contexto sociocultural de cada mulher, pois isso contribui para que o enfermeiro desenvolva suas práticas pautadas na compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença. Assim, este estudo tem o objetivo de "conhecer os saberes e as práticas de cuidado no climatério de mulheres vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Bento Gonçalves, RS".

Trata-se, de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa, cuja estimativa será de oito participantes no estudo, sendo então, uma escolha intencional desta participantes.

Os critérios de inclusão serão mulheres em fase de climatério que residem na área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família de Bento Gonçalves-RS e de exclusão, mulheres que realizaram histerectomia, com ou sem ooforectomia. Destaca-se que os dados somente serão produzidos após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

A principal técnica de produção de dados é a entrevista grupal no contexto da oficina de bonecas

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 909.906

de pano e para a caracterização do grupo, a entrevista semiestruturada individual, de modo que após o processo de transcrição, os dados serão analisados por meio de análise temática. Deseja-se que esta pesquisa contribua especialmente, para uma prática de enfermagem que contemple as necessidades abrangentes e específicas da mulher que vive o climatério de modo que os saberes e as práticas de cuidado que realizam sirvam para guiar as ações do enfermeiro.

Além disso, deve-se levar em consideração que as práticas realizadas pelo enfermeiro e direcionadas para estas mulheres, devem ser tecidas, costuradas e bem amarradas em um cenário de trabalho interdisciplinar, visando o respeito à cultura do outro, à sensibilidade, à ética, e ao afeto, que são fundamentais para desenvolver um cuidado pautado nos princípios do SUS e nos pressupostos da humanização na atenção à saúde da mulher.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os saberes e as práticas de cuidado no climatério, de um grupo de mulheres vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação poderá resultar em riscos à dimensão moral, social, cultural ou espiritual, ou seja, despertar sentimentos durante a entrevista individual ou nos encontros, pois algumas discussões poderão refletir sobre o cotidiano e os episódios vivenciados pelas participantes. Caso ocorra algum desconforto entre as mesmas, a oficina irá conversar a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e o encontro poderá ser suspenso e remarcado para uma nova data se a participante assim desejar.

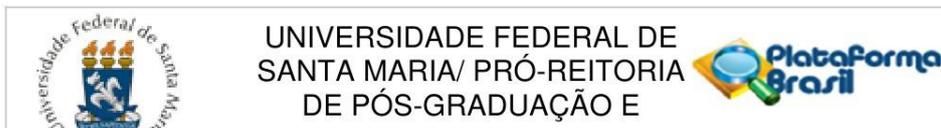
As atividades em grupo podem ser benéficas, pois estará construindo conhecimentos sobre o cuidado em saúde e pode-se fazer trocas de conhecimentos com as demais participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória. No entanto, deve constar o endereço do

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 909.906

CEP em rodapé em todas as páginas do TCLE.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O endereço do CEP deve constar, em rodapé, em todas as páginas do TCLE. Esta aprovação NÃO EXIME o proponente de fazer esta correção.

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos.

Situação do Parecer:

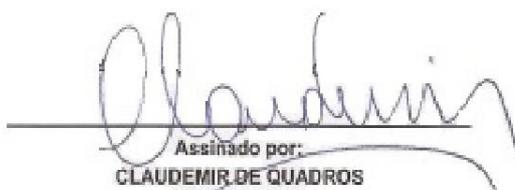
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 11 de Dezembro de 2014


Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com