UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**“É TEMPO DE SE CUIDAR MAIS”: PESQUISA-AÇÃO PARA PROMOVER A
SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO**

SÃO PAULO

2015

JULIANA REALE CAÇAPAVA RODOLPHO

**“É TEMPO DE SE CUIDAR MAIS”: PESQUISA-AÇÃO PARA PROMOVER A
SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rodolpho, Juliana Reale Caçapava

“É tempo de se cuidar mais”: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher no climatério / Juliana Reale Caçapava Rodolpho. São Paulo, 2015.

229 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Climatério. 2. Menopausa. 3. Promoção da Saúde. 4. Educação em Saúde. 5. Comunicação em Saúde. I. Título.

Nome: Juliana Reale Caçapava Rodolpho

Título: “É tempo de se cuidar mais”: uma pesquisa-ação para a promoção da saúde da mulher no climatério.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a minha mãe Maria - mulher forte, generosa e inspiradora.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que me fortalece sempre, para que eu persevere diante de todos os obstáculos, enfrentando-os com delicadeza e coragem.

Aos meus pais, Maria e Neto. É impossível traduzir tanto amor e gratidão em palavras!

Ao meu marido Ricardo, o maior presente de Deus na minha vida.

Aos meus irmãos, Camila e Vinícius, que me apoiam sempre e incondicionalmente, apesar da distância geográfica.

À Prof.^a Dr.^a Luiza Hoga, pelos ensinamentos valiosos, pela confiança e amizade dedicadas à mim, por todas as oportunidades concedidas para o meu desenvolvimento acadêmico. Foi uma honra ter sido orientada por uma pessoa a quem eu admiro profissionalmente, e também pessoalmente.

*Aos colegas do Grupo de Pesquisa NAAM, pelas trocas de experiência e amizade que
construímos ao longo dos anos de trabalho e convivência.*

À amiga Bruna Cid Quirino, pela preciosa ajuda na coleta de dados.

*Ao amigo Marcello Batista Pimentel, pela colaboração cuidadosa na etapa de formatação
desta tese.*

À Fernanda e Luiza Ozilak, pela dedicação e parceria na construção da cartilha.

*Ao Prof. Dr. Adolfo Vitor Dias Sauerbronn, Doutor em Medicina pela Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo, por compartilhar conosco os seus conhecimentos e
enriquecer as possibilidades da cartilha.*

*Aos colegas do Centro de Saúde-Escola Geraldo de Paula Souza, pelo apoio e parceria na
realização desta pesquisa.*

*À cada uma das mulheres que participaram desta pesquisa-ação, pelo comprometimento,
disponibilidade, e parceria em todas as etapas deste percurso.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo
financiamento desta pesquisa.*

À Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP, pelo financiamento da cartilha.

"Blackbird singing in the dead of night

Take these broken wings and learn to fly

All your life

You were only waiting for this moment to arise.

Blackbird singing in the dead of night

Take these sunken eyes and learn to see

All your life

You were only waiting for this moment to be free.

Blackbird fly Blackbird fly

Into the light of the dark black night."

(Lennon / McCartney)

Rodolpho JRC. “É tempo de se cuidar mais”: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher no climatério [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: O climatério marca a passagem do período reprodutivo das mulheres para o período não reprodutivo, e é influenciado pelos aspectos biológicos e psicossociais prevalentes nos diferentes contextos culturais. A literatura científica aponta a escassez de informações e orientações para as mulheres sobre o tema pelos serviços de saúde, embora esteja evidenciado que a experiência do climatério pode trazer sofrimento físico e emocional às mulheres, em decorrência das intensas mudanças que elas vivenciam neste período. **Objetivos:** Explorar as experiências vividas pelas mulheres no período do climatério; identificar as dúvidas e necessidades das mulheres relacionadas à experiência do climatério; identificar as dificuldades e potencialidades que as mulheres possuem para o enfrentamento dos problemas relacionados à experiência do climatério; e produzir um material educativo destinado à promoção da saúde das mulheres que vivenciam a experiência do climatério. **Metodologia:** O método de pesquisa foi a pesquisa-ação (PA), embasada pelo referencial pedagógico de Paulo Freire. A população do estudo foi constituída por mulheres usuárias de um serviço de atenção básica do Município de São Paulo. Participaram da PA nove mulheres entre 45 e 65 anos de idade. Foram realizados grupos focais e oficinas educativas durante os nove encontros da PA, cujo processo foi constituído das etapas de diagnóstico situacional da realidade, planejamento e execução das ações executivas e avaliação. Todos estes encontros foram gravados em áudio e transcritos integralmente, e este conjunto de dados foi submetido à análise temática. **Resultados:** As assertivas “O espelho fala a verdade”: as mudanças corporais interferindo na autoestima das mulheres no climatério; “A vida gira como um carrossel”: altos e baixos nas condições emocionais e no convívio com os membros da família; “O tempo agora é outro”: mudanças na sexualidade e relacionamento amoroso/conjugal no climatério; e “É tempo de se cuidar mais”: em busca do autocuidado no climatério sintetizam as experiências das mulheres que vivenciam o climatério. **Discussão:** O climatério desencadeia

alterações no corpo e na mente das mulheres, que repercutem nos relacionamentos familiar, conjugal e social, na vivência da sexualidade e nas percepções a respeito da saúde. Durante o processo de PA, as mulheres fizeram reflexões que ajudaram a identificar a necessidade de ajustes na forma de lidar com as novas situações e de confrontá-las, reorganizando a sua vida cotidiana. **Conclusões:** Por meio da PA foi possível promover a aprendizagem emancipatória, a aquisição de uma perspectiva ampliada do climatério, a ampliação da rede de apoio social a partir dos vínculos construídos, o despertar da consciência sobre o cuidar de si, o autoconhecimento, e o resgate da autoestima. O material educativo, produto do processo de PA, foi elaborado a partir do diagnóstico sobre os problemas, potencialidades, necessidades e demandas relativas à experiência do climatério. Ele foi validado por um perito no assunto e pelas mulheres participantes da PA.

PALAVRAS-CHAVE: Climatério. Menopausa. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Comunicação em Saúde.

Rodolpho JRC. 'It's time to pay close attention to self-care': an action-research to promote woman's health in the climacteric period [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The Climacteric period marks the transition between the reproductive and non-reproductive phase of women, and it is influenced by biological and psychosocial aspects in a range of different cultural contexts. The literature reveals a lack of information and healthcare guidance supported by health services, although the experience of physical and emotional suffering has been well documented in the climacteric, as a result of stressful women's life changes. **Objectives:** The aims of this study were to explore women's experiences regarding the climacteric period; to identify women's questions and needs concerning the climacteric; to raise women's difficulties and approaches to manage the problems regarding the climacteric; and to elaborate an educational material dedicated to women's health promotion, focused on the climacteric period. **Method:** Action-research (AR) was the method used, enhanced through the pedagogical reference of Paulo Freire. The study population comprised a group of nine women between 45 and 65 years old users of a primary healthcare facility of São Paulo city. Focal groups and educational workshops were both organized and applied to the nine AR's group meetings, which were developed through the phases of reality's situational diagnostic, action planning and execution, and evaluation. All these meetings were recorded, the information was integrally transcribed verbatim, and the data were submitted to thematic analysis. **Results:** Four major thematic findings highlight the experience lived by women during the climacteric: 'The mirror tells the truth: bodily changes' perception affecting the women's self-esteem in the climacteric; 'Life twists and turns like a carousel': ups and downs regarding emotional conditions and family relationship'; 'Now, the time is changed': changes regarding sexuality and affective/marital relationship in the climacteric; and 'It's time to pay close attention to self-care': searching for self-care in the climacteric'. **Discussion:** The climacteric period brings changes regarding body and mind, which affect familiar, marital, and social relationships, as well as women's experience of sexuality and perception of health and self-care. In the action-research process, women could reflect on these issues, which helped them to identify the

need of adjustments concerning the copying of new situations, and the ways of re-organizing their daily life. **Conclusions:** The AR promoted the development of an emancipatory learning process, the achieving of an enlarged perspective about the climacteric, the increase of a social network by means of the group's bond, the awareness of consciousness to self-care, the self-knowledge, and the self-esteem's recovery. The educational material, which was considered a product of the AR, was elaborated by means of the diagnosis of problems, potentialities, needs and demands related to women's experience regarding the climacteric period. The educational booklet was validated by an expert and by the women who participated of this study.

KEYWORDS: Climacteric. Menopause. Health Promotion. Health Education. Health Communication.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Sumário dos três momentos de coleta de dados da PA.....	70
Figura 2- Fases do processo de elaboração do material educativo.	76
Figura 3- Etapas da PA.....	83
Figura 4- Sumário das atividades desenvolvidas nas etapas da PA.....	129
 Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres. São Paulo, 2015.	 85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Manifestações clínicas do climatério.....	46
Quadro 2-	Fases da análise temática.....	73
Quadro 3-	Temas e questões introduzidas nas sessões de GF.....	89
Quadro 4-	Objetivos das sessões de GF e técnicas de dinâmica grupal utilizadas.	96
Quadro 5-	Síntese dos elementos representativos do TG1.	103
Quadro 6-	Síntese dos elementos representativos do TG2.	110
Quadro 7-	Síntese dos elementos representativos do TG3.	115
Quadro 8-	Síntese dos elementos representativos do TG4.	124
Quadro 9-	Articulação entre as oficinas educativas e os temas geradores.....	127
Quadro 10-	Frases sobre os sintomas do climatério.....	134
Quadro 11-	Questões sobre saúde e nutrição no climatério.	137
Quadro 12-	Frases sobre a sexualidade no climatério	143
Quadro 13-	Objetivos das oficinas educativas e técnicas de dinâmica grupal utilizadas.	149
Quadro 14-	Roteiro para discussão de GF na avaliação da PA.....	150
Quadro 15-	Avaliação da PA segundo as participantes.	156
Quadro 16-	Avaliação da PA segundo a pesquisadora: desafios e potencialidades.	161
Quadro 17-	Principais fontes de cálcio.....	227
Quadro 18-	Nutrientes importantes para a saúde da mulher no climatério.	228

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ASMUC	Ambulatório de Saúde da Mulher Climatérica
CSEGPS	Centro de Saúde-Escola Geraldo de Paula Souza
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo focal
NAAM	Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher
NEPDA	Núcleo de Estudos e Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e DST/Aids
NAMS	North American Menopause Society
NIH	National Institutes of Health
PA	Pesquisa-ação
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHC	The Women's Health Council
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO: A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	29
1.1.1 Promoção da Saúde e Atenção Básica	35
1.1.2 Promoção da Saúde e políticas de saúde da mulher no Brasil	37
1.2 A EXPERIÊNCIA DO CLIMATÉRIO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES.....	42
1.3 O MATERIAL EDUCATIVO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	50
1.4 A PRÁTICA DOS GRUPOS EDUCATIVOS EM SAÚDE.....	52
2 OBJETIVOS	58
3 METODOLOGIA.....	60
3.1 A PESQUISA-AÇÃO COMO MÉTODO DE PESQUISA.....	60
3.2 O CONTEXTO DA PESQUISA.....	61
3.2.1 O local do estudo	61
3.2.2 As participantes do estudo	62
3.3 PERCURSO METODOLÓGICO	63
3.3.1 Coleta de dados	66
3.3.2 Procedimentos de coleta de dados	69
3.3.3 Análise de dados.....	71
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	74
3.5 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO	75
3.5.1 Elaboração do conteúdo	76
3.5.2 Validação da cartilha	78
3.5.3 Composição da versão final da cartilha.....	80
4 RESULTADOS	83
4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE.....	84

4.1.1 Características sociodemográficas das mulheres	84
4.1.2 Organização e preparo das sessões de grupo focal	87
4.1.3 Operacionalização das sessões de grupo focal	88
4.1.4 Temas geradores	97
4.2 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS	125
4.2.1. Estratégias pedagógicas	125
4.2.2 As ações educativas	129
4.3 AVALIAÇÃO SOMATIVA DA PA	150
4.3.1 A perspectiva das participantes	150
4.3.2 A perspectiva da pesquisadora	157
5 DISCUSSÃO	163
5.1 MUDANÇAS CORPORAIS E AUTOESTIMA	164
5.2 RELAÇÕES FAMILIARES E SOFRIMENTO PSÍQUICO	171
5.3 SEXUALIDADE E RELACIONAMENTO AMOROSO/ CONJUGAL.....	176
5.4 AUTOCAUIDADO	183
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	198
REFERÊNCIAS.....	200
APÊNDICES.....	221
ANEXOS	225

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A presente investigação parte da minha experiência profissional no cenário da Atenção Básica (AB). Nessa trajetória, minhas inquietações foram se direcionando às práticas de cuidado, suas potencialidades, limites e desafios. A concomitante vivência no campo da pesquisa culminou com a conclusão desta tese de doutorado.

Desde o curso de bacharelado em enfermagem, estive envolvida com estudos no campo da AB, com ênfase na saúde mental. Desenvolvi uma pesquisa em nível de iniciação científica que teve como objetivo a caracterização do atendimento em saúde mental desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estavam localizadas em zona de exclusão social do Município de São Paulo. Por meio daquela pesquisa, foi possível constatar a existência de uma grande demanda na área de saúde mental, sobretudo entre a população residente em áreas de exclusão social (Caçapava, Colvero, 2008).

O desemprego e a violência são problemas reconhecidamente relevantes na determinação do processo saúde-doença das populações desfavorecidas socioeconomicamente. Apesar disso, as principais modalidades de intervenção no âmbito da saúde mental continuam sendo o diagnóstico e a prescrição de medicamentos que visam prevenir as crises psiquiátricas (Caçapava, Colvero, 2008). É possível constatar, portanto, que as práticas de cuidado são incoerentes em relação à concepção de saúde enquanto processo, e não como ausência de doença, pois elas não estão pautadas nas concepções de integralidade e promoção da saúde mental (Brasil, 2002).

A partir da aquisição de melhor consciência a respeito desta realidade, me direcionei ao estudo do acolhimento dos usuários dos serviços de AB que apresentam necessidades no campo da saúde mental. Desse modo, no Curso de

Mestrado, desenvolvi uma dissertação em que utilizei a técnica do grupo focal (GF) para discutir, com os trabalhadores de uma equipe interdisciplinar de uma UBS, sobre o processo de trabalho em saúde mental. Concluímos que a “escuta interessada” e uma “boa conversa” representam elementos de uma “verdadeira postura de acolhimento”. Entretanto, foram reconhecidas as vulnerabilidades inerentes ao processo de acolhimento dos usuários, que eram considerados “problemáticos”, especialmente aqueles que não correspondiam às expectativas dos profissionais em relação à adesão às atividades pactuadas. Diante desta realidade, os trabalhadores se sentiam impotentes, frustrados e solitários, e esta condição representava um grande obstáculo ao estabelecimento de vínculos com os usuários dos serviços (Caçapava et al., 2009).

Com relação à minha atuação profissional, de 2008 a 2010 exerci a função de Especialista em Laboratório no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Essa experiência proporcionou a oportunidade de desenvolver atividades vinculadas ao ensino teórico-prático no Curso de Bacharelado em Enfermagem, na área de saúde mental, junto à Estratégia Saúde da Família (ESF). Inserida em uma UBS, pude participar do cotidiano de práticas assistenciais das equipes de saúde da família, engajando-me em diversos projetos terapêuticos com a participação dos usuários dos serviços e seus familiares. Estes projetos foram construídos coletivamente com os trabalhadores de saúde, mediante discussões em equipe, cujo enfoque era direcionado às necessidades de saúde mental da população.

A entrada no mundo do trabalho contribuiu para que a bagagem de conhecimentos obtidos das minhas experiências em pesquisas ganhasse um novo e mais complexo sentido. A prática profissional me conduziu a um exame mais crítico

e profundo acerca do cuidado e instigou-me a uma revisão ética sobre os meus objetivos profissionais e a busca de novos significados para meus saberes e fazeres. Nesse contexto, fui sensibilizada pela complexidade das questões referentes ao cuidado das mulheres que vivenciam a experiência do climatério, sua situação de vida e a problemática relacionada ao sofrimento psíquico.

A partir deste ponto, ocorreu a inflexão que considero ser a mais importante do meu percurso acadêmico, que foi a migração da área da saúde mental para a área da saúde da mulher. Foi uma escolha que resultou de processos reflexivos que me direcionaram aos questionamentos propostos neste estudo.

Passei a questionar sobre as formas de aproximar o trabalho científico e a prática de cuidado de enfermagem, em direção a uma atenção mais efetiva às mulheres no climatério, no contexto da AB. O questionamento que desejava esclarecer consistia em como contribuir no processo de produção de novos conhecimentos e práticas direcionadas às mulheres que vivenciam esse período da vida, unindo os saberes das usuárias dos serviços de saúde ao conhecimento científico que norteia a problemática do climatério e suas soluções.

Em 2010, ingressei no grupo de pesquisa Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM), da EEUSP, cujas atividades estão direcionadas sobretudo à identificação de necessidades relativas à assistência em todas as fases e eventos relacionados à vida da mulher, no âmbito da promoção da saúde. Surpreendi-me positivamente com a temática dos estudos que vinham sendo realizados pelos membros deste grupo de pesquisa. São trabalhos que buscam desenvolver estratégias para produzir materiais educativos visando promover a saúde das mulheres e atender suas necessidades de suporte educativo no cuidado à saúde (Reberte, 2008).

Com o apoio das discussões realizadas no grupo de pesquisa, passei a me interessar pela temática da promoção da saúde da mulher, especialmente a educação em saúde. A aproximação com o referencial teórico-metodológico do educador brasileiro Paulo Freire (1921-1997), levou-me a amadurecer a ideia de desenvolver o presente estudo, uma pesquisa-ação (PA) sobre o climatério, com a participação de usuárias de um serviço da AB. Este processo se deu mediante uma prática educativa, dialógica e problematizadora (Freire, 2003), cuja proposta também incluiu a elaboração de um material educativo, como um produto da intervenção educativa realizada.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O impacto social do envelhecimento populacional e do climatério é alvo de preocupação, sobretudo a qualidade da assistência à saúde das mulheres dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (NIH, 2002).

A quantidade de mulheres de 60 anos e mais crescerá de, aproximadamente 336 milhões no ano 2000, para mais de um bilhão em 2050 (WHO, 2007). As estimativas brasileiras indicam que, até 2020, haverá entre 40 e 50 milhões de mulheres ingressando na segunda metade da vida vivendo no país (Brasil, 2008a). Os desafios a serem enfrentados para promover a saúde e o bem-estar das mulheres no climatério, antes e depois da menopausa, vêm expandindo a necessidade de discutir este tema, em âmbito global, tanto no escopo das políticas públicas como da investigação científica (Doubova et al., 2012; NIH, 2002; Nusrat et al. 2008).

O climatério é definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (WHO, 1996). Para a maioria das mulheres, o climatério começa por volta dos 35 anos e termina aproximadamente no período compreendido entre os 60 e 65 anos. A menopausa, considerada um evento que ocorre durante o climatério, corresponde à cessação permanente da menstruação, ou seja, o último fluxo menstrual, comprovado por meio da amenorreia espontânea por 12 meses consecutivos. A menopausa ocorre geralmente entre os 45 e 55 anos e, na mulher brasileira, em média, aos 50 anos (Brasil, 2008a).

O climatério pode estar associado a sintomas para algumas mulheres, mas não necessariamente. Há uma considerável variação individual dos sintomas climatéricos, e na concepção do que seja sintoma (Brasil, 2008a; NIH, 2002). Em

geral, o climatério apresenta-se como uma fase com perdas e ganhos, altos e baixos, novas liberdades, limitações e possibilidades para as mulheres (Brasil, 2008a; Fernandes et al., 2009; NIH, 2002; Utian, 2005).

Entende-se que a presença de sintomas ocasionais nem sempre implica em impactos negativos na vida das mulheres, e pode não ser clinicamente relevante, ou indicativo de tratamento médico (Brasil, 2008a; Mackey, 2004; NIH, 2002). Entretanto, argumenta-se que o climatério tem sido amplamente considerado como uma doença, uma experiência focada em “anormalidades”, associada a consequências negativas e de longo termo para a saúde das mulheres (Brasil, 2008a; Lima, Ângelo, 2001; Mackey, 2004; NIH, 2002).

O término do ciclo reprodutivo das mulheres, nas sociedades ocidentais, tem sido associado historicamente a imagens, palavras e gestos impregnados de conteúdos patológicos e depreciativos. Percebe-se, assim, a hegemonia de repertórios que naturalizam o climatério como sendo um problema, especialmente devido à valorização das culturas ocidentais pela beleza física e juventude (Martin, 2006; Mendonça, 2004; Menegon, 1998).

Nesse contexto, muitas mulheres que vivenciam a experiência do climatério expressam sentimento de perda em vários sentidos. Os principais são o fim da possibilidade de reprodução, da feminilidade e autoestima, medo do envelhecimento e do desconhecido, a insegurança face aos sintomas de natureza física e psicológica, saída dos filhos de casa, expectativa da aposentadoria próxima, o desprezo dos serviços de saúde por suas queixas, dentre outros (Fernandes et al., 2009; Mendonça, 2004).

Diversos pesquisadores destacaram a importância de se estabelecer um campo de pesquisa interdisciplinar nos estudos sobre climatério, cuja gênese

envolva não somente aspectos biológicos, mas também os culturais e psicossociais (Brasil, 2008a; Fernandes et al., 2009; Hunter, Randall, 2007; Mackey, 2004; NIH, 2002; Utian, 2005).

A literatura científica brasileira identifica a carência de informação sólida sobre os conhecimentos, percepções e necessidades de assistência à saúde das mulheres no climatério. Observa-se que o sistema de saúde vigente continua privilegiando a assistência curativa, com tendência à medicalização na atenção prestada. O foco de atenção à saúde da mulher no setor público tem sido direcionado, sobretudo, ao pré-natal e ao planejamento familiar (Andrade et al., 2013; Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Villela, 2009).

Compreende-se que as abordagens reducionistas, do tipo “consulta/solicitação de exames/prescrição”, somente reforçam, no imaginário feminino, a percepção do climatério como um símbolo de envelhecimento e de decrepitude existencial, aumentando o sofrimento da mulher. Por outro lado, um serviço pode ser chamado de integral apenas quando considera o sujeito a partir da sua história, e não quando o fragmenta como um corpo ou um sintoma; quando são reconhecidas como sujeitos, as mulheres passam a interagir como tal (De Lorenzi et al., 2009; Villela, 2009).

Estudiosos enfatizam que a abertura de espaços de intersubjetividade, nos serviços de saúde, permite a ampliação do olhar e da sensibilidade do profissional de saúde, promovendo sua interação com os usuários e a troca de experiências entre todos os envolvidos. Tal postura favorece a expressão dos sentimentos e emoções das mulheres, que são estimuladas a buscarem o caminho que lhes possibilite satisfazer suas necessidades de saúde, conhecer o seu corpo e os

aspectos culturais que envolvem o climatério (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Mendonça, 2004).

Dentro dessa perspectiva, o planejamento do cuidado vai além do simples esclarecimento sobre as mudanças que ocorrem no corpo feminino. Implica também a adoção de práticas que valorizem o conhecimento acumulado pelas mulheres em suas experiências cotidianas, levando em conta os intercâmbios espontâneos com sua cultura (Costa, 2007). O desafio do cuidado, nesse prisma, consiste em desvendar os implícitos ou não ditos, através da problematização dos interesses individuais e coletivos, abrangendo os elementos afetivos e cognitivos e a atenção às formas de expressão de todos os sujeitos (Mendonça, 2004; Villela, 2009).

Portanto, a literatura científica sugere que o cenário assistencial deve ampliar o escopo das práticas direcionadas às mulheres no período pós-reprodutivo, oferecendo oportunidades para que elas discutam a ambiguidade entre suas experiências pessoais e os estereótipos do climatério (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Costa, 2007). Atuando dessa forma, o profissional de saúde consegue enxergar o outro como alguém que também olha, que tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não fragmentárias; como alguém que pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros (Costa, 2007; Merhy, 2005).

Diversos autores salientam a relevância de se investir em grupos educativos voltados à promoção da saúde das mulheres como uma possibilidade de reverter a relação vertical que existe entre o profissional de saúde e os usuários (Besen et al., 2007; Mendonça, 2004; Pekelman, 2008; Souza et al., 2005). Acredita-se que as práticas educativas desenvolvidas no mundo real dos sujeitos possibilitam uma

apreensão mais abrangente das necessidades de saúde das pessoas (Meyer et al., 2006).

Destarte, as práticas educativas baseadas nas percepções e experiências permitem a interação, a formação de laços afetivos e o comprometimento com mudanças de atitudes adequadas à realidade, a fim de que as mulheres tenham uma vida ativa, saudável, proveitosa, com bem-estar e qualidade. Isso requer que o relacionamento entre o profissional de saúde e as usuárias seja construído mediante de um fazer coletivo, norteado pelo princípio da participação, do diálogo e da construção compartilhada do conhecimento (Freitas, Silva, Silva, 2004; Pekelman, 2008).

Diante desse cenário, ressalta-se a importância do profissional enfermeiro como um agente transformador no que tange à educação em saúde, na construção de um futuro com mais qualidade e poder de decisão sobre a vivência do climatério. Considera-se que as interações entre enfermeiros e usuárias podem contribuir de forma significativa para desmistificar as atitudes e crenças da sociedade sobre o climatério, facilitando o processo de ressignificação e direcionamento da mulher nesta etapa da vida (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Freitas, Silva, Silva, 2004).

Como toda prática social, a enfermagem tem motivação, a partir das contradições da prática em saúde, para desenvolver ações críticas e inovadoras, que articulem teoria e prática e que respondam a necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais (Soares, Cordeiro, Campos, 2013).

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO: A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1986, ocorreu a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, evento que influenciou de forma determinante a elaboração da nova Constituição Federal de 1988, através da produção de trabalhos técnicos pela Comissão da Reforma Sanitária. O texto constitucional definiu então um Sistema Único de Saúde (SUS) para prover as ações e serviços de saúde no país. Legitimado pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, o SUS possui como princípios a integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (Mendes, 1999).

Este Sistema reconheceu muitos princípios de cidadania e é claro em sua proposta de prestar a assistência à saúde numa perspectiva ampla, que considere, entre outros aspectos, os processos que determinam as condições de saúde. Trata-se de uma proposta que corrobora a concepção da determinação social do processo saúde-doença, entendida como resultante de fatores relacionados às formas de viver e trabalhar das pessoas, das quais advêm potenciais de fortalecimento e de desgaste da saúde (Queiroz, Salum, 1996).

Essa nova abordagem do processo saúde-doença fez emergir a necessidade de reconhecimento das necessidades de saúde sob a perspectiva coletiva, ou seja, considerando-se a totalidade da população e a sua inserção. Portanto, o campo da saúde coletiva instaura importante desafio aos profissionais de saúde: o de traduzir, para o cotidiano da assistência, a manifestação concreta das relações sociais de produção desse coletivo (Queiroz, Salum, 1996).

Como campo de conhecimento e prática, a Promoção da Saúde encontra-se em sintonia com essas questões, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes. Seus pressupostos implicam-se com todos os processos que interferem nas condições de vida e saúde da população, sejam eles

econômicos, sociais, culturais, políticos, e apoiam-se na justiça social para assegurar condições dignas de sobrevivência da população (Bydlowski, Westphal, Pereira, 2004).

O campo da Promoção da Saúde propõe uma articulação dos saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução desses determinantes. Essa perspectiva moderna de promoção da saúde, bem como sua prática, surgiu e foi trabalhada com mais vigor nos últimos anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (Buss, 2000).

Suas bases conceituais e políticas se desenvolveram em quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sunsvall (1991) e Jacarta (1997). Na América Latina, em 1992, foi realizada a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo o tema formalmente para esse contexto (Buss, 2000).

O marco de referência principal da Promoção da Saúde foi estabelecido na Primeira Conferência, realizada em 1986, no Canadá. A Carta de Ottawa postula como objetivo central das ações de promoção da saúde reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde (WHO, 1986).

Em torno desse objetivo foram formuladas as principais estratégias da Promoção da Saúde: a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço à

ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, oferecendo acesso a oportunidades que permitam escolhas por uma vida mais sadia (WHO, 1986).

Desse modo, um dos eixos principais da Promoção da Saúde é o *empowerment* (empoderamento) da população. Trata-se do aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (Vasconcellos, 2004).

Na assistência à saúde, os sentidos da autonomia relacionam-se ao resgate do princípio da dignidade da natureza humana. Dizem respeito à valorização dos pontos de vista, decisões, crenças, aspirações e valores das pessoas. Nos serviços de saúde, a autonomia é construída a partir da horizontalização das relações de poder dos profissionais e usuários (Fortes, 1998).

Na produção de saúde, o *empowerment* pode ocorrer tanto no âmbito coletivo como na relação intersubjetiva, em diferentes espaços de ação de saúde - de promoção, prevenção, cura e/ou reabilitação (Carvalho, 2004). Sua contribuição é fundamental nas iniciativas de promoção da saúde, acarretando o acesso contínuo da população à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde (Buss, 2000).

Candeias (1997) argumenta sobre a imprescindibilidade das práticas educativas voltadas à promoção da saúde. Na definição desta autora, o campo da Promoção da Saúde consiste em uma “combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde” (p. 211). *Ambiental*, refere-se às forças da dinâmica social que, relacionadas ao comportamento humano, incidem sobre uma situação específica e vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população.

A educação em saúde, por sua vez, é conceituada como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (Candeias, 1997, p. 211). Este conceito contempla a interação entre os múltiplos determinantes do comportamento humano com as múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas.

Entretanto, a literatura demonstra que os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de um conhecimento especializado: o profissional de saúde “detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos. Esses modelos educacionais são centrados na transmissão da informação para a mudança de comportamentos. Não levam em consideração a visão de mundo dos usuários dos serviços de saúde, suas experiências, e as múltiplas dimensões que interagem nos ambientes onde transcorre a vida (Meyer et al., 2006).

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para se ter saúde, enquanto a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade (Alves, Aerts, 2011).

Em contrapartida, a missão do campo da Promoção da Saúde é apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises em direção à tomada de decisões que consideram corretas, desenvolvendo a capacidade de intervenção sobre a realidade (Carvalho, 2004). Esse projeto, que alguns denominam de “*empowerment education*” ou “educação popular” (Wallerstein, 1992), é influenciado pelo pensamento e obra do educador brasileiro Paulo Freire, e busca romper com abordagens educativas centradas no exercício do “poder sobre” o outro.

As potencialidades da teoria pedagógica de Paulo Freire destacam-se como elemento-chave para a ressignificação e repolitização do *empowerment* (Carvalho, 2004; Laverack, 2001). Para Freire (2005), o poder é concebido no sentido de um aumento da conscientização e desenvolvimento de uma “faculdade crítica” entre os marginalizados e oprimidos. Esta perspectiva inclui também o poder de “fazer” e de “ser capaz”, de modo que as pessoas possam se sentir com mais capacidade e no controle das situações.

Diante desse contexto, a educação popular assume especial relevância no campo da saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. Tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado e, de outro, a dinâmica do adoecimento e cura do mundo popular, visando superar as incompreensões e mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse (Minkler, Cox, 1980; Vasconcelos, 2001).

É nessa perspectiva que o presente estudo alinha-se à teoria pedagógica de Paulo Freire (1999), na abordagem da educação problematizadora. Essa prática educativa, de caráter reflexivo “implica num constante ato de desvelamento da realidade [...] busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade” (p. 40).

Freire (1999) concebe o diálogo como uma exigência existencial, o encontro em que se solidariza o refletir e o agir dos sujeitos, endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Na educação problematizadora, os educandos vão desenvolvendo o seu poder de captação e de compreensão do mundo, em suas relações com o mesmo. A realidade não é estática, razão pela qual o diálogo não

pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tornar-se simples troca de ideias.

A relação dialógica é intencional, pois tende para o outro num movimento de ajudá-lo a “ser mais”, de auto superação do outro e de si próprio. Por meio do diálogo, homens e mulheres constroem responsabilidades sociais e reconstróem o mundo (Freire, 1999). Na reflexão de Freire, o “ser mais” é o movimento do ser humano de ir além de si mesmo e de se comprometer com o outro, no mundo em que se encontra, no contexto histórico em que está inserido. O existir humano carrega a vocação do compromisso com o outro, de responsabilidade não apenas pelo próprio existir, mas também com o existir do outro (Guedes, 2007).

No contexto da Promoção da Saúde, entende-se que a educação problematizadora trabalha na perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram, superando a mera transmissão de conhecimentos historicamente acumulados (Besen et al., 2007; Miranda, Barroso, 2004; Pereira, 2003).

Nessa perspectiva, consideram-se como potencialidades da educação problematizadora, a valorização do saber do educando, a instrumentalização do usuário para a transformação de si mesmo e de sua realidade. Estes processos devem ser permeados pela participação ativa de todos os envolvidos nas ações de saúde, e o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas do trabalhador de saúde, possibilitando o trabalho criativo (Pereira, 2003).

Neste estudo, coloca-se em pauta a adoção de práticas que considerem as experiências dos sujeitos - profissionais de saúde e usuários - para a promoção da saúde. Práticas que implicam na reorientação das relações entre usuários e

profissionais nos serviços de saúde, reconhecendo e respeitando os direitos humanos, dentro do marco ético do SUS (Matamala, 1998).

1.1.1 Promoção da Saúde e Atenção Básica

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da AB nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso da AB como base dos sistemas de saúde e essencial para um bom desempenho de ambos (Brasil, 2007a).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Deve buscar promover a saúde, contribuir na prevenção e tratamento de doenças e na redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Dessa forma, não seria possível imaginar a AB sem incorporar fortemente o pensamento e a ação da Promoção da Saúde no campo das práticas cotidianas, tanto na atenção como na gestão (Brasil, 2007b).

Paim e Almeida Filho (1998) destacaram as potências da AB na abertura de diferentes alternativas para novos formatos de produção da saúde. Segundo esses autores, a AB é um espaço estratégico de novas práticas em saúde, possibilitando novas reflexões e ações que valorizam a dimensão subjetiva das vivências dos usuários e trabalhadores. Este cenário favorece o desenvolvimento de espaços de comunicação e diálogo, direcionados a promover e proteger a saúde no plano coletivo.

Acredita-se que a valorização do diagnóstico não seja uma atividade eficiente e nem a mais complexa na AB. Esta crença está baseada no fato deste ser um campo em que se faz imprescindível uma intervenção profissional coprotagonizada pela participação e a compreensão dos usuários no processo de cuidar. Desse modo, a importância da *capacidade de diálogo* é evidenciada no processo de produção no campo da saúde (Cunha, 2004).

Teixeira (2006) afirmou que AB:

[...] possui inevitavelmente a vocação de 'porta de entrada' não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão (p. 592).

Na visão deste pesquisador (Teixeira, 2006), a humanização do cuidado, particularmente na AB, carrega os desafios de capacitar, habilitar e instrumentalizar mental e afetivamente os sujeitos de uma determinada população, fortalecendo sua capacidade de se pôr em relação. O cumprimento de tais requisitos requer a ampliação da capacidade de interação e singularização existencial.

Essa forma de ver a intervenção em saúde está relacionada, portanto, a uma nova forma de se pensar as práticas em saúde, a um outro modo de fazer a AB. Um modelo que tenha as pessoas como centro de sua atenção, no qual a percepção, o conhecimento e a subjetividade das pessoas estejam em uma mesma relação com o saber tecnológico. Com isso, caminha-se para um efetivo compartilhamento de problemáticas, buscando a criatividade individual e comunitária para solucioná-las (Meyer et al., 2006; Pekelman, 2008; Teixeira, 2006).

Na perspectiva de ir ao encontro às necessidades de saúde das mulheres no climatério, a AB é considerada o nível de atenção mais adequado (Brasil, 2008a). Nesse sentido, é ressaltada a importância de se contar com profissionais

qualificados na AB, que sejam sensíveis à multiplicidade das questões que envolvem a vida das mulheres que vivenciam o climatério.

Mediante essas considerações, algumas indagações permearam o desenvolvimento deste estudo. Como é possível construir uma relação horizontal e dialógica com mulheres que vivenciam a experiência do climatério, no cenário da AB? Parafraseando Meyer et al. (2006), como substituir, efetivamente, a atitude modeladora por uma atitude emancipadora nas práticas educativas em saúde direcionadas à mulher no climatério? Como o profissional de saúde pode se tornar o “mediador para o saber”, e deixar de ser o “detentor do saber”?

1.1.2 Promoção da Saúde e políticas de saúde da mulher no Brasil

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX, e a atenção à saúde deste grupo populacional vem seguindo um processo de evolução no qual os antecedentes podem ser considerados a partir da década de 70. Nesse período, o Ministério da Saúde adotava uma concepção mais restrita da saúde da mulher, que se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica (Brasil, 2008a).

No final dos anos 70 e início dos anos 80, emergiram novos rumos para as políticas de saúde, mediante o contexto sócio-político de mudanças no país. Essas transformações contaram com a participação de novos atores sociais que entraram em cena para construir, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (Mendes, 1999).

Nesse cenário de redemocratização, o movimento da reforma sanitária eclodiu juntamente com o movimento feminista. Ambos, ao estreitarem seus laços, contribuíram para a influência e difusão de ideias feministas por toda a sociedade. Elaboradores e gestores de políticas de saúde foram incluídos nessa interlocução, o que ampliou os processos de demanda, pressão e diálogo com os poderes públicos. As diversas organizações às quais as mulheres se filiavam passaram então a aglutinar a luta pela saúde em sua agenda. Na pauta, estavam questões como os direitos reprodutivos e a descriminalização do aborto (Ramos, 2004).

A reflexão das mulheres organizadas girava em torno das desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres, no tocante à sua relação com os problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

Sendo assim, destaca-se a importância da participação dos movimentos feministas em instâncias do Estado, através do estreitamento dos laços com o movimento da reforma sanitária. Essa articulação foi fundamental para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, em um cenário ainda tímido de transição política, o PAISM introduziu interpretações e novas propostas de políticas públicas. A atenção ao climatério foi incluída dentre as prioridades deste programa, visto que ele contemplava uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, da adolescente à idosa (Bonan, 2002; Brasil, 2008a; Ramos, 2004).

O PAISM baseou-se na crítica ao modo como a mulher era percebida nas práticas em saúde, com foco apenas em sua condição maternal. Este programa

formulou, então, uma perspectiva de saúde reprodutiva como movimento contra cultural ao projeto biomédico. Nesse sentido, os saberes e práticas da saúde coletiva propuseram uma abordagem da mulher e de sua saúde através do lema “nosso corpo nos pertence” (Schraiber et al., 2009).

As diretrizes do PAISM previam, portanto, a capacitação do sistema de saúde para atender as múltiplas necessidades de saúde da população feminina. Isso estabeleceu a exigência de uma nova postura de trabalho em equipe, pautada pela integralidade do cuidado e o fortalecimento da prática educativa nas ações de saúde (Osis, 1998).

Os esforços de implantação do PAISM caminharam lado a lado com a reforma sanitária, e, portanto, o advento do SUS incorporou as propostas contidas neste programa. Tais propostas dizem respeito à extensão da cobertura, regionalização e hierarquização da assistência, integração de serviços, ações de cuidado, prevenção e promoção de saúde. Partem do pressuposto de que o processo saúde-doença é decorrente das situações que cada um enfrenta no cotidiano da vida (Villela, 2009).

Nessa perspectiva, atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher passaram a ser desenvolvidas em diversos estados da federação, e, em alguns deles, foram implementadas ações de saúde específicas direcionadas às mulheres que vivenciavam o climatério. No ano de 1994, a Norma de Assistência ao Climatério foi lançada pelo Ministério da Saúde. Em 1999, a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos foi incorporada no planejamento da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a).

Entretanto, um balanço institucional das ações realizadas pelo PAISM, realizado no ano de 2003, demonstrou uma lacuna referente às práticas

direcionadas às mulheres no climatério, envolvendo questões como queixas ginecológicas, infertilidade, reprodução assistida, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero na assistência (Correa, Piola, 2003).

Em 2004, foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que trouxe um avanço na perspectiva de integralidade em saúde da mulher, com vistas ao alcance da dimensão da saúde coletiva, da promoção, e da qualidade de vida das mulheres. A integralidade foi compreendida por esta política mediante uma percepção ampliada do contexto de vida das mulheres: considerando sua singularidade e suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Brasil, 2004; Souto, 2008).

Recentemente, a PNAISM incorporou ações voltadas ao climatério. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, documento que preconiza o engajamento dos profissionais de saúde em ações direcionadas à promoção da saúde das mulheres no climatério. Este manual estabelece orientações específicas sobre a assistência integral e humanizada das mulheres que vivenciam a experiência do climatério. Nesse sentido, recomenda-se fortemente a criação de espaços, nos serviços de saúde, para o acolhimento, o diálogo, a troca de experiências, a valorização da dimensão das vivências das mulheres no climatério, e a aproximação dos contextos específicos com os quais o processo saúde-doença está articulado (Brasil, 2008a).

Apesar dos avanços propostos pela PNAISM, a literatura evidencia que, dentro do cotidiano dos serviços, há dificuldades na transformação das práticas de saúde. Esses obstáculos dizem respeito especialmente ao comprometimento com a qualidade e a humanização da atenção nos processos de trabalho dos profissionais

de saúde. Dessa forma, o profissional de saúde permanece desarticulado da dimensão pedagógica inerente ao trabalho em saúde, e de uma abordagem do sujeito na sua singularidade humana, que considere sua história e subjetividade (Souto, 2008; Villela, 2009).

No cenário da AB, essa postura profissional vem imprimindo a muitos serviços um caráter “medicalizante” e “medicalizado”, o que, de acordo com Villela (2009), representa um paradoxo. Isso porque as mulheres são as principais usuárias das UBS, e possivelmente não procuram os serviços por questões relacionadas somente às necessidades reprodutivas. Tal busca acontece em virtude de se sentirem adoecidas, ou talvez porque as pressões do cotidiano, a sobrecarga de trabalho e a reiterada desqualificação das suas potencialidades façam-nas sentirem-se distantes da ideia de bem estar e de satisfação, relacionada à saúde (Villela, 2009).

Nesse contexto, observa-se a falta de orientação e promoção da saúde direcionadas às mulheres no climatério, que sofrem com a carência de práticas em saúde que as visualizem de forma integral, garantindo-lhes condições de vida saudáveis. Por outro lado, acredita-se que quanto mais instrumentalizada e informada estiver a mulher que vivencia o climatério, mais facilmente ela poderá passar pelas transformações específicas desta etapa de sua vida (Pereira, Siqueira, 2009).

Diante dessas premissas, acreditamos ser mister que gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e o campo científico atentem para alguns questionamentos, tais como, identificar e compreender as singularidades da mulher no climatério, além dos aspectos biológicos e das mudanças corporais que marcam este período da vida. Devemos também questionar sobre como implementar ações

efetivas de promoção da saúde às mulheres que vivenciam o climatério, valorizando suas experiências.

1.2 A EXPERIÊNCIA DO CLIMATÉRIO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES

Estudos recentes apontaram que a experiência do climatério pode ser influenciada por diversos aspectos que envolvem a vida das mulheres. Dentre eles, o contexto cultural, ou as crenças culturais sobre a menopausa e o processo de envelhecimento, o nível de educação e suporte social, a habilidade individual para interagir com os problemas da vida cotidiana, e o nível de informação em saúde (Avis, Crawford, 2008; Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Doubova et al., 2012; Hess et al., 2006; Nosek, Kenendy, Gudmundsdottir, 2012; Papini, Intrieri, Goodwin, 2002; Pereira, Siqueira, 2009; Sievert, Obermeyer, Price, 2006; Villela, Monteiro, Vargas, 2009).

Diversos estudiosos evidenciaram a influência dos aspectos socioculturais na experiência dos sintomas do climatério (Brown et al. 2009; Fu, Anderson, Courtney, 2003; Im et al., 2010).

Nas sociedades ocidentais, o climatério tem sido influenciado historicamente por construções sociais negativas, resultantes do processo de medicalização, da noção de crise como algo inerente a esse período, das relações de gênero e poder, e da concepção negativa do envelhecimento na cultura ocidental (Avis, Crawford, 2008; Menegon, 1998; Winterich, Umberson, 1999). A linguagem médica apropria-se de metáforas que conotam uma debilitação da saúde da mulher para se referir à sua “improdutividade” na menopausa, em função da “regressão ovariana”. Torna-se

usual, na prática clínica, o emprego de termos como declínio, perda, enfraquecimento, deterioração, reparo (Martin, 2006).

Por outro lado, nas culturas asiáticas a menopausa é vista como uma transição a um status social mais elevado, pois o envelhecimento é respeitado e prestigiado (Li et al., 1995). As baixas taxas de sintomas apresentadas pelas mulheres asiáticas são, provavelmente, reflexo das atitudes positivas que elas possuem sobre a menopausa. Naquele contexto cultural, a menopausa é percebida como um evento natural da vida, uma oportunidade de recomeço (Adler, 2000; Elliott, Berman, Kim, 2002).

Um estudo realizado por Fu, Anderson e Courtney (2003), demonstrou que as mulheres ocidentais (australianas) percebem de forma mais negativa os sintomas do climatério em comparação às mulheres asiáticas (taiwanesas). Im et al. (2010) observaram que as mulheres asiáticas que moram nos EUA apresentam menos sintomas físicos e psicológicos do climatério se comparadas às mulheres caucasianas, hispânicas e afro-americanas. Investigando os sintomas de mulheres norte-americanas de ascendência japonesa e europeia, Brown et al. (2009), evidenciaram que as mulheres nipo-americanas reportam menos sintomas do que as mulheres de ascendência europeia.

Entretanto, mesmo considerando que as crenças e práticas culturais exerçam uma influência importante na experiência do climatério, admite-se que, na atualidade, o cenário de globalização tem possibilitado uma maior problematização das mulheres acerca desse tema. Acredita-se que isto resulte do intercâmbio de diferentes ideais culturais, que favorece a ampliação da percepção feminina sobre o climatério e suas problemáticas (Freeman, Sheriff, 2007; Fu, Anderson, Courtney, 2003; Hall et al., 2007).

Em relação à experiência do manejo e enfrentamento das mudanças de vida decorrentes do climatério, a literatura destaca a singularidade com que cada mulher percebe e vivencia este período, mediante a influência de suas características individuais e do contexto social (Hall et al., 2007; Hunter, Rendall, 2007; Mendonça, 2004; Nosek, Kenendy, Gudmundsdottir, 2012; Villela, 2009).

A conexão entre características individuais - como autoestima e atitude de “tomada de controle” – e a saúde mental das mulheres no climatério foi evidenciada por pesquisadores (Bloch, 2002; Carolan, 2000; Reynolds, 2002). Reynolds (2002) demonstrou que, mulheres com autoestima elevada apresentam menor dificuldade em lidar com as mudanças emocionais decorrentes desse período. Carolan (2000) e Bloch (2002), por sua vez, observaram que, mulheres com uma atitude de “tomada de controle” em face dessas mudanças reportam menos queixas de distúrbio do sono, ansiedade e depressão.

Portanto, as queixas, patologias e mal-estares das mulheres no climatério estão relacionados ao modo como elas se relacionam com os agravos à saúde e à forma com que realizam o enfrentamento das mudanças (Nosek, Kenendy, Gudmundsdottir, 2012; Villela, 2009). Quando são afetadas pelos sintomas de forma severa, as mulheres tendem a perceber o climatério de forma mais negativa, apresentando um sofrimento que impacta seu cotidiano e traz isolamento social (Avis, Crawford, 2008; Villela, 2009).

O impacto da realidade socioeconômica das mulheres na experiência do climatério foi apontado por diversos autores (Hess et al., 2006; Im et al., 2010; Papini, Intrieri, Goodwin, 2002; Sievert, Obermeyer, Price, 2006; Villela, 2009). Observou-se que, mulheres com maior nível de educação e um apoio social forte

possuem atitudes mais positivas em relação ao climatério (Hess et al., 2006; Papini, Intrieri, Goodwin, 2002; Sievert, Obermeyer, Price, 2006).

Um estudo realizado com mulheres pertencentes a minorias étnicas, nos EUA, demonstrou que, a baixa renda familiar, o baixo nível educacional, a dificuldade de acesso à informação, as oportunidades limitadas de emprego e a marginalização social resultam em grande estresse, sofrimento, e desafios para as mulheres que vivenciam o climatério, influenciando de forma negativa a experiência dos sintomas (Im et al., 2010).

No que tange ao conhecimento das mulheres acerca do climatério, evidenciou-se que muitas delas expressam confusão sobre o seu significado, apresentando uma visão inconsistente e superficial sobre esse período (Avis, Crawford, 2008; Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Berterö, 2003; Pereira, Siqueira, 2009; Silva, Araújo, Silva, 2003; Utian, 2005; Valença, Germano, 2010; Vigeta, Brêtas, 2004). A carência de informações das mulheres faz com que os serviços de saúde sejam procurados apenas quando elas acreditam estar doentes, deparando-se com os sintomas (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Pereira, Siqueira, 2009).

A respeito dos sintomas do climatério, Halbe e Fonseca (2000) realizaram sua discriminação em seis categorias, como segue no Quadro 1.

Quadro 1- Manifestações clínicas do climatério

Neurogênicas	Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleias, tonturas, parestesias, insônia, falta de memória, fadiga.
Psicogênicas	Depressão, ansiedade, irritabilidade, diminuição da libido.
Metabólicas	Osteoporose, aterosclerose.
Mamárias	Mastalgia, mastodinia.
Urogenitais	Ressecamento vaginal, dispareunia, prurido vulvar, corrimento, sangramento uterino disfuncional, síndrome uretral, incontinência urinária de esforço.
Ósteo-músculo-articulares	Ostealgia, artralgia, mialgia.
Do sistema tegumentar	Atrofia epidérmica

Fonte: Adaptado de Halbe HW, Fonseca AM. Síndrome do Climatério. Tratado de Ginecologia. Editora Roca; 2000. p. 1519-57.

Estudos mostram que, em âmbito global, as ondas de calor, também conhecidas como *fogachos*, representam um dos sintomas mais frequentes experienciados pelas mulheres no climatério. Evidenciou-se que os fogachos podem ter impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, porque estão correlacionados à fadiga, irritabilidade, esquecimento e desconforto físico agudo, além de estarem associados a efeitos negativos no desempenho das mulheres em seu trabalho (Kronenberg, 2010; Santos-Sá et al., 2004; Santos-Sá et al., 2005; Utian, 2005; WHC, 2008).

A literatura destaca que a busca das mulheres por práticas de autocuidado orientadas ao manejo dos sintomas do climatério está associada aos aspectos socioeconômicos, ao nível educacional e à disponibilidade de acesso a medicamentos, especialmente aqueles que são prescritos (Akong et al., 2001;

Anderson, Posner, 2002; Dhillon, Mahmood, Singh, 2007; Gupta, Forbes, Kirkman, 2001).

Pesquisadores constataram que muitas mulheres utilizam as práticas complementares para o alívio dos sintomas do climatério, elegendo como principais recursos os chás herbais, os suplementos dietéticos e os medicamentos fitoterápicos - óleo de prímula, ginseng, *dong quai*, lúpulo, ginkgo biloba e cimicifuga. Além disso, uma dieta saudável, a prática de atividades físicas e o engajamento em uma vida social ativa constituem-se como importantes práticas de autocuidado destinadas ao manejo dos sintomas do climatério (Berterö, 2003; Borrelli, Ernest, 2010; Elliot, Berman, Kim, 2002; Freitas, Silva, Silva, 2004; Zeserson, 2001).

Em relação à terapia de reposição hormonal (TRH), observou-se que a decisão das mulheres pelo seu uso pode estar relacionada não apenas às suas condições de saúde, mas à sua percepção sobre a menopausa e às diferentes atitudes culturais (Choudhary, Choudhary, 2013; Elliot, Berman, Kim, 2002; Huang et al., 2010; Mackey et al., 2014; Pedro et al., 2002; Vigeta, Brêtas, 2004).

Mulheres que concebem a menopausa como um processo natural, possuem a crença de que o corpo tem habilidade para ajustar-se sozinho e suprimir os sintomas, sem medicamentos (Choudhary, Choudhary, 2013; Vigeta, Brêtas, 2004). A relutância em procurar pelo médico está associada à uma atitude de aceitação em relação à menopausa e às mudanças decorrentes deste período (Huang et al., 2010; Mackey et al., 2014).

Entretanto, as mulheres que concebem a menopausa como uma patologia consideram o uso da TRH como uma decisão médica, transferindo o controle sobre desse aspecto de sua vida e saúde para esse profissional. Supõe-se que esta atitude esteja relacionada à pressão da classe médica e da mídia em relação à

menopausa e à sua sintomatologia associada (Choudhary, Choudhary, 2013; Elliot, Berman, Kim, 2002; Pedro et al., 2002).

Observou-se também que a TRH gera muitas dúvidas nas mulheres, particularmente em termos dos seus riscos e benefícios. Elas se queixam da falta de informação dos serviços de saúde a respeito dos efeitos adversos do TRH; muitas delas se recusam a aceitar este tratamento por associá-lo a efeitos adversos, como o câncer de mama (Cifcili et al., 2009; Fu et al., 2003; Huang et al., 2010).

Como parte importante da experiência das mulheres no climatério, pesquisadores apontam o impacto das mudanças nas relações familiares no enfrentamento da nova realidade (Dare, 2011; Duffy, Iversen, Hannaford, 2011).

Sabe-se que, no climatério, muitas mulheres passam a acumular responsabilidades relacionadas ao cuidado dos pais idosos, ou de filhos na infância ou adolescência; não é incomum que elas precisem cuidar também de seus maridos quando eles adoecem. Além disso, a experiência familiar das mulheres, no climatério, pode ser moldada por questões como a gravidez tardia e problemas reprodutivos como aborto e infertilidade (Dillaway, 2002; Melby, Lock, Kaufert, 2005; Twigg, 2004).

Evidenciou-se também a falta de apoio dos cônjuges e dos filhos para ajudarem as mulheres a lidar com as problemáticas relacionadas ao climatério. Elas se ressentem da falta de compreensão e aceitação por parte dos membros da família, e reconhecem que esta situação prejudica a sua autoestima (Freitas, Silva, Silva, 2004; Santos, Campoy, 2008).

Por outro lado, algumas mulheres sentem-se aliviadas pelo fim das responsabilidades relacionadas ao papel materno, encontrando tranquilidade na maturidade. Também se sentem satisfeitas por terem criado os seus filhos e

cumprido de forma bem-sucedida a sua missão junto à maternidade (Carolan, 2000; Dare, 2011). Elas possuem consciência das transformações que ocorrem, e trabalham internamente para aceitá-las, buscando a superação das mudanças no sentido de encontrar recursos para enfrentarem os novos desafios (Berterö, 2003; Lima, Ângelo, 2001; WHC, 2008).

Em relação à vivência da sexualidade no climatério, considera-se que esta questão seja influenciada por um amplo escopo de aspectos psicossociais, incluindo o apoio emocional do cônjuge, a satisfação com a autoimagem e o bem-estar emocional (Hess et al., 2009, Prairie et al., 2011).

Por essa razão, algumas mulheres podem sentir diminuição do desejo sexual, enquanto outras experimentam o processo inverso, com a liberação do desejo e a prática de uma sexualidade menos conflitiva. Estas mulheres percebem o climatério como um tempo de liberdade sexual, sem o medo de uma gravidez não planejada; de liberdade em relação às restrições físicas impostas pela menstruação e aos ciclos menstruais incômodos e dolorosos (Ayers, Forshaw, Hunter, 2010; Berterö, 2003; Choudhary, Choudhary, 2013; Costa, Gualda, 2008; WHC, 2008).

Diante da diversidade no modo como as mulheres são impactadas pelo climatério, acreditamos que seja essencial explorar suas experiências na abordagem assistencial, facilitando a expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida, que têm impacto na sua saúde.

1.3 O MATERIAL EDUCATIVO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O direito à aquisição de informações de saúde claras, confiáveis e acessíveis é preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007c). Nesse sentido, a comunicação é vista como uma ferramenta indispensável para a promoção da saúde. Esta estratégia vem sendo apontada como instrumento, e mesmo como movimento social capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde de populações (Bizzo, 2002).

Parte-se do princípio de que a comunicação é um produto do encontro social, uma atividade realizada conjuntamente, com a intenção de romper o isolamento. Por estar implicada com a troca, interação, intersubjetividade, expressão e o diálogo, a comunicação configura-se com múltiplas dimensões – afetiva, cognitiva, social e tecnológica (Rangel, 2008). Portanto, a interface da comunicação com a saúde requer a compreensão plural das realidades e dos temas que mobilizam a sociedade e a necessidade de aprofundar o modo interdisciplinar de produzir conhecimentos (Araújo, Cabrera, 2012).

A comunicação em saúde envolve, em suas múltiplas dimensões, a circulação de informações e conhecimentos em saúde oriundos de inúmeras fontes. Participam desses processos de emissão e recepção de mensagens: os meios de comunicação de massa (televisão, jornais, revistas), a família, as empresas, os sistemas de saúde, os vizinhos, instituições religiosas, os colegas, os sindicatos, a medicina privada, a internet (Rangel, 2008). Estudiosos recomendam que os profissionais de saúde orientem a população, sobretudo aquela com menor nível educacional, sobre como obter e avaliar a qualidade da informação em saúde, direcionando os usuários às fontes fidedignas de informação (Anker, Reinhart, Feeley, 2011).

A forma escrita da comunicação vem sendo amplamente utilizada pelos profissionais de saúde, nas atividades educativas (Moreira, Nóbrega, Silva, 2003). O material educativo é considerado uma ferramenta que possibilita o diálogo comunicacional, realizando a mediação entre as pessoas que estão em situação de aprendizagem e os conhecimentos produzidos nas diferentes áreas do conhecimento e da prática de saúde. Isso requer a valorização do destinatário da mensagem, e não meramente o acúmulo de informação, cujo conteúdo pode ser correto tecnicamente, mas pouco útil pedagogicamente e de leitura pesada (Carvalho, 2007; Kaplún, 2003).

Dessa forma, entende-se que o material educativo não seja apenas um objeto que proporciona informação. Ele é visto como ferramenta que facilita ou apoia o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado. Ele proporciona as experiências de mudança e enriquecimento em algum sentido, dentre eles, o conceitual, perceptivo, afetivo, de habilidades ou atitudes, etc. (Kaplún, 2003).

Diversos autores reconhecem a contribuição de materiais educativos impressos como estratégia para superar a hegemonia que tem sido estabelecida na educação em saúde (Carvalho, 2007; Clayman et al., 2010; Diercks, Pekelman, 2007; Diercks, Pekelman, Wilhelms, 2007; Manganiello, 2012; Nespoli, Ribeiro, 2011; Reberte, Hoga, Gomes, 2012). A superação deste modelo demanda a compreensão de que conhecimento é uma construção social, sendo necessário valorizar os contextos de aprendizagem dos usuários dos serviços de saúde na construção de materiais educativos.

Trata-se, então, de admitir outros saberes que não são especializados, reconhecer as limitações do conhecimento estabelecido para reconhecer as necessidades de saúde, e entender o contexto de vida e os recursos utilizados pela

população (Reberte, Hoga, Gomes, 2012). Essa experiência possibilita a identificação dos sujeitos com o material educativo, o que facilita a compreensão e apreensão do conteúdo abordado, e aumenta a autoestima dos participantes envolvidos (Diercks, Pekelman, 2007).

Uma breve revisão da literatura, da mídia eletrônica e afins, revelou a inexistência de materiais educativos sobre o climatério, que sejam especialmente direcionados às mulheres usuárias dos serviços de saúde no Brasil. É importante dizer que existem publicações do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2004) sobre o climatério, disponíveis *online*, mas estes materiais foram elaborados com enfoque nos profissionais de saúde.

Esses pressupostos justificaram a ideia de produzir um material educativo direcionado às mulheres que vivenciam o climatério, que atendam às suas próprias necessidades, e mediante emprego de linguagem adequada à sua realidade social, econômica e cultural.

1.4 A PRÁTICA DOS GRUPOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

Experiências de cuidado em saúde demonstram o impacto positivo das intervenções educativas com mulheres, em especial a partir do desenvolvimento de práticas de grupo, no âmbito dos serviços de saúde (Alexander, 2004; Barbosa, Giffin, 2007; Chiesa, Westphal, 1995; Machado, 2008; Polisseni et al., 2008; Rodrigues, 2011; Savi, Valla, 2009; Zoiro, Parisi, 2005).

Nos EUA, realizou-se uma PA, que teve a pedagogia problematizadora proposta por Paulo Freire (2003) como suporte teórico para o desenvolvimento de

grupos educativos com mulheres. Esta investigação, cujo objetivo foi identificar os problemas nas interações entre e as mulheres e um serviço de saúde da atenção primária (Alexander, 2004), demonstrou que o trabalho grupal promove o fortalecimento da autoestima e da autonomia das participantes, assim como um aumento do controle das mulheres sobre sua própria saúde.

Um estudo brasileiro, desenvolvido no contexto da AB, propôs uma ação educativa para a promoção da saúde sobre HIV/AIDS, com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, através de um jogo educativo. Constatou-se que a intervenção educativa mostra-se efetiva para a transmissão de informações sobre HIV/AIDS e para o estímulo do debate de assuntos relacionados a esta epidemia (Rodrigues, 2011).

Savi e Valla (2009) investigaram as possibilidades dos grupos educativos com mulheres como uma ferramenta de trabalho em saúde, a partir da experiência de um grupo de convivência com mulheres moradoras de uma comunidade favelizada. Evidenciou-se que o grupo constitui-se em um espaço de troca e resistência, através do diálogo norteado pela horizontalidade e solidariedade, favorecendo o acolhimento das mulheres e a potencialização dos seus recursos pessoais e grupais. Compartilhar problemas e sofrimentos fortaleceu os vínculos afetivos entre as mulheres e gerou cumplicidade na busca de soluções possíveis, promovendo o seu empoderamento e uma visão de futuro como problema, e não mais como inexorabilidade.

Outro estudo, desenvolvido a partir de uma prática de educação e saúde com mulheres de uma comunidade, também evidenciou a potencialidade dos grupos educativos como um espaço de construção coletiva de possibilidades de saúde (Machado, 2008). Observou-se que a troca de informações e as discussões

realizadas promovem o empoderamento das mulheres, fortalecendo seu poder pessoal e coletivo. A problematização da realidade cotidiana contribuiu para a construção de novos olhares das mulheres para os diversos aspectos da vida, ajudando-as a perceberem-se de forma não fragmentada.

Uma experiência de PA fundamentada pela pedagogia problematizadora de Paulo Freire foi apresentada por Barbosa e Giffin (2007). Estes pesquisadores desenvolveram um grupo de “reflexão-ação” com jovens para discutir temas como identidade de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Demonstrou-se que as ações educativas despertam o interesse dos participantes, e promovem sua sensibilização para a reflexão e o debate sobre as questões significativas que foram levantadas. Os jovens consideraram essa experiência como um ganho importante para suas vidas pessoais e coletivas.

Chiesa e Westphal (1995) realizaram uma intervenção educativa no contexto da AB, com mulheres participantes de um grupo de risco para o desenvolvimento de câncer cérvico-uterino. Através de oficinas educativas, a participação crítica das mulheres foi estimulada, valorizando seus conhecimentos sobre a temática desenvolvida. Evidenciou-se que as oficinas apresentam diversas possibilidades como método educativo: o processo dialógico para instrumentalizar a população, o estabelecimento de uma relação horizontal e dialógica entre profissional de saúde e usuários, e a construção de um processo educativo dialético, que permitiu articular o fenômeno vivenciado às diferentes dimensões da realidade.

Pesquisadores relataram a experiência de um projeto de extensão universitária, multidisciplinar, que visava atender as mulheres no climatério com uma abordagem dos aspectos emocionais, biológicos e sociais de sua saúde (Polisseni et al., 2008). Os grupos educativos desenvolvidos possibilitaram a troca de

informações entre as mulheres, a problematização de conceitos, e aquisição de novos conhecimentos. Ademais, a experiência de metodologias inovadoras na prática cotidiana em saúde propiciou aos profissionais de saúde uma ampliação de seus olhares sobre o climatério.

Outro estudo acerca do climatério aglutinou mulheres que vivenciavam o climatério e participavam de um programa de atendimento à saúde mental, no contexto hospitalar (Zoiro, Parisi, 2005). Técnicas expressivas, mitos e contos de fadas foram utilizados como metodologia de trabalho em grupo. A partir das histórias relatadas, houve uma troca de experiências entre as mulheres, a acolhida do grupo, e resgates e reflexões significativas sobre a menopausa, enriquecendo o repertório das participantes do grupo para lidar com esse momento da vida.

Nesse sentido, a educação em saúde demonstrou ser capaz de resgatar a consciência crítica das mulheres acerca de sua saúde e de sua vida, através de uma ação ativa e participativa. A experiência com grupos foi considerada uma oportunidade para as mulheres se depararem com a realidade e identificá-la, atitude esta que pode representar o primeiro passo em direção à solução de problemas concernentes ao climatério (Oliveira, Jesus, Merighi, 2008; Polisseni et al., 2008).

Diante deste cenário, observamos as potencialidades das práticas de grupo em educação e saúde como uma ferramenta essencial de trabalho e investigação em saúde, em especial no que diz respeito à promoção da saúde das mulheres.

Acreditamos que conhecer a experiência das mulheres que vivenciam o climatério, por meio de uma intervenção educativa pautada pela escuta, troca, discussão de seus pontos de vista, experiências e necessidades, possibilitará o planejamento de futuras intervenções, nos serviços de saúde, que possam fortalecer as mulheres como *sujeitos* promotores de sua saúde. Somando-se a isso,

apostamos na importância da construção de um material educativo como um produto da prática educativa desenvolvida, no sentido de disseminar a discussão de problemas que foram trabalhados dentro de um pequeno grupo, e divulgar uma nova experiência de educação em saúde.

Essas foram as reflexões que, interconectadas, justificaram o presente estudo.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

- Explorar as experiências vivenciadas pelas mulheres no período do climatério;
- Identificar as dúvidas e as necessidades das mulheres relacionadas à experiência do climatério;
- Levantar as dificuldades e as potencialidades das mulheres para o enfrentamento dos problemas relacionados à experiência do climatério;
- Desenvolver ações educativas voltadas à promoção da saúde das mulheres no climatério;
- Elaborar um material educativo destinado à promoção da saúde das mulheres que vivenciam a experiência do climatério.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Considera-se que a pesquisa qualitativa em saúde possui a capacidade de explorar o processo de saúde-doença do modo como ele é percebido pelas próprias pessoas, ao invés da percepção do pesquisador. Os métodos de pesquisa qualitativos são utilizados para obter emoções e perspectivas, crenças e valores, ações e comportamentos, e os significados construídos pelos participantes a respeito das experiências vivenciadas (Morse, 2012).

3.1 A PESQUISA-AÇÃO COMO MÉTODO DE PESQUISA

Dentre as modalidades de pesquisa qualitativa, escolhemos para este trabalho a PA.

A PA é definida como um método ou estratégia de pesquisa, que agrega várias técnicas de pesquisa social, com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível de captação da informação (Thiollent, 2011).

Na PA, os sujeitos que estão sendo pesquisados são considerados como parte da equipe, envolvendo-se em todas as etapas do processo de investigação; por essa razão, são chamados de *participantes*. Isto democratiza o processo de pesquisa e transforma radicalmente a natureza distante do relacionamento entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa (Breda, 2015; Chesnay, 2015).

A PA possui caráter emancipatório e crítico, porque possibilita que os sujeitos examinem a realidade social, política, econômica e cultural que moldam suas identidades e ações (Miskovic, Hoop, 2006). Isso requer o envolvimento dos

participantes em um processo de reflexão, análise da realidade, produção de conhecimentos e enfrentamento dos problemas (Toledo, Jacobi, 2013).

Desse modo, na PA os conhecimentos se constroem à medida que o pesquisador e os atores sociais avançam na resolução dos problemas. Por meio do seu desenvolvimento, buscam-se soluções coletivas para os problemas enfrentados. As estratégias de enfrentamento formuladas em conjunto levam todos os parceiros a se envolverem e trabalharem em suas problemáticas. A articulação entre pesquisa e ação, a participação nas diferentes fases do processo, e a negociação de cada uma das ações põem os atores e os pesquisadores em uma posição de formação em que uns aprendem com os outros (El Andaloussi, 2004).

Estudos que têm por formato a PA vem se expandindo nos campos da saúde, ciências sociais e educação. Em relação ao campo da saúde, considera-se que a PA contribui para oferecer uma forma efetiva de avaliar e refletir sobre os processos de trabalho em saúde, com o objetivo de melhorar as práticas e o ambiente de trabalho para aqueles que fazem parte desse contexto - os profissionais de saúde e usuários (Koshi, Koshi, Waterman, 2011; Parkin, 2009).

3.2 O CONTEXTO DA PESQUISA

3.2.1 O local do estudo

O cenário desta pesquisa foi o Centro de Saúde-Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). O CSEGPS exerce atividades de ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade, com enfoque multiprofissional. Este serviço é campo de estágio e treinamento de profissionais de saúde, e integra a Coordenadoria Regional

de Saúde Centro-Oeste - Supervisão Lapa/Pinheiros. A população de sua área de abrangência, composta pelos bairros Jardim Paulista e Pinheiros, é de aproximadamente 94.000 habitantes (Canônico et al., 2007).

3.2.2 As participantes do estudo

Participaram deste estudo, nove mulheres que se encontravam na faixa etária de 45 a 65 anos. Elas eram matriculadas no Ambulatório de Saúde da Mulher Climatérica (ASMUC) do CSEGPS. O ASMUC realiza um atendimento multiprofissional que abarca as áreas de ginecologia, enfermagem, nutrição, odontologia, saúde mental e serviço social.

É importante salientar que a ocorrência ou não da menopausa não interferiu na seleção das participantes do estudo. Nós acreditamos que as possibilidades de se trabalhar com essas diferentes experiências permitiriam ampliar o fenômeno observado, favorecendo a troca de experiências entre as participantes.

O período de tempo, local e horário em que a PA foi desenvolvida foram definidos em conjunto com o setor administrativo do serviço, em função da disponibilidade e viabilidade de salas para a realização de grupos educativos. Por sugestão da gerente do serviço de saúde, o recrutamento das mulheres foi realizado mediante o convite pessoal da pesquisadora, que sistematicamente compareceu ao ASMUC, durante todo o mês de janeiro de 2013, para a abordagem das usuárias que aguardavam por atendimento em sala de espera para consulta com o ginecologista.

Conversamos individualmente com 46 mulheres, explicando o objetivo da pesquisa e convidando-as a participarem. Destas, 11 afirmaram assertivamente que

não participariam do estudo. As outras 35 demonstraram, a princípio, interesse em participar; os telefones de todas foram anotados para contato posterior. A pesquisadora não conseguiu falar ao telefone com sete das mulheres, mesmo após três tentativas de ligação. Nos contatos telefônicos efetivados, 11 mulheres recusaram-se a participar, alegando principalmente questões ligadas ao trabalho; 17 delas confirmaram sua participação, mas apenas nove mulheres participaram da PA.

As participantes foram essencialmente as mesmas em cada encontro, embora nem todas tenham comparecido às nove reuniões. De forma geral, as participantes avisavam antecipadamente que não poderiam estar presentes em determinada data, ou ligavam para a pesquisadora instantes antes do início das atividades, se houvesse algum imprevisto.

No primeiro encontro para a coleta de dados, entregamos às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1) -, seguindo rigorosamente os procedimentos éticos a ele correspondentes.

3.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nas considerações de Thiollent (2011), a PA é constituída de dois momentos principais: uma *fase exploratória*, inicial, e a *divulgação dos resultados*, a fase final, ambas permeadas por etapas intermediárias. Entretanto, as etapas da PA não necessitam obrigatoriamente de uma sequência rígida, porque estão profundamente interligadas entre si. Essas etapas podem, inclusive, acontecer durante o mesmo período de tempo. A flexibilidade é um atributo inerente ao método da PA, implicando-se com as diferentes situações diagnosticadas ao longo do processo.

A *fase exploratória* consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, estabelecendo um primeiro levantamento ou “diagnóstico” da situação, dos problemas prioritários e das possíveis ações a serem desenvolvidas. Em seguida, os pesquisadores e atores sociais implicados com o estudo se reúnem para examinar, discutir, e tomar decisões sobre o processo de investigação; as diretrizes de pesquisa e ação são então elaboradas partir das informações coletadas e das interpretações realizadas, dentro do referencial teórico adotado (Toledo, 2006; Thiollent, 2011).

Para o desenvolvimento deste estudo, buscamos uma aproximação entre os pressupostos da PA (Thiollent, 2011) e o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire (Freire, 1999).

A pedagogia problematizadora freireana evidencia a necessidade dos indivíduos analisarem suas próprias realidades de vida (tomada de consciência), identificando os problemas envolvidos nessas circunstâncias (problematização), e a percepção e implementação de mudanças para modificar suas realidades (desenvolvimento de ações emancipatórias). O ser humano torna-se sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto e, quanto mais refletir sobre seu contexto de vida, mais consciente emerge, comprometido para intervir na realidade e mudá-la (Freire, 1999).

Nessa perspectiva, a fase exploratória nos conduziu à investigação dos *temas geradores* relacionados à experiência de vida das mulheres que vivenciam o climatério. Como refere Freire (2003), o tema gerador é o pensamento do ser humano sobre sua realidade concreta, e sua ação sobre a ação para esta realidade que está em suas práxis. Por serem extraídos da prática de vida dos educandos, os

temas geradores se relacionam com suas necessidades, alegrias, conflitos e possibilidades, mobilizando a interação e troca de saberes (Afonso, 2013).

O levantamento dos temas geradores possibilitou o planejamento e a execução de um conjunto de ações educativas para a resolução dos problemas levantados, visando à transformação da realidade cotidiana das mulheres. Na etapa de planejamento de ação, é necessário definir com precisão os objetivos ou metas tangíveis da ação e os critérios de sua avaliação, assegurando a participação da população e a incorporação de suas sugestões (Thiollent, 2011).

Neste estudo, além de uma avaliação formal realizada em seu encerramento, avaliações contínuas foram realizadas em diferentes momentos da PA, com o objetivo de analisar de forma crítica o seu processo, a motivação dos participantes e os resultados que iam sendo alcançados (Toledo, 2006). Para tanto, as participantes e a pesquisadora trabalharam juntas no sentido de compreenderem as mudanças de perspectivas que foram ocorrendo ao longo do processo (McHugh, 2008).

Ao final do processo de PA, Thiollent (2011) recomenda que a *divulgação dos resultados* seja realizada. Trata-se de fazer conhecer os resultados do estudo entre os participantes que conversaram, participaram, agiram, investigaram, de modo compatível com o nível de compreensão dos destinatários.

É possível também divulgar a informação externamente em diferentes setores interessados, mediante acordo prévio com os participantes. Nesse sentido, canais de divulgação, como meios de comunicação impressos, são utilizados para fortalecer a tomada de consciência do conjunto da população (não limitada aos participantes efetivos da PA). Esta conscientização se desenvolve quando as pessoas descobrem que outras pessoas ou outros grupos vivem mais ou menos na mesma situação (Thiollent, 2011).

Contemplando a fase de divulgação dos resultados deste estudo, elaboramos um material educativo direcionado à promoção da saúde das mulheres que vivenciam a experiência do climatério.

3.3.1 Coleta de dados

Conforme preconizado pelo método da PA, foram utilizadas diversas técnicas de coleta de dados em cada fase do processo de investigação (Breda, 2015; Thiollent, 2011). Estas técnicas foram escolhidas não apenas em função dos objetivos da pesquisa, mas dos aspectos culturais e contextuais relacionados aos participantes (Breda, 2015).

As informações que foram compiladas na fase exploratória, orientaram o planejamento das ações educativas implementadas na PA.

As atividades de campo foram desenvolvidas pessoalmente, com a ajuda de uma assistente. Tratou-se de uma aluna de graduação em enfermagem, que foi previamente treinada para esta função.

3.3.1.1 Questionário

O questionário é um instrumento constituído de perguntas, que possibilita coletar dados do contexto e informações gerais, de forma fácil e rápida. Trata-se de ferramenta que permite coletar informações iniciais sobre atitudes e percepções dos participantes (Koshi, 2005). Neste estudo, um questionário foi aplicado para a caracterização das mulheres (Apêndice 2).

3.3.1.2 Grupo focal

O GF foi realizado em dois momentos da PA: na etapa de diagnóstico situacional da realidade e na avaliação final. Trata-se de uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham um traço comum. Pode ser tomado como uma entrevista em grupo, que permite aos participantes a expressão, nos seus próprios termos, de experiências, pontos de vista, crenças, valores, atitudes e representações (Afonso, 2013; Morgan, 1997). A interação grupal produz dados e *insights* que levam em conta o processo do grupo, e o exercício de aprender a pensar coletivamente (Kind, 2004).

O GF é considerado pertinente e eficiente na etapa de diagnóstico situacional dos processos de PA (Alexander, 2004; Chiu, 2003; Iervolino, Pelicioni, 2005), e pode ser associado concomitantemente a outras técnicas de pesquisa (Iervolino, Pelicioni, 2005).

Além de um moderador que coordena as interações grupais, recomenda-se a presença de um observador no GF, especialmente para colaborar com o registro dos momentos mais significativos da dinâmica do grupo, compartilhando com o moderador suas impressões subjetivas e sensações, referentes aos encontros (Backes et al., 2011; Onwuegbuzie et al., 2009). O observador também tem a função de apoiar na logística, receber os participantes quando eles chegam, e monitorar o equipamento de gravação (Krueger, 2002).

É preconizada também a utilização de um roteiro para conduzir o moderador durante o processo grupal, ajudando a orientar a discussão. O roteiro contribui para garantir que a linguagem, as experiências e as prioridades dos participantes sejam

representadas, e não apenas os interesses do pesquisador. Através do roteiro, as questões e pontos de vista podem ser melhor esclarecidos (Morgan, 1997).

De acordo com Krueger e Casey (2009), é necessário que o moderador utilize estratégias para manter os participantes completamente envolvidos na conversação, conectando-se com emoções, atitudes e comportamentos inconscientes. Para encorajar a participação de todos, é desejável que o moderador proponha aos membros do grupo atividades com material de apoio estimulante (revistas, audiovisual, etc.). Além disso, é importante planejar atividades que demandem o engajamento dos participantes em tarefas específicas, envolvendo o trabalho em pequenos grupos, por exemplo. Técnicas de dinâmica grupal, como, “tempestade de ideias”, letras de música ou trechos de crônicas, construção de quadro de ideias convergentes e divergentes, podem ser incorporadas ao GF (Afonso, 2013; Onwuegbuzie et al., 2009).

Recomenda-se que o número de participantes do GF seja suficiente para promover a discussão, possibilitando que todos os membros possam compartilhar seus *insights* dentro do tempo disponível. A maioria dos autores sugere que o GF contemple de 4 a 12 participantes, sendo o tamanho ideal entre 5 e 10 (Jayasekara, 2012; Krueger, Casey, 2009; Morgan, 1997). Considera-se que grupos focais bem delineados costumem durar entre 60 e 120 minutos (Kind, 2004; Morgan, 1997).

3.3.1.3 Oficinas educativas

A oficina educativa foi a técnica a partir da qual foram desenvolvidas as ações educativas.

A oficina se constitui em um espaço para reflexão e discussão de vivências, e é definida como um processo educativo pluridimensional, coletivo, planejado e coordenado, que se singulariza pela criatividade no modo de trabalhar, e pelo produto construído (Chiesa, Westphal, 1995; Corcione, 2003). Utiliza informação e reflexão, mas trabalha também com os significados afetivos e a experiência relacionados com o tema discutido, sendo portanto uma prática de intervenção psicossocial, seja em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de política social (Afonso, 2013). Dessa forma, o principal objetivo da oficina é a criação coletiva a partir dos recursos do próprio grupo, buscando valorizar a adversidade e potencialidade de cada participante (Corcione, 2003).

Nesse sentido, considera-se que a oficina representa uma metodologia dialética, dinâmica, que possibilita a troca de experiências sobre os temas emergentes, favorecendo a problematização das discussões e estimulando a visão crítica do grupo. A oficina possibilita, então, a interação entre o conhecimento técnico e o conhecimento empírico sobre os fatos em questão, motivando os participantes para a compreensão da totalidade em que a experiência vivida se insere (Chiesa, Westphal, 1995).

3.3.2 Procedimentos de coleta de dados

As técnicas anteriormente mencionadas foram organizadas e aplicadas em três diferentes momentos de coleta de dados. As características dos três momentos estão apresentadas, de forma sumária, na Figura 1.

Figura 1- Sumário dos três momentos de coleta de dados da PA

	Momento 1	Momento 2	Momento 3
	<i>Diagnóstico situacional da realidade</i>	<i>Planejamento e execução das ações educativas</i>	<i>Avaliação final</i>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar as participantes - Identificar problemas e potencialidades na experiência do climatério 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar/implementar ações educativas de promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a perspectiva das mulheres sobre o processo de PA
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário - GF: 3 sessões 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficinas educativas: 5 sessões 	<ul style="list-style-type: none"> - GF: 1 sessão

A descrição dos três momentos de coleta de dados da PA está apresentada na sequência:

Primeiro momento: Diagnóstico situacional da realidade.

Neste momento, foram desenvolvidas três sessões de GF. No início da primeira sessão, foi aplicado um questionário para obter dados relativos às características sociodemográficas das mulheres participantes. Nas sessões subsequentes, foram explorados os problemas e potencialidades relacionados à experiência do climatério. As sessões tiveram duração aproximada de 120 minutos cada.

Constatamos que três sessões eram suficientes para o alcance dos objetivos do momento, pois observou-se a repetição contínua dos dados (Alexander, 2004; Sandelowski, 2008).

Segundo momento: Planejamento e execução de ações educativas de promoção da saúde

A partir dos temas geradores levantados, foram desenvolvidas ações educativas, mediante cinco oficinas. Estas tiveram a duração aproximada de 120 minutos cada.

Terceiro momento: Avaliação final da PA

Foi feita uma sessão de GF com o objetivo de avaliar, junto às mulheres, a sua participação na PA, e a repercussão desse processo em sua realidade de vida. Uma sessão de GF com duração de 120 minutos foi suficiente para desenvolver esta atividade. Nesta sessão, foi possível discutir sobre o que foi compartilhado, vivenciado, e aprendido no processo de pesquisa.

As nove sessões da PA, realizadas semanalmente, foram desenvolvidas entre fevereiro e abril de 2011.

Para assegurar que a informação produzida pelo estudo refletisse de forma fidedigna as diferentes perspectivas das participantes, as mulheres foram consultadas, em diversos momentos do processo de PA, no sentido de verificar se suas perspectivas estavam sendo adequadamente representadas (McHugh, 2008).

Ao final de cada encontro, as participantes também eram questionadas a respeito de sugestões de novos temas a serem trabalhados nos próximos grupos, conforme preconiza a literatura (Afonso, 2013; Alexander, 2004; Chiu, 2003).

3.3.3 Análise de dados

A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados levantados, realizou-se uma análise conjunta dos diversos instrumentos utilizados no processo de PA.

Todos os encontros grupais foram gravados em áudio (*K-7 e MP4*) e transcritos integralmente. O processo de análise buscou, inicialmente, organizar os materiais obtidos com os diversos instrumentos, a saber: os questionários, cujos dados dizem respeito à caracterização sociodemográfica dos participantes; o registro da fala e interação; as anotações de campo dos pesquisadores, referentes à comunicação verbal e não-verbal e à dinâmica grupal; os desenhos e demais materiais gráficos e textuais produzidos durante os encontros.

O conjunto dos dados foi submetido à análise temática, um método que identifica, analisa e descreve com riqueza de detalhes os temas presentes nos dados. Este método de análise é considerado flexível e consistente com o referencial teórico deste estudo, no sentido de desvelar a realidade, e aprofundar-se para além de sua superfície.

Na análise temática de dados qualitativos, os resultados devem ser produzidos mediante uma abordagem latente do conjunto de elementos que compõem os dados. Esta estratégia deve ser adotada para examinar pressupostos, ideias, concepções e ideologias subjacentes ao conteúdo semântico (Braun, Clarke, 2006).

A análise temática do conjunto de dados foi realizada conforme as seis fases preconizadas por Braun e Clarke (2006). Foram feitas adaptações, para que as fases da análise se adequassem à estratégia de trabalho em dinâmica de grupo (Krueger, 2002).

As fases e respectivas estratégias adotadas para realizar a análise temática estão sumarizadas no Quadro 2.

Quadro 2- Fases da análise temática

1 Familiarização com os dados de cada instrumento

- Leitura flutuante do material transcrito e anotações de campo
- Escuta repetitiva das gravações
- Anotações sobre o tom de voz das participantes, indicando pausa, entusiasmo, relutância (Krueger, 2002)
- Observação do material produzido pelas participantes

2 Codificação dos dados

- Agrupamento dos dados através de códigos
- Identificação dos aspectos semânticos e conceituais dos dados que constituem padrões repetidos (temas)

3 Busca por temas

- Classificação dos códigos como potenciais temas
- Combinação dos diferentes códigos para compor um tema abrangente

4 Revisão dos temas

- Checagem da correspondência entre os trechos codificados do texto e cada tema, verificando se há um padrão coerente
- Observação da validade de cada tema em relação ao conjunto dos dados

5 Definição dos temas

- Análise de cada tema, identificando sua essência e atribuindo-lhes um nome conciso, informativo e incisivo

6 Produção escrita

- Relato de uma história autêntica e coerente, através de uma análise que capture a essência dos dados e a contextualize em relação à literatura científica

Fonte: Adaptado de Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3:77-101.

As informações referentes à falta de consenso entre as participantes diante de algumas questões levantadas durante as dinâmicas grupais, assim como os graus dessa discordância, foram apresentadas (Krueger, 2002; Onwuegbuzie, Leech, Collins, 2011).

Como previsto, o grupo não se apresentou como um conjunto todo harmônico, tampouco todas as ideias em pauta tinham consenso entre os componentes do grupo. A contrário, houve no grupo um movimento dialético composto por diferenças, que foram cruciais para propiciar trocas e o senso de tolerância em relação aos posicionamentos discordantes (Afonso, 2013). A análise das perspectivas dos indivíduos, além da dinâmica do grupo, é considerada importante no trabalho com GF (Krueger, 2002; Onwuegbuzie, Leech, Collins, 2011).

Temas, conteúdos e significados foram ilustrados por citações extraídas das falas, para preservar o rigor da pesquisa (Morse, 2012). Nas considerações de Taylor-Powell e Renner (2003), as citações são importantes no sentido de evitar as generalizações, bem como enriquecer a análise e suas contextualizações.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à apreciação e seu desenvolvimento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP (Protocolo 07402512.0.0000.5392). Todos os procedimentos de pesquisa foram desenvolvidos conforme o preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

Quanto à abordagem dos sujeitos de pesquisa, no primeiro encontro para a realização da prática educativa a pesquisadora fez vários esclarecimentos. Foi garantida a recusa ou a interrupção de sua participação em qualquer fase da

pesquisa, sem que tivessem nenhum tipo de prejuízo, o sigilo da identidade e da privacidade.

No primeiro encontro referente à coleta dos dados da PA, as participantes receberam o TCLE, que foi assinado por ambas as partes, tendo ficado cada qual com uma cópia. A pesquisadora disponibilizou-se a sanar as dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante o seu desenvolvimento. Foram utilizados pseudônimos para proteger a identidade das mulheres.

3.5 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

O material educativo foi considerado o produto da PA. Ele foi construído mediante acúmulo, consolidação e maturação das ideias trabalhadas na dimensão coletiva (Rede Mulher de Educação, 2003).

Foram seguidas as recomendações para a elaboração de cartilhas educativas voltadas à promoção da saúde, postuladas por Diercks, Pekelman e Wilhelms (2007), Manganiello (2012) e Reberte, Hoga e Gomes (2012). Esse processo incluiu a participação das próprias mulheres, com o conteúdo baseado em seus próprios interesses e necessidades.

Na Figura 2, estão apresentadas as fases do processo de elaboração do material educativo.

Figura 2- Fases do processo de elaboração do material educativo

3.5.1 Elaboração do conteúdo

O conteúdo da cartilha foi elaborado a partir do diagnóstico sobre os problemas, potencialidades, necessidades e demandas relativas à experiência das mulheres que vivenciam o climatério. Pode-se dizer que este diagnóstico foi

produzido efetivamente no âmbito coletivo, com as mulheres que participaram do processo de PA.

Houve a necessidade de priorizar a inclusão de informações consideradas relevantes e representativas do principal conteúdo abordado no grupo. Isso porque, a inclusão de todo conteúdo trabalhado, em conjunto com as mulheres, seria excessiva, considerando o formato do material: uma cartilha.

Buscou-se na literatura científica o respaldo para a elaboração do conteúdo da cartilha, estratégia considerada fundamental para preservar a segurança do leitor do material e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (Echer, 2005).

Todo o processo de construção da cartilha levou em conta a adequação da linguagem, um dos pilares da pedagogia problematizadora (Freire, 1999). A linguagem é reconhecida como uma forma de expressão de sentimentos, emoções, modos de comportamento, representações, símbolos e metáforas que dão múltiplos significados à vida e que podem ser percebidos por diversos órgãos dos sentidos, uma vez que se estruturam e se tornam produtos da experiência vivida no cotidiano das pessoas (Diercks, Pekelman, Wilhelms, 2007).

Desse modo, foram utilizadas na cartilha palavras de uso popular, especialmente as coloquiais. É recomendado que o emprego de termos técnicos seja restrito às situações necessárias e insubstituíveis, e, caso sejam utilizados, deve ser tomado o devido cuidado para esclarecer os seus sentidos, às vezes, mediante a utilização de exemplos (Doak, Doak, Root, 1996; Manganiello, 2012).

Optou-se pela inclusão de ilustrações na cartilha, com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (Echer, 2005). Estas ilustrações foram desenvolvidas por dois profissionais da área de *design*, e o processo de criação das

imagens teve a participação da própria pesquisadora, que forneceu as explicações técnicas referentes a cada ilustração a ser incluída, e a intencionalidade embutida em seus significados e sentidos. Entretanto, respeitou-se o processo criativo dos *designers*, assim como suas recomendações e sugestões sobre o trabalho, no que tange ao projeto editorial em geral.

Foram criadas 29 ilustrações, tanto de caráter técnico, representando o corpo feminino, como simbólico, em alusão aos aspectos psicossociais envolvidos no climatério.

3.5.2 Validação da cartilha

3.5.2.1 Validação por perito

A primeira etapa do processo de validação contou com a participação de um perito. Trata-se de um profissional da área da médica, escolhido por preencher todos os critérios recomendados pela literatura científica: atuar na assistência às mulheres no climatério, ter experiência na área da promoção da saúde e ter experiência na construção ou avaliação de materiais educativos ou didáticos (Reberte, 2008).

O perito recebeu uma versão preliminar do material, que contemplava o conteúdo integral da cartilha, incluindo as figuras pertinentes a cada tópico - que, a princípio, representavam modelos a partir dos quais seriam criadas as ilustrações originais da cartilha. Solicitou-se que ele registrasse suas sugestões, no sentido de aperfeiçoar o material, tendo em vista a estrutura, o conteúdo, a linguagem e as figuras.

Os registros foram anotados pelo perito na própria cartilha, com sugestões e recomendações expostas de forma clara, o que possibilitou uma fácil interpretação

por parte da pesquisadora. Assim que foi obtida a contribuição do perito para a reformulação da cartilha educativa, a pesquisadora realizou as adequações sugeridas em seu conteúdo. Não houve recomendações referentes a modificações nas figuras, mas, sim, à exclusão de algumas delas.

3.5.2.2 Validação pelas mulheres

Na segunda fase do processo de validação do material, contou-se com a colaboração das mulheres que participavam da PA. Esta etapa foi essencial para que elas pudessem indicar as dificuldades encontradas no tocante à compreensão da linguagem e das figuras contidas na cartilha. Além disso, as mulheres puderam fazer contribuições a respeito do conteúdo do texto, e sugestões para a diagramação do material (disposição dos tópicos, localização de balões e quadros, cores, etc.).

Este trabalho foi realizado com a intenção de diminuir a distância entre o que o profissional pensa e escreve e o mundo do leitor, na perspectiva de que a cartilha é dirigida às mulheres que vivenciam a experiência do climatério (Fonseca et al., 2004).

O procedimento para a validação da cartilha pelas mulheres que participaram do estudo foi desenvolvido mediante os seguintes passos:

- a) Realizou-se o contato telefônico com as nove mulheres que participaram da PA, convidando-as a colaborarem com a validação da cartilha; destas, seis puderam participar. Encontros individuais foram agendados para essa atividade, no local de preferência das mulheres. Elas optaram por se reunir com a pesquisadora no posto de saúde ou em seus domicílios.

- b) No dia marcado, as mulheres compareceram e receberam a versão preliminar da cartilha, que contemplava as modificações indicadas pelo perito. Solicitou-se que elas lessem e validassem o material quanto aos aspectos da linguagem utilizada e as ilustrações contidas. Esclareceu-se que as informações deveriam ser compreensíveis e não demandar a necessidade de recorrer a dicionários, profissionais de saúde ou a outras pessoas com maior grau de escolaridade para explicar o sentido do que estava escrito ou ilustrado (Manganiello, 2012).
- c) Enquanto faziam a leitura da cartilha, as mulheres anotavam, no próprio material, a indicação das dúvidas encontradas e as contribuições que sugeriam. Durante esse momento, a pesquisadora permaneceu disponível para dar os esclarecimentos necessários.

Quando o material era recolhido junto às mulheres, a pesquisadora lia as anotações existentes e, se necessário, solicitava informações para esclarecimento. A pesquisadora então explicava o significado das palavras de difícil compreensão e substituía por palavras mais fáceis ou populares, até que as mulheres estivessem satisfeitas com o teor da cartilha, no tocante à facilidade de compreensão. As ilustrações de difícil compreensão eram também explicadas às mulheres, e a pesquisadora anotava as sugestões para modificá-las, fazendo esquemas gráficos e registros ao lado da própria imagem.

3.5.3 Composição da versão final da cartilha

Após a etapa de validação, o conteúdo reformulado da cartilha foi entregue aos profissionais de *design*, responsáveis pela editoração e ilustração do material,

com a criação de figuras originais criadas a partir dos modelos apresentados. Durante esse processo, permanecemos em contato com esses profissionais, discutindo os ajustes necessários para adequar as ilustrações e o projeto editorial em conformidade com a proposta da PA, até que a versão definitiva da cartilha estivesse pronta.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados segundo os procedimentos metodológicos adotados na PA. Esta estratégia, em que parte da metodologia desenvolvida se mescla à apresentação dos resultados, foi adotada para evitar descrições repetitivas.

A PA foi desenvolvida mediante três etapas, que são distintas quanto aos objetivos, mas intimamente interligadas entre si. Esta característica é própria da natureza da PA.

Etapas da PA

- (1) Diagnóstico situacional da realidade
- (2) Planejamento e execução das ações educativas
- (3) Avaliação somativa do processo de PA

Na Figura 3, estão apresentadas as etapas da PA.

Figura 3- Etapas da PA.

A apresentação dos resultados correspondente à primeira etapa da PA contemplou: a descrição das características das mulheres que participaram do estudo; a preparação e organização das sessões de GF; a operacionalização destas sessões; e a exposição dos temas geradores.

Com relação à segunda etapa da PA, foram apresentados os resultados concernentes ao planejamento e a execução das ações educativas.

Posteriormente, foram trazidos os resultados da terceira etapa da PA, oriundos da avaliação somativa do processo de PA, abrangendo a perspectiva das participantes e da pesquisadora (Baldiçera, Bueno, 2012). A avaliação somativa permite identificar a capacidade e os méritos de um projeto já desenvolvido em produzir resultados, estabelecendo o impacto da ação (Santos, Mourão, 2011).

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE

4.1.1 Características sociodemográficas das mulheres

As características sociodemográficas das mulheres estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres. São Paulo, 2015

Nome (Fictício)	Id	Esc	EC	NF	Ocupação	RF	Menopausa? Sim/Não Tempo de amenorreia (anos)
Violeta	50	15	D	2	Dona de casa/ Professora particular de pintura	>2	Sim 12
Acácia	45	11	D	3	Empregada doméstica	1-2	Não
Gérbera	55	11	C	2	Empregada doméstica	>2	Sim 8
Peônia	62	5	S	_	Aposentada/ Faxineira	1-2	Sim 30
Íris	62	11	C	2	Aposentada/ Artesã	1-2	Sim 11
Tulipa	48	4	C	1	Empregada Doméstica	1-2	Não
Orquídea	60	18	C	3	Advogada	>2	Sim 7
Magnólia	54	1	C	2	Auxiliar de limpeza	1	Não
Lavanda	59	8	C	4	Dona de casa/ Quituteira	>2	Sim 7

Id = Idade em anos completos; ESC = Escolaridade (anos de estudo); EC = Estado civil; C=Casada; D = Divorciada; S = Solteira; NF =Número de filhos; RF = Renda familiar (salários mínimos)

A idade das mulheres participantes variou entre 45 e 62, com predomínio entre 45 e 59 anos. O *status* menopausal baseou-se em auto relato, e a maioria delas (seis) declarou já ter atingido a menopausa. Nenhuma participante havia realizado tratamento de reposição normal (TRH). A média da idade da menopausa espontânea foi de 50,8 anos. Observou-se a ocorrência de menopausa induzida em duas mulheres, que foram submetidas à histerectomia quando tinham a idade de 32 e 38 anos.

Todas as mulheres que haviam atingido a menopausa espontânea, estavam com amenorreia há pelo menos sete anos, sendo que a média foi de 8,3 anos.

No que tange ao estado civil, seis mulheres eram casadas, duas divorciadas e apenas uma mulher era solteira. Em relação ao número de filhos, oito das nove mulheres possuíam filhos, sendo a média de 2,5 filhos por mulher.

A renda familiar da maior parte das mulheres (cinco) era menor ou igual a dois salários mínimos. Destas, duas eram empregadas domésticas, uma era auxiliar de limpeza em uma instituição pública de ensino, e duas eram aposentadas. É importante ressaltar que, dentre as donas de casa (duas) e aposentadas (duas), todas declararam que, ao menos esporadicamente, realizavam algum tipo de trabalho remunerado, informal, para complementar a renda familiar. Dentre estes trabalhos, foram citadas aulas particulares de pintura, revenda de cosméticos, faxina, confecção e venda de artesanato, produção de doces e salgados para vendas por encomenda.

4.1.2 Organização e preparo das sessões de grupo focal

Três sessões de GF foram conduzidos pela pesquisadora - por esta razão considerada a moderadora da atividade -, com a colaboração de sua assistente, a observadora (Onwuegbuzie et al., 2009).

As sessões de GF se realizaram no próprio CSE, em uma sala ampla, arejada, com cadeiras suficientes para que todos sentassem e para uma disposição física adequada ao posicionamento da moderadora e da observadora – favorável à acústica, visualização, localização e manipulação dos gravadores utilizados para a posterior transcrição dos encontros.

Quanto à disposição dos assentos, procuramos arranjá-los de forma a promover a participação de todas as mulheres, a interação dos olhares, a localização equidistante entre as pessoas no interior do mesmo campo de visão. A observadora posicionou-se na sala ocupada de modo a uma melhor visualização dos participantes, o que proporcionou a atenção não só à dinâmica da atividade, mas também à comunicação não verbal (Caçapava, 2008).

A comunicação não verbal é considerada fundamental para o processo grupal desenvolvido por falar da essência dos indivíduos, de suas e emoções e pensamentos, mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ela compreende os sinais não verbais, as ações ou movimentos corpóreos, o toque, a postura corporal, os sinais vocais, o espaço entre os comunicadores, os objetos utilizados, o tipo de corpo das pessoas envolvidas e o momento em que as palavras são ditas (Silva, 1996).

Em cada encontro, a moderadora e a observadora chegavam antecipadamente ao local, para a organização da sala e dos materiais que seriam utilizados. À medida que chegavam, as participantes recebiam os crachás de

identificação e sentavam-se no local desejado. Garrafas de água e copos eram dispostos em um local de fácil acesso e, em todas as reuniões, era fornecido um lanche, organizado em *kits* individuais. A proposta era oferecer uma refeição leve e saudável após o término dos encontros; barras de cereal, biscoito integral, sucos integrais, água de coco, frutas, etc.

No final de cada encontro, a moderadora e a observadora se reuniam para compartilhar informações sobre a dinâmica grupal, incluindo o desempenho da moderadora. Isso possibilitava a reflexão conjunta sobre as formas de superar as falhas detectadas e explorar as potencialidades emergentes. Aproveitávamos também esse momento, em que a memória ainda estava recente, para anotar nossas opiniões e impressões sobre o GF. Ao transcrever cada encontro gravado, as anotações eram incorporadas na introdução do texto, ocupando cerca de uma lauda, com o título de “diário de bordo”.

As transcrições foram feitas em formato de diálogo, seguindo a fluidez da dinâmica grupal e contemplando as falas das participantes, as proposições e as intervenções da moderadora.

4.1.3 Operacionalização das sessões de grupo focal

As discussões de cada sessão de GF foram estruturadas a partir de um roteiro contendo os temas e as questões que foram introduzidas nas sessões de GF, que está esquematizado no Quadro 3. Cada sessão se iniciava com uma breve síntese do conteúdo discutido no encontro prévio, realizada com a colaboração das participantes. Se algum tema fosse sugerido pelas mulheres ao fim do encontro,

este era incluído na próxima discussão, e mudanças no roteiro original eram realizadas (Alexander, 2004).

Quadro 3- Temas e questões introduzidas nas sessões de GF

Sessões	Temas	Questões
1	Percepções sobre a experiência do climatério Mudanças na vida cotidiana	O que a experiência do climatério significa para vocês? Quais as principais mudanças percebidas por vocês na sua vida cotidiana?
2	Relações familiares Problemas e conquistas relacionados à vida cotidiana	Quais as principais mudanças percebidas na relação com seus companheiros/cônjuges e com os membros de sua família? Quais são os principais problemas e conquistas relacionados ao climatério em sua vida cotidiana?
3	Cuidado à saúde no climatério	Como vocês cuidam da saúde no climatério?

A seguir, são descritas as três sessões de GF, contemplando a *duração*, seus *objetivos*, o *material utilizado* e os *procedimentos* para sua operacionalização.

4.1.3.1 Primeira sessão

Duração total: 110 minutos.

Objetivos

Estabelecer o contrato grupal com as participantes; favorecer o acolhimento e entrosamento; facilitar a expressão de sentimentos; sensibilizar as participantes para

a reflexão sobre o significado da experiência do climatério, com foco nas mudanças de vida nesse período.

Material

Aparelho de som, CD com músicas de relaxamento.

Procedimentos

- a) Retomada dos objetivos do estudo junto às participantes e estabelecimento de contratos.
- b) Técnica: Apresentação em duplas (Netto, 2002)

Duração aproximada: 15 minutos.

Solicitou-se que as participantes se dividissem em duplas e conversassem por alguns minutos, apresentando-se à colega sentada ao seu lado. Em seguida, cada componente da dupla deveria apresentar sua companheira às demais participantes.

Esta primeira atividade propiciou o relaxamento, a descontração e o entrosamento entre as participantes, que puderam conversar brevemente com a colega a respeito de sua idade, situação conjugal, filhos, ocupação.

- c) Técnica: Abrindo janelas (Afonso, 2013)

Duração aproximada: 25 minutos.

Ao som de uma música suave, de relaxamento, solicitou-se que as participantes imaginassem uma janela, através da qual pudessem se olhar e se transportar para o futuro. A seguir, cada participante deveria completar, diante do grupo, a seguinte sentença: *“Quando penso no futuro, eu me vejo...”*

De forma geral, os relatos foram bastante profundos, e percebeu-se que as mulheres se envolveram na atividade proposta. Concentraram-se, fecharam seus olhos e, segundo expressaram pela comunicação não verbal, mantiveram uma

postura ora relaxada, ora tensa. Isso foi observado pelo semblante de calma ou angústia e movimento de braços e pernas, relacionados à vivência interna subjetiva de cada mulher. Sonhos, desejos, preocupações, e *insights* acerca da situação de vida presente, com suas alegrias e tristezas, puderam ser revelados nesta atividade. Desse modo, pudemos conhecer mais a fundo cada uma das participantes, embora nem todas tenham conseguido se colocar de forma aberta neste primeiro momento.

d) Discussão

Duração aproximada: 60 minutos.

A discussão abordou as questões referentes aos significados da experiência do climatério para as mulheres, e às principais mudanças percebidas por elas na sua vida cotidiana, relacionadas a este período: *O que a experiência do climatério significa para vocês? Quais as principais mudanças que vocês perceberam na sua vida cotidiana?*

Neste primeiro encontro, o resultado alcançado foi bastante satisfatório. Observou-se que houve um alto grau de empatia entre as participantes, o que parecia ser o prenúncio de uma boa convivência entre todas. Por ser o primeiro encontro do grupo, foi notório que as participantes estavam ansiosas por terem algumas de suas dúvidas respondidas; o processo de PA foi então clarificado novamente, o que lhes trouxe mais tranquilidade.

3.1.3.2 Segunda sessão

Duração total: 120 minutos.

Objetivos

Aprofundar a reflexão sobre as mudanças de vida; identificar as mudanças vivenciadas pelas mulheres no climatério, em especial na sua dinâmica familiar e no seu entorno social; levantar os principais problemas e conquistas relacionados ao climatério na vida cotidiana.

Material

Aparelho de som, CD, recortes de revista, envelopes, papel sulfite, canetas coloridas, *flipchart*.

Procedimentos

a) Técnica: Como uma onda (Afonso, 2013)

Duração aproximada: 25 minutos.

Esta técnica consistiu na sensibilização das participantes para a discussão, propiciando momentos de reflexão com enfoque nas mudanças de vida decorrentes do climatério. Propôs-se que as mulheres relaxassem enquanto ouviam atentamente a canção *Como uma onda*, do cantor e compositor Lulu Santos (Anexo 2). Ao término da canção, solicitou-se que cada participante expressasse suas impressões sobre ela.

Observou-se que esta atividade teve um ótimo aproveitamento pelas participantes, que se concentraram, e de fato se engajaram na proposta. Emoções e sentimentos foram mobilizados, facilitando a expressão de ideias, fortalecendo o vínculo entre as mulheres, e possibilitando a reflexão sobre suas experiências de vida, em especial sobre o climatério.

“Realmente, né, parece, apesar de ser homem, que ele também passou pela menopausa: nada do que foi será como foi um dia, é verdade, quando eu disse aquela palavra sensação de mal-amada, é porque quando você não menstrua mais você tem impressão que as pessoas, ou quem está em torno, em volta, em casa, não te veem mais com os mesmos olhos.” (Lavanda)

b) Discussão

Duração aproximada: 95 minutos.

Na discussão, foram retomados os temas que haviam sido levantados na reunião anterior, referentes às mudanças de vida no climatério. Utilizou-se as técnicas de Foto-imagens e Reflexão em dupla para promover o aprofundamento da reflexão e discussão.

Para o desenvolvimento da técnica de Foto-imagens (Afonso, 2013), foram distribuídos, para cada participante, envelopes contendo diversos recortes de revista alusivos ao climatério, com enfoque na família e atividades sociais. Solicitou-se que elas escolhessem as imagens com as quais se identificassem mais, ou que mais as impressionassem. Foram utilizadas figuras representativas de casais maduros, mulheres com filhos e netos, atividades de lazer, culturais, esportivas, etc. Além disso, as participantes selecionaram figuras abstratas como paisagens, pontes e travessias, conotando sonhos, liberdades, transição.

A coordenadora então propôs que cada participante mostrasse seu painel para o grupo, comentando a escolha das fotos: *Que imagem é essa? O quanto dessa imagem tem a ver com você?*

Em seguida, a discussão foi feita com enfoque na vida familiar das participantes, norteadas pela seguinte questão: *Quais as principais mudanças percebidas na relação com seus companheiros/cônjuges e com os membros de sua família?*

Posteriormente, as mulheres se organizaram para a técnica da Reflexão em dupla (Afonso, 2013). Solicitou-se que elas dobrassem uma folha de sulfite ao meio, escrevendo, de um lado da folha, “Problemas” e do outro, “Conquistas”, relacionados

ao climatério. Cada dupla pôde então refletir sobre os principais problemas, em contraponto às principais conquistas dessa fase em sua vida cotidiana.

Decorrido certo tempo, cada dupla foi convidada a expor para o grupo maior o que discutiram entre si, enquanto a moderadora registrava em um *flipchart* os principais problemas e conquistas que foram levantados, a fim de que todos pudessem visualizá-los.

3.1.3.3 Terceira sessão

Duração total: 105 minutos.

Objetivos

Identificar as percepções das mulheres quanto ao o autocuidado; levantar as principais dúvidas das participantes sobre o climatério.

Material

Caixa com espelho de papel laminado, papel sulfite, giz de cera.

Procedimentos

- a) O espelho da alma (Magalhães, Trindade, Rodrigues, 2013)

Duração aproximada: 30 minutos.

Dentro de uma caixa que circulou entre as participantes, colocou-se um pequeno espelho de papel laminado, colado junto à tampa. Cada mulher que abrisse a caixa deveria olhar para o espelho, respondendo à seguinte pergunta: “*No tempo de hoje, no tempo presente: quando eu me olho no espelho, o que eu vejo?*”

Esta atividade teve um efeito muito importante para algumas mulheres, promovendo *insights* sobre a forma como vinham cuidando de si e de sua saúde, a importância do autoconhecimento, e a percepção sobre a sua autoestima.

“A gente ver o reflexo da gente é muito bom. Eu acho que ajuda. Teve uma época que eu não estava olhando para mim, no espelho. Então isso é muito bom!” (Violeta)

b) Discussão

Duração aproximada: 60 minutos.

A discussão foi desenvolvida a partir da técnica do Desenho livre.

Solicitou-se que as mulheres desenhassem fizessem um desenho livre, baseando-se na questão: *“Como eu cuido da minha saúde no climatério?”* Quando finalizaram o trabalho, cada uma delas foi convidada a apresentar seu desenho. As participantes foram então estimuladas a compartilhar com o grupo seus sentimentos, percepções e experiências acerca do autocuidado no climatério.

c) Técnica: Tempestade de ideias (Netto, 2002)

Duração aproximada: 15 minutos.

Para finalizar a sessão, desenvolveu-se a técnica da Tempestade de ideias.

A moderadora solicitou que as participantes expressassem suas dúvidas, preocupações, e interesses em relação ao climatério, sem se preocuparem se o que pensavam era ou não correto. Todas as sugestões foram anotadas em um *flipchart*; ao final do encontro, foi realizada uma síntese das ideias discutidas, com a colaboração das participantes.

Nesta sessão, explicou-se às participantes que as questões levantadas seriam discutidas durante as oficinas educativas, e também seriam incluídas no material educativo a ser construído. A grande maioria das sugestões referiu-se às dúvidas das mulheres sobre os sinais e sintomas do climatério.

No Quadro 4, apresentamos um sumário da operacionalização das sessões de GF sobre a experiência do climatério.

Quadro 4- Objetivos das sessões de GF e técnicas de dinâmica grupal utilizadas

GF	Objetivos	Técnicas de dinâmica grupal
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover acolhimento e entrosamento ▪ Facilitar a expressão de sentimentos ▪ Sensibilizar para a reflexão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação em duplas: a dupla conversa entre si; cada participante apresenta a colega para o grupo ▪ Abrindo janelas: relaxamento com música; visualização de uma janela para o futuro: <i>Quando penso no futuro, eu me vejo...</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprofundar reflexão sobre as mudanças de vida ▪ Identificar mudanças na dinâmica familiar e entorno social ▪ Levantar problemas e conquistas relacionados ao climático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como uma onda: relato das impressões provocadas por uma canção alusiva às mudanças de vida ▪ Foto-imagens: seleção de fotos para ilustrar as mudanças decorrentes do climático; as participantes mostram seu painel ao grupo e justificam a escolha das fotos ▪ Reflexão em dupla: discussão sobre os principais problemas e conquistas relacionados ao climático; cada dupla expõe seus pontos de vista ao grupo
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar percepções sobre o autocuidado ▪ Levantar as principais dúvidas sobre o climático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O espelho da alma: uma caixa com espelho circula entre as participantes; ao abri-la, cada mulher se observa no espelho e responde: <i>No tempo de hoje, no tempo presente, quando eu me olho no espelho, o que eu vejo?</i> ▪ Desenho livre: alusivo à maneira como as mulheres cuidam da saúde no climático; a partir da apresentação dos trabalhos ao grupo, as participantes são incentivadas a compartilhar suas experiências ▪ Tempestade de ideias: expressão de dúvidas, preocupações e interesses sobre o climático; reflexão e síntese das ideias discutidas

Diante desse cenário, cumpriu-se a etapa do diagnóstico situacional da PA, mediante o levantamento dos temas geradores relacionados à “leitura de mundo” do grupo de mulheres que vivenciavam a experiência do climatério (Freire, 1999).

Os títulos dos quatro temas geradores levantados basearam-se no próprio universo cultural das mulheres, expressos através de sua fala: “O espelho fala a verdade”: as mudanças corporais interferindo na autoestima das mulheres no climatério; “A vida gira como um carrossel”: altos e baixos nas condições emocionais e no convívio com os membros da família; “O tempo agora é outro”: mudanças na sexualidade e relacionamento amoroso/conjugal no climatério; “É tempo de se cuidar mais”: em busca do autocuidado no climatério.

4.1.4 Temas geradores

4.1.4.1 “O espelho fala a verdade”: as mudanças corporais interferindo na autoestima das mulheres no climatério

Embora o climatério fosse considerado pelas mulheres um período natural da vida, a maioria delas apresentava uma percepção negativa da experiência dos sintomas, com dificuldades em seu manejo. As participantes identificaram suas limitações para se ajustar às mudanças corporais sofridas nessa fase e enfrentar a nova realidade.

“Passar por isso a gente passa mesmo, é da natureza da mulher, isso eu aprendi com a minha mãe, que passou por muita coisa no climatério, até um aborto ela teve. E eu quero passar esse conhecimento para as minhas filhas também, a gente tem que encarar, porque é natural, as mudanças vêm mesmo. Mas se eu te falar que é fácil, não é, você compara a foto do antes e depois, meu Deus, é muito diferente, meu

corpo é outro. E tem aquele calor que você sente, ele sobe pelo pescoço, só mergulhando a cara na água.” (Lavanda)

“Você sabe sim que uma hora ia passar por isso, é uma coisa da vida. Mas quando você começa a se sentir diferente, a mudança deixa a gente pra baixo, sim. É um desgaste, né, o cansaço, o calor, a saúde dá uma abalada e vem uma depressão, pra mim dá um aperto no peito, um medo de perder a saúde e ficar imprestável, porque as pessoas têm preconceito. E a menstruação, quando ela vem, é muita quantidade, preocupa a gente, dá medo de ser outros problemas.” (Acácia)

No primeiro GF, em especial, observou-se que algumas participantes possuíam dúvidas a respeito da menopausa e das razões de sua ocorrência na vida das mulheres, acreditando na possibilidade de que fosse uma doença. Isso acarretava um sentimento de impotência para reconhecimento dos sintomas e das mudanças ocorridas em seu corpo.

“Eu não sei direito como a menopausa acontece no corpo, como é que posso saber se o que eu sinto é culpa da menopausa? Não sei bem se a menopausa é uma coisa normal ou é uma doença, parece doença porque eu sinto muita coisa.” (Magnólia)

Outra dúvida bastante comum entre as mulheres dizia respeito aos conceitos de climatério e menopausa. Embora relatassem que já haviam recebido informações no serviço de saúde, mostravam-se confusas sobre o significado dessa terminologia.

“Climatério é antes da menopausa?” (Gérbera); “Quando eu sei que estou na menopausa?” (Tulipa); “Esses nomes só confundem a gente...” (Lavanda); “O que acontece quando a pessoa ‘antecipa’ a menopausa?” (Peônia)

As participantes relataram que só ouviam o termo climatério nos serviços de saúde. Familiarizavam-se mais com o termo menopausa por ser o mais comumente

utilizado entre as pessoas do seu convívio social e familiar, e também o mais veiculado pelos meios de comunicação de massa.

“Eu achava que climatério era uma palavra tipo assim, de uso dos doutores, porque só ouço falar nele quando venho aqui. Por aí, na boca do povo, você só ouve falar na menopausa mesmo, e achava que era a mesma coisa, porque eu ouço muito rádio, e é sempre menopausa que os doutores falam.” (Peônia)

“Eu sempre ficava em dúvida com essa palavra, climatério, porque às vezes eu via em cartaz aqui no posto, em folheto que divulgava grupo. Mas dava vergonha de perguntar, ainda bem que o meu palpite estava mais ou menos certo, né?” (Gérbera)

As participantes que ainda não haviam atingido a menopausa expressavam mais dúvidas acerca dos sintomas do climatério, mostrando-se apreensivas em relação às mudanças que ocorriam em seu corpo.

“Quando é que vai chegar a minha menopausa?”; “A dor de cabeça vai melhorar, bem dizer, em definitivo, quando eu parar de menstruar?”; “Como eu faço para aliviar o calor?” (Magnólia, Tulipa, Acácia)

“Eu não sei se é da menopausa essa suadeira... às vezes eu sinto frio lá no pé e calor na perna...na cabeça também, eu sinto muito calor.” (Acácia); “Meu Deus, quer dizer que a pessoa tem esse sofrimento todo? É dor de cabeça, parece que vai menstruar e não menstrua, a gente fica inchada...” (Tulipa)

Ondas de calor (fogachos), irregularidades menstruais, dor de cabeça, dores osteomusculares, ganho de peso, flacidez e envelhecimento da pele foram as principais queixas relacionadas às mudanças corporais. Os fogachos representavam o sintoma mais significativo para as mulheres, identificado pela totalidade das participantes.

Porém, observou-se que a experiência dos fogachos era diferente para cada mulher. Houve uma variedade na percepção da intensidade das ondas de calor, e em sua manifestação associada a outras queixas como insônia, irritabilidade e fadiga - relatada como uma sensação de perda de energia.

“Logo que eu entrei na menopausa eu sentia muito calor, principalmente na cabeça, e suava muito, ficava vermelha que nem um pimentão. Parecia que eu tinha colocado a cabeça num forno à lenha. Eu ficava desanimada, sem energia, não tinha vontade de fazer nada, só tinha vontade de ficar deitada... Hoje eu levo mais na esportiva, costumo brincar que eu tô vivendo a idade do leque!” (Orquídea)

“Eu senti calor, sim, mas não foi desse jeito que vocês falam, acho que foi mais suave! Eu sempre fui muito ‘friorenta’, então acho que não senti tanto calor, só não conseguia mais dormir de pijama.” (Gérbera)

A maioria das participantes reconhecia que a experiência dos fogachos era de difícil manejo no cotidiano, com impacto negativo no trabalho e nas relações sociais, nas dimensões física e emocional. No que tange ao trabalho, expressaram que os fogachos comprometiam a integridade de suas atividades, atrapalhando o desenvolvimento de suas funções. Além disso, o constrangimento que sentiam ao se depararem com os fogachos repercutia no relacionamento com os seus colegas e chefia, já que as mulheres acabavam se isolando e silenciando sobre os seus problemas.

“Quando acontece tem que dar um tempo, porque falta o ar e sobe um mal-estar, mesmo. Tem que sentar, esperar passar. Atrapalha, porque a casa funciona de um jeito corrido, o menino que eu cuido tem hora pra ir pra escola, minha patroa fica em cima.” (Tulipa)

“No trabalho eu preciso parar tudo o que eu tô fazendo e sair pra tomar um ar fresco... isso atrapalha o pique da gente, eu percebo que as pessoas ficam comentando, e às vezes na maldade. Eu não tenho coragem de conversar sobre isso com a minha patroa, mesmo ela sendo mulher...” (Magnólia)

Nos ambientes de convivência social, a ocorrência súbita dos fogachos trazia vergonha e insegurança às mulheres, embora a situação fosse encarada por elas como algo normal, e inevitável.

“Na rua, no ônibus, eu percebo às vezes que às pessoas ficam reparando, porque eu fico toda vermelha, me abanando, não dá pra disfarçar...dá vergonha, né, mas quem é mulher vai passar por isso se ainda não passou.” (Acácia)

A surpresa diante da rápida velocidade com que chegam as mudanças corporais, assim como as dificuldades para se adaptar a elas, foram identificadas pelas participantes. As participantes comentaram, então, sobre a forma como as mudanças corporais afetavam suas condições emocionais, provocando sentimento de frustração, sensação de perda de controle, desconfortos físicos e psicológicos, empobrecimento da autoimagem e da autoestima.

“O espelho não mente, ele fala a verdade! A gente é o que é, e o climatério também muda o corpo da gente. O meu corpo ficou preguiçoso. É difícil de encarar, não tem autoestima que aguento, não. No começo você fica assustada, porque você passa por muitas mudanças na sua vida, passa um furacão por cima de você.” (Violeta)

“Você sabe que é uma mudança natural, mas dói sentir, porque é uma mudança pra pior, que vem de repente. Antes da menopausa eu tinha um físico de menina. Quando minha menstruação acabou, meu corpo foi dilatando, se expandindo...Eu realmente não entendo, porque eu me alimento como antes mas eu ganho peso, as roupas não me caem bem. Eu tenho vergonha da minha barriga...mas eu não posso fazer nada, a não ser aceitar.” (Lavanda)

“Tudo isso a gente estranha, né? É uma mudança do dia para noite, e pra pior, parece que a cabeça sai fora do lugar. A vida continua lá fora, e dentro de você, fica um vazio. E eu fico preocupada, porque às vezes, assim, me dá uma tristeza, uma fraqueza por dentro.” (Acácia)

Observou-se que as visões negativas das mulheres sobre as mudanças corporais imbricavam-se com o tema do envelhecimento e à uma perspectiva associada com a perda da saúde. Termos como “enferrujando”, “murchando”, e “caindo” foram utilizados pelas mulheres para se referirem a uma percepção de degeneração do corpo e da mente, nessa fase da vida.

“A menopausa fez ‘bum’, um ‘estrago’ em mim, eu não vou negar. Minha pele murchou, meus seios caíram, parece que estão vazios. Antes meu corpo tinha mais ‘fibra’, agora não tem mais, parece enferrujado. Tem que fazer exercício e fechar a boca.” (Lavanda)

“A gente vai se sentindo assim, diferente do que era para fazer tudo que a gente era acostumada. Aquela energia de antes, para fazer as coisas, eu tô perdendo, não tenho mais aquele ‘gás’ de menina, não. O calor é o pior, parece que a gente tá derretendo.” (Acácia)

Mesmo algumas mulheres que já haviam atingido a menopausa, e que referiam enfrentar melhor as mudanças decorrentes do climatério, relataram que não havia sido fácil atravessar a “jornada” vivenciada nesse período.

“Não foi uma jornada fácil, foram muitas pedrinhas no caminho. Houve mudanças, sim, tive muitos problemas com o calor, dava vergonha de andar na rua; teve também um abalo psicológico, eu me senti um lixo. Mas eu quero falar pra vocês que o tempo ensina, dá pra gente uma tranquilidade. Hoje eu me sinto feliz, quero que todas vocês se sintam assim também!” (Orquídea)

Íris foi a única participante que reportou não ter tido uma experiência negativa com as mudanças corporais no climatério, por ter sofrido muito no período menstrual, com cólicas e fluxo menstrual irregular, caracterizado por um sangramento excessivo. De certa forma, ela se considerava aliviada por ter atingido a menopausa, mesmo em face dos fogachos:

“A menopausa para mim foi boa, porque eu sofria muito com cólicas, muito sangramento, e eu tive muita dor de cabeça, a minha vida inteira, na época da menstruação. Eu também sentia muito sono, dormia em qualquer lugar. Então quando essa coisa sumiu da minha vida eu dei graças a Deus, fico muito feliz. Então é melhor sentir calor, eu tiro de letra!” (Íris)

O Quadro 5 apresenta uma síntese dos elementos representativos do tema gerador 1 (TG1).

Quadro 5- Síntese dos elementos representativos do TG1

“O espelho fala a verdade”: as mudanças corporais interferindo na autoestima das mulheres	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitações para se ajustar às mudanças corporais <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade no enfrentamento da nova realidade ▪ Falta de conhecimento sobre climatério/menopausa <ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de impotência para reconhecer os sintomas - Confusão entre os termos climatério e menopausa - Maiores dúvidas e apreensões: mulheres na pré-menopausa ▪ Experiência e manejo dos sintomas <ul style="list-style-type: none"> - Principais queixas: fogachos, irregularidades menstruais, dor de cabeça, dores osteomusculares, ganho de peso, flacidez e envelhecimento da pele - Sintomas associados aos fogachos: insônia, irritabilidade, fadiga ▪ Efeitos negativos dos fogachos na vida cotidiana <ul style="list-style-type: none"> - No trabalho/ na convivência social ▪ Impacto das mudanças corporais nas condições emocionais <ul style="list-style-type: none"> - Frustração, sensação de perda de controle do corpo e da mente ▪ Percepções do climatério associadas ao envelhecimento <ul style="list-style-type: none"> - Degeneração do corpo e da mente - Perda da saúde 	

4.1.4.2 “A vida gira como um carrossel”: altos e baixos nas condições emocionais e no convívio com os membros da família

As mudanças mais significativas na experiência do climatério foram relacionadas aos problemas envolvendo a dinâmica das relações familiares, acarretando um sofrimento psíquico importante para as mulheres.

De acordo com as participantes, as alterações nas condições emocionais, vivenciadas no climatério, representavam a principal razão de seus conflitos com os membros da família. Dentre os principais sintomas psíquicos identificadas pelas participantes, foram citadas a instabilidade emocional, irritabilidade, impaciência, mudança de humor repentino, sensibilidade aumentada (“à flor da pele”), insônia, o déficit de memória, estresse e humor depressivo. Esses sintomas também provocavam desânimo e falta de motivação para a realização de atividades cotidianas.

Através da emoção presente na fala e pela linguagem não-verbal, observou-se que essas questões afetavam muito as mulheres, levando-as a se sentirem inseguras, frágeis, e com medo de perder o controle sobre suas vidas.

“Eu tô sentindo que o climatério traz essas mudanças de humor: eu fico irritada, nervosa, dá vontade de bater em alguém... Daqui a pouco eu me sinto sozinha, fico choramingando pelos cantos da casa. Isso me deixa ‘aperreada’ [...] são muitas sensações ao mesmo tempo, e você sente que as pessoas perdem o interesse em você, não se importam mais.” (Tulipa)

“Pra mim, essa fase também vai trazendo o esquecimento. A mudança de humor tem tudo a ver com esse esquecimento. Em casa ficam falando que eu vou perder a memória, que eu vou ficar doente. Isso parece que ‘estraga’ a cabeça mais ainda.” (Magnólia)

Quando os membros da família comportavam-se de maneira rude ou pejorativa, em decorrência das mudanças nas condições emocionais das mulheres, grande parte delas revelou que sentia uma espécie de vazio e solidão, levando-as a se sentirem incompreendidas, deslocadas, ou até mesmo humilhadas, dentro de seus próprios lares. Falta de apoio emocional e incompreensão por parte dos familiares também foram identificadas pelas mulheres.

“Emocionalmente eu fiquei abalada, com a sensibilidade à flor da pele, por muito pouco eu chorava, entrava em depressão, e meus filhos não entendiam porque eu me afastava, me acusavam porque eu não reagia, brigavam comigo. Eu me sentia sozinha, sem apoio no momento que eu precisava. Como um peixe fora d’água.”
(Orquídea)

“Meu marido me deu um cheque, eu estava saindo para a rua e ele disse, ‘não esquece onde põe que eu vou precisar dele segunda-feira’. Eu falei tá bom, e eu não encontrei o cheque até agora, eu não sei onde eu coloquei o cheque. E eu ainda pensei sozinha, deixa eu lembrar, e registrar na memória, e não registrou. Não lembro. Ele me xingou muito mesmo, me senti do tamanho de uma formiguinha, humilhada por dentro. Me senti péssima.” (Lavanda)

As mudanças nas relações de cuidado envolvendo o papel materno também foram identificadas, e atribuídas pelas mulheres à independência emocional e material dos filhos. Dessa forma, sentimentos ambivalentes acometiam as mulheres: de rejeição e inutilidade, por sentirem que os filhos não precisavam mais delas como antes, e de satisfação, por terem cumprido sua missão em relação à maternidade.

“Comigo aconteceu assim, a menina foi pra faculdade de Medicina, e só vem pra casa de fim de semana, e fica mais na casa do namorado. Isso me magoa, porque eu quero preparar o prato preferido dela, conversar. O menino tem 18 anos, faz pouco tempo que veio morar comigo, ele morava com o pai. Acho que ele aprendeu a se virar

sozinho, às vezes eu ofereço uma vitamina, um lanche, e ele não aceita, às vezes eu me aproximo e sinto que ele até me rejeita, parece que eu tô atrapalhando. Um 'nada' como mãe, né? Já me senti muito assim. [...] Mas uma hora eles iam ficar independentes, né, a gente tem que criar eles pra isso, e ter orgulho disso, porque você cria filho pro mundo, minha mãe sempre me ensinou assim.” (Violeta)

“Eu já me senti sobrando lá em casa muitas vezes, sabe a sensação de que os filhos se afastaram? Parecia até que eles tinham nojo de mim, eu chegava perto e eles me achavam manhosa. Você sente que eles não te procuram mais, não pedem mais aquela camisa, aquele prato preferido, você fica pra escanteio. [...] Então você vê que já é hora de 'procurar a sua turma', porque eles já sabem se cuidar. Mas passa a primeira 'trombada' que você dá e você pensa, não tem jeito, é assim mesmo, uma hora ia acontecer, eles criam asas e isso é saudável.” (Lavanda)

As mulheres percebiam falhas em seu papel materno em virtude da instabilidade emocional; sentiam-se culpadas por não conseguirem manejar a situação da forma desejada, o que gerava uma insegurança e uma sensação de impotência.

“Eu tô vivendo uma época bem difícil, não tenho ânimo pra nada, às vezes os meus filhos falam comigo e eu não presto nem atenção, acho que tudo é bobagem. Tem uma hora também que você explode sem motivo, e disso eu quero 'largar mão', não tá certo, porque só trouxe coisa ruim pra mim e pros meus filhos. Eles já são grandes mas precisam de mim.” (Acácia)

“Às vezes vem aquela sensação de depressão, sim, eu gosto de conversar mas passo dois, três dias quieta, porque não tenho vontade. E se alguém te pergunta, você dá uma resposta 'virada', pra te deixarem na sua. Mas eu quero melhorar mais, porque eu tô preocupada com o meu filho. O meu filho mais novo tem 17 anos, e eu fico pensando nele o tempo todo né? O meu maior medo é com as drogas, porque eu

moro na porta de uma escola, e quando você aí, você sente o cheiro, é droga pra tudo quanto é lado. Ele fala que não tem nada com isso, mas pelo menos bebida ele já bebeu, que eu sei.” (Gérbera)

As participantes também identificaram problemas em relação ao manejo do cuidado de pais idosos, que geravam sobrecargas física e psíquicas relacionadas ao gerenciamento do tempo no cotidiano, a falta de recursos financeiros e suporte dos irmãos, ao enfrentamento da doença e medo da morte.

“Minha irmã de Minas ficou internada, agora ela saiu, ela não dá conta de cuidar do papai. Então papai veio morar em São Paulo comigo, aqui é mais fácil mesmo conseguir tratamento, graças a Deus eu consegui matriculá-lo aqui no postinho. Eu já estava sofrendo por antecedência por ter que cuidar dele, porque não é fácil, coitadinho, ele muito deprimido, só quer morrer, com um monte de doença, ficando cada vez mais dependente. E eu também preciso ficar vigiando, porque ele é diabético e come o que não pode...isso gera muito estresse entre a gente.” (Violeta)

“Eu vim do Norte, passo muitas dificuldades aqui em São Paulo, sim, mas na cabeça dos meus irmãos eles acham que a minha vida tá muito boa, que eu tô nadando no dinheiro. Minha mãe mora aqui com um irmão meu, minha cunhada cuida dela, mas o dinheiro pro sustento dela, pra comprar as coisas que ela precisa, eu que mais ajudo, né?” (Magnólia)

Um sentimento de compaixão e um forte senso de responsabilidade em relação aos pais idosos foram demonstrados pela maioria das participantes, ainda que algumas delas tivessem clareza dos comportamentos difíceis das pessoas na “velhice”, tornando o ato de cuidar desgastante, ou estressante. As mulheres também se sentiam culpadas e fracassadas nos momentos em que não se percebiam capazes de cuidar dos pais da maneira como gostariam.

“De repente você se dá conta de que não é fácil ser mulher, porque no momento da menopausa, em que você poderia estar mais sossegada, porque os filhos cuidam da vida, você precisa cuidar dos seus pais, que agora são como crianças, e algumas são crianças malcriadas. Mas eu procuro ter paciência e dar muito amor, porque amanhã será a minha vez também. É, amigas... a vida gira que nem carrossel, com altos e baixos.” (Orquídea)

O enfrentamento da morte dos pais era percebido pelas mulheres como um motivo de preocupação e sofrimento no climatério. O apoio social fornecido pela religião e pelos amigos foi apontado por Peônia e Íris como um recurso de grande auxílio emocional para o enfrentamento das experiências de doença e luto.

“Quando meus pais faleceram, eu fiquei muito triste, muito abalada, por que perder os dois assim, em um mês, não é fácil, né? Muita tristeza, muita depressão. Mas os meus amigos da igreja não me deixavam sozinha, em momento algum. Me convidavam para passear, é um apoio total, sempre tinha alguém me chamando, então eu senti menos. Pai e mãe é uma coisa muito importante na vida, e quando eles morrem parece que não tem mais nada na vida pra gente, que a vida perdeu o sentido. Mas não é assim. Nós temos que continuar, continuar sempre.” (Peônia)

“As perdas vão marcando a nossa vida mesmo, arrancando uns pedaços, né? Foi assim quando eu perdi minha mãe, meu pai e um irmão com 50 anos, perdi ele pro diabetes. Mas acho que é isso, né, se abrir pra receber ajuda, que às vezes vem de onde você nem imagina, e sair daquela tristeza, pra não ficar sufocada. Eu visitava amigos, procurava aprender sempre uma coisa nova, se não tinha o que fazer, inventava, mas nunca sozinha.” (Íris)

À medida que a PA evoluía, percebíamos que o pensamento das mulheres ia ganhando maior complexidade e autonomia, sustentado pelas reflexões; as discussões de GF favoreceram *insights* nesse sentido.

“Quando os filhos são pequenos precisam mais de nós, a gente é mais jovem e tem mais vitalidade, entende que eles precisam aprender muito da vida. Quando eles estão crescidos a gente vê que eles andam com as próprias pernas, e isso dá um vazio, a gente se sente perdido, porque vai cuidar de quem? A menopausa não é culpada, ela vem pra mostrar que chegou a hora de cuidar da gente, os bebês agora somos nós...”
(Íris)

“Eu perdi meus pais por doença, e eles sofreram por muito tempo. Foi duro, mas eu consegui superar. Então é por isso que eu falo pra você, tenha muita paciência com o seu pai, porque tudo vai passar e você vai ficar tranquila. Eu passei por isso, e hoje tô tranquila.” (Gérbera)

Juntas, as mulheres chegaram à conclusão de que a comunicação com os membros da família mediante diálogo aberto é essencial para compartilhar conhecimentos e sentimentos em relação ao climatério.

“Você tem que passar a ver não só os problemas, né? Se não você não consegue pensar nas soluções para eles. Meu marido é um ‘matuto’, sabia muito pouco de menopausa, falava que eu reclamava muito. Então fui passando pra ele as coisas que aprendi com o posto e a minha patroa, foi entrando aos poucos na cabeça dele. Quando foi na semana passada, ele me fez até massagem.” (Tulipa)

“Eu ficava depressiva e chorona, e a minha filha não tinha paciência comigo, sempre reclamava das minhas atitudes, dizia que eu parecia uma derrotada. Eu fiquei chateada, mas resolvi esperar o melhor momento pra conversar com ela, porque aquilo estava me sufocando. Quando a gente estava em paz, as duas, eu chamei ela pra uma conversa, me abri e contei meus problemas...Eu te digo que foi a melhor coisa que eu fiz, porque nosso relacionamento mudou, e hoje é muito melhor.”
(Gérbera)

O Quadro 6 apresenta uma síntese dos elementos representativos do TG2.

Quadro 6- Síntese dos elementos representativos do TG2

<p style="text-align: center;">“A vida gira como um carrossel”: altos e baixos nas condições emocionais e no convívio com os membros da família</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudanças nas condições emocionais no climatério <ul style="list-style-type: none"> - Conflitos na dinâmica das relações familiares - Sofrimento psíquico - Dificuldade de enfrentamento ▪ A experiência dos sintomas psíquicos <ul style="list-style-type: none"> - Instabilidade emocional, irritabilidade, mudança de humor repentino, insônia, déficit de memória, humor depressivo - Perda de energia, desânimo, falta de motivação - Insegurança, vulnerabilidade, medo de perder o controle ▪ Percepção sobre o comportamento dos membros da família <ul style="list-style-type: none"> - Humilhação - Falta de apoio emocional - Incompreensão ▪ Mudanças no papel materno <ul style="list-style-type: none"> - Independência emocional e material dos filhos - Ambivalência: rejeição (inutilidade) e satisfação (“missão cumprida”) - Percepção de falhas, gerando insegurança e sensação de impotência ▪ Manejo do cuidado de pais idosos <ul style="list-style-type: none"> - Sobrecargas física e psíquicas - Dificuldade no gerenciamento do tempo - Falta de recursos financeiros e suporte dos irmãos - Senso de responsabilidade pelo cuidado - Sentimento de culpa, fracasso e ingratidão - Importância do apoio social no enfrentamento da doença e morte ▪ Reflexão e busca de soluções para enfrentar e melhorar as relações <ul style="list-style-type: none"> - Diálogo aberto com a família - Compartilhamento de sentimentos sobre a experiência vivenciada - Troca de informação sobre o climatério

4.1.4.3 “O tempo agora é outro”: mudanças na sexualidade e relacionamento amoroso/conjugal no climatério

Houve um consenso entre as participantes de que o climatério trouxe mudanças importantes em sua sexualidade e no relacionamento amoroso/conjugal.

A partir da reflexão e discussão no GF, as mulheres identificaram a influência da qualidade do relacionamento na maneira pela qual o casal manejava e enfrentava as mudanças decorrentes do climatério. Observou-se que, nos relacionamentos pautados por maior cumplicidade e amizade, as mudanças foram vivenciadas pelo casal de forma mais positiva, com um mútuo apoio emocional; os problemas foram encarados, pelos parceiros, com maior compreensão e solidariedade.

“Os filhos foram saindo de casa, e isso foi nos unindo, agora é um pelo outro, sinto que ele se preocupa mais comigo, até me liga mais quando eu estou fora, me ajuda mais em casa. A palavra certa é mais carinhoso, às vezes até mais grudento, sabe?”

(Orquídea)

“O meu marido, aqui em casa, faz de tudo pra eu estar bem, eu não passo nervoso.

Não tenho do que reclamar, a gente quase não briga...” (Íris)

Os casais que apresentavam problemas prévios, e de resolução pendente, apresentaram maior dificuldade de ajustamento às mudanças decorrentes do climatério. A falta de paciência e de compreensão dos companheiros em relação às mudanças nas condições emocionais das mulheres constituía um gatilho para os conflitos. Somando-se a isso, as participantes relataram que também haviam se tornado mais intolerantes.

“Eu fui educada pra respeitar o marido, então a minha vida inteira foi só doação à família, aguentando muita ‘cacetada’. Eu acho o meu marido uma boa pessoa, mas tudo sempre foi do jeito dele. O climatério trouxe mudança sim, em termos da minha sensibilidade. O que eu sempre engoli ficou mais difícil, então guardei muita coisa, a ‘patada’ doía mais, sabe? Eu tive depressão, me tranquei em quatro paredes.”

(Lavanda)

“Eu já pensei em me separar, sabe, tenho vontade de viver a vida, e faz muitos anos que o relacionamento está ‘esgarçado’, igual a um nó arrebitando. Falam que com a idade você fica mais paciente, mas a minha paciência está esgotando, pode ser por causa desse climatério.” (Magnólia)

As duas participantes divorciadas declararam que estavam sozinhas por opção. Levando em conta suas últimas experiências, queixaram-se que os homens na atualidade não queriam investir em um compromisso sério, ao passo que elas preferiam companheirismo e amizade ao sexo.

“Já tem muito tempo que eu tô sem ninguém, meus últimos relacionamentos me fizeram sofrer muito, os homens não queriam nada com nada, só sexo mesmo. E o que mais quero é carinho, passear de mãos dadas.” (Violeta)

“Eu sou separada há 5 anos, e infelizmente eu não tenho vontade de ter mais ninguém, não, porque os homens só querem brincar. Eu queria uma pessoa assim, mais pra conversar, pra fazer carinho, andar, passear. Minhas colegas enchem a minha cabeça, ficam falando que eu vou morrer sozinha. Eu falo, gente, eu não tô querendo isso mais, eu tô na minha, eu tô de boa.” (Acácia)

A perda de interesse pelo sexo e a diminuição do desejo sexual foram identificadas pela maioria das participantes. No entanto, essas mudanças eram aceitas e percebidas com resignação; constituíam parte das perdas e mudanças inexoráveis, acarretadas pelo climatério e processo de envelhecimento. A troca de experiências e informações com outras mulheres foi considerada como um apoio emocional eficaz no enfrentamento das mudanças relacionadas à sexualidade.

“Tudo na vida tem seu tempo, não tem? O tempo agora é outro. Minha fase de pegar fogo já passou...foi bom, mas já foi. Com a idade você vai perdendo tudo, então você perde isso também, certo? Está ligado à idade, às coisas da menopausa.” (Íris)

“Concordo com ela, se o corpo todo envelhece, com o sexo não ia ser diferente, né? O prazer diminui mesmo, o órgão sexual também perde com a idade, fica feio. No começo eu me assustei com as mudanças, mas depois, ‘caramba’, é isso mesmo, então bola pra frente.” (Lavanda)

“Eu já conversei com outras pessoas da minha idade que também falaram a mesma coisa, isso ajudou bastante. Conversando com as amigas você sente que todo mundo passa por isso, não é o fim do mundo.” (Tulipa)

A perda da feminilidade no climatério, relacionada à vitalidade e beleza, foi percebida por grande parte das mulheres. Transformações que “arredondaram” o corpo, perda do “frescor” da pele e ressecamento vaginal foram identificados como os principais “sinais de decadência do corpo”, interferindo na autoimagem, autoestima e sexualidade das participantes.

“Você não se sente mais uma mulher, tudo está sem viço. Parece que os seus órgãos genitais foram cortados... Você não tem mais nenhuma sensação, não quer mais dormir com o seu parceiro.” (Lavanda)

“Eu acho que eu estou muito seca, eu não tenho mais vontade de fazer sexo. Faz um bom tempo que eu estou me sentindo sozinha no casamento, então pra mim tanto faz. Minha vagina também está muito seca. Eu me sinto uma pessoa seca...” (Magnólia)

O distanciamento do parceiro sexual foi percebido como uma mudança importante na esfera da sexualidade. As participantes relataram que os companheiros não haviam deixado de procurá-las para a prática do sexo, mas sim diminuído a frequência da procura. Diante desse contexto, as mulheres se responsabilizavam pelo “enfraquecimento” da vida sexual do casal, por sua falta de vigor e de interesse no sexo.

“Eu não tenho mais o pique de antes, o sexo hoje em dia é uma coisa mais devagar, você sabe que no final não vai ser tudo aquilo. Mas não é problema do marido, é problema seu.” (Íris)

“O desânimo é meu, o marido procura, acho que homem não desiste nunca de ter sexo. Eu tenho que estar lá, porque se ele não consegue o que quer em casa vai buscar em outro lugar. Aí eu penso, a cada quinze dias, não me custa...” (Gérbera)

Algumas participantes declararam ter relações sexuais apenas para agradar o parceiro, fingindo o orgasmo. A falta de comunicação entre o casal foi apontada como um importante determinante dessa situação, afetando não apenas a sexualidade, mas outros aspectos do relacionamento conjugal.

“Eu atualmente nem tenho vontade de ter relação, eu tenho só pra agradar, o prazer não existe mais. É chato porque você não tá com vontade, e tem que botar uma carapuça de menina, né, e tentar. Então, tá. Eu continuo na mesma, né, mas ele pelo menos fica contente, e a gente vai levando [...] São muitas coisinhas que vão abalando o casamento, e quando você se dá conta, parece que tá por um fio.” (Tulipa)

“Meu marido não é uma pessoa carinhosa, o futuro pra ele é o que ele vive hoje mas ele parou, com a mentalidade lá atrás. Não tem abertura pra falar nesse assunto, e de outros assuntos também, se for contar não cabe nos dedos, porque muita coisa me incomoda, é um egoísmo dele no jeito de viver a vida, parece que eu sou excluída, fico no silêncio. Quando ele me procura para fazer sexo, é um fingimento horrível. Eu costumo fingir (o orgasmo). Ou você agrada o marido, ou você perde o marido, não sei como é que fica, no meu caso eu não sei o que era melhor.” (Lavanda)

O Quadro 7 apresenta uma síntese dos elementos representativos do TG3.

Quadro 7- Síntese dos elementos representativos do TG3**“O tempo agora é outro”: mudanças na sexualidade no climatério**

- Mudanças na sexualidade e no relacionamento amoroso/conjugal
 - Eficácia no enfrentamento influenciada pela qualidade do relacionamento
 - Problemas prévios: intolerância mútua e conflitos
- Evitação de relacionamentos afetivos de mulheres divorciadas
 - Experiências anteriores negativas
 - Incompatibilidade de expectativas entre homens e mulheres
 - Falta de comprometimento dos homens na atualidade
- Falta de interesse pelo sexo e diminuição do desejo sexual
 - Associada às perdas do climatério e envelhecimento
 - Resignação e aceitação frente às mudanças inexoráveis
- Mudanças corporais como sinais da decadência do corpo
 - Perda da feminilidade, vitalidade e beleza
 - Ressecamento vaginal e diminuição da libido
 - Impacto negativo na autoimagem, autoestima e sexualidade
- Distanciamento do parceiro sexual
 - Queda da procura do homem pelo sexo
 - Sentimento de culpa das mulheres por sua falta de interesse e vigor sexual
- Fingimento do orgasmo
 - Prática de sexo apenas para agradar o parceiro
 - Dificuldade de comunicação entre o casal
- Busca do enfrentamento das mudanças na sexualidade
 - Troca de experiências e informações com outras mulheres

4.1.4.4 “É tempo de se cuidar mais!”: em busca do autocuidado no climatério

Os problemas de saúde no climatério foram identificados como objeto de grande preocupação das mulheres, razão pela qual a maioria delas percebia-se mais vulnerável nessa fase, o que gerava estresse e insegurança.

“Eu tenho medo de aparecer osteoporose, que é uma doença silenciosa, porque a gente não vê. Também tem o nervosismo que eu sinto, aí descobriram um problema de coração, mas a minha ginecologista disse que não é por causa da menopausa. Por isso tem o estresse, a gente fica mais estressada, quem não fica impaciente nessa fase? Isso é consequência do climatério, não é?” (Violeta)

A incapacidade para o trabalho configurava-se como a principal preocupação das mulheres que trabalhavam fora de casa, e dependiam de sua renda para o sustento econômico de sua família. O trabalho era vital para as mulheres porque, além de estar implicado com sua subsistência, possibilitava a independência financeira – ou sua conquista – e proporcionava a liberdade para desfrutar os prazeres da vida, dedicando-se a si próprias.

“Eu tô muito preocupada comigo daqui a quinze anos, quando chegar a minha velhice, ah, eu tô. A minha preocupação é chegar com mais idade, ficar doente e não ter mais nada, não ter uma pessoa para me dar socorro, entendeu? Eu tenho medo de não ter saúde pra trabalhar, o meu trabalho é a minha maior conquista... com o meu trabalho eu tenho a minha independência.” (Acácia)

“Eu não posso parar de trabalhar, não, porque meu projeto de vida é comprar a minha casa, eu tô juntando dinheiro, porque sem casa não dá pra gente pensar em muita coisa, né? Não é fácil porque eu pago metade do aluguel, e mando todo mês dinheiro pra minha mãe, que mora na Bahia. Porque sem casa não dá pra gente ficar pensando em muita coisa, até a saúde é prejudicada [...] e o trabalho também é essa liberdade de não depender de ninguém, de pegar o dinheiro e ir comer no shopping com as amigas quando eu quiser, de cuidar de mim, do meu cabelo afro... (risos)” (Tulipa)

Algumas participantes expressaram que se sentiam confusas para discriminar os sintomas decorrentes do climatério e os sintomas relacionados ao processo de envelhecimento.

“Depois de um ano que eu parei de menstruar vieram os problemas, foi aparecendo colesterol, e agora por falta de exercício, o diabetes tá querendo bater na minha porta... esses problemas vêm por causa do climatério?” (Lavanda)

Acácia e Orquídea identificaram que os membros da família influenciavam na percepção de suas condições de saúde no climatério, porque eles associavam quaisquer queixas de saúde à menopausa e ao envelhecimento, o que reproduzia estereótipos culturais depreciativos em relação à essa fase da vida das mulheres.

“Se um dia eu acordo meio pra baixo, ou mais nervosa, meus filhos logo falam que é culpa da menopausa, é coisa da idade chegando... acontece isso também com as dores que eu sinto no corpo, às vezes até eu esqueço que tenho artrite, vou logo pensando na menopausa. Será que tudo é mesmo culpa dela?” (Acácia)

“Meus filhos também! Qualquer mal-estar que eu sentia era culpa da menopausa, e eles faziam aquelas piadinhas chatas, principalmente do calor.” (Orquídea)

Dentre as conquistas de vida identificadas pelas mulheres no climatério, a mais importante foi percepção sobre a necessidade de cuidarem da sua saúde, buscando uma melhor qualidade de vida. Outras conquistas identificadas pelas mulheres foram a independência para fazerem o que gostam; maturidade para lidar de forma mais tranquila com os problemas e para perceber a importância de se cuidarem; liberdade; ter mais tempo para se dedicarem à si próprias; e manterem-se saudáveis e ativas para continuarem a trabalhar.

“O climatério não muda só o calendário, muda alguma coisa dentro de você, te dá um ‘clique’ e você percebe que já passou da hora de se cuidar. Eu não quero saber, os meus filhos estão grandes, não dependem mais de mim, então eu me cuido, levo uma vida mais ‘zen’. Eu quero viajar, conhecer vários lugares, quero também a minha casa cheia de crianças, cheia de netos. Só vou conseguir com saúde, é isso que eu busco...” (Orquídea)

É possível notar que a saúde era concebida na perspectiva da qualidade de vida pelas participantes. O autocuidado envolvia o engajamento em atividades que

traziam bem-estar, alegria e disposição, e que eram reconhecidas pelas mulheres como potenciais de fortalecimento à saúde.

“A saúde é a alegria de viver, em qualquer época da vida. No climatério, acho que é a principal conquista, quando você vai vencendo os problemas. É se valorizar, né?” (Tulipa)

“Eu me cuido, sim, além de ir ao médico! Dou aula de pintura para senhoras, aqui no posto, participo do grupo de cuidadores, dou aula de catequese na Igreja, canto no coral, visito muita gente porque vendo Avon. [...] Nossa, eu não tinha me dado conta de tantas conquistas...” (Violeta)

Em contrapartida, as participantes reconheciam suas limitações nos cuidados à saúde, relacionadas à priorização dos cuidados dos membros da família e ao deslocamento de si para um segundo plano. As mulheres demonstravam-se conscientes da necessidade de mudanças para se cuidarem melhor, e engajadas em reverter suas atitudes frente à saúde.

“Hoje, com mais experiência, eu me preocupo porque não tenho diversão, eu estou sempre cuidando dos outros, eu estou sempre me esquecendo. Tudo o que os outros pedem para mim eu falo sim, mesmo sem poder fazer. Eu tenho que aprender a falar não e cuidar de mim melhor, ter mais qualidade de vida.” (Gérbera)

“Acho que sempre fica faltando alguma coisa pra gente cuidar bem da saúde, né, porque nem sempre a gente consegue comer direito, ainda mais que eu moro sozinha, e na pressa me viro com qualquer coisa. Caminhada às vezes não dá tempo, mas de algum jeito eu procuro me mexer, tudo o que eu faço é a pé, um banco, um supermercado, quando eu venho aqui no posto. É uma coisa pequena, mas acho que já ajuda, hoje eu tenho menos dor nas pernas.” (Peônia)

As principais práticas de autocuidado adotadas pelas mulheres eram: atividades de lazer, como passeios, visitas a amigos, “curtir” os netos; atividades

físicas, como caminhada, ginástica, e dança recreativa; participação em grupos de apoio social comunitários; participação em cultos e atividades religiosas; relaxamento, considerado um tempo reservado para a conexão consigo próprias, seja escutando música, fazendo automassagem, meditando ou simplesmente descansando. Além disso, frequentar os serviços de saúde, principalmente o “postinho”, era tido como um recurso importante por meio do qual as mulheres cuidavam de sua saúde.

“Olha, tô indo no ginecologista, e comecei a andar no parque também, fazendo ginástica naquela bicicleta. Então eu tô tentando, só não vou mais porque não dá tempo, eu acordo seis e meia da manhã...” (Tulipa)

“Eu venho sempre no posto, faço exercícios, frequento um parque que tem tai chi chuan, yoga, alongamento. Sou também da Associação de Diabetes Juvenil, aprendi muito a me cuidar com esse grupo...com todas essas atividades, a gente consegue relaxar também.” (Íris)

“Eu sou Testemunha de Jeová, e participo muito das atividades do Salão do Reino, lá tem uma união muito forte, são amizades importantes, todo mundo se ajudando, você ajuda as pessoas também. Isso traz bem-estar, e você se sente melhor, como não se sentir, né?” (Peônia)

A aceitação da nova fase vivenciada, a disponibilidade para aprender com a maturidade, a aquisição de sabedoria, e uma nova atitude frente à saúde foram considerados os principais recursos para o enfrentamento das mudanças de vida decorrentes do climatério.

“Acho que todas nós já passamos por problemas no climatério, mas a aceitação é tudo! Então eu penso assim, a vida, é, ela vem com muitas novidades, às vezes elas não são muito boas, mas às vezes a vida é ótima. Assim, acontecem muitas coisas na

vida da gente, né? Então, uma das coisas que a gente não pode deixar, é você cair. Você tem que estar sempre bem, sempre forte pro que vier, não se abater. Então é isso que eu penso, eu vou pra frente.” (Íris)

“Eu tô sempre aprendendo, eu acho que tem que aprender, até o último dia de vida você tem que aprender, né? Acho que tem que aproveitar todas as oportunidades, inclusive as dificuldades e tirar coisas boas disso. É uma fase assim, que você tem que viver, seja lá como for. Eu agradeço a Deus pelas coisas boas, porque tem pessoas que passam por coisas muito piores, cada um é cada um, né?” (Orquídea)

O apoio emocional dos cônjuges foi considerado por algumas participantes como um recurso importante para o manejo dos problemas e o enfrentamento das mudanças, representando um incentivo à adoção de práticas de autocuidado associadas a comportamentos mais saudáveis, no climatério.

“É muito bom chegar na minha idade e perceber que o marido ficou mais companheiro, quando eu não tô em casa ele me liga pra saber que eu estou bem, mas sabe que eu tô fazendo as minhas atividades e me incentiva, é bem compreensivo.” (Íris)

“Eu sempre fui muito intensa em tudo o que eu fazia, mas hoje em dia estou bem mais light, e essa mudança assusta um pouco as pessoas que vivem com você, no seu dia a dia. No começo o meu marido estranhou, acho que se incomodou com a minha calma. Mas eu busquei isso a minha vida inteira, e falei pra ele que agora chegou o meu momento, porque meus filhos não dependem mais de mim. Ele se acostumou e diz que agora é um pelo outro, então eu tô assim, e quero cuidar cada vez mais de mim daqui pra frente.” (Orquídea)

Em contrapartida, Lavanda disse que não encontrava apoio emocional em seu marido, devido à sua personalidade machista e seu temperamento calado, o que dificultava o diálogo entre o casal.

“O meu marido é uma pessoa maravilhosa, mas ele é de 1800, é daqueles que não tem diálogo com filho, com mulher, com nada. Mulher casou com ele tem que saber os deveres de casa, de criação de filho, de fazer comida. Cama, mesa e banho, acabou.”
(Lavanda)

Grande parte das mulheres relatou que as mudanças de vida decorrentes do climatério despertaram uma nova percepção em relação ao tempo, direcionando-as à uma revisão de sua rotina e a um gerenciamento do tempo e das atividades cotidianas que fosse mais favorável às atitudes promotoras da sua saúde.

“Gente, eu só corria na vida, com filhos pequenos, eu não cuidava de mim... era balé, natação, escola...e eu? Algumas pessoas não sentem nada quando chega a menopausa, mas na minha saúde foi uma reviravolta, veio a depressão, princípio de diabetes, os quilos indesejados. O médico aqui do posto teve uma conversa franca comigo, me obrigou a fazer 20 minutos de caminhada todos os dias, me aconselhou sobre alimentação. Hoje não tem mais essa, eu me libertei. Primeiro eu vou arrumar a casa, aí o almoço... agora eu não me atraso mais pra mim. Tenho obrigações em casa sim, mas eu me organizo, arrumo quando eu voltar da caminhada.” (Lavanda)

“Você precisa se libertar. Eu acho, assim, que só de vir aqui eu já estou me cuidando...e me tratando com os médicos do postinho, que são muito bons. É assim, você tem que fazer a sua parte também. Eu tô me cuidando. Às vezes minha patroa reclama que eu saio muito pra ir no médico, mas eu falo pra ela, se eu não me cuidar, como vou ter condição de trabalhar?” (Tulipa)

“A minha vida é boa, eu espero que vocês, quando chegarem na minha idade, consigam fazer o que eu faço. Eu faço ginástica, passeio, participo de grupos, tô quase todo dia aqui no posto. Mas foi muito difícil, cuidar das crianças, eu me dediquei, cuidei da casa, eu que sustentei a casa.” (Íris)

Os desenhos livres sobre o cuidado da saúde no climatério fizeram alusão à sabedoria e maturidade adquiridas no climatério, entendido como uma jornada de transformações nas experiências pessoais das mulheres. Demonstravam a necessidade de enfrentamento de uma nova realidade e a superação de obstáculos.

Foi interessante notar que as palavras empregadas na explicação dos desenhos podem ser compreendidas como metáforas desses processos: caminhar, chuva, arco-íris, metade, inteira, sol, brotar.

“Caminha aqui, comigo, e olha: é um arco-íris. No começo da jornada eu estava assim, tristonha. Depois eu fiquei feliz, no começo eu estava pela metade, agora eu tô por inteira. Depois da chuva e o arco-íris que ficou colorido, o sol voltou a brilhar, as plantinhas voltaram, brotaram bonitinho, e eu tô aí, olha!” (Lavanda)

Fonte: Participante Lavanda

Fonte: Participante Tulipa

Fonte: Participante Gérbera

O Quadro 8 apresenta uma síntese dos elementos representativos do TG4.

Quadro 8- Síntese dos elementos representativos do TG4

“É tempo de se cuidar mais!”: em busca do autocuidado no climatério

- Apreensões relacionadas à saúde
 - Sentimento de insegurança e vulnerabilidade
 - Medo da incapacidade para o trabalho, que representa sustento e independência
- Confusão entre sintomas do climatério e processo de envelhecimento
 - Tendência a atribuir queixas de saúde ao climatério
 - Influência dos membros da família por meio de estereótipos culturais negativos
- Conquistas de vida no climatério
 - Percepção da necessidade de cuidar da saúde
 - Sabedoria
 - Independência, liberdade e maturidade
 - Manter a saúde e continuar trabalhando
- Percepção de saúde como qualidade de vida
 - Autocuidado: busca do bem-estar e maior disposição
 - Reconhecimento de potenciais de fortalecimento à saúde
- Limitações para o autocuidado
 - Priorização dos cuidados aos membros da família
 - Consciência da necessidade de mudanças
- Principais práticas de autocuidado adotadas
 - Atividades de lazer
 - Atividades físicas
 - Relaxamento
 - Participação em grupos de apoio social
 - Atividades religiosas e cultos
 - Frequentar o serviço de saúde
- Recursos para o enfrentamento das mudanças e melhora da saúde
 - Aceitação da nova situação de vida
 - Disponibilidade para aprender com a maturidade
 - Mudança de atitude: priorizar os cuidados com a própria saúde
 - Apoio dos cônjuges
 - Gerenciamento do tempo e das atividades cotidianas

4.2 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS

O planejamento das ações educativas foi elaborado como uma proposta de ação em resposta às necessidades das mulheres que vivenciam a experiência do climatério, identificadas a partir dos temas geradores.

4.2.1. Estratégias pedagógicas

O planejamento das estratégias pedagógicas que nortearam as atividades de dinâmica grupal teve um embasamento na literatura científica (Afonso, 2013; Brasil, 2000; Brasil, 2008b; Costa, 2007; NEPDA; Netto, 2002; Ramalho, 2011; Reis, 2012; Silva et al., 2009). Essas atividades foram criadas ou reelaboradas pela pesquisadora - neste caso, sendo adaptadas à realidade do grupo e aos recursos disponíveis - com vista ao alcance dos objetivos da PA.

As oficinas educativas foram ancoradas por uma abordagem ludopedagógica. As técnicas ludopedagógicas têm como perspectivas oferecer oportunidades de análise, reflexão, síntese e aprofundamento de diferentes situações do cotidiano (São Paulo, 2002).

De acordo com Yonekura e Soares (2010), o caráter lúdico permite a participação dos sujeitos de forma intensa, descontraída e interativa, obtendo novas e diferentes percepções, e estimulando novas ideias. A atividade lúdica é considerada eficiente por promover o potencial reflexivo, a criatividade, a flexibilização e a humanização a partir da linguagem da arte, do jogo, da brincadeira (Burlandy et al., 2013).

Diversos autores reconhecem que as atividades lúdicas representam um valioso recurso para inserir uma nova lógica no trabalho em saúde, e simultaneamente compreender as percepções e concepções dos participantes sobre

os temas pesquisados. Trata-se de um processo de troca de experiências e de socialização, que cria uma prontidão para a ação, contribuindo para o processo de construção crítica do conhecimento dos participantes e possibilitando o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários (Burlandy et al., 2013; Melo, 2005; São Paulo, 2002).

Em face da forte conexão que os temas geradores identificados possuem entre si, as oficinas educativas que foram propostas articulavam-se a mais de um tema gerador. Para demonstrar a articulação entre as oficinas educativas e os temas geradores, apresentamos o quadro a seguir (Quadro 9).

Quadro 9- Articulação entre as oficinas educativas e os temas geradores

	Temas geradores relacionados à experiência feminina do climatério			
Oficinas	Mudanças corporais e autoestima	Relações familiares e sofrimento psíquico	Relacionamento amoroso/conjugal e sexualidade	Autocuidado
1. <i>Entendendo melhor o corpo, cuidando mais da saúde!</i>	X	X	X	X
2. <i>Aprendendo a aprender mais sobre o climatério</i>	X	X		X
3. <i>Alimentação saudável, corpo e mente “em dia”</i>	X			X
4. <i>Vamos conversar sobre sexualidade no climatério?</i>	X		X	X
5. <i>“Chegou a nossa hora!”, Construindo projetos de vida na maturidade</i>	X	X	X	X

O desenvolvimento das oficinas educativas possibilitou levantar novos temas geradores, que foram se agregando aqueles já identificados, de modo a complementá-los. Considerou-se a flexibilidade preconizada por Thiollent (2011) em relação às fases da PA, bem como as considerações de Freire (2003) sobre a natureza dos temas geradores. Os temas geradores não esgotam o assunto em torno deles pois os educandos podem levantar novas questões e informações, expressar sentimentos e fazer associações (Afonso, 2013).

As ações educativas perpassaram a etapa de diagnóstico situacional. Esta ocorrência se deveu à capacidade interativa e problematizadora do GF como técnica de coleta de dados. O GF favoreceu a inserção das participantes no contexto das discussões de análise e síntese que contribuíram para a reflexão sobre suas atitudes, concepções e práticas (Backes et al., 2011).

Para melhor ilustrar as etapas de desenvolvimento da PA, o que inclui as atividades que foram desenvolvidas, foi elaborada a figura a seguir (Figura 4).

Figura 4- Sumário das atividades desenvolvidas nas etapas da PA

4.2.2 As ações educativas

A seguir, está apresentada a operacionalização de cada oficina educativa.

A avaliação parcial das oficinas educativas foi feita no encerramento de cada encontro. Ao final de cada oficina, o grupo de participantes era convidado a

responder, verbalmente, à seguinte questão: *A oficina contribuiu para o seu aprendizado sobre o climatério? De que forma?*

4.2.2.1 Primeira oficina - Entendendo melhor o corpo, cuidando mais da saúde!

Duração total: 120 minutos.

Objetivos

Ampliar o conhecimento de si e do próprio corpo; identificar conteúdos somáticos e emocionais que podem interferir na saúde e autoestima; compartilhar técnicas de massagem e automassagem para a promoção do bem-estar e autocuidado.

Material

Colchonetes, aparelho de som, CD com músicas de relaxamento.

Procedimentos

Nesta oficina, a coordenadora contou com a colaboração de um profissional de saúde especializado em psicoterapia corporal, e experiente na condução de trabalho em grupos com abordagem corporal, dentro da perspectiva da integralidade do cuidado.

- a) Solicitou-se que as participantes se dividissem em duplas, e ficassem de pé, nos colchonetes. Orientou-se que cada participante tocasse a colega gentilmente, realizando movimentos suaves dos pés à cabeça, buscando aliviar o cansaço e a tensão da outra pessoa, para promover o seu bem-estar. Depois, as participantes trocaram de posição.

- b) Propôs-se uma roda de conversa, com as participantes sentadas em círculo, nos colchonetes. Cada uma contou ao grupo sobre o seu cotidiano, e como estavam percebendo-se diante da vida naquele momento.
- c) A seguir, as participantes formaram duplas novamente, e solicitou-se que cada uma delas falasse de um problema cotidiano que estivesse afetando-a. A pessoa que falava deitava no colchonete para ser cuidada pela colega, que lhe dava respaldo, através do toque, no sentido de colocar-se em seu lugar e perceber as suas necessidades, oferecendo o melhor cuidado possível, considerando o que foi escutado. Depois, as participantes trocavam de posição.
- d) Orientou-se a realização de uma automassagem, mediante a demonstração oferecida pela coordenadora, na sequência: Passar a mão na nuca, subir para a cabeça; a testa para cima; ao redor dos olhos; em direção à ponta do nariz; do queixo para as orelhas; dos ombros para o abdômen; dos ombros para os braços; das coxas para os joelhos.
- e) Para a finalização da oficina, solicitou-se que as participantes, de pé, fizessem uma roda, de mãos dadas. Então, propôs-se que cada uma delas dissesse uma frase a respeito do que foi vivenciado durante a prática corporal.

Durante todas as etapas, a pesquisadora e o colaborador deram suporte às atividades desenvolvidas, circulando pelo ambiente e supervisionando os pequenos grupos, esclarecendo dúvidas, auxiliando as participantes no ato de cuidar, de si e do outro, implicado com a oficina.

Avaliação da oficina

Observou-se que as participantes se envolveram na oficina, engajando-se nas atividades e interagindo entre em si. O encontro foi permeado por momentos em que as participantes expressaram intensamente suas emoções e sentimentos, relatando sentirem-se acolhidas e amparadas pelo grupo, além de “aliviadas” em relação aos desconfortos físicos e emocionais que estavam sentindo antes do início da atividade. Durante a oficina, as mulheres tiveram *insights* relacionados à necessidade do autoconhecimento, para a aprenderem a se cuidar melhor.

“Eu vou me descobrir e vou procurar fazer alguma coisa que eu gosto hoje pra mim. Eu vou sair daqui vou procurar alguma coisa que eu gosto, eu vou descobrir um cantinho, alguma coisinha que eu gosto e vou fazer, pro bem da minha saúde.”
(Violeta)

As participantes avaliaram muito bem esta oficina, e pediram que houvesse outros momentos de prática corporal na PA. Diante desta demanda, fomos nos planejando para incorporar nas próximas oficinas atividades que trabalhassem a questão do corpo, realizando os devidos ajustes no planejamento da PA.

4.2.2.2 Segunda oficina - Aprendendo a aprender mais sobre o climatério

Duração total: 120 minutos.

Objetivos

Sensibilizar as mulheres para a percepção do autoconhecimento; informar e discutir sobre os principais sintomas do climatério; realizar as orientações pertinentes.

Material

Aparelho de som; CD com músicas de relaxamento; caixa pequena; papéis com assertivas referentes às manifestações clínicas do climatério; *flipchart*; canetas do tipo pincel coloridas.

Procedimentos

- a) Técnica: Viagem pelo próprio corpo (Ramalho, 2011)

Duração aproximada: 15 minutos.

Ao som de uma música suave, de relaxamento, propôs-se que as mulheres fechassem os olhos, bem suavemente; sentissem o frescor de uma brisa suave de fim de tarde, beijando sua face; entrassem em contato com o próprio corpo, sentindo a presença de si; colocassem a mão no coração e tentassem detectar o ritmo, a intensidade da batida do coração.

Na sequência, solicitou-se que as participantes percebessem as sensações corporais. Ao término desta atividade, cada mulher fez um breve relato sobre a sensação mais presente.

- b) Técnica: Exposição dialogada sobre os fogachos

Duração aproximada: 45 minutos.

Durante essa atividade, trabalhou-se com as principais dúvidas das participantes, a partir das experiências que foram discutidas no GF. As questões que haviam sido levantadas na etapa de diagnóstico situacional foram retomadas e esclarecidas, e o foco do trabalho consistiu na principal demanda das mulheres: *como manejar os fogachos e enfrentar seu impacto negativo no cotidiano, promovendo melhora na saúde e bem-estar?*

- c) Técnica: Verdades e mentiras (Afonso, 2013)

Duração aproximada: 45 minutos.

Esta atividade foi proposta para trabalhar com questões levantadas no GF acerca dos sintomas do climatério. Em uma caixa, colocamos diversos papéis, dobrados, com frases referentes aos sintomas do climatério (Quadro 10). Solicitou-se que as participantes se dividissem em duplas e sortegassem um papel. Após uma breve conversa, cada dupla deveria ler a frase para o grupo, respondendo se ela era verdadeira ou falsa. A partir daí, a questão era contextualizada e debatida entre o grupo.

Quadro 10- Frases sobre os sintomas do climatério

- ✓ No climatério, a mulher pode sentir dor de cabeça, sensação de esgotamento, insônia, tontura, problemas de memória.
- ✓ A mulher pode apresentar depressão no climatério.
- ✓ No climatério, as mulheres NÃO têm irregularidades menstruais antes de pararem de menstruar.
- ✓ As mulheres no climatério podem apresentar osteoporose, uma doença progressiva que traz o risco de fratura.
- ✓ Não é possível a própria mulher adotar medidas que promovam a sua qualidade de vida no climatério.

Avaliação da oficina

A colaboração ativa das participantes foi essencial para a aprendizagem, unindo o saber científico ao saber popular. A troca de experiências foi permeada por um forte espírito de solidariedade entre as participantes. Estas perceberam que a aula dialogada trouxe dinamicidade ao processo de aprendizagem, possibilitando uma maior participação das educandas. Ressaltaram que, com esse formato de aula, sentiram-se mais à vontade para conversar sobre os fogachos sem constrangimento, dentro de um ambiente acolhedor e respeitoso.

As participantes expressaram estarem motivadas para seguir as orientações de saúde fornecidas sobre o manejo e enfrentamento dos fogachos, incluindo as dicas que foram compartilhadas entre o grupo. Estas dicas foram oferecidas principalmente pelas mulheres que já haviam atingido a menopausa. Dentre elas, destacam-se: beber muita água e líquidos gelados, utilizar roupas frescas, tomar banho fresco antes de deitar, fazer relaxamento antes de dormir.

Nesse sentido, quem se encontrava na pré-menopausa mostrou satisfação com a possibilidade de aprender com colegas que já haviam vivenciado situações similares. Manifestaram um sentimento de alívio por aprenderem que há recursos simples e não-farmacológicos para lidar com os problemas decorrentes dos fogachos, no cotidiano. Na medida do possível, buscávamos agregar informações ao debate, e validar as informações e experiências das participantes, buscando valorizar o conhecimento popular e promover a autoconfiança das mulheres em relação às suas ações e êxitos.

Percebemos também que a técnica Verdades e mentiras permitiu que as próprias participantes reconhecessem sua evolução no processo de aprendizagem, já que todas as duplas obtiveram acertos nas respostas, e souberam justificá-las corretamente. Isso propiciou a melhora na autoestima, e aumentou a motivação para a busca do autocuidado.

“Pode parecer pouco, mas ver que a gente tá aprendendo, isso anima tanto a gente pra continuar nesse caminho de saúde, perseguindo ele mesmo. Isso ajuda muito na autoestima, né?” (Peônia)

4.2.2.3 Terceira oficina - Alimentação saudável, corpo e mente “em dia!”

Duração total: 120 minutos.

Objetivos

Sensibilizar as mulheres sobre a percepção de sua autoimagem e autoestima; discutir sobre cuidados com alimentação e com o corpo no climatério.

Material

Silhueta de um corpo feminino, impressa em papel sulfite; giz de cera; cartões com perguntas e com respostas sobre nutrição no climatério; impressos informativos sobre nutrição no climatério; envelopes; recortes de revista de alimentos variados.

Procedimentos

- a) Técnica: Percepção sobre a autoimagem (Costa, 2007)

Duração aproximada: 30 minutos.

Distribuiu-se às participantes uma silhueta corporal feminina, previamente reproduzida, de acordo com o modelo proposto por Costa (2007). Solicitou-se que as mulheres a preenchessem de acordo com a forma pela qual visualizavam o seu corpo, tanto internamente como externamente. Em seguida, cada participante apresentou seu desenho ao grupo, comentando sobre os aspectos que gostavam, e os aspectos que não gostavam em si.

- b) Técnica: Jogo dos cartões divertidos (Afonso, 2013)

Duração aproximada: 30 minutos.

Prepararam-se cartões, nos quais havia cartas com perguntas e outras com respostas para essas perguntas, relativas à alimentação e saúde no climatério (Quadro 11). A coordenadora distribuiu os cartões para as participantes, que circulavam pela sala, apresentando suas perguntas e procurando pela colega que tinha as respostas correspondentes. Para cada jogo de perguntas e respostas, as

questões foram aprofundadas e discutidas no grupo, a partir do conhecimento prévio das participantes.

Quadro 11- Questões sobre saúde e nutrição no climatério

No climatério, a mulher pode apresentar um aumento dos níveis de colesterol no sangue?

Sim. Pode ocorrer um aumento nas taxas do colesterol ruim, chamado de LDL, e uma diminuição das taxas do colesterol bom, chamado de HDL. Pode haver também aumento na taxa das gorduras chamadas triglicerídeos.

No climatério, a mulher pode apresentar um aumento da gordura abdominal?

Sim, devido à diminuição dos hormônios sexuais femininos, a gordura pode se acumular em torno da cintura, provocando os “pneuzinhos”.

Qual o papel da alimentação para a prevenção e controle da osteoporose?

É essencial. Os nutrientes que mais ajudam a prevenir a perda óssea são o cálcio e a vitamina D. A vitamina D está presente em alimentos como leite e derivados e nos ovos. O cálcio, no leite e seus derivados.

Como deve ser a rotina de nossa alimentação diária?

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições. Coma diariamente legumes e verduras como parte das refeições e frutas no café da manhã, nas sobremesas e lanches.

c) Técnica: O carrinho de supermercado (Brasil, 2008b)

Duração aproximada: 45 minutos.

A coordenadora distribuiu, para cada participante, dois quadros, impressos em papel sulfite. Um deles (Anexo 3) trazia as principais fontes de cálcio e, o outro (Anexo 4), as vitaminas e minerais importantes para a saúde da mulher no

climatério. Ambos foram extraídos do Manual para a promoção da saúde da mulher no climatério/menopausa (Brasil, 2008a). O material foi apresentado às mulheres, que procederam à sua leitura.

Posteriormente, cada participante recebeu um envelope, que continha diversos recortes de alimentos variados. Solicitou-se que elas separassem as figuras dos alimentos que colocariam em seu carrinho de supermercado, e aqueles que elas não colocariam, tendo em vista a promoção de uma alimentação balanceada no climatério.

As participantes foram orientadas a utilizarem os impressos fornecidos como material de apoio e consulta para suas escolhas, bem como a refletirem sobre os grupos anteriores e o conhecimento que já possuíam a respeito de alimentação saudável, já que muitas delas haviam participado de grupos educativos de nutrição, no próprio centro de saúde-escola.

Em seguida, cada participante deveria apresentar o seu carrinho de supermercado ao grupo, que foi estimulado a participar com suas opiniões, sugestões e dúvidas.

Avaliação da oficina

Na atividade de desenho, em que preencheram a silhueta corporal (Costa, 2007), foi interessante observar que as participantes puderam olhar novamente para si, revisitando sua autoimagem. A palavra “descoberta” foi citada por algumas mulheres, que expressaram os aspectos positivos que reconheciam em seu corpo, e não apenas dos aspectos negativos. As participantes também comentaram sobre a importância de cuidarem mais de si, como faziam na juventude, para que se sentissem mais bonitas e atraentes.

“O meu corpo chamava atenção quando eu era novinha, os meninos olhavam. Mas olhando aqui, foi uma descoberta, viu, até que eu não tô tão ‘mal-acabada’ assim, ainda dou um caldo (risos). Eu confesso que relaxei, entreguei um pouco os pontos, mas preciso me cuidar mais.” (Orquídea)

Fonte: Participante Orquídea

De início, a maioria das mulheres referiu que não sabia o que desenhar. Lavanda, por exemplo, disse que o retoque seria para “estragar” o desenho, pois a silhueta representada era “muito melhor” que o seu corpo. Mas com o decorrer do tempo, a participante foi ficando mais à vontade e adquirindo prazer em desenvolver a atividade, encontrando aspectos positivos em sua aparência, e valorizando a funcionalidade do seu corpo. Assim, Lavanda pôde refletir e ressignificar algumas percepções, conscientizando-se de sua baixa autoestima.

“Eu era magrinha. Eu engordei agora, depois da menopausa. O seio diminuiu, o “estômago” aumentou. Minha autoestima ficou péssima, quem gosta do que vê sendo um ‘bujão’? Mas pensando bem, eu acho que o meu corpo é perfeito, ele serviu para eu ser mãe, e permite que eu faça tantas coisas. E eu gosto do meu rosto. Acho que a minha pele ainda é boa.” (Lavanda)

Grande parte das mulheres enfocou, no desenho, a perspectiva estética em relação ao corpo, direcionando-se à parte exterior. A exceção, nesse sentido, foi Íris, que expressou a necessidade do equilíbrio entre o corpo e a mente, do cuidado aos sentimentos e emoções, em uma perspectiva da integralidade humana:

“Eu fiz um coraçãozinho aqui, olha. Um coraçãozinho, porque eu acho que o que a gente tem que ter um equilíbrio do corpo e da mente, cuidar mais, é do coração. Não cuidar do coração da saúde, graças a Deus o meu coração tem uma saúde boa, mas do coração assim, com as pessoas, com as pessoas e com você também, sentimento, pra ser uma pessoa melhor. Eu acho que é essa parte que você tem que saber lidar mais, que tá muito difícil de lidar com essa parte, né?” (Íris)

O que mais gosto são os olhos e ser magra
O que não gosto mas não posso mudar é a
idade e as doenças: Diabetes osteoporose latiminite

Fonte: Participante Iris

Discutiu-se também, no coletivo, como a influência cultural sobre o envelhecimento determina algumas crenças e valores que associam a beleza e

feminilidade à juventude, trazendo à mulher madura, no climatério, insegurança e baixa autoestima.

Em relação ao tópico de alimentação no climatério, observamos que as mulheres tinham um bom nível de informação. Foi interessante perceber a troca de experiência entre elas a respeito do tema, inclusive as “dicas” sobre nutrição e receitas saudáveis que compartilharam.

4.2.2.4 Quarta Oficina - Vamos conversar sobre sexualidade no climatério?

Duração total: 110 minutos.

Objetivos

Discutir sobre a vivência da sexualidade no climatério; sensibilizar as mulheres sobre a reflexão da autoestima no climatério.

Material

Saco de pano; cartões com assertivas sobre sexualidade; caixa de presente.

Procedimentos

- a) Técnica: Jogo da batata-quente (NEPDA; Netto, 2002)

Duração: 60 minutos.

Um saco contendo frases sobre o tema da sexualidade no climatério foi mostrado ao grupo (Quadro 12). Solicitou-se que o saco fosse passado, pelas participantes, de mãos em mãos; ao sinal de palmas, elas deveriam parar de passar. A participante que estivesse com o saco na mão deveria retirar um papel contendo uma frase e dizer o que pensava a respeito dela. Em seguida, abriu-se a palavra a quem quisesse acrescentar algo. Cada questão foi aprofundada e discutida.

Quadro 12- Frases sobre a sexualidade no climatério

- ✓ Durante o climatério, as mudanças que acontecem no corpo da mulher e nas relações sexuais não estão apenas relacionadas à menopausa.
- ✓ As mulheres, no climatério, podem apresentar uma lubrificação vaginal menor e mais demorada.
- ✓ A sexualidade está relacionada com a saúde física e mental, com a qualidade de vida e a autoestima.
- ✓ Conhecer o próprio corpo é importante para a sexualidade.
- ✓ Os sinais e sintomas do climatério podem influenciar o relacionamento, os sentimentos e a sexualidade.
- ✓ No climatério, algumas mulheres podem sentir diminuição do desejo sexual, mas isso não é uma regra.
- ✓ Os problemas no relacionamento entre o casal podem comprometer a vida sexual.
- ✓ É possível melhorar a vida sexual no climatério.
- ✓ A mulher não deixa de ser bonita e atraente no climatério.

Nesta dinâmica grupal, buscou-se retomar as principais questões que foram levantadas no GF, acerca da sexualidade no climatério, como a qualidade do relacionamento afetivo, as modificações fisiológicas e anatômicas da mulher, o prazer sexual, a autoestima. Dessa forma, discutiu-se em grupo essas questões; a coordenadora buscou trazer novas informações, desmistificar conceitos, esclarecer dúvidas e realizar orientações pertinentes.

b) Técnica: O presente (Silva et al., 2009)

Duração aproximada: 40 minutos.

A coordenadora mostrou às participantes uma caixa de presente e explicou que dentro dela havia um presente muito especial: os pontos fortes e qualidades que cada uma recebeu da vida, como dádivas. A caixa circulou entre as participantes, e

cada uma delas deveria abrir o presente e descrevê-lo, respondendo a seguinte pergunta: *quais são os pontos fortes e qualidades com que a vida me presenteou?*

Avaliação da oficina

Nesta oficina, pudemos aprofundar a discussão sobre o tema da sexualidade, no sentido de reforçar, com as participantes, a pluralidade desse termo, e a forma como a sexualidade está conectada a diversos aspectos da vida. A ideia central foi estimular as mulheres sobre a percepção dos ganhos que podem ser possíveis, na maturidade, em relação à sexualidade. A importância da comunicação entre os parceiros também foi um ponto forte das reflexões propostas. A questão foi então expandida para além da sexualidade, e confrontada com outros problemas que permeiam a vida do casal.

As mulheres verbalizaram sua satisfação pela oportunidade de esclarecerem as dúvidas sobre as mudanças que ocorrem em relação à sexualidade, conscientizando-se dos mitos e tabus que envolvem o tema culturalmente, associados ao envelhecimento e a perda do prazer sexual, como algo definitivo e imutável.

É interessante ressaltar que trabalhar com os temas da autoestima e sexualidade na mesma oficina foi bastante produtivo devido à forte conexão que existe entre eles; assim sendo, as técnicas desenvolvidas no grupo se complementaram.

As participantes tiveram oportunidade de se expressar de forma bastante aberta, e o acolhimento entre elas foi grande, o que acabou encorajando-as a se exporem e compartilharem suas experiências. Desse modo, o vínculo entre elas demonstrou ter se fortalecido ao longo do tempo.

4.2.2.5 Quinta oficina - “Chegou a nossa hora”: construindo projetos de vida na maturidade

Duração total: 130 minutos.

Objetivos

Promover a autoestima; discutir sobre a importância dos projetos de vida na maturidade.

Material

Aparelho de som, CD com música instrumental, mesa, papel sulfite, canetas esferográficas.

Procedimentos

a) Vivência: Dança da fluidez (Reis, 2012)

Duração aproximada: 15 minutos.

Esta vivência faz parte do método da biodança, que visa promover os potenciais saudáveis dos sujeitos, através dos encontros em grupos, mediados por música e dança (Reis, 2012). A coordenadora explicou verbalmente o exercício e demonstrou a vivência, dançando por alguns instantes, para que as participantes tivessem ideia da intenção desta atividade.

Solicitou-se que as mulheres fechassem os olhos e esperassem pela música, em uma posição introspectiva, e colocassem as mãos sobre o peito, sentindo a sua respiração e o seu coração, sentindo o ritmo de sua pulsação vital. Quando elas sentissem que a música havia penetrado em si, poderiam iniciar movimentos lentos contínuos dos braços, sentindo a fluidez, a suavidade e a harmonia. Ao término da música, as mulheres se reuniram, em círculo, para que cada uma expressasse, em breves palavras, seus sentimentos acerca da vivência.

b) Técnica: Eu me gosto (Afonso, 2013; Brasil, 2000)

Duração aproximada: 60 minutos.

Distribuiu-se uma folha de sulfite para as participantes, e solicitou-se que cada uma escrevesse, em poucas palavras, uma situação extremamente positiva que havia acontecido com elas, recentemente; no verso da folha, as mulheres deveriam escrever uma situação difícil, que tenha causado sentimentos negativos. Todas as folhas foram recolhidas, assegurando que não era preciso colocar o nome. As folhas foram dispostas em uma mesa, e cada participante deveria retirar aleatoriamente uma delas, garantindo que não pegasse suas próprias anotações. Solicitou-se então que as participantes fizessem a leitura das situações, e dissessem como estas situações poderiam afetar a sua autoestima, se elas estivessem no lugar da pessoa (“isso me afeta muito ou isso não me afeta muito”). Em seguida, cada participante, com a ajuda do grupo, refletia sobre alternativas para melhorar a autoestima diante daquela situação.

É importante ressaltar que, inicialmente, fizemos uma breve introdução sobre o significado da palavra autoestima, estimulando as participantes a darem sua opinião.

Quando todas as situações foram exploradas, solicitou-se que as mulheres formassem uma roda e, de mãos dadas, cada uma falasse sobre o que poderiam fazer para melhorar a sua própria autoestima.

c) Técnica: Roda de conversa sobre projetos de vida

Duração aproximada: 45 minutos.

Propôs-se às participantes uma roda de conversa sobre o tema projetos de vida.

Inicialmente, foi colocada uma música de relaxamento, para sensibilização. Solicitou-se que as participantes imaginassem uma bola de cristal, fina e

transparente, dentro da qual elas colocassem seus projetos de vida, como se fossem bens preciosos que, mesmo antes de concretizados, já poderiam ver realizados no plano da imaginação, do pensamento; o lugar onde começa a mudança, de dentro pra fora (Reis, 2012).

Em seguida, estabeleceu-se uma roda de conversa, em que as participantes falavam sobre seus projetos de vida, e eram estimuladas pela coordenadora a refletirem sobre a maneira pela qual eles poderiam ser concretizados, as ações que já vinham sendo empreendidas nesse sentido, os problemas que precisariam ser solucionados.

Avaliação da oficina

Esta oficina foi a que teve maior duração, cerca de 130 minutos. Próximo ao horário do término, as participantes foram avisadas sobre os problemas com o tempo, mas se dispuseram a ficar além do horário, para que pudéssemos cumprir todas as atividades propostas.

Foram utilizados princípios da biodança na oficina, pensando-se em uma estratégia que pudesse proporcionar, simultaneamente, relaxamento, com o alívio das tensões emocionais, e autoconhecimento. Percebemos que as participantes se concentraram na atividade, executando os movimentos da dança com beleza - expressa pela leveza e lentidão dos movimentos, e pela sincronia com a música. Através da comunicação não-verbal, foi possível notarmos a tranquilidade nos semblantes e ritmo do corpo.

“Eu senti o sangue fluindo dentro do meu corpo, e me senti relaxada.” (Gérbera)

Foi interessante notar que a técnica “Eu me gosto” possibilitou que as mulheres estabelecessem relações de ajuda mútua; referiram que ajudar o outro, a partir daquela experiência, havia sido muito “proveitoso” para ajudarem a si

mesmas. Como a cumplicidade entre o grupo era grande, as participantes não ficaram constrangidas em assumir a autoria das situações descritas, em relação à autoestima. Pôde-se observar, também, a rede de afetos que se formou entre elas.

Quanto aos projetos de vida, as mulheres conseguiram refletir sobre eles com desenvoltura, problematizando-os dentro de uma perspectiva concreta e viável de realização. Elas perceberam que a maioria dos seus projetos estavam relacionados com a promoção de sua saúde, o que demonstrou que as questões de saúde eram, de fato, uma grande preocupação na fase do climatério.

“Preciso ter saúde para realizar um projeto de costurar, quem sabe montar um pequeno negócio, começando com as pessoas conhecidas, que já conhecem o meu trabalho.” (Gérbera)

“Saúde para arranjar um emprego, ser independente do dinheiro do meu ex-marido, é o que eu tô buscando.” (Violeta)

“Eu quero continuar fazendo cursos, agora vou começa um de informática, é tipo faculdade da terceira idade. Tô querendo controlar melhor o diabetes, estou correndo atrás de uma bomba de insulina.” (Íris)

“Tenho que ter qualidade de vida, a minha vida está passando e eu acho importante ter prazer para mim mesma, ter o meu prazer de fazer o que gosto.” (Lavanda)

“Eu me enxergo assim, com muita saúde; fui muito rígida comigo, criei meus filhos, agora eu quero aproveitar, me cuidar cada vez mais.” (Orquídea)

A síntese da descrição de cada oficina educativa, contemplando seus objetivos e as técnicas de dinâmica grupal utilizadas está apresentada no Quadro 13.

Quadro 13- Objetivos das oficinas educativas e técnicas de dinâmica grupal utilizadas

OE	Objetivos	Técnicas de dinâmica grupal
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ampliar o conhecimento de si e do próprio corpo. ■ Identificar aspectos que interferem na saúde e autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abordagem corporal para o cuidado integral: técnicas de automassagem/massagem no outro ■ Roda de conversa sobre a percepção de si próprias e da realidade cotidiana
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informar e discutir sobre os sintomas do climatério 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Viagem pelo próprio corpo: relaxamento para a percepção das sensações corporais ■ Exposição dialogada sobre os fogachos: manejo e enfrentamento deste sintoma no cotidiano ■ Verdades e mentiras: jogo de “verdadeiro ou falso” sobre os sintomas do climatério, para estimular esta discussão
3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilizar para a percepção da autoimagem e autoestima ■ Discutir sobre cuidados com alimentação/corpo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Percepção sobre a autoimagem: preenchimento de uma silhueta feminina segundo a percepção do próprio corpo; identificação de aspectos que gostam e não gostam em seu corpo. ■ Jogo dos cartões divertidos: jogo de perguntas e respostas sobre alimentação e saúde no climatério, com posterior discussão sobre as questões abordadas ■ O carrinho de supermercado: através de figuras, propõe-se a escolha de alimentos para carregar no carrinho, para uma alimentação equilibrada; cada participante apresenta seu carrinho ao grupo, justificando suas escolhas
4	<ul style="list-style-type: none"> ■ Discutir sobre a vivência da sexualidade ■ Sensibilizar para a reflexão sobre autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Jogo da batata-quente: jogo que consiste no sorteio de uma assertiva sobre sexualidade no climatério; cada participante emite sua opinião sobre a questão abordada. ■ O presente: ao abrirem uma caixa de presente que simboliza os pontos fortes e qualidades de cada uma, as participantes refletem sobre suas potencialidades.
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover a autoestima ■ Discutir sobre projetos de vida na maturidade 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dança da fluidez (biodança): propõe-se a realização de movimentos lentos e contínuos do corpo, para sentir sua harmonia; cada participante expressa suas sensações sobre a vivência. ■ Eu me gosto: discussão sobre situações que afetam a autoestima e alternativas para melhorá-la. ■ Roda de conversa sobre projetos de vida: Como eles podem ser concretizados? Quais problemas precisam ser solucionados?

4.3 AVALIAÇÃO SOMATIVA DA PA

4.3.1 A perspectiva das participantes

No último e nono encontro foi realizado um GF com o objetivo de avaliar a participação das mulheres na PA. O roteiro para a discussão do GF está representado no Quadro 14.

É importante ressaltar que a avaliação não se restringiu a uma etapa pontual na PA, mas perpassou todo o processo de desenvolvimento da mesma. Pode-se afirmar que, ao longo da PA foram realizadas avaliações do processo, e do cumprimento de expectativa dos integrantes do grupo, o que permitiu rever permanentemente seus objetivos, mantendo-os ou alterando-os (Diercks, Pekelman, Wilhelms, 2007).

Quadro 14- Roteiro para discussão de GF na avaliação da PA

Questões propostas para a discussão

- ✓ Como foi para você participar do Grupo de Climatério/Menopausa?
- ✓ O que mudou em você com a participação no grupo?
- ✓ O que vocês pretendem colocar em prática e mudarem no seu dia a dia?

A participação na PA foi avaliada pelas mulheres de forma bastante positiva. Ressaltaram a importância do método pedagógico participativo para a sua adesão no grupo e envolvimento com as atividades propostas. Desse modo, sentiram-se valorizadas quanto aos seus saberes e experiências de vida, e reconheceram sua importância no processo de aprendizagem desenvolvido. Isso as encorajou a compartilhar seus sentimentos e opiniões, fortalecendo sua autoestima.

“Eu tive informações importantes, muito importantes, eu precisava ter essas conversas, o grupo chegou em boa hora pra eu me cuidar. Eu consegui me soltar, não fiquei ‘avexada’, isso foi muito bom.” (Magnólia)

“Nesse grupo a gente não aprendeu só com uma professora, mas com várias.” (Acácia)

“Todo mundo me ensinou. Como eu sou professora de pintura, posso dizer que cada uma de vocês acrescentou uma pincelada diferente no meu quadro.” (Violeta)

“As informações foram dadas numa conversa descontraída, não tem aquela obrigação, aqueles afazeres rígidos, igual os cursos que a gente vê por aí; a situação toda foi apresentada no diálogo, e assim me fez assimilar, eu aprendi muito. Eu escolhi viver bem e vocês me empurraram! Foi um banho de autoestima!” (Peônia)

A oportunidade de discutir sobre as experiências do climatério, a partir de uma perspectiva ampliada - pautada pela complexidade dos aspectos que envolvem as mudanças nesse período - não apenas deu voz às mulheres, mas possibilitou que elas refletissem sobre sua realidade de forma crítica, despertando sua consciência para a necessidade de enfrentamento e a busca de soluções para os seus problemas.

“Então, aqui, pra mim, foi... Abriu a mente pro mundo que é, o mundo real, com o avanço que ele deu, né. Então eu saí do passado e isso me fez muito bem. A importância do exercício, de uma atividade, de caminhar no parque, todas essas coisas que eu não fazia, achava ridículo abandonar o lar, deixar de fazer as minhas obrigações em casa para ir caminhar. Então eu aprendi aqui como é importante.” (Lavanda)

“Eu vi que dá para mudar sim, sempre é tempo, né? Primeiro, era sempre a família, cuidar da casa pra deixar a família viver bem. E eu nunca me cuidei. Agora não, o grupo me mostrou o quanto eu sou importante, e eu consegui me enxergar.” (Violeta)

“Eu tava deprimida. Eu não saí totalmente, não, porque tem muitas mágoas que ainda não foram resolvidas, que eu ainda não botei em pratos limpos. Mas me deu força, me deu coragem pra correr atrás...foi um empurrão bem dado, viu?” (Acácia)

Escutar histórias de vida, através dos relatos de mulheres com problemas semelhantes ou mesmo diferentes, foi considerado pelas participantes como um aprendizado importante para que elas refletissem sobre o próprio manejo e enfrentamento dos problemas, adquirindo uma nova “leitura de mundo” (Freire, 1999).

“Eu precisava conversar assim, em um grupo de pessoas que estivessem passando pelo que eu tô passando, porque eu tô no começo dessa fase, né? Então foi bom, eu aprendi que você pode passar por tudo isso, tem que prestar atenção no corpo da gente pra entender o que tá acontecendo e poder lidar. Tem tudo a ver com as mudanças da vida da gente também, né?” (Tulipa)

“Nossa, às vezes a gente fala, eu tô com tantos problemas, mas tem pessoas que têm problemas maiores do que o meu, né? Tem pessoas que passaram por isso e hoje já estão bem, isso sossega mais a gente.” (Magnólia)

“Eu aprendi um pouco com a experiência de cada uma aqui, tem pessoas que viveram tanta dificuldade mas não passam pra gente uma tristeza, tem uma mansidão”. (Orquídea)

Eu estou vivendo uma fase conturbada com a doença do papai mãe, mas fiquei mais calma, de ouvir as histórias de vocês. As mudanças doem, mas é muito bom estar acordando.” (Violeta)

A troca de experiências e a riqueza do convívio em grupo também foi destacada pelas participantes, que expressaram satisfação com a forma afetuosa como foram acolhidas. As mulheres reconheceram o espírito de solidariedade que permeou a PA, e o vínculo que se constituiu entre elas a partir das experiências compartilhadas.

“Eu conheci pessoas maravilhosas aqui. Assim, elas são simples como eu sou e eu me identifiquei muito. Eu já tô feliz de ter esses contatos, porque eu era muito ‘na minha’ pelo fato de... eu não tenho amigas. Então aqui, de repente a gente pode até marcar junto, vamos fazer uma caminhada? Né, você arrumou pessoas que aprenderam o que eu aprendi, viveram um pouco do que eu vivi aqui no grupo.”
(Acácia)

Nesse sentido o vínculo teve repercussões importantes na ampliação da rede de apoio social, das participantes favorecendo a mobilização conjunta de novas iniciativas em prol da sua saúde. Como moravam próximas, algumas já estavam realizando caminhadas no parque, juntas, e passeios pelo entorno do serviço de saúde. Trata-se de uma região do município de São Paulo rica em equipamentos sociais culturais e de lazer, além de ser bem guarnecida pela rede de transporte coletivo.

“A gente tá caminhando juntas no Parque Trianon, é bom porque uma vai incentivando a outra, e a gente nem vê o tempo passar. No fim de semana a gente tá combinado de ver o filme ‘Meu pé de laranja lima’.” (Tulipa)

“Olha, gente, o grupo tá terminando, mas nosso contato eu espero que continue” Eu quero telefone de todo mundo aqui tá, nome completo, endereço, quem tiver Facebook também.” (Íris)

Os *insights* que as mulheres obtiveram no processo grupal foram percebidos como recursos importantes para o seu autoconhecimento. Isso favoreceu a percepção da diversidade e singularidade de cada experiência do climatério, permitindo o reconhecimento de suas limitações e das possibilidades de empreenderem mudanças cotidianas em suas vidas - envolvendo especialmente sua família e seu entorno social -, para melhorarem sua saúde e qualidade de vida.

“Para mim, eu tive um autoconhecimento aqui, com tanta experiência diferente. Com as informações eu aprendi a me conhecer melhor, e aprendi que cada pessoa é diferente da outra! Se eu me conheço melhor, vejo meus defeitos e consigo mudar para ser melhor com a minha família, meus amigos. Evoluí, funciono melhor.”
(Lavanda)

“O grupo ajudou na aceitação do que eu tô passando, pra ficar menos ‘brabo’, mais suave. Igual o relaxamento que a gente aprendeu, eu tô fazendo quando eu deito, eu consigo sentir o meu corpo. Faço alguns minutinhos e tem sido tão bom.” (Magnólia)

“Eu consegui levar muitas coisas positivas do grupo, porque às vezes a gente tem um pensamento e acha que é o certo, mas aí você vê uma opinião ali, uma aqui, uma vivência, e aí você fala, acho que não é bem por aí, né, acho que eu vou mudar aqui o rumo da minha carruagem, e eu aprendi, sabe?” (Peônia)

O conhecimento sobre o climatério que foi adquirido através das informações e orientações fornecidas ao grupo, com a contribuição das mulheres, propiciou uma conscientização das participantes a respeito da importância do autocuidado, e das mudanças relacionadas às práticas de saúde.

“O grupo chegou em boa hora pra eu me cuidar, sobre alimentação, sobre os excessos, a importância do exercício, de uma atividade, de caminhar lá no parque. Eu não queria largar tudo em casa para caminhar porque eu achava que não era importante, hoje eu aprendi.” (Lavanda)

“O relaxamento eu já estou fazendo, ontem me fechei no meu quarto, coloquei uma música e fiz, fiquei zen.” (Orquídea)

As participantes expressaram um sentimento de tristeza pelo fim dos encontros, pois, segundo disseram, aquele representava o momento de se dedicarem ao seu cuidado, à sua saúde.

“Estou triste, vou sentir falta do grupo...eu quero assim, levar um pouquinho de vocês pra mim, sempre lembrar, né, das nossas experiências aqui.” (Íris)

“O grupo é um momento só nosso, eu saio direto do trabalho e venho pra cá, encontrar vocês. É o momento da rotina pra me cuidar. Agora eu preciso arrumar outra atividade de quinta-feira (risos).” (Magnólia)

Além disso, foi notável a satisfação das mulheres como colaboradoras na construção da cartilha. Elas se sentiram valorizadas por serem coprodutoras do material, reconhecendo a potencialidade do mesmo para a promoção da saúde das mulheres. Nesse sentido, percebiam-se como protagonistas de um projeto que poderia contribuir para melhorar a qualidade de vida das mulheres que, como elas, vivenciavam a experiência do climatério - ou mesmo daquelas que a vivenciariam no futuro.

“Dá um orgulho grande ser parte dessa história, porque nosso encontro vai ficar ali registrado, ele teve uma mestra e nós fomos aprendizes, mas também deixamos nossa marca ali.” (Violeta)

“Vai ajudar muitas mulheres, as que tão passando por isso e as que ainda vão passar. Isso ajuda a pessoa a se preparar melhor, quando vem todo aquele mal-estar, vem sem pedir licença.” (Acácia)

As participantes comentaram também sobre a importância de divulgar a cartilha entre os membros da família, cônjuges e amigos, reconhecendo a carência

de informação das pessoas sobre o tema e o impacto das mudanças decorrentes do climatério nas relações familiar, conjugal e social.

“Depois de pronta, a cartilha tem que ser muito bem divulgada, porque as pessoas não têm informação, eu vejo na prática. Eu mesma vou fazer propaganda dela pra minha família e meus amigos, que têm pouco conhecimento. De um jeito ou de outro, todas as mulheres sentem algum ‘choque’ no climatério, e todo mundo se abala com as mudanças, né? A gente sofre mais, mas ‘respinga’ na família também.” (Íris)

“A cartilha pode ajudar muita gente que busca informação, mas tem dificuldade de encontrar, acho que pode ajudar até os homens, porque eles acham que é frescura o que a gente passa!” (Gérbera)

A síntese das reflexões das participantes relacionadas à avaliação do processo de PA está apresentada no Quadro 15.

Quadro 15- Avaliação da PA segundo as participantes

- ❖ Vivência de um processo de aprendizagem dialógico
- ❖ Reconhecimento do valor positivo da troca de experiências
- ❖ Valorização da experiência e do saber popular
- ❖ Aumento da autoestima
- ❖ Desenvolvimento de uma perspectiva ampliada sobre o climatério
- ❖ Percepção da singularidade de cada experiência feminina em relação ao climatério
- ❖ Convivência grupal: acolhimento, respeito e amizade
- ❖ Ampliação da rede de apoio social das participantes, a partir dos laços afetivos constituídos no grupo
- ❖ Aquisição de um maior autoconhecimento
- ❖ Tomada de consciência sobre a importância do autocuidado no climatério
- ❖ Engajamento em transformações da realidade, em busca do enfrentamento e melhora das situações de vida relacionadas à saúde
- ❖ Percepção das potencialidades do material educativo
 - Promover a melhora das condições de saúde e qualidade de vida
 - Divulgar informação sobre o climatério

4.3.2 A perspectiva da pesquisadora

Consideramos que a realização desta PA foi uma oportunidade singular de aprendizado e desenvolvimento nos âmbitos científico, profissional e pessoal. Entretanto, julgamos ser de extrema importância a revelação dos desafios com os quais nos deparamos nessa trajetória, para que possamos compartilhar nossa experiência e contribuir para que futuros pesquisadores na área da educação em saúde possam estar bem instrumentalizados para desenvolverem seus estudos, superando quaisquer dificuldades.

Esses desafios dizem respeito aos aspectos práticos da operacionalização do estudo, e ao desenvolvimento de competências e habilidades do pesquisador para o relacionamento interpessoal. Nossa experiência prévia como coordenadora de grupos de saúde mental foi muito importante nesse processo.

A *operacionalização* deste estudo trouxe desafios referentes à organização dos encontros, que demandou a preparação do material de apoio para as dinâmicas grupais, o gerenciamento rigoroso do tempo de duração dos grupos - considerando o respeito à rotina das participantes e do serviço de saúde - a flexibilidade para se ajustar à necessidade de mudanças no planejamento em face da natureza do próprio método, a habilidade para tomada de decisão frente às mudanças, e a criatividade para a improvisação na vigência de imprevistos.

A flexibilidade é uma prerrogativa da técnica do GF, tendo em vista a interação que se estabelece entre as pessoas, as circunstâncias que envolvem a pesquisa, e as singularidades de cada encontro (Baldiçera, Bueno, Hoga, 2012; Thiollent, 2011). Em contrapartida, é importante que não se perca de vista os objetivos do estudo, retomando o foco para algumas questões dispersas e remanejando certas demandas das participantes para outros encontros pertinentes.

O manejo da ansiedade foi uma tarefa importante, especialmente no início da PA, pois diversas incertezas permearam o processo da PA. Nossas apreensões se relacionaram à adesão dos participantes ao grupo, à receptividade e engajamento das participantes, à *performance* no papel de moderadora/coordenadora de grupos.

O gerenciamento do tempo foi a principal dificuldade que encontramos, pois algumas atividades propostas mobilizavam sentimentos e emoções que demandavam um aprofundamento em sua abordagem, e portanto um tempo maior de reflexão e discussão, provocando mudanças no planejamento idealizado. Por outro lado, algumas oficinas exigiram uma preparação mais elaborada do ambiente, especialmente quando práticas corporais eram desenvolvidas e necessitávamos reorganizar a sala utilizada para dispor os colchonetes.

Quando estimávamos que poderíamos extrapolar o tempo previsto, sinalizávamos a situação às mulheres para que em conjunto decidíssemos como proceder; se avançaríamos o tempo de encontro por alguns minutos ou se encerraríamos na hora prevista.

Notamos que o desenvolvimento das competências e habilidades do pesquisador para o relacionamento interpessoal é essencial para o processo de trabalho grupal, no contexto da PA. Isso requer o respeito às diferentes experiências ainda que não consigamos compreendê-las, explicá-las ou modificá-las (Stefanelli, 1996). Destacamos a necessidade de buscar o autoconhecimento para tomar ciência de nossas limitações, fragilidades, e também descobrir e permitir melhor usufruto de nossas potencialidades (Hoga, 2004).

É fundamental também romper com a dicotomia entre saber técnico e as necessidades das usuárias dos serviços de saúde, para a construção de um processo de aprendizagem coletiva e compartilhada. Desse modo, identificamos a

necessidade de aprimoramento dos componentes básicos para uma comunicação efetiva em saúde: empatia, atenção/sensibilidade, aceitação, coerência, e disponibilidade interna para ajudar o outro e desenvolver um acolhimento qualificado (Stefanelli, 1996).

Propiciar um ambiente de escuta e acolhimento, durante as sessões de GF, foi essencial para que as mulheres pudessem trabalhar com as suas emoções e ressignificar diversas questões relacionadas à experiência do climatério. As participantes puderam contextualizar sua história de vida ao momento presente, e refletir sobre projetos futuros, na perspectiva de cuidarem mais da sua saúde. As mulheres se apoiavam durante os encontros, motivando-se umas às outras e sentindo prazer em escutarem e compartilharem suas experiências

Evitamos atitudes que pudessem inibir a interação de grupo e conotassem julgamento, controle, superioridade, indiferença, manipulação. Analisávamos constantemente se o grupo estava refletindo e agindo, ponderando de que forma poderíamos motivá-lo (Adili, Higgin, Koch, 2012).

Ao longo do percurso, identificamos diversas potencialidades da PA, como o desenvolvimento de competências e habilidades pessoais, científicas e profissionais; a troca de experiências, que possibilita uma maneira de sair de si mesmo e retornar a si mesmo, participando do mundo (Stefanelli, 1996); o reconhecimento da alteridade do outro; a vivência de um processo de ensino-aprendizagem emancipatório.

“Foi gratificante ouvir, neste último encontro, que Gérbera não ouvia música havia muitos anos, e que voltara a ouvir a partir da participação no grupo; Violeta referiu que o grupo, somado às outras atividades que estava desenvolvendo na vida, havia operado nela uma espécie de metamorfose, e que ela estava se transformando em uma borboleta, apesar de não estar sendo um caminho fácil. Lavanda afirmou que o

grupo a ajudara muito, como se ela tivesse despertado para retomar a sua vida no presente, saindo do passado.” (Pesquisadora, trecho extraído do diário de bordo).

No que tange ao material educativo, acreditamos que a maior contribuição de seu processo de construção tenha sido contemplar a integralidade humana no desenvolvimento do seu conteúdo, tendo em vista a pluralidade e complexidade dos aspectos envolvidos na experiência do climatério. Com base no repertório dos grupos, tivemos o cuidado de apresentar a informação com o intuito de promover a reflexão crítica da população feminina sobre temas que são pouco abordados nos serviços de saúde, associados a mitos, tabus, e preconceitos de gênero.

Buscamos utilizar, de forma fidedigna, os registros dos dados obtidos a partir do trabalho grupal, certificando-nos de incluir na cartilha todos os temas geradores, bem como os seus principais desdobramentos, reproduzindo a essência das discussões realizada.

Consideramos também que o trabalho em parceria com os profissionais de comunicação social foi muito produtivo, possibilitando a experiência de trabalho em equipe interdisciplinar, através da interlocução entre áreas de conhecimento diferentes, porém complementares; a enfermagem e a comunicação social.

A síntese das reflexões da pesquisadora relacionadas à avaliação do processo de PA, está apresentada no Quadro 16.

Quadro 16- Avaliação da PA segundo a pesquisadora: desafios e potencialidades

Desafios	Potencialidades
<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Operacionalização</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização dos encontros ▪ Flexibilidade ▪ Gerenciamento do tempo ▪ Tomada de decisão ▪ Criatividade ▪ Manejo da ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desenvolvimento de competências e habilidades pessoais, profissionais e acadêmicas ❖ Troca de experiências ❖ Reconhecimento da alteridade do outro ❖ Vivência de um processo de ensino-aprendizagem emancipatório ❖ Processo de construção da cartilha <ul style="list-style-type: none"> ▪ Foco na complexidade da experiência do climatério ▪ Informação promotora de reflexão crítica ▪ Reprodução das discussões do grupo ▪ Trabalho interdisciplinar: enfermagem e comunicação social
<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Competências e habilidades para o relacionamento interpessoal</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação em saúde <ul style="list-style-type: none"> - Autoconhecimento - Empatia - Atenção/Sensibilidade - Aceitação - Coerência - Disponibilidade interna para acolher o outro 	

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A experiência do climatério acarretou na vida das participantes mudanças profundas, dentro de uma perspectiva biológica e psicossocial. Essas mudanças foram permeadas por uma série de dúvidas, significados e sentidos que envolvem o corpo, as relações intersubjetivas, e a situação social, econômica e cultural: uma conjunção entre o singular e o social, o eu e o outro (Gerhardt, 2006).

No processo de PA, as mulheres puderam refletir sobre essas questões e expressaram, com suas próprias palavras, a necessidade de ajustes na forma de lidar com as novas situações e de enfrentá-las, reorganizando a sua vida cotidiana e buscando a melhora de suas condições de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas-ação com grupos de mulheres, que evidenciaram mudanças positivas das participantes em relação aos cuidados em saúde, facilitadas pela reflexão, análise e ação individual e coletiva (Aziz, Shams, Khan, 2011; Baldissera, Bueno, 2012; McHugh, 2008; Nilvarangkul et al, 2012).

Diversos estudos confirmam que atividades grupais direcionadas à experiência do climatério aumentam os níveis de confiança, vitalidade e senso de controle entre as mulheres, que passam a se sentir mais úteis e produtivas (Lemaire, Lenz, 1995; Rotem et al., 2005). Nesse sentido, enfatiza-se o poder do grupo em modificar atitudes dos participantes através de processos que envolvem os aspectos cognitivo, emocional e social (Rotem et al., 2005).

Durante a PA, o processo de reflexão-ação das participantes foi acontecendo mediante a problematização de suas relações com o “mundo”, levando-as ao reconhecimento de suas necessidades, vontades e desejos. Isso levou às mulheres a fazerem uma ressignificação das mudanças decorrentes do climatério,

percebendo-se dentro de uma jornada de reconstrução, relacionada à valorização do autoconhecimento, da maturidade e do repertório de experiências vividas.

5.1 MUDANÇAS CORPORAIS E AUTOESTIMA

Muitas dúvidas sobre o climatério e a menopausa foram expressas, com diferenças entre as mulheres na pré-menopausa e na pós-menopausa. Aquelas que já haviam atingido a menopausa mostravam-se satisfeitas em poder compartilhar sua experiência, contribuindo com orientações sobre o manejo e enfrentamento dos sintomas do climatério.

Diversos pesquisadores também observaram diferenças entre mulheres na pré e pós-menopausa, no que tange à percepção dos sintomas do climatério (Ayers, Forshaw, Hunter, 2010; Freeman, Sheriff, 2007; Lima, Ângelo, 2001). Nesse sentido, mulheres na pré-menopausa expressam maior desconforto físico e emocional, apresentando atitudes mais negativas em relação ao climatério (Ayers, Forshaw, Hunter, 2010; Freeman, Sheriff, 2007). A percepção inicial dos sintomas leva as mulheres mais jovens a não se reconhecerem como eram antes, tornando difícil o enfrentamento das mudanças (Lima, Ângelo, 2001).

Confirmando nossos achados, a literatura demonstrou a importância do processo de compartilhar experiências sobre o climatério, dentro de um grupo (Hunter, O'Dea, 1999; Rotem et al., 2005). A identificação com as dificuldades compartilhadas por seus pares conduz a um maior comprometimento das mulheres junto à atividade grupal desenvolvida, reduzindo o estresse e promovendo um empoderamento coletivo (Rotem et al., 2005).

No tocante ao conhecimento das mulheres sobre o climatério, a maioria das participantes manifestou dúvidas sobre o significado dos termos climatério e menopausa. Climatério era entendido como um sinônimo de menopausa, porém um termo restrito aos profissionais de saúde. De forma semelhante, diversos estudiosos verificaram que o termo climatério é considerado por muitas mulheres como uma terminologia técnica (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Nunes, Santos, 2009; Rodrigues et al., 2004).

Pesquisadores observaram a existência de uma falta de informação das mulheres sobre o climatério, a despeito do seu desejo de adquirirem um maior conhecimento sobre o tema, para que possam estar capacitadas a reconhecerem as informações conflitantes e confusas (Andrade et al., 2013; Berterö, 2003; Donati et al., 2009; Lerner-Geva et al., 2010; Nir-Caein et al., 2002; Pereira, Siqueira, 2009; Trudeau et al., 2011; WHC, 2008).

Esse déficit no conhecimento sobre o climatério refere-se especialmente ao manejo e enfrentamento das mudanças físicas e emocionais que podem acometer as mulheres nesse período (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Berterö, 2003; Pereira, Siqueira, 2009). Berterö (2003) investigou as expectativas, apreensões e o conhecimento das mulheres sobre os sintomas do climatério, verificando que elas se ressentem da falta de conhecimento sobre a adoção de práticas de autocuidado para aliviar tais sintomas.

Níveis bastante diferentes de acesso à informação e ao cuidado, nos países em desenvolvimento, podem ser resultantes das desigualdades entre os grupos sociais (NIH, 2002). No Brasil, observou-se que muitas vulnerabilidades e barreiras relacionadas à saúde da mulher no climatério emergem de aspectos como a baixa

escolaridade, a falta de informação à saúde e as desigualdades nas relações de gênero (Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Villela, 2009).

Estudos sobre o conhecimento das mulheres brasileiras, no que tange ao climatério, demonstraram a deficiência de informações sobre o climatério por parte dos serviços públicos de saúde, no país (Andrade et al., 2013; Berni, Luz, Kohlrausch, 2007; Nunes, Santos, 2009; Pereira, Siqueira, 2009). Um estudo transversal realizado por Nunes e Santos (2009), com 100 mulheres de 45 a 60 anos, na Região Metropolitana de Recife, apontou que 53% das participantes não sabia o significado do termo climatério e apenas 21% definiu corretamente essa fase da vida da mulher.

Em contrapartida, acredita-se que quanto mais informadas e instrumentalizadas as mulheres estiverem a respeito do climatério, mais facilmente passarão pelas mudanças concernentes a esta etapa da vida, com repercussões menos negativas em suas experiências de vida (Doubova et al., 2012; NIH, 2002).

Portanto, enfatiza-se o papel do profissional de saúde como um promotor do esclarecimento e do autoconhecimento, visando à preparação das mulheres para o enfrentamento das mudanças relacionadas ao climatério (Silva, Araújo, Silva, 2003; Valença, Nascimento Filho, Germano, 2010). A importância da educação em saúde tem sido considerada uma ferramenta eficaz de intervenção, fornecendo às mulheres informações adequadas e expectativas realistas sobre o climatério. Isso possibilita a tomada de decisão e o maior controle no manejo das situações novas (Pinotti, Halbe, Hegg, 1995).

A vivência de experiências negativas relacionadas aos sintomas do climatério e às mudanças na aparência física foi identificada pelas participantes, repercutindo em sua saúde mental e bem-estar.

Os fogachos foram apontados como o sintoma de maior impacto negativo sobre a vida cotidiana das mulheres, resultado este consistente com a literatura recente sobre o tema (Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009; Fisher, Chervenak, 2012; Freeman et al., 2005; Lerner-Geva et al., 2011; Smith et al., 2011).

Berterö (2003) e Cifcili et al. (2009) identificaram as dificuldades das mulheres no manejo dos fogachos, especialmente devido à sua associação com outros sintomas considerados desagradáveis e constrangedores, como sudorese, rubor e palpitações. Outros estudiosos também confirmaram a relação entre os fogachos e alterações no padrão de sono e humor das mulheres, afetando sua saúde mental (Cohen, Soares, Joffe, 2005; Fisher, Chervenak, 2012; Ziv-Gal, Flaws, 2010).

A influência dos fogachos no desempenho profissional foi identificada pelas participantes, que puderam discutir, em grupo, os desafios no enfrentamento dessa situação, para conseguirem cumprir as demandas exigidas por seu trabalho. De acordo com as mulheres, as ondas de calor geravam um estresse que afetava a sua concentração, influenciando no seu rendimento laboral. As mulheres também expressaram vulnerabilidade sobre essa problemática, reconhecendo sentimentos como a tendência de subestimar-se profissionalmente e de desvalorizar-se pessoalmente, a falta de vigor, o isolamento nas relações interpessoais, o medo de perderem o emprego e a falta de coragem para dialogar com seus superiores. Esses resultados confirmam as evidências de diversos estudos com enfoque no trabalho e climatério (Geukes et al., 2012; Griffiths, MacLennan, Hassard, 2013; Hunter, Hammam, Abbas, 2012; Im, Meleis, 2000; Pakkala, 2010).

Pesquisadores (Hunter, Liao, 1995; Smith et al., 2011) sugeriram que, no contexto social, a ansiedade das mulheres sobre as reações das pessoas aos fogachos e suas manifestações pode aumentar o estresse emocional, intensificando

o constrangimento e a vergonha e levando a um sentimento de evitação social, irritabilidade, e mesmo a uma sensação de desespero. Por sua vez, o empenho em esconder ou controlar os fogachos pode levar à sensação de fraqueza pessoal e perda de controle sobre a situação, afetando a autoestima (Hunter, Hammam, Abbas, 2012).

As mudanças na aparência física, no climatério, também foram percebidas como um problema pelas participantes, pelo fato delas afetarem profundamente a autoimagem e autoestima das mulheres. Entretanto, essas mudanças foram vistas com ambiguidade. Embora fossem consideradas como parte natural da vida, traziam sofrimento, porque o padrão de “normalidade” concebido pelas mulheres era a juventude, sendo a “velhice” um desvio das funções e da plástica corporal.

Na visão da psicanálise, o reconhecimento da irreversibilidade do processo de envelhecimento e a permanência das mudanças na aparência provoca nas mulheres um sentido de perda de controle sobre o que ocorre com o seu corpo, interferindo no sentimento de integridade corporal e resultando em um decréscimo do senso de bem-estar (Marraccini, 1999).

As mudanças na aparência das mulheres desencadeiam reações e comportamentos negativos, ainda que concebidas como um resultado “normal” do processo de envelhecimento (Berterö, 2003; Chrisler, 2007; Marraccini, 1999; McKinley, Lyon, 2008; Price, 2010; Rubinstein, Foster, 2013). As mulheres relacionam as mudanças físicas do climatério à perda do vigor, da beleza e da feminilidade, o que confirma a associação entre imagem corporal negativa e baixa autoestima nessa fase da vida (McKinley, Lyon, 2008; Price, 2010; Rubinstein, Foster, 2013).

A imagem corporal pode ser definida como a experiência psicológica de alguém sobre a aparência e funcionamento do seu corpo (Almeida, Loureiro, Santos, 2002). Já a autoestima é conceituada como a forma pela qual as pessoas acreditam que são capazes, valiosas e importantes para si mesmas (Branden, 1995).

A autoestima promove um funcionamento comportamental mais efetivo, o enfrentamento de estressores emocionais, e o crescimento e expansão dessas capacidades (Pyszczynski, Greenberg, Goldenberg, 2003).

A baixa autoestima pode colocar as mulheres em risco para a ansiedade, depressão, ou os comportamentos negativos em saúde, que por sua vez podem intensificar sintomas do climatério, os riscos de doenças, e resultar em uma experiência do climatério mais estressante (Deeks, 2003; Elavsky, McAuley, 2005; Elavsky, 2009). A autoestima saudável é um componente fundamental da saúde mental, sendo associada a uma melhor qualidade de vida das mulheres no climatério (Elavsky, McAuley, 2005; Elavsky, 2009).

O ganho de peso e a mudança no formato do corpo representam um dos piores “efeitos colaterais” do climatério, provocando um sentimento de desvalia e vergonha do próprio corpo (Dillaway, 2005; McKinley, Lyon, 2008). As preocupações sobre o corpo saudável e a aparência física correspondem à manutenção do discurso vigente nas sociedades ocidentais sobre a beleza e juventude, e reforçam os estereótipos negativos a respeito do processo de envelhecimento, tornando as mulheres mais vulneráveis (Avis, Crawford, 2008; Luff, Gray, 2009; McKinley, Lyon, 2008; Price, 2010).

A cultura molda as formas pelas quais as mulheres são representadas pela sociedade, e como interpretam as mudanças em seus corpos (Beyene, Gilliss, Lee, 2007). A partir destas concepções, são criados modelos de comportamento

desejáveis, e definidos o que é possível, importante, descartável. Desse modo, são confirmados os parâmetros de exclusão social e discriminação por conta da aparência física e idade, provocando vazios existenciais e abalos na autoestima (Mendonça, 2011).

Esse comportamento das mulheres está alicerçado pela construção de um modelo de mulher a partir do discurso biomédico, em que a menopausa é concebida como a fase da vida que carrega, devido à própria natureza frágil das mulheres, a marca de patologias físicas e psíquicas. Desse modo, é sobre os corpos femininos que se instituem as normas, as partilhas, a ameaça do corpo excludente, que vê aos poucos o seu valor social decrescer (Fausto-Sterling, 1999).

Nesse escopo, toda ordem de preconceitos passa a ser legitimados por olhares tendenciosos da ciência, colaborando para a estigmatização de aspectos relacionados à saúde e sexualidade das mulheres (Faerstein, 1989). É a partir desta lógica que é construída a representação das mulheres que vivenciam o climatério, na sociedade ocidental: elas são vistas como emocionais, instáveis e em risco de ficarem “fora de controle” (Green, 2001; Lupton, 1998).

O imaginário vigente representa a menopausa como um “colapso” do controle hormonal do organismo, intrinsecamente conectado com a ideia de “falha de produção”. Neste período, o sistema reprodutivo feminino seria o equivalente a uma “fábrica obsoleta” (Martin, 2006).

Diversos estudiosos sugerem que um processo de reflexão e empoderamento das mulheres pode conduzir à melhora na autoestima e autoimagem. Isto favorece a rejeição às pressões e expectativas sociais e uma visão do climatério como um tempo de liberdade (Liechty, 2012; Paquette, Raine, 2004). Recomenda-se uma abordagem assistencial na qual os profissionais de saúde possam abordar

conteúdos que expressem a cidadania e equivalência entre as pessoas, mediante suas diferenças e singularidades, inserindo no imaginário coletivo representações positivas sobre o climatério e o processo de envelhecimento (Mendonça, 2011).

No processo reflexivo desencadeado pela PA, as participantes puderam rever as problemáticas relacionadas às mudanças corporais no climatério de uma forma construtiva, de modo a fortalecer o sentido de continuidade da vida e ganhar com o aprofundamento da consciência, da compreensão e das possibilidades de auto realização em suas vidas (Marraccini, 1999).

5.2 RELAÇÕES FAMILIARES E SOFRIMENTO PSÍQUICO

As alterações nas condições emocionais interferiam de forma significativa nas relações entre as participantes e os membros de sua família. As mulheres tinham a tendência de responsabilizar exclusivamente o climatério por essas mudanças, desconsiderando os determinantes psicossociais envolvidos nessa problemática.

A literatura tem demonstrado a importância da dimensão psicossocial na gênese das turbulências emocionais no climatério, com impacto na saúde mental das mulheres. Nessa perspectiva, destacam-se as dificuldades econômicas, o nível educacional, a demanda de trabalho, as preocupações relativas à saúde, a situação conjugal e os relacionamentos amorosos, o cuidado de filhos adolescentes e parentes idosos, a síndrome do “ninho vazio”, a cultura, o estilo de vida, a história de sintomas depressivos (Bryant, Judd, Hickey, 2011; Duffy, Iversen, Hannaford, 2011; Handerson, 2011; Pereira et al., 2009; Sandilyan, Denning, 2011).

Particularmente no tocante às mudanças na dinâmica das relações familiares, as questões psicossociais envolvidas são a diminuição a autoestima e do sentimento

de propósito na vida. Neste aspecto, estão incluídos fatos como o crescimento dos filhos, sua saída de casa, e os custos financeiros de sua educação superior, as pressões no trabalho, ou o sucesso na carreira, o impacto do envelhecimento e/ou os problemas físicos a ele associados, assim como o senso de finitude (Duffy, Iversen, Hannaford, 2011; Handerson, 2011; Sandilyan, Dening, 2011).

O aumento dos conflitos familiares em virtude da instabilidade emocional emergiu enquanto problema. As mulheres expressaram ressentimentos motivados pela falta de apoio dos membros da família para o enfrentamento das transformações decorrentes do climatério. Sentiam-se incompreendidas e desejavam contar com uma maior tolerância e solidariedade em seu convívio doméstico.

Diversos estudos (Berterö, 2003; Cifcili et al., 2009; Duffy, Iversen, Hannaford, 2011; Santos, Fialho, Rodrigues, 2013) demonstraram que as alterações nas condições emocionais das mulheres no climatério podem desencadear perturbações nas relações familiares. Trata-se de situação que gera sentimentos de isolamento e descontrole, como se elas tivessem perdido uma parte de si.

A ansiedade, a falta de comunicação e a falta de compreensão por parte dos membros da família são aspectos que influenciam de forma significativa a dinâmica familiar das mulheres no climatério, prejudicando sua autoestima e satisfação pessoal. (Botell, Sánchez, Piñero, 1999). O apoio e o cuidado familiar são essenciais para promover o ajustamento das mulheres às mudanças de vida desencadeadas pela experiência do climatério, contribuindo para o seu autocuidado (Santos, Fialho, Rodrigues, 2013). A rede de apoio social constituída por amigos e famílias é essencial para motivar mulheres no manejo e enfrentamento dos sintomas

climatéricos, o que pode evitar a intervenção medicamentosa (Dare, 2011; Dillaway, 2007; Hvas, Sondergaard, Thorsen, 2003).

Os resultados deste estudo indicaram a necessidade de reajustamento dos membros da família às novas dinâmicas interpessoais e relacionais deflagradas pelo climatério (Dare, 2011). A ausência de apoio familiar pode culminar em uma postura defensiva e conformista das mulheres, prejudicando o enfrentamento das mudanças (Lopes et al., 2006).

As mulheres também expressaram um sentimento de culpa quando desestabilizavam-se emocionalmente e manifestavam suas emoções diante dos seus filhos. Este fato expõe a vulnerabilidade em que se encontravam, visto que esta atitude era considerada incoerente ao papel de uma boa mãe.

A ideologia da “boa mãe” tem por premissas a responsabilidade principal do cuidado dos filhos por parte das mães, e o cuidado aos filhos centrado nos filhos. Com isso, as “boas mães” deixam em segundo plano seus reais interesses, sentimentos e desejos, substituindo-os em contingência da família, em função das decisões de seus membros (Hays, 1996).

O sentimento das participantes em relação à maternagem era de ambiguidade. Embora reconhecessem a independência emocional e material dos filhos, e percebessem que sua missão havia sido cumprida, referiram sentimentos de inutilidade e de vazio em relação ao papel materno. Trata-se de problemática envolta pelo modelo normativo da “mulher-mãe”, em que a maternagem permanece alicerçada por imagens e responsabilidades vinculadas a ideologias culturais sobre gênero e família. Esta ideologia, por sua vez, contribui na moldagem de identidades, atividades e tomadas de decisão das mulheres (Dare, 2011; Dillaway, 2006).

Na visão da psicanálise, com o encolhimento ou término das tarefas de maternagem, as mulheres que vivenciam o climatério podem enveredar por sérias crises vitais. A passarem por essa reversão, vivenciam concomitantemente o crescimento dos filhos e o envelhecimento dos pais, que ocorrem rapidamente. Neste momento, se deparam com o luto e a consciência da natureza efêmera da vida humana (Marraccini, 1999).

A experiência do cuidado aos pais idosos foi também identificada como um problema que impactava a vida das participantes, do ponto de vista financeiro, emocional e físico. Os cuidadores podem ser afetados por estresse, baixo nível de satisfação pessoal, conflitos nas relações interpessoais, isolamento social, distúrbios do sono, e uma variedade de problemas físicos (Berg, 2011; Given, Sherwood, 2006). Para mulheres com apoio restrito da família ou da rede social, esta situação pode resultar em problemas graves nos aspectos financeiro, psicológico e social (Berg, 2011).

A “injustiça” na divisão das tarefas de cuidar dos pais idosos é também uma questão capaz de gerar muitos conflitos na família extensa. Há a possibilidade da eclosão de sentimentos como raiva, culpa e mágoa, muitas vezes ligados a situações mal resolvidas no passado. Nesse contexto, a mulher sente-se sozinha, cansada, sobrecarregada de atividades e abrindo mão de seus próprios afazeres e de seus objetivos, o que a faz sentir-se ainda mais desvalorizada numa fase de sua vida em que a sua autoestima já está ameaçada (Monteiro, 2010).

As mulheres se deparam também com outras fontes de estresse relacionadas ao papel de cuidadoras, incluindo o distanciamento de seus parceiros, a falta de tempo para si próprias, a renda insuficiente para suprir as necessidades pessoais e da família (Walters, 1993). Desenvolver estudos que investiguem a interface entre os

cuidadores, o estresse e os sintomas associados ao climatério, com o intuito de aumentar o bem-estar das cuidadoras e melhorar a experiência dessas mulheres mostra-se como tarefa importante (Berg, 2011).

Houve preocupação em relação à morte iminente de seus pais, identificando a necessidade de se preparar para estas perdas, mediante a idade avançada e a saúde prejudicada de seus genitores. As perdas de entes queridos constituem um evento capaz de precipitar nas mulheres climatéricas quadros depressivos (Cohen, Soares, Joffe, 2005). O enfrentamento da perda dos pais, irmãos, parentes e amigos somam-se às próprias manifestações de envelhecimento, reforçando a consciência do possível adoecer e morte pessoal (Rennó Jr., 2013).

O fato de acompanharem o envelhecimento, a doença e a morte dos genitores coloca as mulheres em contato com a perda, e promove a emergência de ansiedades com relação à inversão dos papéis nos cuidados e os temores com relação ao próprio futuro. A chegada ao meio da vida desencadeia nas mulheres um processo de identificação com seus pais, provocando um sentimento de medo pelo desamparo e solidão na velhice (Marraccini, 1999).

Os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias de cuidado que aprofundem a discussão da dinâmica familiar das mulheres que vivenciam o climatério. Por meio delas, bem-estar emocional e possibilidade de se criar novos planos e metas para a sua vida podem ser promovidos (Botell, Sánchez, Piñero, 1999; Rennó Jr., 2013).

Durante desta PA pudemos analisar, em conjunto com as participantes, em que medida os membros da família apoiam, restringem, ou definem a experiência do climatério (Dillaway, 2008). Percebemos a necessidade de explorar a complexidade das relações familiares, a resignificação das perdas e a valorização das conquistas.

Buscamos fortalecer processos que contribuam para a descoberta de potencialidades, visando reverter as situações problemáticas mediante autoconhecimento e melhora da autoestima e qualidade das relações interpessoais.

5.3 SEXUALIDADE E RELACIONAMENTO AMOROSO/ CONJUGAL

Houve uma dificuldade para iniciar a abordagem de temas relacionados à sexualidade. Muitas mulheres demonstraram constrangimento e, por esta razão, buscamos introduzir essas questões numa perspectiva ampliada. Levamos em conta sua complexidade e interconexão com diversos aspectos da vida. Esta estratégia propiciou a expressão das experiências vividas e o seu compartilhamento como os demais integrantes do grupo.

Mudanças importantes no relacionamento amoroso/conjugal foram reconhecidas pelas mulheres em face das mudanças decorrentes do climatério, em especial no âmbito da sexualidade. Esta é concebida como aspecto central do ser humano, que permeia a sua vida. A sexualidade engloba o sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. É influenciada pela interação de aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2012).

Algumas mulheres identificaram a presença de uma cumplicidade no relacionamento conjugal e um amadurecimento do casal no processo de adaptação às mudanças. Outras comentaram sobre as dificuldades do casal perante esse ajustamento, muitas delas associadas a problemas prévios que se agravaram,

intensificando os conflitos. Em consonância com os resultados deste estudo, diversos autores têm demonstrado que alguns homens apresentam atitudes positivas em relação à experiência feminina do climatério, ao passo que outros apresentam atitudes negativas (Fernandes et al., 2009; López, De Lorenzi, Tanaka, 2010; Mansfield, Koch, Gierach, 2003; Theisen et al. 1995; Walter, 2000; Winterich, Umberson, 1999).

O climatério é considerado um período em que as mulheres costumam reavaliar os relacionamentos íntimos em suas vidas, em face dos eventos que provocam mudanças e desafios em suas vidas, e acarretam a necessidade de enfrentar as dificuldades que permeiam o relacionamento amoroso/conjugal (Howell, 2001; Sakraida, 2005). Níveis elevados de introspecção também estão comumente associados a esse período, o que pode desencadear uma revisão sobre a importância dos relacionamentos em suas vidas (Dare, 2011; Sakraida, 2005). Algumas mulheres também podem se esquivar de compartilhar suas experiências relativas ao climatério com os companheiros (Mansfield, Koch, Gierach, 2003), o que dificulta a comunicação entre o casal e acaba por influenciar a dinâmica familiar e conjugal (Botell, Piñero, Sánchez, 1999; Mansfield, Koch, Gierach, 2003).

Em um estudo que investigou a maneira pela qual as mulheres percebem o impacto da menopausa em suas vidas e em seus relacionamentos significativos (Walter, 2000), algumas delas relataram que seus companheiros incentivavam-nas a buscarem informações sobre o tema, solicitavam-lhes que compartilhassem suas experiências, apoiavam-nas emocionalmente nos momentos de estresse provocados pelos sintomas, abriam-se para a discussão sobre os problemas no relacionamento, e manifestavam sua preocupação com o bem estar das mulheres. Em contrapartida, algumas mulheres percebiam que seus companheiros não tinham

interesse em discutir com elas sobre a menopausa, e faziam críticas sobre a irritabilidade e as mudanças de humor que suas elas apresentavam no climatério.

Os homens, por vezes, possuem visões negativas sobre as questões relacionadas ao climatério, e pouco conhecem sobre essa experiência (López, De Lorenzi, Tanaka, 2010; Mansfield, Koch, Gierach, 2003; Winterich, Umberson, 1999). Mesmo quando desejam apoiar suas companheiras nesse período, os homens possuem poucas ferramentas de informação sobre o tema, ou sentem-se inseguros em como poderiam ajudá-las (Mansfield, Koch, Gierach, 2003).

A subjetividade feminina, se não compreendida o suficiente pelos seus companheiros, pode prejudicar o relacionamento amoroso/conjugal no climatério (Dillaway, 2008; Favarato, Aldrighi, 2001). Quando os companheiros não participam ativamente da experiência do climatério, ou não apoiam as mulheres, elas podem adotar atitudes defensivas e conformistas, e sua capacidade de ajustamento às mudanças decorrentes do climatério pode ser empobrecida (López, De Lorenzi, Tanaka, 2010). Por outro lado, quando as mulheres recebem apoio de seus maridos, engajam-se em atitudes mais positivas em relação ao climatério (Theisen et al., 1995).

O ressecamento vaginal e a dor nas relações sexuais, sintomas associados à deficiência de estrogênio (Simon, 2010), apresentaram-se como importantes alterações sexuais identificadas pelas participantes deste estudo. A perda do desejo sexual foi associada a esses sintomas, sendo uma das principais queixas apontadas pelas participantes.

Esses resultados foram confirmados por diversos estudiosos. A dor e outras manifestações da atrofia vaginal contribuem para a perda do interesse ou desejo sexual (Almeida, 2003; Goldstein, 2010). A penetração em uma vagina não

lubrificada pode ser dolorosa, afetando psicologicamente o casal. A mulher, com medo da dor, pode se esquivar da relação sexual. O homem, com medo de machucá-la, pode se retrair (Almeida, 2003).

As alterações sexuais foram identificadas pelas mulheres como a parte do conjunto de alterações corporais decorrentes dessa fase da vida, representando um sinal de decadência do corpo em envelhecimento, que perde suas funções e vigor. A autoimagem e autoestima comprometidas afetavam a sexualidade das mulheres, influenciando no modo como elas se culpavam pelos problemas na vida sexual entre o casal.

A sexualidade é influenciada pela insatisfação com a autoimagem e o comprometimento do bem-estar emocional (Hess et al., 2009, Prairie et al., 2011). Pesquisas sobre imagem corporal e sexualidade evidenciaram que esses aspectos estão interconectados. A imagem corporal positiva pode facilitar a experiência subjetiva da sexualidade. A percepção positiva sobre a imagem corporal está associada à maior satisfação sexual e melhor funcionamento sexual (Pujols, Seal, Meston, 2010; Woertman, van denBrink, 2012).

Outros estudos que investigaram a experiência da sexualidade feminina no climatério (Gonçalves, Merighi, 2009; Oliveira, Jesus, Merighi, 2008), constataram que a diminuição da autoestima pode levar à diminuição do desejo sexual ou interferir no exercício da sexualidade. A baixa autoestima faz com que as mulheres não se percebam enquanto objeto de desejo. Consequentemente, não despertam o interesse do outro, pois ela se vê, muitas vezes, à margem do padrão de beleza e juventude vigente na sociedade.

A meia-idade feminina tem sido socialmente construída como uma fase da vida fisicamente debilitante e emocionalmente traumática. Esta realidade demanda

análise crítica e reflexiva sobre a conexão entre climatério, sexualidade, e as ideias culturais de gênero existentes na sociedade (Dare, 2011).

A sexualidade da mulher no climatério tem sido moldada a partir das relações de gênero, mediante construções sociais de dominação e subordinação. Estas estão baseadas em mitos como a ideia de que a atração erótica está ligada à beleza e juventude, identificação da sexualidade feminina com a função sexual, relação entre a diminuição do nível de hormônios ovarianos e da função sexual (Courtenay, 2000; Leiblum, 2002; Rohden, 2008). Na perspectiva de Foucault (1999), esses resultados revelam sinais de inequidade de poder entre os homens e as mulheres.

A falta de comunicação entre o casal foi reconhecida pelas mulheres como um elemento prejudicial ao relacionamento conjugal em todos os âmbitos, especialmente a sexualidade. Entretanto, notou-se que as mulheres acabavam por se conformar com a situação vigente, vislumbrando poucas possibilidades de revertê-la.

A vivência da sexualidade é influenciada pela qualidade dos relacionamentos amorosos/conjugais (Oliveira, Jesus, Merighi, 2008). As alterações sexuais possuem um entrelaçamento com a insatisfação do convívio com o parceiro, explicitado de forma singular na incompreensão e ausência de diálogo conjugal. A falta de intimidade física e sexual no relacionamento amoroso/conjugal pode ser decorrente das relações maritais empobrecidas e das diferenças irreconciliáveis entre o casal. O climatério pode ser utilizado pela mulher como um subterfúgio para pôr fim ao “incômodo” das relações sexuais, caso sua vida sexual pregressa não tenha sido satisfatória (Ling, Wong, Ho, 2008; Oliveira, Jesus, Merighi, 2008).

Reitera-se a importância da comunicação no relacionamento amoroso/conjugal, de modo a permitir a identificação das reais dificuldades no

relacionamento, reconhecendo as situações e os sentimentos que podem interferir na vida sexual dos homens e das mulheres (NAMS, 2013).

As participantes deste estudo atribuíram a si próprias a maior responsabilidade pelas vivências negativas da sexualidade no climatério, muito embora seja conhecida a relação entre a perda de desejo sexual e os aspectos que envolvem o casal, e não apenas os indivíduos (Shifren et al., 2008). As mulheres culpabilizaram uma série de aspectos relacionados à idade e ao climatério pela perda do desejo sexual, tais como a falta de energia, o cansaço, e um sentimento de vazio, por “não se sentirem mais mulheres como antes”.

Esses resultados foram consistentes aqueles encontrados no estudo de Hyde et al. (2011), que investigou as experiências sexuais de mulheres contemporâneas, no climatério. Estes autores também observaram que as mulheres atribuem uma série de aspectos à diminuição de seu engajamento sexual, como a diminuição da energia e a fadiga crônica, além de questões precedentes envolvendo suas atividades sexuais, dentro do relacionamento.

As participantes relataram que fingiam o orgasmo porque tinham relações sexuais com seus parceiros sem sentir vontade, apenas para atender aos desejos e necessidades dos homens, abrindo mão do seu próprio prazer.

Diversos estudiosos consideram que o domínio sexual do homem sobre a mulher é um reflexo das mensagens culturais que estabelecem o papel das mulheres como subordinadas aos seus parceiros na atividade sexual (Hyde et al., 2011; Oliveira, Jesus, Merighi, 2008; Wood, Mansfield, Koch, 2007). De acordo com Leiblum (2002), as mulheres são influenciadas pelos termos de permissividade sexual engendrados pela cultura em que vivem. Em algumas instâncias, a

expressão do desejo sexual feminino não é apenas desencorajado, mas também punido.

As diferenças de gênero no comportamento sexual pressupõem uma maior força do homem, com sentimentos sexuais mais intensos e urgentes em comparação às mulheres (Leiblum, 2002). Esse ponto de vista revela uma cultura focada apenas nas necessidades dos homens e restritas à fisiologia do intercuro sexual, ignorando os aspectos afetivos e relacionais imbricados à sexualidade (Leite et al., 2013; Shifren et al., 2008). O comportamento masculino normativo pode se revelar por meio da falta de suporte emocional, da não-escuta, das críticas negativas sobre o comportamento feminino no climatério, e na pressão para fazer sexo (Dare, 2011).

Nesse contexto, a sexualidade merece especial destaque pelos profissionais de saúde, como um constante objeto de estudo e atenção no tocante à prática, ao ensino e à pesquisa (Oliveira, Jesus, Merighi, 2008). É importante o profissional levar em conta que o modo como o gênero opera numa dada relação é singular e flexível, respeitando a dinâmica de cada relação, o estilo e a personalidade de cada pessoa (Leiblum, 2002; Ling, Wong, Ho, 2008; Mendonça, 2004).

O desafio continua sendo encontrar formas de empoderar mulheres e homens, no sentido de que eles possam experienciar e expressar sua sensualidade de uma maneira mais rica e satisfatória, auxiliando-os a buscarem uma melhor comunicação com seus parceiros, e manterem a conexão nos relacionamentos (Oliveira, Jesus, Merighi, 2008).

5.4 AUTOCUIDADO

A necessidade de cuidar da saúde foi percebida como uma questão central na vida das participantes, que expressaram sua apreensão sobre o enfrentamento de problemas de saúde relacionados às experiências dos sintomas do climatério e ao processo de envelhecimento. O cenário psicológico das mulheres sobre a realidade e inevitabilidade da própria morte reforçava sua insegurança e ansiedade (Brasil, 2008a; Marraccini, 1999). Esse sentimento de vulnerabilidade acometia especialmente as mulheres que apresentavam agravos como aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes, sobrepeso/obesidade, osteoporose e doenças autoimunes (Brasil, 2008a).

As participantes identificaram que essa situação era reforçada pela influência dos membros da família, que associavam suas queixas de saúde diretamente ao climatério, de forma pejorativa. A influência do contexto sociocultural nas experiências de vida das mulheres e no significado atribuído por elas ao envelhecimento foi observada em diversos estudos sobre o climatério (Santos, 2012; Twigg, 2004; Zampieri et al., 2009). Pesquisadores evidenciaram que as mulheres têm dificuldade em dissociar a experiência do climatério do processo de envelhecer, porque a menopausa é percebida por elas como um marcador do envelhecimento e declínio da saúde (Adler, 2000; Arpanantikul, 2004; Santos, 2012).

A preocupação das participantes sobre a possibilidade de adoecer estava relacionada com a perda de autonomia, da limitação nas atividades, da impossibilidade de ir e vir, de depender dos outros (Zampieri et al., 2009). Portanto, adquirir “mais saúde” representava, para as mulheres, ter condições físicas e emocionais para viverem com maior independência, e liberdade, desfrutando da sabedoria conquistada pela maturidade.

O autocuidado é definido como a habilidade das pessoas, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde, e para enfrentar os agravos com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2009). O cuidado de si, indica relação “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (Foucault, 2010, p. 50).

Estudiosos evidenciaram que, o autocuidado das mulheres no climatério dirige-se à manutenção de condições de saúde que garantam o seu bem-estar nesse período, relacionando-se bem consigo, com as outras pessoas e com a vida (Argote et al., 2008; Zampieri et al., 2009). Desse modo, as mulheres procuram melhorar a sua saúde para sentirem-se no controle de suas vidas, aumentando sua autonomia, e almejando um futuro em que não se tornem uma “carga” para os outros (Arpanantikul, 2004; Beyene, Gilliss, Lee, 2007).

Na visão das participantes, a problemática desencadeada pelo climatério funcionou como um “gatilho” para as mudanças de atitude em relação à saúde, priorizando o cuidado de si, mediante um contexto em que o outro vinha em primeiro lugar.

Em consonância com esses resultados, estudiosos demonstraram que, no climatério, as mulheres vivenciam as mudanças com perdas e possibilidades (Adler et al., 2000; Gonçalves, Merighi, 2005; Hvas, 2001; Lima, Ângelo, 2001; Zampieri et al., 2009). Um processo de autodescoberta vai se delineando quando a mulher se movimenta para além das questões das limitações referentes ao climatério, e passa a enxergar essa fase da vida como uma “segunda chance”, com possibilidades até então despercebidas. Desse modo, os novos desafios representam,

simultaneamente, um obstáculo e um incentivo para a busca da autonomia e a transformação da existência (Lima, Ângelo, 2001).

A saúde foi concebida pelas participantes na perspectiva da qualidade de vida. Este termo tem circulado facilmente na sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação (Almeida, Gutierrez, Marques, 2012). De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental; pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Em um estudo que investigou os processos psicossociais de interação vivenciados pela mulher no climatério, Lima e Ângelo (2001) observaram que as mulheres adotam medidas de autocuidado que lhe possibilitem uma melhor qualidade de vida, procurando desenvolver mais amplamente seus potenciais nessa nova fase, de modo a preparar um futuro melhor para si.

A importância de dedicarem um tempo livre para si próprias, dentro de sua vida cotidiana, foi identificada pelas participantes como uma forma importante de promoverem sua saúde e bem-estar, buscando aliviar o estresse e os sintomas do climatério, e melhorar sua saúde física e mental.

Na experiência do climatério, as mulheres percebem-se envolvidas em uma postura ativa e responsável pela saúde quando se engajam em atividades de autocuidado que abarcam seu corpo, mente, e espírito, remanejando sua rotina no sentido de dedicarem mais tempo livre a si próprias, inclusive para refletirem sobre suas vidas (Banister, 1999). Os eventos cotidianos e seus impactos na experiência do climatério pode significar que as atividades diárias apresentam potencial para

influenciar e auxiliar na melhoria da saúde e do bem-estar das mulheres (Parry, Shaw, 1999).

As mulheres desenvolviam práticas de lazer como estratégias de autocuidado. Tais práticas envolviam as interações sociais, atividades físicas e recreativas, participação em grupos de apoio social e atividades religiosas.

A busca por novas atividades e experiências focadas em suas próprias necessidades e interesses contribui para o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança das mulheres. De forma geral, o lazer propicia às mulheres um senso de familiaridade, segurança e continuidade, possibilitando que elas incorporem mais responsabilidade e estabilidade em suas rotinas de cuidados com a saúde (Parry, Shaw, 1999).

O apoio social melhora a autoestima, e a saúde mental e física das mulheres no climatério (Koch, Mansfield, 2004). O apoio social remete ao dispositivo de ajuda recíproca, potencializado quando são ressaltados os aspectos positivos das relações sociais. O apoio social inclui o compartilhamento de informações, auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais (Minkler, 1985).

O sentimento de participar de uma comunidade, de se sentir importante e parte de uma rede de solidariedade e apoio, possibilita a retomada dos laços sociais quando estes estão empobrecidos, sendo capaz de fazer com que os indivíduos elevem sua autoestima e recuperem algum sentido para continuar vivendo, pois encontram um espaço de oportunidade para agir novamente no mundo (Andrade, Vaitsman, 2002).

Mulheres que contam com melhor apoio social se sentem mais fortalecidas e adotam atitudes mais positivas em relação ao climatério (Hess, Bryce, Hays, 2006).

Também foi evidenciada uma importante associação entre o apoio social e a diminuição das queixas de insônia no climatério (Robaina, Lopes, Rotenberg, 2011).

Embora conscientes da necessidade de empreender mudanças para a melhora de sua saúde e qualidade de vida no climatério, as mulheres identificaram obstáculos nesse sentido. Reconheceram que, ao priorizar o cuidado da família em detrimento ao cuidado de si, limitavam sua liberdade para viver a vida.

As relações familiares e a forma como essas experiências influenciavam as atitudes direcionadas à saúde, conforme as demandas exigidas pelos papéis sociais de mãe e esposa foram discutidas nas sessões grupais. Foi notável o processo de reflexão crítica desenvolvido, sobretudo o reconhecimento dos próprios limites, a imposição de limites ao outro, e o aumento da confiança em si e em suas potencialidades.

A imposição das obrigações familiares às mulheres pode levá-las a viver muito mais em função dos outros do que de si. O ambiente doméstico é tido como o espaço mais íntimo para a negociação de poder, autoridade, e controle, afetando a saúde das mulheres (Moss, 2002; Zampieri et al., 2009).

As expectativas relacionadas aos papéis de gênero podem restringir o engajamento das mulheres nas práticas que promovam sua saúde, limitando sua habilidade para fazer escolhas independentes e agir de acordo com elas. Este comportamento dificulta a satisfação de suas necessidades de saúde (Smith-DiJulio, Windsor, Anderson, 2010; Zampieri et al., 2009).

Entretanto, algumas participantes referiram que haviam conseguido negociar com seus maridos os papéis de gênero dentro do relacionamento. Puderam também criar um espaço para se engajar em práticas de autocuidado e remanejar a própria rotina. Conquistaram maior liberdade para realizar as atividades que desejavam e

puderam se sentir mais motivadas pela cumplicidade de seus maridos. Até mesmo a participante que referiu não ter esse apoio do marido, pelo fato de ter um relacionamento tradicional em relação aos papéis de gênero, também realizou mudanças na trajetória de seu autocuidado. Isto foi conquistado mediante aprofundamento no autoconhecimento, busca por novos espaços de liberdade e prazer, reorganização da rotina e consequente conquista de tempo para realizar atividades prazerosas.

A preocupação em relação às questões de saúde foi mais intensa entre as mulheres que trabalhavam fora de casa, e cuja renda era essencial para o sustento econômico familiar. Estas mulheres percebiam que a dupla jornada de trabalho e a falta de tempo disponível para o lazer interferiam de forma negativa sobre a saúde. A negociação de horários com suas empregadoras era considerada difícil e geravam sentimento de frustração. Mesmo assim, eram conscientes e determinadas a cuidar da saúde, pactuando formas de remanejar horários e participar de atividades voltadas à promoção da saúde.

Essas participantes trabalhavam como empregadas domésticas, possuíam baixa renda, não tinham casa própria, e auxiliavam os pais idosos financeiramente, com mínima ajuda de irmãos ou outros parentes. Elas sentiam-se fragilizadas, apreensivas em relação ao futuro, e inseguras com relação aos problemas de saúde no climatério, particularmente pelo receio de ficarem incapacitadas para o trabalho e perderem o emprego.

Além disso, o trabalho era valorizado por elas como sendo uma forma de serem independentes, sentirem-se úteis, e buscarem liberdade em suas vidas, para usufruírem de recursos materiais e emocionais que lhes proporcionassem prazer e satisfação.

É bem documentada pela literatura a evidência de que o trabalho pode proporcionar uma importante contribuição para a saúde das mulheres no climatério. Observou-se que o trabalho influencia de forma positiva a qualidade de vida das mulheres nesse período, à medida que gera um senso de utilidade e satisfação, funcionando como uma fonte de autoestima, e proporcionando sua independência emocional e material (Geukes et al., 2012; Hunter, Hammam, Abbas, 2012; Im, Meleis, 2000).

Entretanto, nessa interface entre saúde, trabalho e gênero, observam-se algumas contradições, características da cena sociocultural contemporânea (Silva, Lima, 2012; WHO, 2001). Um estudo de Morris e Symonds (2004), que investigou a percepção das mulheres sobre o impacto da menopausa no trabalho e na família, demonstrou que, aquelas que trabalham fora de casa sentem-se mais afetadas pelos sintomas. Além disso, observou-se que a baixa autoestima está associada à pressão resultante da dupla jornada de trabalho, mediante a tentativa de ajustamento das mulheres ao seu papel público e privado.

Muito embora as mulheres tornem-se cada vez mais parte essencial da mão-de-obra, constituindo-se na principal fonte de renda familiar, o trabalho fora de casa não reduziu significativamente a carga de trabalho doméstico, e a remuneração da mulher não é equiparada à remuneração de um homem com a mesma qualificação (Silva, Lima, 2012; Villela, 2009).

Ainda que o trabalho remunerado possibilite autonomia e permita às mulheres uma maior participação no consumo de bens e serviços, elas continuam com a responsabilidade que vem associada aos papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras (Silva, Lima, 2012). Quando assume a chefia da família, na maioria das

vezes a mulher o faz sem condições econômicas, sociais e afetivas, constituindo famílias cuja reprodução social se torna muito mais difícil (WHO, 2001).

Nessa perspectiva, a dificuldade de sobrevivência econômica e de participação no mercado de trabalho, as infinitas responsabilidades familiares e domésticas, somadas aos preconceitos culturais em relação ao envelhecimento do corpo feminino, intensificam o sofrimento psíquico das mulheres que vivenciam o climatério (Brasil, 2008a).

Portanto, fica evidente que o climatério é uma questão importante no campo da saúde do trabalhador, embora este tema tenha sido pouco explorado pela literatura, até o presente momento (Griffiths et al., 2006). É recomendada a ampliação da discussão sobre as situações de trabalho e os problemas que afetam as mulheres durante o climatério, de modo que os trabalhadores de saúde, em conjunto com os empregadores, possam prover suporte associado para atender as necessidades e os desafios das mulheres trabalhadoras, ajudando-as a encarar essa fase da vida com mais tranquilidade, visando novas possibilidades (Griffiths et al., 2006; Griffiths, MacLennan, Wong, 2010; Reis et al., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há como desenvolver um projeto de PA sem vivenciar mudanças na sua própria “leitura de mundo”, conforme o termo alcunhado por Paulo Freire. O aprendizado alcançado com cada etapa ao longo dessa trajetória foi muito significativo, engendrando uma possibilidade concreta de interlocução com o campo assistencial, dentro do referencial teórico da Promoção da Saúde. Isso favoreceu o amadurecimento e autoconhecimento, instigando novos desafios na seara acadêmica.

Cada etapa da PA mobilizou o engajamento das participantes em uma reflexão crítica sobre sua realidade de vida, demandando a construção de novas estratégias e caminhos pedagógicos no sentido de ir ao encontro das necessidades das mulheres, relacionadas à experiência do climatério. Embora o planejamento de cada atividade educativa tenha sido uma preocupação importante, fomos percebendo que alterações no itinerário da PA eram inevitáveis, pela própria natureza do método.

Por essa razão, o aprimoramento contínuo do conhecimento científico e o domínio do tema estudado, com todas as suas inflexões, foram elementos primordiais para que a PA obtivesse êxito. Nós acreditamos que, à guisa de finalização, seja importante buscar uma síntese dos principais desafios, potencialidades, implicações e ganhos relativos à PA, bem como de suas limitações.

A elaboração do projeto de pesquisa que originou este estudo foi uma tarefa desafiadora, porque muitos eram os objetivos propostos, e o seu alcance dependia de alguns aspectos que fugiam à nossa governabilidade, como a necessidade do apoio financeiro para a construção do material educativo, e a parceria do serviço de

saúde para viabilizar a proposta de intervenção com as usuárias, no interior de seu espaço físico.

Na fase exploratória da PA, a ausência de vínculo com o serviço de saúde nos trouxe certa apreensão, embora já tivéssemos obtido a anuência de seu gerente para o empreendimento de nosso projeto, de uma maneira bastante acolhedora. Ainda não conhecíamos os profissionais, o espaço físico e as características de organização do trabalho no ASMUC. Assim sendo, buscamos nos inserir no campo, por cerca de um mês - período que coincidiu com o recrutamento das usuárias. Nesse percurso, fomos estabelecendo interações bastante produtivas com os profissionais, o que nos tranquilizou e encorajou a prosseguir nessa trajetória.

As potencialidades do trabalho em dinâmica grupal foram identificadas logo no primeiro encontro, e o bom entrosamento das participantes, assim como sua disponibilidade para as atividades propostas, pareciam ser o prenúncio de que as mulheres iriam se vincular ao grupo, e aderir à PA. A propósito, o número de mulheres que participaram da PA permaneceu estável, embora essa preocupação em relação à assiduidade das participantes tenha permeado a maioria dos encontros, já que estávamos em pleno verão e os grupos aconteciam no final de tarde, período em que a probabilidade de chuvas era grande, como de fato ocorreu.

Nas sessões de GF, em especial, pôde-se observar que as mulheres expressavam um grande desejo de obter mais informações acerca do climatério, e assim melhorar sua situação de vida e saúde. Acreditamos que essa tenha sido a principal questão que motivou as participantes com relação à pesquisa, devido à necessidade de compreenderem as mudanças ocorridas em suas vidas e adquirirem conhecimento para o autocuidado, melhorando sua qualidade de vida.

Essa sede de conhecimento e a abertura para um genuíno comprometimento com a pesquisa, facilitou sobremaneira a expressão dos sentimentos das participantes, propiciando um envolvimento intenso na dinâmica grupal. Não nos resta dúvida sobre a contribuição dessa disponibilidade das mulheres para a formação da rede de afetos que se configurou entre elas, representando um ingrediente fundamental para a efetividade da comunicação entre o grupo e o desenvolvimento da PA.

Nesse contexto, as participantes puderam sentir confiança na pesquisadora e em suas companheiras, encorajando-as a compartilhar suas experiências. Esse cenário favoreceu a emergência de um espírito de solidariedade entre as mulheres, propiciando o prazer em ajudarem-se mutuamente.

Pudemos validar a hipótese de que, delinear a população do estudo com a participação mista de mulheres que se encontravam na pré-menopausa e na pós-menopausa, ampliaria as possibilidades da investigação, já que algumas problemáticas eram distintas entre os dois grupos, mas sua discussão poderia incrementar a troca de experiências, enriquecendo as vivências grupais.

Um exemplo de dispositivo eficiente de ajuda mútua foi a discussão sobre os sintomas do climatério, pois as mulheres que estavam na pré-menopausa estavam bem mais apreensivas em relação à essa questão. Situação semelhante ocorreu com o tópico das relações familiares, pois as mulheres que já haviam atingido a menopausa deram seus depoimentos sobre a experiência dessa transição, e de como foram lidando com as mudanças na perspectiva da dinâmica familiar. Identificando-se com as situações vivenciadas, as mulheres na pré-menopausa puderam refletir sobre sua própria realidade, fortalecendo-se para o enfrentamento das dificuldades e a busca de solução dos problemas.

Além disso, em vários momentos houve a convergência de situações e enfrentamentos muito similares entre as participantes, independentemente de seu *status* menopausal. Uma atitude proativa de buscar por “mais” saúde e qualidade de vida, por exemplo, constituiu um importante foco de convergência para o compartilhamento de experiências sobre o autocuidado, o que incrementou as atividades propostas e mobilizou a troca de saberes entre as participantes.

É importante destacar que, à medida que as situações de aprendizagem eram vivenciadas, as participantes produziam *insights*, ressignificavam suas experiências e mergulhavam em um universo de descobertas e autoconhecimento. Assim sendo, puderam reconhecer os obstáculos encontrados no enfrentamento dos problemas relativos à experiência do climatério, e ampliar sua percepção sobre essa fase da vida, dentro de uma perspectiva psicossocial. Isso promoveu o aumento da autoestima, a valorização de conquistas e o enfrentamento de perdas, a reavaliação de suas potencialidades para superar as adversidades, e o questionamento sobre os projetos de vida.

Percebeu-se, assim, que a operacionalização da reflexão crítica e a tomada de consciência das participantes cresciam no decorrer de cada etapa da PA. Identificávamos essa evolução a partir de um maior engajamento das mulheres nas discussões, e dos relatos que nos eram trazidos a cada encontro. Estes eram referentes, por exemplo, à aquisição de um olhar crítico sobre um problema, à tomada de iniciativa para uma conversa importante com os familiares, ou à adoção de novas atitudes em prol da saúde: o início de uma atividade física, um relaxamento realizado em casa, a matrícula em um novo curso.

Essas mudanças culminaram com uma dedicação maior das participantes à si próprias, a melhora do autocuidado e a construção e empreendimento de projetos

de vida dentro de uma perspectiva realística. Consideramos que essas conquistas sejam fundamentais para que as mulheres possam dar continuidade ao processo de promoção da saúde iniciado com a PA, mesmo na ausência da pesquisadora externa.

Podemos afirmar que o vínculo formado entre as participantes transcendeu os muros dos serviços de saúde, articulando uma rede de apoio social entre as participantes. Esses laços afetivos favorecem também a continuidade do processo educativo, promovendo, por exemplo, uma maior integração das mulheres com os equipamentos sociais do território, já que elas passaram a trocar informações sobre esses recursos presentes na comunidade, inclusive no próprio centro de saúde. Algumas delas não sabiam que havia nesse serviço um atendimento multiprofissional de saúde mental, assim como diversos grupos e oficinas, dentre as quais a oficina de pintura coordenada por Violeta, uma das participantes da pesquisa.

Durante todas as etapas da PA, observamos que as participantes sentiram-se acolhidas em suas singularidades e reconhecidas como sujeitos, no contexto de sua realidade cotidiana. A partir disso, melhoraram sua autoestima e identificaram a necessidade de assumirem o controle de suas vidas, buscando serem respeitadas em suas interações familiares e sociais, em especial no trabalho.

Em nosso ponto de vista, ficou clara a importância da construção de espaços de educação em saúde, nos serviços, para promover um processo pedagógico crítico sobre o climatério. Nós recomendamos que possam ser desenvolvidas atividades com foco no diálogo e troca de experiências entre as mulheres, tendo em vista o contexto cultural e psicossocial do território em que elas vivem.

Portanto, consideramos que os profissionais de saúde devem contemplar ações de promoção da saúde para uma assistência integral às mulheres no período do climatério, particularmente na AB. Nesse contexto, busca-se a superação de um itinerário terapêutico construído sob o prisma normativo da prevenção, controle e cura, especialmente em relação ao sofrimento psíquico das mulheres no climatério. A proposta é de uma reflexão crítica, nos patamares da gestão, do ensino e dos serviços, sobre a postura profissional e a organização do trabalho em saúde.

Recomendamos uma discussão ampla, nessas instâncias, a respeito dos modelos de atenção vigentes nos serviços de saúde: Qual o impacto que esses modelos vêm acarretando na saúde e qualidade dessa população? Como promover a educação em saúde através de uma perspectiva emancipatória?

Esperamos, portanto, que este trabalho possa sensibilizar os profissionais de saúde em direção à revisão de suas práticas. Sugerimos a reprodução da metodologia trabalhada neste estudo pelos profissionais de saúde, na expectativa de que resultados satisfatórios possam ser novamente obtidos.

Acreditamos que este estudo pode contribuir para a disseminação de pesquisas inovadoras no campo da saúde da mulher, construídas mediante um paradigma crítico e reflexivo em saúde, visando atender às necessidades de saúde dessa população. Esperamos, assim, encorajar futuros pesquisadores a desenvolverem pesquisas-ação.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações deste estudo, podemos citar aspectos relacionados à dinâmica grupal, na perspectiva de que as atitudes dos participantes podem ter sido influenciadas pela presença do pesquisador.

Consideramos também que esta pesquisa foi desenvolvida com um pequeno número de participantes, que pode não ser representativo da realidade de uma população mais ampla, não permitindo generalizações quanto às experiências das mulheres que vivenciam o climatério.

É importante ressaltar que a PA se desenvolveu no contexto de uma grande metrópole, o município de São Paulo, e que, em face da grande diversidade socioeconômica e cultural da população brasileira, a aplicabilidade da cartilha educativa pode ser dificultada em determinadas regiões, devido as peculiaridades referentes às dimensões, valores e até mesmo padrões de linguagem popular (Reberte, 2008). Nesse sentido, avaliamos que seja necessária a adequação do material educativo à perspectiva da realidade local, envolvendo as mulheres em um processo de construção participativo do conhecimento.

Além disso, outra possível limitação deste estudo diz respeito ao processo de escrita desta tese, em face da carência de trabalhos, na literatura científica, que orientem o pesquisador nesse sentido (McHugh, 2008). De acordo com Gibbon (2002, p. 555), “o processo de pesquisa-ação não é linear, o que dificulta que seja reportado de uma maneira convencional”. Mesmo diante dessa dificuldade, nos esforçamos para organizar a tese de modo a contemplar, com acurácia, todo o processo de pesquisa, descrevendo detalhadamente suas fases, de modo a torná-lo inteligível.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adili F, Higgin, Koch. Inside the PAR group: The group dynamics of women learning to live with diabetes. *Action Research* 2012;10(4):373-86.
- Adler SR, Fosket JR, Singer MK, McGraw SA, Kim EW, Gold E, et al. Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US. *Maturitas* 2000;35:11-23.
- Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. 2ª ed. São Paulo: Casapsi; 2013.
- Akong J, Young Hoon KN, Dial C, Andrewin A, Diaz M, Charles J, et al. Hormone replacement therapy: Knowledge, attitude and practices of women attending a gynecology outpatient clinic in Trinidad. *West Indian Med J* 2001;50(2):155–8.
- Alexander IM. Emancipatory actions displayed by multi-ethnic women: “Regaining control of my health care”. *J Am Acad Nurs* 2010;22:602-11.
- Almeida AB. Sexualidade no climatério. In: Almeida AB, organizadora. *Reavaliando o climatério: enfoque atual e multidisciplinar* Porto Alegre (RS): Atheneu; 2003. p.17-29.
- Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol. Reflex. Crit* 2002;15(2):283-92.
- Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. *Qualidade de vida*. São Paulo: Edições EACH; 2012.
- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16(1):319-25.
- Anderson D, Posner N. Relationship between psychosocial factors and health behaviour for women experiencing menopause. *Int J Nurs Pract* 2002;8(5):265–73.
- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2002;7(4):925-34.
- Andrade WL, Braga LS, Medeiros APDS, MFNM Medeiros, Araújo VS, Dias MD. Mulher no climatério: informação e conhecimentos acerca da qualidade da assistência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013; [cited 2013 Out 16]7(3):688-96. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3919/pdf_2138
- Anker AE, Reinhart AM, Feeley TH. Health information seeking: A review of measures and methods. *Patient Education and Counseling* 2011;82(3):346-54.
- Araújo IS, Cabrera JA. Comunicação e Saúde: temas, questões e perspectivas latino-americanas. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* [Internet]. 2012; [cited 2014 Mar 1]6(4). Disponível em:

<http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712/1256>

Argote LA, Mejía ME, Vásquez ML, González MEV. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichán* [Internet]. 2008; [cited 2012 Set 12]8(1):33-49. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/122/244>

Arpanantikul M. Midlife experiences of Thai women. *J Adv Nurs* 2004;47(1):49-56.

Avis NE, Crawford S. Cultural differences in symptoms and attitudes toward menopause. *Menopause Management* 2008;17(3):8-13.

Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas* 2010;65:28-36.

Aziz A, Shams M, Khan KS. Participatory action research as the approach for women's empowerment. *Action Research* 2011;9(3):303-23.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde* 2011;35(4):438-42.

Baldissera VD, Bueno SM. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(2):380-7.

Baldissera VD, Bueno SM, Hoga LAK. Improvement of older women's sexuality through emancipatory education. *Health Care Women Int* 2012;33(10):956-72.

Banister EM. Women's midlife experience of their changing bodies. *Qual Health Res* 1999;9:520-37.

Barbosa RS, Giffin K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2007;11(23):549-67.

Berg JA. The stress of caregiving in midlife women. *Menopause Matters* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun15];36. Available from: <http://www.menopause.org/docs/default-document-library/careberg.pdf?sfvrsn=2>

Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev Bras Enferm* 2007;6(3):299-306.

Berterö C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *Int Nurs Rev* 50:109-18.

Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc.* 2007;16(1):57-68.

Beyene Y, Gilliss C, Lee K. I take the good with the bad, and I moisturize. Defying middle age in the new millennium. *Menopause* 2007;14:734-41.

Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(1):307-14.

- Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas* 2002;41:61-8.
- Bonan CB. Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e no Chile [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- Borrelli F, Ernstb E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas* 2010;66:333-43.
- Botell, Sánchez SV, Piñero JP. Climaterio, familia y sexualidade. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(2):134-9.
- Branden N. Six pillars of self-esteem. São Paulo: Saraiva; 1995.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília;1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual do multiplicador: adolescente. Brasília; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2013 jan.8]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/manual_climaterio.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília; 2008a [citado 2012 dez.5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília; 2008b.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.

- Breda KL. Participatory Action Research. In: Chesnay M, editor. Nursing research using Participatory Action Research. Qualitative Designs and Methods in Nursing. New York: Springer Publishing Company; 2015.
- Brown JP, Gallicchio L, Flaws JA, Tracy JK. Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. *Maturitas* 2009;62:184-9.
- Burlandy L, Rotenberg S, Mendonça CP, Sally E, Ayres K. Educação, Saúde e Nutrição na Atenção Básica de Saúde do Município de Niterói. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2013.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000;5(1):163-77.
- Bryant C, Judd FK, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *J Affect Disorders* 2012;139:141-8.
- Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade* 2004;13(1):14-24.
- Caçapava JR. O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(4):573-80.
- Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Aranha e Silva, Vargas et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.esp):1256-60.
- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública* 1997;31(2):209-13.
- Canônico RP, Tanaka ACD, Mazza MMPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(Esp):799-803.
- Carolan M. Menopause: Irish women's voices. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2000;29:397-404.
- Carvalho MAP. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular em saúde. Brasília; 2007.
- Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(4):1088-95.
- Chesnay M, editor. Nursing research using Participatory Action Research. Qualitative Designs and Methods in Nursing. New York: Springer Publishing Company; 2015.

- Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde debate* 1995;46:19-22.
- Chiu LF. Transformational potential of focus group practice in participatory action research. *Action Research* 2003;1(2):165-83.
- Choudhary A, Choudhary P. Sociocultural beliefs and perception of menopausal symptoms: A study in urban Indian women. *Asian J Med Res.* 2013; 2(4):84-88.
- Chrisler JC. Body image issues of women over 50. In: Muhlbauer V, Chrisler JC, editors. *Women over 50: psychological perspectives*. New York: Springer; 2007. p. 6-25.
- Cifcili SY, Akman M, Demirkol A, Unalan PC, Vermeire E. "I should live and finish it": A qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. *BMC Fam Pract.* 2009;10(2):1-9.
- Clayman ML, Manganello JA, Viswanath K, Hesse BW, Arora NK. Providing health messages to Hispanics/Latinos: Understanding the importance of language, trust in health information sources, and media use. *J Health Commun* 2010;15:252-63.
- Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *Am J Med.* 2005;(19):118 Suppl12:B93-7.
- Como uma onda. Lulu Santos. O ritmo do momento. Faixa 4. WEA Records. LP.
- Corcione D. Fazendo Oficina. In: *Caderno de textos do Projeto-Piloto da Ver-SUS Brasil - Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 20-22.
- Correa SO, Piola SF. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Costa GMC. Deixar de ser mulher: conhecimento e significado cultural da menopausa [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
- Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(1):81-9.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000;50:1385-401.
- Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção básica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- Dare JS. Transitions in midlife women's lives: Contemporary experiences. *Health Care Women Int* 2011;32(2):111-33.
- Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. *Best Pract Res Cl En* 2003;17(1):17-31.
- De Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Articoi GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm* 2009;62(2):287-93.

- Dhillon H-K, Mahmood NMZK, Singh H. Documentation of self-care actions taken for somatic complaints by postmenopausal Malay women living in Kelantan Malaysia. *Maturitas* 2007;58:241-8.
- Diercks MS, Pekelman R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 75-86.
- Diercks MS, Pekelman R, Wilhelms DM. Grupo de mulheres e a elaboração de material educativo. In: *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 68-74.
- Dillaway HE. "Am I similar to my mother?" How Women Make Sense of Menopause using family background. *Women Health* 2007; 46:1:79-97.
- Dillaway HE. Good mothers never wane: Mothering at menopause. *J Women Aging* 2006;18:2:41-53.
- Dillaway HE. Menopause in social context: Women's experiences of reproductive aging in the United States [Ph.D. diss]. Michigan: Michigan State University, East Lansing; 2002.
- Dillaway HE. "Why can't you control this?" How women's interactions with intimate partners define menopause and family. *J Women Aging* 2008;20(1/2):47-64.
- Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A et al. Menopause: Knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009;63(3):246-52.
- Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. Philadelphia: JB Lippincott; 1996.
- Dobova, SV, Infante-Castañeda C, Martinez-Veja I, Pérez-Cuevas R. Toward healthy aging through empowering self-care during the climacteric stage. *Climacteric* 2012;15(6):563-72.
- Duffy O, Iversen L, Hannaford PC. The menopause 'It's somewhere between a taboo and a joke'. A focus group study. *Climacteric* 2011;14(4):497-505.
- Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-Am Enf* 2005;13(5):754-7.
- El Andaloussi K. Pesquisa-ações. Ciências. Desenvolvimento. Democracia. São Carlos: EduFSCar; 2004.
- Elavsky S. Physical activity, menopause, and quality of life: The role of affect and self-worth across time. *Menopause* 2009;16(2):265-271.
- Elavsky S, McAuley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas* 2005;52:374-85.
- Elliot J, Berman H, Kim S. A critical ethnography of Korean Canadian women's menopause experience. *Health Care Women Int* 2002;23:377-88.
- Faerstein E. Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino. *Cad. IMS* 1989;3(1):173-86.

- Fausto-Sterling A. Menopause: The storm before the calm. In: Price J, Shildrick M. editors. *Feminist theory and the body, a reader*. New York: Routledge; 1999.
- Favarato MECS, Aldrighi JM. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001;47(4):339-45.
- Fernandes RCL, Silva KS, Bonan C, Zahar SEV, Marinheiro LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad Saúde Pública* 2009;5(9):1883-93.
- Fisher TE, Chervenak JL. Lifestyle alterations for the amelioration of hot flashes. *Maturitas* 2012;71(3):217-20.
- Fonseca MMF, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(1):65-75.
- Fortes PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e Direitos do Paciente. Estudos de Caso. São Paulo: EPU; 1998.
- Foucault M. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
- Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
- Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kappor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause* 2005;12(3):258-66.
- Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: A systematic review. *Climacteric* 2007;10:197-214.
- Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
- Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum. Health Sciences* Maringá 2004;26(1):121-28.
- Fu SY, Anderson D, Courtney M. Cross-cultural menopausal experience: Comparison of Australian and Taiwanese women. *Nurs Health Sci* 2003;5:77-84
- Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(11): 2449-2463.
- Geukes M, van Aalst MP, Nauta MC, Oosterhof H. The impact of menopausal symptoms on work ability. *Menopause* 2012;19(3):278-82.
- Gibbon M. Doing a doctorate using a participatory action research framework. *Qualitative Health Research* 2002;12:546-58.

- Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(1):43-50.
- Goldstein SR. Systemic effects and endometrial safety of local estrogen therapy. *OBG manage* [Internet]. 2010 [cited 2013 Ago 20];Supp. Available from: <http://www.obgmanagement.com/page-unavailable.html>
- Gonçalves R, Merighi MAB. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(6):692-7.
- Gonçalves R, Merighi MAB. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado 2010 Dez 1];17(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_04.pdf
- Green E. Leaky bodies or drying husks? Menopause, health and embodied experience. In: Clough S, White J, editors. *Women's leisure experiences: ages, stages and roles*. Leisure Studies Association Publication 70 (Eastbourne, University of Brighton); 2001.
- Griffiths A, Cox S, Griffiths R, Wong V. Women police officers: Ageing, work and health. Report produced for the British Association for Women in Policing (BAWP) [Internet]. University of Nottingham, Institute of Work, Health and Organizations; 2006.[cited 2013 Nov 03]. Available from: <http://www.bawp.org/assets/file/BAWP%20Menopause%20Extract>
- Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. Menopause and work: an electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas* 2013;76(2):155-9.
- Griffiths A, MacLennan S, Wong YYV. Women's experience of working through the menopause. A report for the British Occupational Health Research Foundation. University of Nottingham, Institute of Work, Health and Organizations; 2010. [cited 2013 Nov 03]. Available from: <http://www.bohrf.org.uk/downloads/WomensExperienceofWorkingthroughtheMenopause-Dec2010.pdf>.
- Guedes EC. Alteridade e diálogo: uma meta-arqueologia da educação a partir de Emmanuel Levinás e Paulo Freire [tese]. Paraíba: Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba; 2007.
- Gupta S, Forbes N, Kirkman R. Attitudes to menopause and hormone replacement therapy among Asian and Caucasian women general practitioners. *Maturitas* 2001;39:169-75.
- Halbe HW, Fonseca AM. Síndrome do Climatério. *Tratado de Ginecologia*. Editora Roca; 2000. p. 1519-57.
- Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of Menopause: Cultural influences on perception and management of menopause. *J Holist Nurs* 2007;25:106-17.
- Handerson VW. Cognitive symptoms and disorders in the midlife woman. *Menopause Matters* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun15];36. Available from:<http://www.menopause.org/docs/default-document-library/coghenderson.pdf?sfvrsn=2>

- Hays S. The cultural contradictions of motherhood. New Haven, CT: Yale University Press; 1996.
- Hess R, Bryce C, Hays R et al. Attitudes towards menopause: Status and race differences and the impact on symptoms. *Menopause* 2006;13(6):986.
- Hess R, Conroy MB, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Chang CCH, Matthews KA. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *J. Sex. Med.* 2009;6(5):1358-68.
- Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(1):13-20.
- Howell LC. Implications of personal values in women's midlife development. *Counsel Val* 2001;46(1):54-64.
- Huang KE, Xu L, I NN, Jaisamram U. The Asian Menopause Survey: knowledge, perceptions, hormone treatment and sexual function. *Maturitas* 2010;65(3):276-83.
- Hunter MS, Hammam RAM, Abbas RA. Menopause and work – a survey of middle-aged female teaching staff in an Egyptian governmental faculty of medicine. *Maturitas* 2012;71(3):481-89.
- Hunter MS, Liao KL. A psychological analysis of menopausal hot flushes. *Brit J Clin Psychol* 1995;34:589-99.
- Hunter MS, O'Dea I. Cognitive appraisal of the menopause: The menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychol Health Med* 2001;6: 65–76.
- Hunter MS, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):261-74.
- Hvas L. Positive aspects of menopause: A qualitative study. *Maturitas* 2001;39(1):11-17.
- Hvas L, Sondergaard K, Thorsen H. Discussing menopause in general practice. *Maturitas* 2003;46(2):139-46.
- Hyde A, Nee J, Butler M, Drennan J, Howlett E. Women's accounts of heterosexual experiences in the context of menopause. *Int. J. Sex. Health* 2011;23(3):210-23.
- Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev.Esc.Enf. USP* 2001;35(2):115-21.
- Im EO. Ethnic differences in symptoms experienced during the menopausal transition. *Health Care Women Int* 2009;30:339-55.
- Im EO, Lee B, Brown A, Dormire S. Menopausal Symptoms Among Four Major Ethnic Groups in the U.S. *West J Nurs Res.* 2010;32(4):540–65.
- Im EO, Meleis, AI. Meanings of menopause to low income Korean immigrant women. *Western J Nurs Res* 2000;22(1):84-102.
- Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: Methodological Perspectives. *Nurs Outlook* 2012;60:411-16.

- Kaplún G. Material educativo: a experiência de aprendizado. *Comunicação & Educação* 2003;271:46-60.
- Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista* 2004;10(15):124-36.
- Koch PB, Mansfield PK. Facing the unknown: Social support during the menopausal transition. *Women Ther* 2004;27(3-4):179-94.
- Koshi V. Action research for improving practice: a practical guide. London: Sage Publications; 2005.
- Koshi E, Koshi V, Waterman H. Action research for improving educational practice: A step-by-step guide. London: Sage Publications; 2011.
- Kronenberg F. Menopausal Hot Flashes: A Review of physiology and biosociocultural perspective on methods of assessment. *J. Nutr.* 2010;140(7):1380S-5S.
- Krueger RA. Analysis: Systematic Analysis Process. University of Minnesota [Internet]. 2002. [cited 2008 mar. 10]. Available from: www.tc.umn.edu/~rkrueger/focus_analysis.html.
- Krueger R, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2009.
- Laverack G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Dev J* 2001;36:134-46.
- Leiblum SR. After sildenafil: bridging the gap between pharmacologic treatment and satisfying sexual relationships. *J.Clin. Psychiatry* 2002;63(Suppl.5):17-22.
- Leite MT, Taschetto A, Hildebrandt LM, Van der Sand ICP. O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. *Rev. Eletr. Enf.[Internet]*. 2013 [cited 2013 Out 16];15(2):344-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15424>.
- Lemaire GS, Lenz ER. Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. *Int. J. Nurs. Stud.* 1995;32(1):39-48
- Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the women's health at midlife study. *J Womens Health* 2010;19(5):975-85.
- Li S, Carlson ES, Snyder D, Holm K. Perspectives on menopause. *Clin. Nurse Spec.* 1995; 9:145-47.
- Liechty T. "Yes, I worry about my weight...but for the most part I'm content with my body": Older women's body dissatisfaction alongside contentment. *J Women Aging* 2012;24(1):70-88.
- Lima JV, Ângelo M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. *Rev Esc Enferm USP* 2001;35(4):399-405.

- Ling DCY, Wong WCW, Ho SC. Are post-menopausal women 'half-a-man'? Sexual beliefs, attitudes and concerns among midlife Chinese women. *J Sex Marital Ther* 2008;34:15-29.
- Lopes RP, Gurgel AH, Oliveira AKA, Vasconcelos SA. Climatério e menopausa: mecanismos de adaptação biopsicossociais nas relações interpessoais e familiares. In: *Anais do 9º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*; 2006 set.24-28; Porto Seguro. Porto Seguro: CEBECENF; 2006. [Internet]. [citado 2014 jan 8]. Disponível em: <http://www.ibaconline.com.br/jornada/pdf/climaterio-emenopausa.pdf>.
- López FA, De Lorenzi DRS, Tanaka ACA. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS). *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2010 [citado 2014 Jan 30];75(6):375-82. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- Luff GM, Gray JJ. Complex messages regarding a thin ideal appearing in teenage girls' magazines from 1956 to 2005. *Body Image* 2009;6(2):133-36.
- Lupton D. Going on with the flow: some central discourses in conceptualising and articulating the embodiment of emotional states. In: Nettleton S, Watson J, editors. *The Body in Everyday Life*. London: Routledge; 1998.
- Machado AMBR. Grupo de mulheres: sistematizando uma prática emancipatória de educação e saúde [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; 2008.
- Mackey S. The construction of menopause as a problematic state of health: the influence of symptom checklists. *Revisioning institutions: Change in the 21st Century: Proceedings of the TASA 2004 Conference*, La Trobe University, Beechworth, CD, Health section.
- Mackey S, Teo SS, Dramusic V, Lee HK, Boughton M. Knowledge, attitudes, and practices associated with menopause: a multi-ethnic, qualitative study in Singapore. *Health Care Women Int*. 2014;35(5):512-28.
- Magalhães FMNM, Trindade E, Rodrigues ARS. O espelho da alma: trabalhando as percepções de auto-imagem do idoso. Brasil: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 Dec 26]. Disponível em: <http://atencaobasica.org.br/relato/4622#autores-atores>
- Manganiello A. Orgulho de pai: cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- Mansfield PK, Koch PB, Gierach BS. Husbands' support of their perimenopausal wives. *Women Health* 2003;38(3):97-112.
- Marraccini EM. Pensando a feminilidade no meio da vida: especificidade e enfoque clínico. *Pulsional Revista de Psicanálise* 1999;135:25-39.
- Martin E. *The Woman in the body. A cultural analysis on reproduction*. Boston: Beacon Press; 2006.
- Matamala MI. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reprod Health Matters* 1998;6(11):10-21.

- McHugh TF. A new view of body image: A school-based participatory action research Project with young aboriginal women [thesis]. Saskatoon: University of Saskatchewan; 2008.
- McKinley NM, Lyon LA. Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image* 2008;5:375-80.
- Melby M, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005;11(5):495-512.
- Melo CMR. As atividades lúdicas são fundamentais para subsidiar ao processo de construção do conhecimento. *Inf Filos* 2005;2(1):128-37.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004;9(3):751-62.
- Mendonça MLM. Imagens do envelhecimento: como a mídia brasileira representa a mulher de meia idade. *Informação & Comunicação* 2011;14(2):139-53.
- Menegon VM. Menopausa: imaginário social e conversa do cotidiano [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998
- Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO;2005. p. 195-206.
- Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(6):1335-42.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000;5(1):7-18.
- Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. *Health Educ Q* 1985;4:303-14.
- Minkler M, Cox K. Creating critical consciousness in health: Applications of Freire philosophy and methods to the health care setting. *Int J Health Serv* 1980;10(2):311-22.
- Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(4):631-5.
- Miskovic M, Hoop K. Action research meets critical pedagogy-Theory, practice, and reflection. *Qualitative Inquiry* 2006;12:269-91.
- Monteiro MLS. Como vai a senhora? Reflexões sobre as perdas e angústias da mulher madura. *IGT na Rede* [Internet]. 2010 [citado 2013 Dez 16];7(13). Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/view/1885/2570>
- Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm* 2003;56(2):184-8.

- Morgan DL. Focus group as qualitative research. Newbury Park (CA): Sage Publication; 1997.
- Morris ME, Symonds A. 'We've been trained to put up with it': Real women and the menopause. *Critical Public Health* 2004;14:311-23.
- Morse JM. Qualitative Health Research: Creating a new discipline. Walnut Creek, CA: Left Coast Press Inc.; 2012.
- Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med*. 2002;54(5):649-61.
- National Institutes of Health [Internet]. Women's health and menopause: A comprehensive approach. Maryland; 2002. [cited 2012 dez 10]. Available from: <http://womenshealth.gov/health-topics/a-z-topic/details.cfm?pid=7638>
- Nespoli G, Ribeiro VMB. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2011;15(39):985-96.
- Netto JRC. Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
- Nilvarangkul K, Srithongchai N, Saensom D, Smith JF, Supornpan A, Tumnong C. Action Research to strengthen women weavers' self-care in north-east Thailand. *Action Research* 2013;30(3):213-20.
- Nir-Caein R, Nahum R, Yoge Y, Rosenfeld J, Fisher M, Kaplan B. Ethnicity and attitude toward menopause and hormone replacement therapy in Northern Israel. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29(2):91-4.
- Nosek M, Kenendy HP, Gudmundsdottir M. Distress during the menopause transition: a rich contextual analysis of midlife women's narratives. *Sage Open* 2012: 1-10.
- Núcleo de Estudos e Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e DST/Aids. Oficinas de trabalho para prevenção de problemas de saúde ligados à sexualidade, prevenção de DST/Aids e uso indevido de substâncias psicoativas. Ribeirão Preto; [s.d.]
- Nunes AK, Santos JF. O conhecimento das mulheres de 40 a 65 anos de idade, residentes em Recife/PE ou em sua região metropolitana, sobre o climatério [monografia]. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- Nusrat N, Nishat Z, Gulfareen H, Aftab M, Asia N. Knowledge, attitude and experience of menopause. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008;20(1):56-9.
- Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(3):519-26.

Osis MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1998;14(1):25-32.

Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. Toward more rigor in focus group research: A new framework for collecting and analyzing focus group data. *International Journal of Qualitative Methods* 2009;8(3):1-21.

Onwuegbuzie AJ, Leech NL, Collins KMT. Innovative qualitative data collection techniques for conducting literature reviews. In M. Williams M, Vogt WP, editors. *The Sage handbook of innovation in social research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage. p. 182-204.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública* 1998;32(4):299-316.

Pakkala A. Mid-career blues in healthcare workers: A physiological approach in ethical management. *J Midlife Health* 2010;1(1):35-7.

Papini DR, Intrieri RC, Goodwin PE. Attitudes toward menopause among married middle-aged adults. *Women Health* 2002;36(4):55-68.

Paquette MC, Raine K. Sociocultural context of women's body image. *Soc Sci Med* 2004;59(5):1047-58.

Parkin P. Managing change in healthcare: Using action research. London: SAGE; 2009.

Parry DC, Shaw SM. The role of leisure in women's experiences of menopause and mid-life. *Leis. sci.* 1999;21:3:205-18.

Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev. Saúde Pública* 2002;36(4):484-90.

Pekelman R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. *Rev. APS* 2008;11(3):295-302.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(5):1527-34.

Pereira QLS, Siqueira HCH. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(2):366-71.

Pereira WMP, Schmitt ACB, Buchalla CM, Reis AO, Aldrighi JM. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2009;19(1):89-97.

Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. Menopausa. São Paulo: Roca; 1995.

Polisseni AF, Alves ACR, Miranda DB, Pires LS, Benfica TMS, Nunes TR. Viver melhor - uma experiência de educação em saúde no climatério. *Rev. APS* 2008;11(2):207-12.

- Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CH, Hess R. (2011). A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause* 2011;18(8):839-44.
- Price B. The older woman's body image. *Nurs Older People* 2010;22(1):31-6.
- Pujols Y, Seal, BN, Meston CM. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J. Sex. Med* 2010;7:905-16.
- Pyszczynski T, Greenberg J, Goldenberg J. Freedom versus fear: On the defense, growth, and expansion of the self. In: Leary MR, Tangney JP, editors. *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press; 2003. p. 314-43.
- Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde. In: *Livro Resumo do 48º. Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996 out 6-11; São Paulo, Brasil. São Paulo: ABEn/SP; 1996. p. 361.
- Ramalho CMR. *Psicodrama e dinâmica de grupo*. São Paulo: IGLU; 2011.
- Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004;9(4):1067-78.
- Rangel ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle: propostas inovadoras. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.* 2008;12(25):433-41.
- Reberte LM. *Celebrando a vida: Construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012;20(1):101-8.
- Rede Mulher de Educação. *Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher*. São Paulo; Rede Mulher de Educação, 2003.
- Reis AC. *A dança da vida: a experiência estética da biodança [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- Rennó Jr. J. Como lidar com o climatério. *Vya estelar* [Internet] 2013 [citado 2014 jan. 3]. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vyaestelar/climaterio.htm>
- Reynolds F. Exploring self-image during hot flushes using a semantic differential scale: Associations between poor self-image, depression, flush frequency and flush distress. *Maturitas* 2002;42:201-7.
- Robaina JR, Lopes CS, Rotenberg L. Psychosocial factors, menopause characteristics, physical and mental morbidity and their association with insomnia complaints among women in menopause. The Pró-saúde study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 15];205-206. Available from: http://jech.bmj.com/content/65/Suppl_1/A205.4

- Rodrigues DAL. Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de AIDS: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
- Rodrigues PO, Gonçalves TC, Blazius EGM, Trautman SC. Investigación del conocimiento relacionado al climaterio, menopausia y terapia hormonal sustitutiva en mujeres pertenecientes a clubes de madres del municipio de Tubarão - SC (Brasil). *Seguim Farmacoter* 2004;2(3):172-80.
- Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* 2008;15(Suppl):133-152.
- Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *JOGNN* 2005;34(2):233-40.
- Rubinstein HR, Foster JL. 'I don't know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is do with a stage in your life': Making sense of menopause and the body. *J Health Psychol.* 2013;18(2):292-307.
- Sakraida TJ. Common themes in the divorce transition experience of midlife women. *J Divorce Remarriage* 2005;43(1/2):69-88.
- Sandelowski M. Theoretical saturation. In Given LM (Ed.). *The Sage encyclopedia of qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008. p. 875-6.
- Sandilyan BM, Denning T. Mental health around and after the menopause. *Menopause Int* 2011;17:142-7.
- Santos JRVS, Mourão L. Impacto do treinamento como variável preditora da satisfação com o trabalho. *R. Adm.* 2011;46(3):305-18.
- Santos JS. O cuidado de si da mulher climatérica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
- Santos JS, Fialho AVM, Rodrigues DP. Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 [citado 2013 Oct 14];15(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16501>
- Santos M, Campoy, MA. Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. *Mundo saúde* 2008;32(4):486-94.
- Santos-Sá D, Pinto-Neto AM, Conde DM, Pedro AO, Costa-Paiva LHS. Etiologia, fatores associados e tratamento das ondas de calor. *Femina* 2005;33(1):25-30.
- Santos-Sá D, Pinto-Neto AM, Conde DM, Pedro AO, Oliveira SCM, Costa-Paiva LHS. Fatores associados às ondas de calor em mulheres climatéricas: inquérito populacional domiciliar. *RBGO* 2004;26(10):765-71.
- São Paulo (Estado). Secretária Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Educação em saúde. Educação em saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: CVE; 2002. v.2

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. O climatério em suas mãos. Manual prático para profissionais de saúde. São Paulo; 2004 [citado 2012 dez.5]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/manual_climaterio.pdf

Savi ESA, Valla VV. Convivendo na maré: reflexões sobre uma experiência de cuidado em saúde. Rev. APS 2009;12(4):376-87.

Schraiber LB, Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2009;14(4):1019-27.

Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. Obstetrics & Gynecology 2008;112:970-978.

Sievert LL, Obermeyer CM, Price K. Determinants of hot flashes and night sweats. Annals of Human Biology 2006;33(1):4-16.

Silva DM, Lima AO. Mulher, trabalho e família na cena contemporânea. Contextos Clínicos 2012;5(1):45-51.

Silva MJP. Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

Silva RM, Araújo CB, Silva ARV. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. Rev Bras Promoção Saúde 2003;16(1/2):28-33.

Silva VTC, Folmer V, Souza NS, Oliveira EF. Projeto Rondon: Dinâmicas interpessoais com sujeitos grande da terceira idade em Pinhal. In: Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão; 2009 nov 3-6; Uruguaiana. Uruguaiana: UNIPAMPA; 2009 [citado 2012 dez.5]. Disponível em: <http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/5207>

Simon JA. Managing Vaginal Atrophy and its Symptoms in Menopause. OBG manage [Internet]. 2010 [cited 2013 Ago 20] Supp. Available from: <http://www.obgmanagement.com/page-unavailable.html>

Smith-DiJulio, Windsor C, Anderson D. The Shaping of Midlife Women's Views of Health and Health Behaviors. Qual Health Res 2010 20(7):966-76.

Smith MJ, Mann E, Mirza A, Hunter MS. Men and women's perceptions of hot flushes within social situations: are menopausal women's negative beliefs valid? Maturitas 2011;69(1):57-62.

Soares CB, Cordeiro L, Campos CMS. Pesquisa-ação emancipatória: uma proposta metodológica essencial para a enfermagem. In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2013 jun. 3-5; Natal: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio Grande do Norte; 2013. [citado 2014 mai. 30]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/9026me.pdf

- Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social* 2008;10(22):161-82.
- Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2005;26(2):147-53.
- Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: EDUSP;1992.
- Taylor-Powell E, Renner M. Analyzing Qualitative Data. University of Wisconsin-Extension [Internet]. Madison, WI; 2003. [cited 2012 nov. 6]. Available from: <http://learningstore.uwex.edu/pdf/G3658-12.pdf>.
- Teixeira RR. Humanização a Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006;10(3):585-97.
- The North American Menopause Society [Internet]. Ohio; 2013. [cited 2013 Jul 13]. Available from: <http://www.menopause.org>
- The Women's Health Council [Internet]. Women's Experiences and Understandings of Menopause. Ireland: Department of Health; 2008. [cited 2013 Jul 13]. Available from: http://www.dohc.ie/about_us/divisions/whc_menopause/womens_experience_unabridged.pdf?direct=1
- Theisen SC, Mansfield PK, Seery BL, Voda A. Predictors of midlife women's attitudes toward menopause. *Health Val* 1995;19:22-31.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2011.
- Toledo RF. Educação, saúde e meio-ambiente: uma pesquisa ação no Distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira/AM [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
- Toledo RF, Jacobi PR. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educ. Soc.*, 2013;34(122):155-73 2013.
- Trudeau KJ, Ainscough JL, Trant M, Starker J, Cousineau TM. Identifying the educational needs of menopausal women: A feasibility study. *Women Health Iss* 2011;21(2):145-52.
- Twigg J. The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *J Aging Stud* 2004;18(1):59-73.
- Utian W. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3(47):1-10.
- Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev. Rene, Fortaleza* 2010;11(1):161-71.
- Valença CN, Nascimento Filho JM, Germano RM. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saude soc.* 2010;19(2):273-85.

- Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2001;5(8):121-6.
- Vigeta SMG, Brêtas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da reposição hormonal. *Cad Saúde Pública* 2004;20(6):1682-9.
- Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *BIS* 2009;48:26-30.
- Villela WV, Monteiro S, Vargas V. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009;14(4):997-1006.
- Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Health Promot* 1992;6:197-205.
- Walter CA. The psychosocial meaning of menopause: women's experiences. *J Women Aging* 2000;12(3/4):117-31.
- Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med.* 1993;36(4):393-402.
- Winterich JA, Umberson D. How women experience menopause: The importance of social context. *J Women Aging* 1999;11(4):57-73.
- Woertman L, van denBrink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res* 2012;49:184-211.
- Wood JM, Mansfield PK, Koch PB. Negotiating sexual agency: postmenopausal women's meaning and experience of sexual desire. *Qual Health Res* 2007;17(2):189-200.
- World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986. p.11-18.
- World Health Organization. *Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences.* Genebra: WHO; 2009.
- World Health Organization. *Research on the menopause in the 1990s.* Geneva: WHO; 1996. (WHO Technical Report Series, 866).
- World Health Organization. *Social science methods for research on sexual and reproductive health.* Genebra: WHO; 2012.
- World Health Organization. *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.* Genebra: WHO;2001.
- World Health Organization. *Women, ageing and health: a framework for action.* Genebra: WHO; 2007.

Yonekura T, Soares CB. O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(5):968-74.

Zampieri MFM, Tavares CMA, Hames MLC, Falcon GS, Silva AL, Gonçalves LT. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(2):305-12.

Zeserson JM. Chi no macho as metaphor: Conversations with Japanese women about menopause. *Anthropology and Medicine* 2001;8(2/3):177-99.

Ziv-Gal A, Flaws JA. Factors that may influence the experience of hot flushes by healthy middle-aged women. *J Womens Health* 2010;19(10):1905-14.

Zoiro G, Parisi S. Grupos de mulheres na menopausa - relato de uma experiência. *Vínculo - Revista do NESME* 2005;2:1-10.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa no Ambulatório de Saúde da Mulher Climatérica (AMUSC) do Centro de Saúde-Escola “Geraldo de Paula Souza”, juntamente com os pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O título da pesquisa é: “Prática educativa problematizadora na construção de uma cartilha para a promoção da saúde das mulheres no climatério”. O objetivo desta pesquisa é construir uma cartilha educativa para a promoção da saúde no climatério, com a participação das mulheres que vivenciam esta experiência.

Nesse tipo de estudo, as usuárias do AMUSC e os pesquisadores irão trabalhar juntos em todas as atividades da pesquisa, que serão: levantamento de informações sobre a vida e a saúde das participantes; participação nos grupos educativos, para a construção compartilhada da cartilha educativa; participação na análise dos resultados e na elaboração de proposta para a construção de melhorias da situação de vida e saúde das mulheres que vivenciam a experiência do climatério.

Para a coleta de dados, os procedimentos utilizados serão o grupo focal e as oficinas educativas, pois ambos constituem um espaço para reflexão e discussão de vivências. Assim, convidamos você a participar dos grupos. Lembramos que você é livre para expressar suas ideias.

No momento dos grupos educativos, utilizaremos um gravador, que representa um importante instrumento de registro dos dados da pesquisa. Porém, o seu nome não constará nos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão/publicação do estudo. Garantimos que as informações obtidas nesta pesquisa somente serão usadas para fins científicos. A sua participação na pesquisa também não interferirá no atendimento já recebido por você e/ou seus familiares no Centro de Saúde-Escola Geraldo de Paula Souza.

Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi confeccionado em duas vias. Você receberá uma delas, e a outra ficará com a pesquisadora.

Gostaríamos de informar também que essa pesquisa-ação será utilizada para o desenvolvimento de uma tese de Doutorado da aluna Juliana Reale Caçapava Rodolpho, sob a orientação da Professora Luiza Akiko Komura Hoga da EEUSP.

Eu declaro que fui devidamente orientada sobre a pesquisa que vai ser realizada no Ambulatório de Saúde da Mulher Climatérica do Centro de Saúde-Escola “Geraldo de Paula Souza”, e sei que nossa participação é livre, não obrigatória e que poderei interromper a minha participação na pesquisa, assim como outras participantes, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Caso eu queira mais informações, poderei obtê-las com os pesquisadores e representante do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, citados abaixo deste quadro. **Concordo** em participar como informante na coleta de dados para essa pesquisa. Nome _____

JULIANA REALE CAÇAPAVA RODOLPHO - Pesquisadora e Aluna
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP
Tel (11): 3061-7601 Fax: 3061-7615 E-mail: jureale@uol.com.br

LUIZA AKIKO KOMURA HOGA - Coordenadora da Pesquisa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP
Tel. (11): 3061-7601 Fax: 3061-7615 E-mail: kikatuca@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP
Tel. (11): 3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

**APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
DAS USUÁRIAS DO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA MULHER CLIMATÉRICA
(AMUSC)**

Nome: _____

Idade: _____ **Estado civil:** _____

Última série cursada: _____

Estado civil: _____

Cor/Raça/Etnia:

Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena () Não sabe ()

Possui filhos? _____ **Quantos?** _____

Você trabalha? Sim _____ Não _____

Profissão/Ocupação: _____

Tem registro em carteira? Sim _____ Não _____

É chefe de família? Sim _____ Não _____

Valor (em R\$) da renda familiar: _____

Para suprir suas necessidades básicas como comer, vestir, transporte, educação e saúde, a renda familiar é:

() Suficiente () Mais que suficiente () Pouco suficiente () Insuficiente

Com quem mora? _____

Onde você mora?

Casa própria () Casa alugada () Albergue () Pensão pública ()

Pensão particular () Rua ()

Já está na menopausa? Sim _____ Não _____

Com que idade entrou na menopausa? _____

Possui algum problema de saúde? Sim _____ Não _____

Qual (is)? _____

Possui algum sintoma relacionado ao climatério/menopausa?

Sim _____ Não _____

Qual (is)? _____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FSP-USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/201/12

29 de outubro de 2012.

Prezada pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa (n.º CAAE 07402512.0.0000.5392), intitulado "PRÁTICA EDUCATIVA PROBLEMATIZADORA NA CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES NO CLIMATÉRIO", tendo como pesquisadora **Juliana Reale Caçapava Rodolpho**, tomando ciência da realização desse.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):

1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Juliana Reale Caçapava Rodolpho

ANEXO 2 - MATERIAL DE APOIO PARA TÉCNICA DE SENSIBILIZAÇÃO COM MÚSICA

Como uma onda

Lulu Santos

Compositor: Lulu Santos / Nelson Motta

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi
um dia
Tudo passa, tudo sempre
passará
A vida vem em ondas,
como um mar
Num indo e vindo
infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente viu há
um segundo
tudo muda o tempo todo no
mundo

Não adianta fugir
Nem mentir pra si mesmo
agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar
Como uma onda no mar
Como uma onda no mar

ANEXO 3 - MATERIAL DE APOIO PARA A OFICINA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, CORPO E MENTE “EM DIA”!

Quadro 17- Principais fontes de cálcio

Alimento	Quantidade em 100g/ml
Leite desnatado	134
Iogurte desnatado	157
Queijo pasteurizado	323
Ricota	253
Couve	135
Agrião	133
Caruru, folhas	455
Espinafre	98
Taioba, folhas	141
Brócolis	86
Castanha do Brasil	146
Noz	105
Peixe tipo pescadinha	332
Peixe tipo sardinha	167
Farinha de soja	206
Grão de bico	114
Feijão tipo carioca cru	123
Guandu	129

Fonte: Unicamp. Tabela de Composição de Alimentos Unicamp. 206 Versão II. Campinas: Nepa-
Unicamp. Tabela de Composição de Alimentos/Anvisa. In: Brasil.

ANEXO 4 – MATERIAL DE APOIO PARA A OFICINA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, CORPO E MENTE “EM DIA”!

Quadro 18- Nutrientes importantes para a saúde da mulher no climatério

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Magnésio	<ul style="list-style-type: none"> - É essencial para o bom funcionamento do tecido nervoso, muscular e ósseo. - Converte a vitamina D à forma ativa. 	Tofu (queijo de soja), gérmen de trigo, frutas secas, cereais integrais (aveia), lentilha, ervilha, amêndoas, arroz integral, espinafre, abobrinha, verduras.
Boro	<ul style="list-style-type: none"> - Reduz a perda de Ca e Mg, aumentando sua fixação no tecido ósseo. - Potencializa a atividade do estradiol e vitamina D. 	Alimentos frescos, como frutas, verduras e legumes.
Manganês	<ul style="list-style-type: none"> - Reforça o tecido conjuntivo. - Importante na regulação da função da tireoide, sistema reprodutor e nervoso 	Cereais integrais (aveia), vegetais verdes, levedura, gema de ovo, abacate.
Zinco	<ul style="list-style-type: none"> - Age no crescimento ósseo e protege contra a perda de massa óssea. - É essencial para a digestão e absorção de nutrientes no trato digestivo. - Modula a ação de vários hormônios no organismo - inclusive o estrogênio. - Tem papel ativo na reação imunológica. 	Farelo de trigo, carne vermelha, peixes, mariscos, gema de ovo, cereais integrais, espinafre, nozes, semente de girassol.
Selênio	<ul style="list-style-type: none"> - Auxilia na produção de anticorpos e na ação dos hormônios sexuais. 	Castanha-do-pará (Brasil), milho, truta, escarola e cogumelos.
Vitamina K	<ul style="list-style-type: none"> - Importante para a produção dos ossos. - É essencial para produção dos fatores de coagulação. 	Verduras em geral. Pequenas quantidades em cereais, frutas e carnes.
Vitamina D	<ul style="list-style-type: none"> - Regula o metabolismo do cálcio e a calcificação óssea normal. - Importante para o crescimento e a atividade dos neurônios. 	Carne vermelha, frango, peixe, queijos, leite, manteiga, ovos.
Vitamina C	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção do colágeno e tecido conjuntivo (ossos, cartilagem, pele, dentes). - Estabiliza ações do tecido nervoso. - Participa do metabolismo do colesterol. - Estimula o sistema imune, prevenindo infecções. - Atua como anti-inflamatório. 	Acerola, caju, goiaba, kiwi, laranja, pimentão, verduras em geral.

Complexo B	<ul style="list-style-type: none"> - Atuam na diminuição da ansiedade, depressão e fogachos. - São necessárias para o bom funcionamento do sistema nervoso e ósseo. - São essenciais na composição das células vermelhas. 	<ul style="list-style-type: none"> • B1: levedura de cerveja, sementes de girassol, feijão, aveia, fígado, arroz integral e pescados. • B2: fígado, brócolis, leite, amêndoas, iogurte, ovos, gérmen de trigo, aves. • B3: peixe (atum), frango, brócolis, sementes de girassol, requeijão. • B6: arroz integral, peixe (atum), frango, fígado, uvas, repolho, gérmen de trigo. • B12: carnes, ovos e laticínios. • Ácido pantotênico: fígado, feijão, semente de girassol, ovo, repolho, brócolis.
Vitamina E	<ul style="list-style-type: none"> - Reduz os fogachos. - Atua na manutenção dos tecidos de sustentação e pele. 	Óleos vegetais, gérmen de trigo, cereais integrais, castanhas, sementes, abacate, vegetais folhosos, <i>kiwi</i> .
Cobre	<ul style="list-style-type: none"> - Atua na prevenção da anemia e fadiga, na sustentação da pele, na composição e qualidade das cartilagens. 	Grão-de-bico, feijão branco, lentilha.
Ácidos graxos insaturados	<ul style="list-style-type: none"> - Agem na manutenção da atividade dos neurônios, diminuindo ansiedade e fogachos. - Reduzem a velocidade de crescimento de tumores (mama, endométrio). 	Semente de linhaça, azeite de oliva.
Cromo	É essencial para a função da insulina e o metabolismo dos lipídios.	<i>Kiwi</i> e outras frutas, vegetais, carnes, aves, peixes, leite e queijos, batata com casca, grãos integrais, castanhas.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília; 2008a.