

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**Luciana Laureano Paiva**

**OS SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS POR MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) A RESPEITO DAS MARCAS DA MENOPAUSA  
INSCRITA EM SEUS CORPOS E SUAS VIDAS**

**Porto Alegre**

**2008**

**Luciana Laureano Paiva**

**OS SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS POR MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) A RESPEITO DAS MARCAS DA MENOPAUSA  
INSCRITA EM SEUS CORPOS E SUAS VIDAS**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

**Porto Alegre**

**Luciana Laureano Paiva**

**OS SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS POR MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) A RESPEITO DAS MARCAS DA MENOPAUSA  
INSCRITA EM SEUS CORPOS E SUAS VIDAS**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Banca Examinadora:

---

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson  
PUCRS – IGG

---

Prof. Rodolfo Herberto Schneider  
PUCRS - IGG

---

Prof. Dr. Cleber Gibbon Ratto  
Centro Universitário Metodista do IPA

---

Profa. Dra. Mariângela Badalotti  
Faculdade de Medicina - PUCRS

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

P149s Paiva, Luciana Laureano

Os significados construídos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito das marcas da menopausa inscrita em seus corpos e suas vidas / Luciana Laureano Paiva. – Porto Alegre, 2008.  
106 f.

Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Inst. De Geriatria e Gerontologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

1. Gerontologia. 2. Menopausa – Aspectos Biológicos.  
3. Menopausa – Aspectos Sócio-Culturais. 4. Corpo Humano – Aspectos Sociais. I. Frasson, Antonio Luiz.

CDD 362.6042

**Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363**

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Ao grande amor da minha vida, meu marido Roberto,  
que esteve sempre ao meu lado, acolhendo-me  
dando-me apoio, amor, compreensão, carinho,  
com paciência e tolerância nos momentos mais difíceis.  
Nos momentos de dúvida, foi o meu maior incentivador.  
Nas horas difíceis, foi o meu melhor suporte.  
Nos momentos de estagnação, foi meu maior estímulo.  
E no fim desta caminhada, com a concretização desta tese,  
tenho a certeza de poder continuar compartilhando com ele  
todos os momentos da minha vida que ainda estão por vir.*

## AGRADECIMENTOS

*A trajetória foi longa, repleta de percalços,  
desejos, sonhos, perdas, realizações e conquistas.*

*Mas com certeza ela não foi solitária.*

*Muitas pessoas fizeram parte desta construção,  
dando-me estímulo, incentivo, energia, apoio e compreensão.*

*Em primeiro lugar agradeço a Deus,  
que me acompanha e me conduz em toda a minha vida,  
e em especial neste momento, estando do meu lado, me guiando,  
minimizando os anseios, as dúvidas, o cansaço,  
dando-me forças para chegar até o fim desta caminhada.*

*A meus pais Eliana e Carlos Eduardo, alicerces e exemplo para toda a minha vida,  
de integridade, de força, de amor e apoio incondicional.*

*Ao meu irmão Ely, a minha cunhada Rejane,  
e as minhas doces e amadas afilhadas Eduarda e Daniela,  
que trazem muita luz e alegria para a minha vida.*

*A todos os colegas do doutorado, em especial a Tatiana Irigaray,  
com quem compartilhei muitos momentos de estudo, de tristezas e alegrias.*

*Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Luis Frasson, pela confiança, pelo apoio recebido.*

*A Enfermeira Elenize por todo auxílio dado.*

*Aos docentes e funcionários do IGG,  
que me acolheram e permitiram concretizar mais uma etapa da minha vida.*

*Ao IPA e colegas do Curso de Fisioterapia,  
que mesmo à distância caminharam junto comigo nesta longa estrada do doutorado.*

*A colega e amiga Elenice Boggio que me deu o apoio necessário na realização do estudo.*

*E por fim agradeço a todas as mulheres participantes do estudo,  
as quais partilharam comigo percepções e sentimentos, fazendo com que esta tese ficasse  
impregnada de fragmentos de suas vidas.*

**HOMENAGEM ESPECIAL**  
**PROFa. DRa. VALDEMARINA BIDONE DE AZEVEDO SOUZA**  
**(IN MEMORIAN)**

*Existem momentos que nunca serão apagados,  
Pessoas que nunca serão esquecidas,  
Pois a vida não vale um momento,  
Mas existem momentos que valem uma vida..*

*(autor desconhecido)*

*“Escrevo porque tenho prazer em elaborar com palavras  
tantos destinos cujo fio nasce em mim,  
produzindo romances para que eu trabalhe minhas tapeçarias”*

*Lya Luft*

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender a menopausa como um acontecimento determinado tanto por aspectos biológicos como sócio-culturais, que imprimem marcas e demarcam a vida feminina, capturando a mulher em uma rede complexa de sentimentos e percepções que envolvem seu corpo, sua sexualidade, sua saúde e os cuidados consigo. **Objetivos:** Conhecer os significados construídos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito das marcas da menopausa inscritas em seus corpos e suas vidas. Verificou-se também o conhecimento que as mulheres tinham a respeito da menopausa, a vivência de cada uma sobre os ciclos menstruais, como elas elaboraram a interrupção da menstruação, os principais sinais corporais associados à menopausa, os sentimentos que emergiram com a chegada da menopausa e as práticas de autocuidado realizados nesta fase da vida. **Metodologia:** Esta pesquisa apresenta um delineamento qualitativo, descritivo e exploratório. Participaram do estudo dezesseis mulheres usuárias do SUS, na faixa etária dos 50 aos 89 anos de idade, que realizavam tratamento nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico. As informações foram coletadas no período de novembro de 2007 a agosto de 2008, por meio de um questionário contendo questões abertas e da entrevista semi-estruturada. Os dados obtidos foram analisados, interpretados e categorizados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo preconizada por Bardin. **Considerações finais:** Para muitas das participantes, falar sobre a menopausa em suas vidas foi um resgate no passado, uma busca na memória cognitiva e corporal formas de descrever suas percepções, as dificuldades enfrentadas, os sentimentos advindos com interrupção da menstruação, os sinais emitidos pelo corpo, as mudanças percebidas, o exercício da sexualidade, a medicalização de seus corpos e as intervenções que nele operaram e seus efeitos, como a realização da histerectomia. Para outras participantes, a menopausa ainda é uma vivência operante, desejada e temida, sem formas definidas, uma elaboração inacabada. No decorrer da vida feminina, corpo e menopausa se entrecruzam e se misturam, nas mais variadas sociedades e culturas, assumindo contornos e configurando inúmeras possibilidades de entrelaçamento, se construindo de acordo com os hábitos, estilos de vida e histórias pessoais de cada mulher. Sem deixar de ser feminina, de ser mulher, mas tornando-se sobretudo uma nova mulher.

Palavras-chave: corpo - menopausa – cultura – percepção – acontecimentos que mudam a vida

## ABSTRACT

This present study sought to understand the menopause as an event determined by both biological and socio cultural aspects, that print mark and demarcate the female life, capturing the woman in a complex network of feelings and perceptions involving their bodies, their sexuality, their health and self-care. **Objectives:** To know the meanings constructed by women users of the Unified Health System (SUS), who integrate of the Pelvic Floor Rehabilitation of a Health Center group, located at the city of Porto Alegre, about their experiences related to the influence of menopause in their bodies and their lives. We analyzed also what that women knew about menopause, their experiences during their menstrual cycle, how they faced their interruption of menstruation, the main body signals associated with menopause, the feelings that emerged with menopause and their self-care practices in their stage of life. **Methodology:** This research presents a design qualitative, with a descriptive and exploratory approach. Study participants were sixteen women users of SUS, aged from 50 to 89 years old, who participated in treatment groups for Rehabilitation of the Pelvic Floor. Data was collected from November 2007 to August 2008, using a semi-structured interview based on a questionnaire with open questions. The data was analyzed, interpreted and categorized according to the technique of Content Analysis following Bardin's approach. **Final considerations:** For most of the participants talk about menopause in their lives was a return to their past, a search in memory. These aspects include learning ways to describe their body perceptions, difficulties faced by them, their feelings with the menstruation interruption, their body's signals, perceived changes by them, their sexuality life, the medicalization of their bodies and those who operated and its effects, such as completion of hysterectomy. For other participants, the menopause is still a current experience, with a combination of desire and fear, and nebulous experiences, within an unfinished development. During the woman life, body and menopause have intermingled and combined among themselves different societies and cultures. They present several forms and possibilities for interlacing, built according to habits, lifestyles and personal stories of each woman. Without leaving of being feminine, being woman, but especially becoming a new woman

Keys words: body – menopause – culture – perception – life change events

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.1.1 JUSTIFICATIVA DO TEMA E INTENÇÕES DE ESTUDO.....</b>	<b>38</b>
<b>1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>20</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CORPO FEMININO .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 CORPO E MENOPAUSA: UMA CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA E SÓCIO-CULTURAL .....</b>	<b>26</b>
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 GRUPO DE PARTICIPANTES DO ESTUDO .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 DESENHO DA PESQUISA .....</b>	<b>35</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES .....</b>	<b>37</b>

4.1.1.2	Estado Civil .....	38
4.1.1.3	Nível de Escolaridade .....	39
4.1.1.4	Idade da Menarca .....	40
4.1.1.5	Idade Menopausal .....	41
4.1.1.6	Uso da Terapia de Reposição Hormonal .....	41
4.1.2	<b>DA MENARCA À MENOPAUSA: SIGNIFICADOS DA MENSTRUACÃO</b> .....	44
4.1.2.1	Ciclos Menstruais: um mal necessário .....	45
4.1.2.2	Primeiros sinais da menopausa: irregularidades menstruais .....	48
4.1.2.3	Sentimentos que emergiram com a interrupção da menstruação .....	49
4.1.3	<b>MENOPAUSA: UMA REDE TECIDA POR CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS</b> .....	52
4.1.3.1	Conhecimento da menopausa: do senso comum ao científico .....	53
4.1.3.2	Interrupção da menstruação: vantagens e desvantagens .....	56
4.1.4	<b>VIVENCIANDO A MENOPAUSA: múltiplas percepções</b> .....	59
4.1.4.1	Ondas de calor: fluxos que passam .....	61
4.1.4.2	Sentimentos de depressão e alterações no sono .....	64
4.1.4.3	Sinais corporais que anunciam o envelhecimento .....	67
4.1.4.4	Perda do controle corporal: incontinência e prolapso .....	69
4.1.4.5	Vida sexual: entre prazeres e desprazeres .....	75
4.1.5	<b>UMA NOVA ETAPA DA VIDA</b> .....	78
4.1.5.1	Exercitando o autocuidado .....	80
4.1.5.2	Histerectomia: perda do órgão feminino .....	82
4.1.5.3	Medicalização do corpo feminino .....	85
4.1.5.4	Descobrimo o períneo e sua função .....	88

	13
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>102</b>

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	Categorias de análise temática .....	35
Figura 2	Perfil das participantes do estudo .....	37
Figura 3	Faixa etária das participantes .....	38
Figura 4	Estado civil das participantes .....	39
Figura 5	Nível de escolaridade das participantes .....	39
Figura 6	Idade da menarca das participantes .....	40
Figura 7	Idade menopausal das participantes .....	41
Figura 8	Uso da terapia hormonal .....	43
Figura 9	Da menarca à menopausa: significados da menstruação.....	44
Figura 10	Conhecimentos e vivências da menopausa .....	52
Figura 11	Vivenciando a menopausa: múltiplas percepções .....	60
Figura 12	Uma nova etapa da vida .....	78

## INTRODUÇÃO

Em 2006 a população brasileira correspondia a 187,2 milhões de habitantes e desse total 96 milhões eram de mulheres. Ao mesmo tempo em que as mulheres representam na atualidade mais da metade da população brasileira, elas também passaram a viver mais. No Estado do Rio Grande do Sul a expectativa de vida feminina hoje é uma das mais altas do país, estando em torno de 74 anos. Neste sentido, ao mesmo tempo em que as mulheres passaram a viver mais, elas também começaram a vivenciar um terço ou mais de sua vida após a menopausa, convivendo com os efeitos marcados em seus corpos e em suas vidas, o que não acontecia antigamente devido às altas taxas de mortalidade materna<sup>1,2,3,4</sup>.

Com o aumento da expectativa de vida da mulher, a menopausa tem sido tema de diversos estudos, pesquisas, debates e polêmicas, os quais procuram descrever e compreender as mudanças que ocorrem, a revolução hormonal presente e as novas formas de vivenciar esta fase da vida. Isso exige uma postura diferenciada da sociedade em relação a essa mulher menopáusicas que hoje vive mais, necessitando redimensionar sua vida e seu papel diante de si mesma, da família e da sociedade<sup>5,6</sup>.

O conhecimento produzido pelas ciências biomédicas permitiu que o corpo feminino fosse decifrado em suas peculiaridades, principalmente no que diz respeito ao seu sistema reprodutor, o qual produz alterações hormonais e corporais em fases bem distintas da sua vida. A partir da materialidade do corpo feminino, anatomicamente diferente do homem, principalmente pela presença do útero e ovários envolvidos diretamente na reprodução, além da presença da menstruação, constroem-se inúmeros discursos, representações sociais sobre o papel da mulher na sociedade. Discursos esses que demarcam seu *status* social, mas que, sobretudo, inscrevem marcas em suas vidas e subjetividades.

Desta forma, na cultura ocidental cujo paradigma valoriza a juventude, a condição tanto física como psíquica da menopausa mostra-se mais fragilizada ainda mais pelo

envelhecimento do corpo, fazendo com que as mulheres também se deparem com a questão da finitude. Além disto a posição social ocupada pela mulher mais velha na sociedade ocidental é bem mais desqualificada do que a do homem, tornando para algumas mulheres uma fase da vida de difícil elaboração<sup>7</sup>.

Apesar do modelo biomédico dominar grande parte das pesquisas realizadas sobre o climatério e a menopausa, há um crescente interesse por pesquisas multi-culturais e sociológicas que abordem esta temática, as quais mostram-se imbuídas em dar visibilidade ao vínculo existente entre as experiências subjetivas vivenciadas pelas mulheres, evidenciando percepções diferenciadas a respeito destas etapas de suas vidas. As mudanças proporcionadas pela menopausa apesar de serem secundárias a alterações fisiológicas vislumbradas como naturais, elas ganham diferentes significados por serem produzidas em um determinado contexto social e cultural<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva entende-se que as propriedades anatomofisiológicas do corpo humano ganham significados distintos de acordo com a cultura onde está inserido, ou seja, suas características são transformadas em “sistemas de símbolos naturais”. Quanto mais tradicional a cultura, mais formal ela será e maiores serão as pressões sociais que se exercem sobre o corpo. Portanto, o corpo é, por excelência, um lugar da cultura, de socialização, com normas distintas para cada um dos gêneros, onde o corpo da mulher deve ser belo e ao mesmo tempo fértil, constituindo-se sobretudo um corpo para o outro<sup>9</sup>.

Desta forma, a menopausa é um acontecimento na vida feminina que não deve ser entendida de forma isolada, na medida em que as alterações anatomofisiológicas presentes neste período constituem-se como marcas do tempo vivido, deixando rastros em suas vidas. Ela deve ser relacionada a todos os fatores que a produzem, tais como: trabalho, vida conjugal, história da fertilidade, condições do meio ambiente em que vivem, estilos de vida, adequação da dieta, vulnerabilidade a doenças, cuidados da saúde, entre outros fatores intervenientes<sup>10</sup>.

Essas perspectivas sobre a menopausa dizem respeito à mesma mulher, que se sobreimprimem e que, por esta razão, foram analisadas e discutidas como interdependentes. Portanto, este estudo produz uma reflexão sobre os significados construídos por mulheres

usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as marcas inscritas pela menopausa em seus corpos e suas vidas.

## 1 JUSTIFICATIVA DO TEMA E INTENÇÕES DE ESTUDO

De acordo com os estudos populacionais contemporâneos, as mulheres estão vivendo mais tempo que os homens em quase praticamente todas as partes do mundo. No Brasil, as mulheres hoje representam mais da metade da população. Já a população acima dos 75 anos é constituída por dois terços de mulheres. Segundo dados do IBGE, 2007, uma tendência demográfica brasileira é um processo de envelhecimento da população, com uma população idosa predominantemente feminina. A vida média ao nascer entre 1996 e 2006 aumentou 3,5 anos, de 72,3 para 75,8 anos no caso das mulheres, 65,1 para 68,7 anos para os homens, mostrando então uma situação mais favorável para as mulheres se comparado aos homens<sup>4</sup>.

Na medida em que as mulheres passaram a viver mais, elas também passaram a conviver mais tempo com os efeitos provocados pela menopausa e pelo envelhecimento em seus corpos. Esta etapa da vida que demarca o fim da vida reprodutiva, é vista por algumas mulheres como uma etapa da vida permeada de mudanças perturbadoras, trazidas pela revolução hormonal presente, levando-as a descobrir novas formas de viver<sup>1,2,3</sup>.

A menopausa pode ser considerado um evento de caráter universal, na medida em que todas as mulheres vivenciarão as mudanças trazidas por ela em seus corpos e suas vidas. Apesar de grande parte destas modificações serem secundárias às alterações anatomofisiológicas ocorridas no corpo feminino, essas mudanças demarcam um novo momento de vida, ao mesmo tempo em que ganham diferentes simbolismos e significados de acordo com o meio cultural e social que a mulher se encontra. E mesmo diante do predomínio do modelo biomédico nos estudos que exploram esta temática, na atualidade há um crescente interesse por pesquisas multi-culturais a esse respeito, tendo como propósito fundamental mostrar que a experiência da menopausa é moldada de acordo com a subjetividade de cada mulher, e das perspectivas de cada sociedade diante do envelhecimento feminino<sup>8</sup>.

Nesse sentido, mostram-se relevantes estudos que problematizem e abordem as principais alterações e mudanças que ocorrem no decorrer do processo do envelhecimento feminino, onde nele inclui-se a menopausa, bem como os meios apropriados de minimizar seus efeitos sobre seus corpos e suas vidas. Sendo assim, a relevância desse estudo está centrada no fato de dar voz e visibilidade aos significados elaborados pelas próprias mulheres

a respeito de um evento que ocorre pela passagem do tempo estampada em seus corpos. Proporcionar um espaço de reflexão e de discussão a respeito dos sinais e das marcas ocasionadas pela menopausa, as quais capturam a mulher numa complexa rede que envolve o seu corpo, a sua saúde e os cuidados consigo. Pensar desta forma, a menopausa e seus devires, como mais um marcador identitário inscritos nos corpos femininos em seu processo de envelhecimento.

Diante da complexidade da menopausa na vida da mulher, deve-se buscar compreender tanto a sua dimensão biológica como a sócio-cultural, uma vez que as alterações presentes nessa fase da vida feminina repercutem tanto na sua percepção corporal, como no autocuidado. Este estudo, portanto, propõe-se a questionar como as mulheres sentem-se diante das mudanças trazidas pela menopausa. O que ouvem, o que sabem e como lidam com esta nova fase da vida. Quais sentimentos e dificuldades que emergem com a interrupção da menstruação e com a chegada da menopausa. Neste sentido, o propósito deste estudo foi dar visibilidades aos significados construídos sobre a menopausa a partir das marcas inscritas em seus corpos e em suas vidas, dando-lhes voz, deixando que cada uma das mulheres participantes assumisse a autoria de suas histórias narradas.

Portanto, durante o desenvolvimento do presente estudo, buscou-se a confirmação da **TESE**: Os significados construídos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito das marcas inscritas pela menopausa em seus corpos e em suas vidas são plurais, interferindo diretamente no modo de aceitar essas transformações biopsicossociais, de subjetivá-las e de vivenciar essa nova etapa da vida.

## **1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO:**

### **1.2 Objetivo Geral:**

Conhecer os significados construídos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) participantes a respeito marcas inscritas pela menopausa em seus corpos e suas vidas.

### **1.3 Objetivos Específicos:**

- Identificar o perfil das participantes do estudo quanto: idade atual, estado civil, nível de escolaridade, idade da menarca, idade menopausal e uso da terapia hormonal;
- Conhecer a vivência destas mulheres a respeito dos ciclos menstruais e a elaboração da interrupção da menstruação;
- Verificar o conhecimento das mulheres a respeito da menopausa;
- Identificar quais os principais sinais corporais e sentimentos vinculados à menopausa;
- Analisar quais as práticas autocuidado presentes nesta fase da vida.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CORPO FEMININO

O ser humano apresenta uma necessidade de estar informado sobre o que está em seu entorno, com o propósito de ajustar-se a ele, saber como se comportar, dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e solucionar os problemas presentes em seu cotidiano. Por esta razão são criadas as representações, as quais são compartilhadas socialmente com o outro, aquele que nos serve de apoio tanto de forma convergente, ou pelo conflito, como uma forma de compreender, administrar e enfrentar o mundo em que se vive. Nesse sentido, as representações são construções sociais extremamente relevantes na vida cotidiana, pois elas guiam o modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade<sup>11</sup>.

Na história da filosofia ocidental, a idéia de representação está ligada à busca de formas apropriadas de tornar o “real” presente, de tentar apreendê-lo da maneira mais fiel possível através de sistemas de significação<sup>12</sup>. Ela é compreendida como um processo cultural que estabelece tanto identidades individuais como coletivas. Inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos, por meio dos quais os significados são construídos, posicionando-nos como sujeito. Esses sistemas simbólicos tornam possível àquilo que o sujeito é e aquilo que ele poderá se tornar um dia, envolvendo relações de poder<sup>13</sup>.

Elas são sempre contextualizadas, resultado das condições em que surgem e circulam. Envolve a pertença social dos indivíduos, são uma exteriorização do afeto, expressão de permanências culturais, *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição, ou seja, essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldadas. Por isto, diferentes tipos de sociedade que representam diferentemente o mundo, vivem em mundos diferentes<sup>11,14,15</sup>.

Nessa perspectiva, as descobertas da ciência médica contribuíram de forma expressiva na construção da representação do corpo feminino e do imaginário social em seu entorno. Diversos significados foram construídos a partir de suas características anatômicas que a habilitam para a maternidade. Baseado nesses significados que emergem com o saber da

ciência e se proliferam na sociedade, constrói-se o papel social da mulher. Portanto, faz-se necessário transitar por algumas passagens da história no que diz respeito ao desvelamento do corpo feminino para que se possa compreender que as representações presentes na atualidade, não são totalmente novas nem originais, pois trazem resquícios do passado<sup>16</sup>.

A imagem que hoje a ciência médica possui do corpo humano teve sua origem na “agitação intelectual” que ocorreu na Europa no decorrer dos séculos XV, XVI e XVII. O movimento de instauração de certas ciências, como por exemplo, a Anatomia por André Vesálio se traça numa tensão entre os pensamentos mágico e religioso com a lógica própria da racionalidade e da experimentação. Todo o mundo se torna, em princípio, objeto da ciência<sup>17</sup>.

Foi no decorrer dos séculos XVIII e XIX que a ciência cada vez mais evidenciaria que a natureza humana não é uniforme, mas se diferencia de acordo com idade, raça e sexo. Apesar da anatomia dissecar tanto os corpos de homens como o de mulheres, as suas diferenças anatômicas ainda não eram salientadas. No final do século XVIII, as especificidades dos corpos femininos e masculinos passam a ser descritas com extremo cuidado, pois na medida em que avançavam os desenvolvimentos científicos e sociais, mostrou-se necessário uma melhor delimitação das diferenças entre os sexos e mesmo para a conformação de uma ciência dedicada a esta tarefa<sup>18</sup>.

Alguns estudos, como o de Thomas W. Laqueur, Ivonne Knibiehler/Catherine Fouquet e Jean-Louis Flandrin trazem informações relevantes a respeito das interpretações médicas do corpo feminino. Laqueur, por exemplo, explica que, a partir do final do século 18, a medicina mudou radicalmente os parâmetros para pensar o corpo e a sexualidade feminina, o que levou a uma profunda dessexualização da mulher, ou como afirma Foucault, a uma patologização de seu corpo<sup>19</sup>.

Os corpos femininos e masculinos passam a ser diferenciados anatomicamente desde os ossos até o cérebro, passando pela pele, músculos, fibras. O corpo da mulher é visto como sendo moldado de forma a torná-la apta à gestação, ficando mais evidente, quando se observa sua bacia larga e curva. Já presença do útero, considerado o órgão central sobre todo o funcionamento do corpo, e os ovários, cada vez mais estudados, ganham importância na definição do que vem a ser o corpo feminino. Neste momento, o sexo passa a ser cada vez

mais discutido pelas ciências, principalmente pelos médicos, sendo particularmente predominante temas sobre o sexo feminino<sup>18</sup>.

A partir do século XVIII surge uma definição mais minuciosa da natureza feminina, simultaneamente a Revolução Francesa que pregava os novos direitos para todos os homens. Ao contrário do que se imagina, a onda de reformas e igualitarismo ao invés de provocar uma revolução também na representação médica da mulher, acaba originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica, sobre a qual foi determinando os papéis de mãe e esposa<sup>18</sup>.

Nesse período ocorre uma redefinição da prática médica, a qual passa a tomar conta de várias questões de cunho social com o intuito de controlar suas populações, como a regulação dos nascimentos e a demografia, enfocando o corpo feminino como fonte de intervenção, seja através da higiene, ou do aparecimento da obstetrícia e da ginecologia. Estas especialidades passam a fazer parte da prática clínica propondo-se a atuar especificamente sobre o sofrimento feminino, consolidando-se no final do século XIX<sup>16</sup>.

Com o passar do tempo, multiplicam-se os tratados consagrados às doenças femininas, tendo a presença do útero como o principal “vilão” causador dos males do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria. A puberdade passa a ser vista pelos estudiosos como uma fase importante na vida da mulher, pois junto com a chegada da menstruação começa a fase sexual, que deve ser controlada, visando ao casamento, porém, pouco ainda se fala em contracepção<sup>18</sup>.

A obra do Dr. Piere Roussel, intitulada *Système physique et moral de la femme*, publicada em 1773, teoriza sobre a “natureza feminina”, a qual irá perdurar do século XIX ao XX, estabelecendo uma subordinação da mulher com seu corpo biológico e à sua capacidade materna. No entanto, a puberdade feminina é representada de forma diferente da masculina, pois se de um lado enfatiza-se a “virilidade” do menino, de outro se enfatiza a feminilidade da garota, ou seja, a glória do nascimento do esperma e a impureza que surge com a menstruação. A mulher jovem, nesse sentido, existe socialmente pelo seu corpo e é na puberdade que ela ganha sentido pleno, momento esse considerado crucial, onde o corpo feminino torna-se apto para a maternidade, e por isto importante para o patrimônio social<sup>20</sup>.

Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não causaria tanto espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. No entanto, não há quase referências à andrologia, especialidade que se teria constituído para tratar da sexualidade e da reprodução no homem. Quanto à urologia, somente algumas definições expressam além do estudo e tratamento do aparelho genitourinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos<sup>21,22</sup>.

A partir desses fragmentos da história do corpo feminino podemos perceber os rastros deixados pelos conhecimentos oriundos das ciências biomédicas, que dentre várias intervenções, marcou a vida da mulher em várias fases, como por exemplo, a puberdade, a gravidez e a menopausa, o que afetou a sua vida de tal forma que não há equivalentes no caso masculino. Portanto, foi e continua sendo baseado nos papéis diferenciados na reprodução que se prescrevem papéis sociais muito distintos para homens e mulheres. Baseada principalmente em sua biologia, a condição feminina passa a ser naturalizada<sup>16,21</sup>.

Entende-se, assim, que não é suficiente “desnaturalizar” aquilo que é considerado como natural, como no caso do climatério e da menopausa, mas, sobretudo mostrar os mecanismos históricos, materiais, simbólicos, imaginários, que criam as relações sociais e a própria realidade. Tornar visível os olhares que até então tentaram desvelar os mistérios do corpo feminino, mostrando que os significados construídos a partir de sua materialidade biológica são históricos, e por esta razão, não são fixos e nem podem ser vistos como “verdades” irrefutáveis<sup>23</sup>.

É, sobretudo no corpo que se tornam manifestas as marcas que nos posicionam: ser (ou não ser) baixo, negro, magro, loiro, deficiente, etc; ter ou não ter tal ou qual sexo, idade, língua, etc.; partilhar (ou não partilhar) de tal ou qual costume, tradição, território, classe social, etc. A partir dessas marcas inúmeros significados são construídos, os quais não são estáveis nem têm a mesma importância ou penetração relativa, combinam-se e recombina-se permanentemente entre si e é principalmente no corpo que se tornam visíveis<sup>24</sup>.

Pela força das representações anatômicas vigentes nas ciências biomédicas e difundidas em nossa sociedade, as diferenças sociais encontram-se naturalizadas, inscritas em profundidade no biológico. Isso faz com que, por exemplo, a menina aprenda rapidamente que o corpo da mulher é linfático, submetido aos fluidos e hormônios, como se o sistema

hormonal não existisse nos corpos dos homens. Ela aprende, também, que sua realização e sua razão de ser biológicas estão ligadas à maternidade. A construção social e cultural dos corpos não é gratuita, pois ele age também como o suporte de valores simbólicos, hierarquicamente organizados. Em cada cultura, os atributos são designados a cada um dos sexos, de acordo com uma organização dicotômica, sendo que a valoração que lhes é dada varia, ou seja, em diferentes sociedades estudadas, o termo feminino é hierarquicamente inferior. Portanto, a naturalização da diferença dos sexos serve assim de fundamento biológico à desigualdade entre mulheres e homens<sup>25</sup>.

Portanto, o corpo pode ser vislumbrado como um “espaço-tempo”, carrega consigo as marcas inscritas do que viveu, podendo ser pensado como um dos territórios mais visíveis de conexão entre natureza e cultura. Em sua visibilidade, pode ser interpretado de múltiplas maneiras, como um texto escrito pela sociedade onde está inserido. Mostra-se também como uma vitrine móvel de conquistas científicas e tecnológicas, cuja materialidade biológica revela sinais de saúde e doença, alegria e tristeza, vida e morte<sup>26</sup>.

Na atualidade, a medicina é sexuada da mesma forma: em seus manuais, as mulheres são representadas quando se trata de mostrar o coração, locus dos sentimentos, ou de explicar a reprodução, como se seu corpo fosse essencialmente reduzido à sua função reprodutiva. As metáforas utilizadas não são neutras, na medida em que o corpo é comparado a uma máquina, uma usina, ou um motor, sendo passível de ataques, de agressões, de revanches. Quanto à reprodução, coloca-se em cena espermatozóides valentes e conquistadores, batendo-se para chegar em primeiro lugar no centro do óvulo, imóvel e passivo, coisa inerte esperando ser conquistada<sup>27</sup>.

Os estudos feministas têm sido, assim, a ponta de lança para a crítica da ciência, das verdades instituídas, dos valores transformados em leis, na medida em que revelam a historicidade absoluta do ser humano e dos sentidos criados em práticas discursivas, marcadas de tempo e de espaço, que tendem a ser erroneamente universalizadas. Nesse sentido, o termo “o homem” designa o universal, o humano, “os homens”, as suas divisões individuais; a “mulher” aponta para uma espécie do humano, o “outro”, e “as mulheres” apenas o quantitativo<sup>28</sup>.

Os atributos de gênero e idade se entrelaçam com o lugar e a imagem que neles ocupamos socialmente. A idade, desta forma, não é só uma atribuição cronológica, mas também é um fator determinante das expectativas de relação e comportamento dos indivíduos. Nesse sentido, a imagem do que vem a ser feminina, construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude, na fertilidade, atinge profundamente a identidade da mulher. A fase da menopausa sendo representada socialmente como momento crítico, acaba afetando negativamente a construção da sua auto-imagem<sup>24</sup>. Neste sentido, resta saber quais as marcas e os rastros deixados por essas convenções sociais na vida das mulheres.

## **2.2 CORPO E MENOPAUSA: UMA CONSTRUÇÃO BIOMÉDICA E SÓCIO-CULTURAL**

O corpo feminino, no decorrer de sua história, vem sendo produzido e reconstruído continuamente, submetido a diversos olhares e discursos que permeiam a sociedade e que procuram incessantemente desvelar suas peculiaridades e compreender sua complexidade. Ser mulher e tornar-se mulher, significa lidar com um corpo que muda constantemente, submetido a ciclos e acontecimentos, tais como a menarca, a gestação, o parto e a menopausa, imprimindo marcas que são significadas e simbolizadas de diferentes formas, recebendo forte influência cultural.

A ciência da mulher emerge no século XIX, com o surgimento da ginecologia como uma especialidade médica, motivado pelo desejo de saber e de conhecer o funcionamento detalhado do corpo feminino, fazendo com que a mulher, em contraste com o homem, se torne objeto de investigações por parte das ciências biomédicas. Estes estudos ao mesmo tempo em que tratavam dos problemas relativos à mulher e à reprodução, contribuíram também para a construção dos papéis sociais de homens e mulheres. O tratamento especificamente dos fenômenos reprodutivos da mulher, como a gravidez, o parto e o puerpério, já há algum tempo constituíam o foco de estudos da obstetrícia. No entanto, o surgimento da ginecologia marca uma distinção com essa outra especialidade, olhando e esmiuçando o corpo feminino sob prismas diferenciados<sup>21</sup>.

O conhecimento produzido pelas ciências biomédicas permitiu, assim, que o corpo feminino fosse decifrado em suas peculiaridades, principalmente no que diz respeito ao seu sistema reprodutor, o qual produz alterações corporais em fases bem distintas da sua vida. Portanto, tanto a presença ou ausência da menstruação pode ser vista como algo simbólico, demarcando momentos diferentes na vida da mulher, como a menarca e a menopausa, trazendo inúmeras transformações, constituindo-se como marcos visíveis em seu corpo, os quais cada cultura investe de sua rubrica. Em sua trajetória subjetiva, então, a vida feminina é marcada e demarcada pelos sucessivos ciclos biológicos, onde a menopausa encerra esta fase cíclica<sup>16,29,30</sup>.

O conceito de menopausa surge em 1816 no artigo de Gardanne denominado “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”. Menopausa é derivada de duas palavras gregas *men* (mês) e *pausis* (cessação), designando a última menstruação. Até finais da década de setenta utilizava-se a palavra climatério, originária do grego *klimacter* (período crítico), para designar o período que antecedia o fim da vida reprodutiva e menopausa para nomear a interrupção da menstruação, porém em 1980 a Organização Mundial da Saúde propôs a padronização da terminologia e sugere o termo climatério. No entanto, na prática o que se vê é o uso indiscriminado dos dois termos para designar essa fase da vida feminina<sup>29</sup>.

A menopausa significa para a mulher a passagem de um período reprodutivo da sua vida para um não-reprodutivo, ou seja, do menacme à senectude, apresentando limites imprecisos. O aparecimento de alguns sinais de envelhecimento, o término da atividade ovariana e a perda da capacidade reprodutiva podem provocar na mulher uma infinidade de questionamentos e dúvidas, caracterizando um período denominado por muitos estudiosos como sendo a “idade crítica”<sup>5,31</sup>.

Fisiologicamente a menopausa se refere à interrupção definitiva da ovulação e por consequência da menstruação. No entanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que este termo seja utilizado para designar o processo como um todo e não apenas o cessar do fluxo menstrual. A OMS também considera que a mulher encontra-se na fase da menopausa após a ausência consecutiva da menstruação por um período de 12 meses, o que ocorre normalmente entre os 45 e 55 anos. Nos países considerados industrializados, as mulheres vivenciam este período em média, aos 51,9 anos, e nos países em desenvolvimento isto ocorre de um a dois anos a menos<sup>7,29</sup>.

No Brasil, a menopausa surge como uma das temáticas presentes na pauta das discussões na década de 1990. Quando as pesquisas na área começaram a proliferar, elas eram constituídas por investigações médicas que enfocavam principalmente a eficácia da terapia hormonal. Em 1993, o Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), orientações específicas à assistência ao climatério com o objetivo de tornar hegemônico os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde<sup>32,33</sup>.

Ainda existem poucos estudos epidemiológicos a respeito da menopausa em populações latino-americanas, as quais diferem em estilo de vida e hábitos reprodutivos de populações de países desenvolvidos. Os resultados de um inquérito populacional brasileiro realizado em 2003, indicam que a idade mínima da menopausa natural foi de 28 anos e a máxima de 58 anos nos diversos níveis sócio-econômicos. Em mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais hormonais, a mediana de idade da menopausa foi significativamente mais alta do que aquelas que não os utilizaram<sup>6</sup>.

O fator mais importante para determinar a idade de incidência da menopausa ainda é considerado o número de folículos ovarianos. Esta parece ser a principal referência para determinar a data da menopausa natural, sendo geneticamente programada para cada mulher. Vários relatos têm mostrado que o tabagismo, baixo nível sócio-econômico e baixo peso ponderal estão associados à menopausa precoce. Os fatores que reduzem os ciclos ovulatórios durante o período reprodutivo feminino, como a paridade, uso de contraceptivos hormonais e ciclos anovulatórios têm tendência a adiar idade em que ocorre a última menstruação<sup>6,31</sup>.

Os principais sintomas relacionados ao período do climatério são secundários à redução dos níveis de estrogênios circulantes. Os mais freqüentes são a instabilidade vasomotora, os distúrbios menstruais caracterizados por sangramentos irregulares, sintomas psicológicos, atrofia gênito-urinária, ressecamento vaginal e redução do tamanho do útero e mamas. Mais tardiamente, o hipoestrogenismo pode predispor à osteoporose e alterações cardiocirculatórias<sup>31</sup>.

As alterações urogenitais presentes na menopausa são decorrentes do hipoestrogenismo, surgindo em geral a médio e longo prazo, depois de alguns anos após a

última menstruação, apresentando alta incidência e interferindo na qualidade de vida das mulheres nesta fase da vida. As queixas mais frequentemente relatadas são: a secura vaginal, a dispareunia\*, o sangramento durante o intercuro do coito, prurido vulvar, corrimento vaginal, disúria\*, polaciúria\*, noctúria\*, urgência miccional e em especial as incontinências urinárias<sup>31</sup>.

Apesar de ser tratada com freqüência como doença, reduzindo-se sua complexidade à queda dos níveis hormonais, a menopausa é um fenômeno considerado natural na vida da mulher. Ondas de calor, sudorese, insônia, secura vaginal, irritabilidade, depressão, entre outras perturbações podem estar presentes na vida da mulher na menopausa, entretanto, as mulheres vivenciam estas mudanças de forma diversificada, o que vem sendo reafirmado por estudos sociais e transculturais que abordam esta temática<sup>7</sup>.

De acordo com a *North American Menopause Society* (NAMS) todas as mulheres passarão pela experiência da menopausa, no entanto, a vivência desta etapa será singular. As expectativas das mulheres diante desta fase e a variedade de experiências da menopausa encontradas em diferentes partes do mundo, bem como entre diferentes grupos étnicos, sugerem que apesar da menopausa ser um evento fisiológico, ela recebe simultaneamente influência genética e cultural<sup>34</sup>.

Portanto, esses distúrbios próprios da menopausa são experienciados em todas as culturas, sendo que os mesmos apresentam nítidas diferenças qualitativas. A onda de calor tem se mostrado como o sinal mais freqüente desta fase relatado pelas mulheres, confirmado em recente pesquisa realizada com mulheres alemãs. Já na Nova Guiné, a menopausa está relacionada a distúrbios da idade, como problemas cardíacos, sintomas urológicos, disfunções sexuais e dores de origem musculoesquelética<sup>35</sup>.

Os inúmeros significados, discursos e representações construídos a respeito da menopausa, falam desta fase na vida feminina de diversos pontos de vista, como uma deficiência hormonal, como uma patologia biológica que requer atenção especializada, ou um processo natural associado à idade, que pode transcórrer sem maiores complicações. De

---

\* Dispareunia caracteriza-se por dor persistente ou recorrente durante a relação sexual.

\* Disúria é a presença de dor ou desconforto durante a micção.

\* Polaciúria é o aumento da freqüência miccional diurna.

\* Noctúria é o aumento da freqüência miccional a noite.

qualquer forma entende-se que todas essas alterações constituem-se como marcas do tempo vivido que deixam rastros no corpo e na vida feminina<sup>32,36,37,38</sup>.

Talvez pelo fato da menopausa ser caracterizada por sinais e sintomas próprios, tenha induzido ao longo dos anos, os profissionais da área da saúde a associá-la com a doença, não a considerando como uma etapa natural do ciclo da vida feminina, não sendo necessariamente uma alteração patológica. E a prescrição hormonal, tanto dos estrógenos como da progesterona, tem contribuído para a construção de uma imagem muitas vezes negativa com relação à redução hormonal, deixando de ser percebida como algo natural ocasionado pela fisiologia feminina deste período, e pela qual passam todas as mulheres. Portanto, esta medicalização do corpo feminino na menopausa pode contribuir também para escamotear a complexidade desta fase na vida da mulher, reduzindo-a a um evento puramente biológico<sup>7</sup>.

A menopausa pode, então, ser vislumbrada tanto como um acontecimento fisiológico como um evento biográfico construído pela opinião do senso comum e pelas ciências, onde a auto-imagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida contribuem de forma relevante no aparecimento e na intensidade dos sinais e sintomas presentes, recebendo forte influência cultural<sup>32, 36, 37, 38</sup>.

As mulheres, enquanto sujeitos sócio-históricos, apresentam modos de agir, de pensar, de sentir e de interpretar a menopausa tomando como base sua visão de mundo, decorrentes das relações e interações que estabelecem com as pessoas e o ambiente onde vivem. Desta forma, para se compreender os efeitos da menopausa deve-se considerar a relação que a mulher mantém com seu próprio corpo no decorrer de sua história de vida pessoal e familiar, suas experiências afetivas, o lugar social que ocupa, sendo estes aspectos indissociáveis que constituem a sua experiência subjetiva de vida<sup>7,39</sup>.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo apresenta um delineamento qualitativo, descritivo e exploratório. Teve como objetivo analisar os significados construídos por mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito das marcas da menopausa inscrita em seus corpos e suas vidas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS em 18 de junho de 2007, mediante ofício 07/03549.

Esta metodologia escolhida não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado para a vida das pessoas, a crença de que verdades acerca da realidade são baseadas na experiência vivida<sup>40,41,42,43</sup>. O presente estudo procurou compreender como a menopausa, visto como um fenômeno universal, é percebido e representado pelas participantes. Sabe-se que os significados construídos emergem da vivência da menopausa, de seus efeitos corporais e subjetivos, e a partir destas experiências é que as mulheres organizam suas vidas, incluindo nesse processo o cuidado com sua própria saúde.

A partir dessa perspectiva a pesquisa qualitativa é uma forma de investigação que busca responder a questões de ordem particular. Esse tipo de investigação se preocupa em representar um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha-se com um universo de significados, motivos, crenças, valores, atitudes, percepções, que estão inseridos numa complexa teia de relações sociais, o que por sua vez impossibilita que sejam reduzidos à operacionalização de variáveis<sup>44</sup>.

#### **3.2 GRUPO DE PARTICIPANTES DO ESTUDO**

O critério de seleção do grupo de mulheres participantes do estudo foi intencional. As mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) selecionadas para o estudo freqüentavam os Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico desenvolvidos no Ambulatório de Fisioterapia de um Centro de Saúde do Município de Porto Alegre, em parceria com o

Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Metodista do IPA. Este trabalho de Reabilitação do Assoalho Pélvico teve início em novembro de 2004, com o intuito de atender as necessidades das usuárias que realizavam acompanhamento médico no Serviço do Climatério deste Centro de Saúde. Nestes grupos, as mulheres recebem informações sobre o períneo e sua funcionalidade, aprendem a realizar exercícios para reeducar os músculos do assoalho pélvico, além deste espaço se constituir de um momento de compartilhamento de conhecimentos, vivências, dúvidas e ansiedades entre as participantes.

O principal critério de inclusão das participantes no estudo foi o fato delas estarem vivenciando os primeiros sinais da menopausa ou já estarem de fato na pós-menopausa. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A). Elas também foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, sendo garantido o anonimato de suas identidades, tendo liberdade em participar ou desistir em qualquer momento do estudo, sem prejuízo individual. E que as informações coletadas no decorrer do estudo seriam utilizadas exclusivamente pela pesquisadora para fins científicos.

### **3.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES**

O trabalho de campo foi realizado no período compreendido entre novembro de 2007 a agosto de 2008. As informações foram coletadas por meio de um questionário contendo questões fechadas e de uma entrevista semi-estruturada.

O questionário era constituído por questões referentes ao perfil das participantes, tais como: idade atual, estado civil, nível de escolaridade, idade menarca, idade menopausa, paridade, uso da Terapia Hormonal, tempo de uso e cirurgias pélvicas prévias (anexo B).

A entrevista era composta em sua totalidade de sete perguntas (anexo C). As questões abordadas relacionavam-se ao ciclo menstrual, o conhecimento sobre a menopausa, a chegada da menopausa, as marcas corporais relacionadas à menopausa, o significado da interrupção da menstruação, os sentimentos que emergiram neste momento da vida e os cuidados corporais realizados.

A aplicação do questionário e as entrevistas foram realizadas de forma individualizada no centro de saúde freqüentado pelas mulheres, após as mesmas participarem do tratamento nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico, nos turnos manhã e tarde. Todas as entrevistas foram registradas em gravador da marca GE, *auto voice record* (AVR) 3-5383, em fita microcassete MC-60 e posteriormente transcritas na íntegra.

Ao se utilizar a entrevista como uma situação relacional por excelência, considera-se que tanto os participantes como o próprio pesquisador são pessoas ativas no processo de produção de sentidos. Ao longo de sua história de vida, o indivíduo vai se posicionando e buscando uma coerência discursiva, recolhendo e processando narrativas que lhe dêem identidade. Por se tratar de uma prática discursiva, a entrevista passa a ser então uma ação situada e contextualizada onde se constroem versões da realidade<sup>41,45,46</sup>.

No decorrer do estudo, os fragmentos das narrativas das participantes foram incorporados ao texto, sendo que foram preservadas a maneira como cada uma relatou as situações relacionadas a vivência da menopausa. Portanto, não houve interferência por parte da pesquisadora nas falas transcritas ao longo do texto, pois um dos propósitos deste estudo era permitir as participantes a autoria de suas histórias.

### **3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

Para Goldim<sup>40</sup>, na pesquisa qualitativa não existe uma clara delimitação entre o término do trabalho de campo de coleta de dados e o início da análise dos mesmos. A avaliação de dados qualitativos é um processo altamente criativo, porém caracterizado igualmente pelo rigor intelectual.

Conforme afirma Deslandes<sup>44</sup>, três finalidades estão presentes nesta etapa do estudo: buscar compreender as informações coletadas, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder ou não questões formuladas, e por último, ampliar o conhecimento sobre a temática analisada, contextualizando-a ao ambiente cultural na qual está inserida.

As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua integralidade. Posteriormente, as informações coletadas foram analisadas e interpretadas, a partir da técnica denominada

Análise de Conteúdo, preconizada por Bardin<sup>47</sup>. Esta técnica de análise permitiu a identificação e classificação das narrativas das participantes em categorias temáticas, relacionando-as aos objetivos específicos almejados, como forma de responder a questão principal norteadora do estudo, que seria explicitar os significados construídos por essas mulheres a respeito da vivência da menopausa.

A análise de conteúdo vem a ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo presente nas mensagens. Esta técnica parte de uma literatura de primeiro plano para poder atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os significados manifestos. Também permite articular a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que interferem em suas características, tais como: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem<sup>47,48</sup>.

Existem várias técnicas de análise de conteúdo que podem ser utilizadas para analisar as informações coletadas, no entanto, optou-se pela Análise Temática, por ser a forma mais adequada para uma investigação com delineamento qualitativo, como se propõe o presente estudo<sup>9</sup>. Ela baseia-se na noção de “tema”, comportando uma rede de relações que pode ser apresentada por meio de uma palavra, uma frase ou resumo. Com esta técnica é possível desvelar os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação<sup>48</sup>.

A Análise Temática apresenta fases distintas, organizando-se em três etapas principais<sup>47,48</sup>:

- 1) Pré-análise;
- 2) Exploração do material empírico;
- 3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

### 3.5 DESENHO DA PESQUISA

Após a realização de todas as etapas anteriormente descritas preconizadas pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, as informações coletadas durante as entrevistas realizadas com as participantes do estudo foram interpretadas e categorizadas em cinco unidades temáticas: 1) *Perfil das participantes do estudo*; 2) *Da menarca à menopausa: significados da menstruação*; 3) *Menopausa: uma rede tecida por conhecimentos e vivências*; 4) *Vivenciando a menopausa: múltiplas percepções*; 5) *Uma nova etapa da vida* (Figura 1)

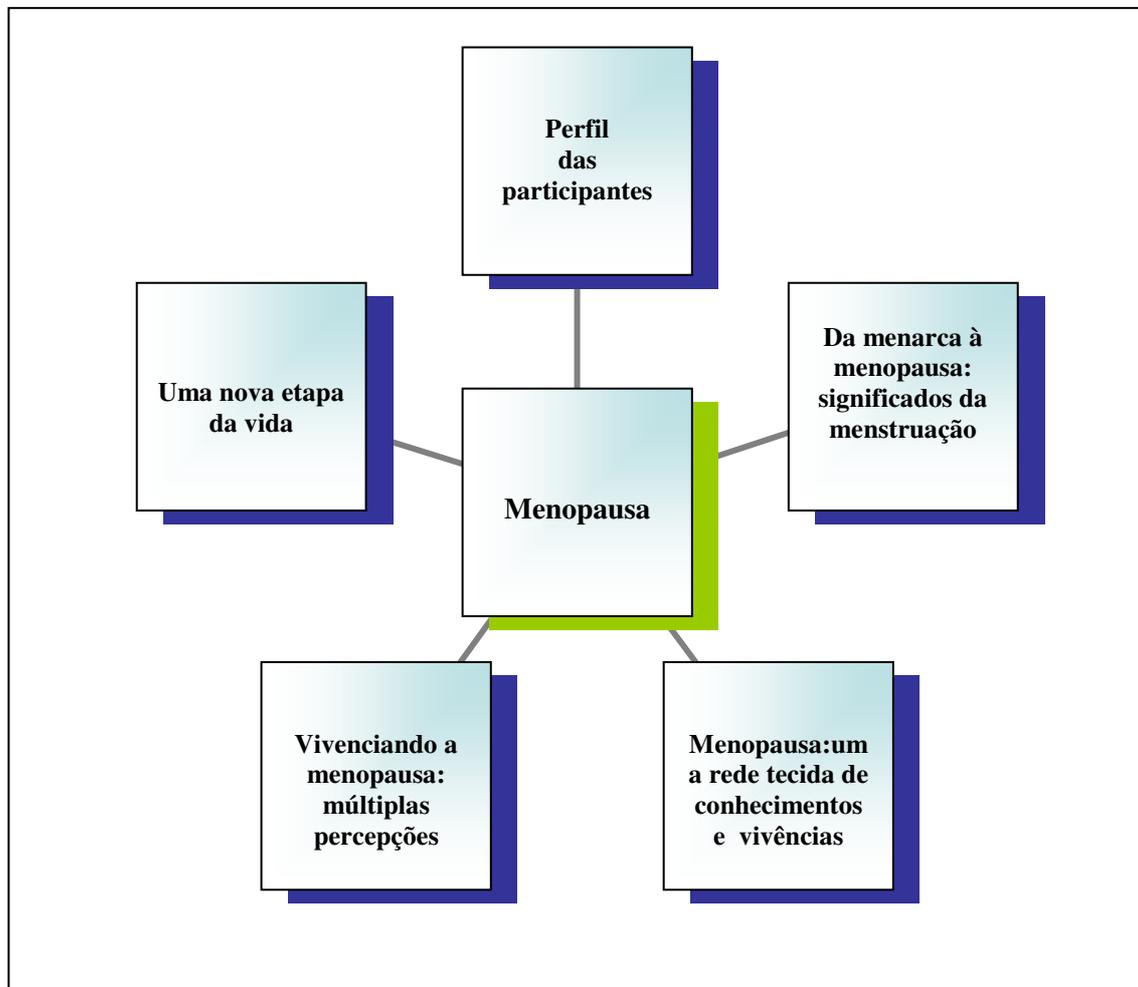


Figura 1: Categorias de análise temática  
Fonte: A autora (2008)

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise e interpretação das narrativas das dezesseis participantes, tendo como referência os objetivos específicos almejados pelo estudo, buscou-se elucidar os significados construídos pelas mulheres participantes do estudo sobre as marcas da menopausa inscritas em seus corpos e em suas vidas. Como resultado do estudo, as narrativas foram categorizadas em cinco unidades temáticas, descritas a seguir.

Na categoria denominada “*Perfil das Participantes*” buscou-se descrever características a respeito das mulheres integrantes do estudo, com relação a idade, estado civil, escolaridade, menarca, menopausa e terapia hormonal . Na categoria denominada “*Da menarca à menopausa: significados da menstruação*” foi possível compreender as ambigüidades presentes nos significados construídos e atribuídos ao ciclo menstrual pelas participantes. Na categoria “*Menopausa: uma rede tecida por conhecimentos e vivências*” foi desvelado o conhecimento adquirido pelas participantes a respeito da menopausa. Na categoria “*Vivenciando a menopausa*” procurou-se compreender os sentimentos que emergiram a partir das mudanças corporais trazidas pela menopausa. E por último, na categoria “*Uma nova etapa da vida*” tornou-se possível conhecer a prática do autocuidado realizado pelas participantes.

De um modo geral, os significados construídos pelas participantes do estudo a respeito das marcas da menopausa em suas vidas, as marcas corporais percebidas e os sentimentos que emergiram com as alterações presente mostraram-se plurais, na medida em que a vivência desta fase é singular e por esta razão diferente para cada mulher. A partir de suas narrativas, a visão reducionista da menopausa como um evento eminentemente fisiológico e de cunho universal acaba sendo superada diante da pluralidade de descrições realizadas a respeito do mesmo fenômeno que ocorre no corpo, cujos sinais emanam dele, mas que são descritos e interpretados pelas participantes de diversas formas e intensidades.

Por se tratar de um estudo com delineamento qualitativo, os resultados encontrados não são generalizáveis, na medida em que estes achados descrevem as percepções especificamente deste grupo de mulheres participantes da pesquisa a respeito da experiência da menopausa, tomando como base suas crenças, conhecimentos, dúvidas, anseios e

ideologias existentes na sociedade e na cultura, que são internalizadas e subjetivadas de forma singular.

#### 4.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES

Nesta parte do estudo foi descrito o perfil das mulheres participantes da investigação quanto à idade e estado civil atual, nível de escolaridade, idade da menarca e da menopausa, e o uso da Terapia Hormonal – TH. (Figura 2).

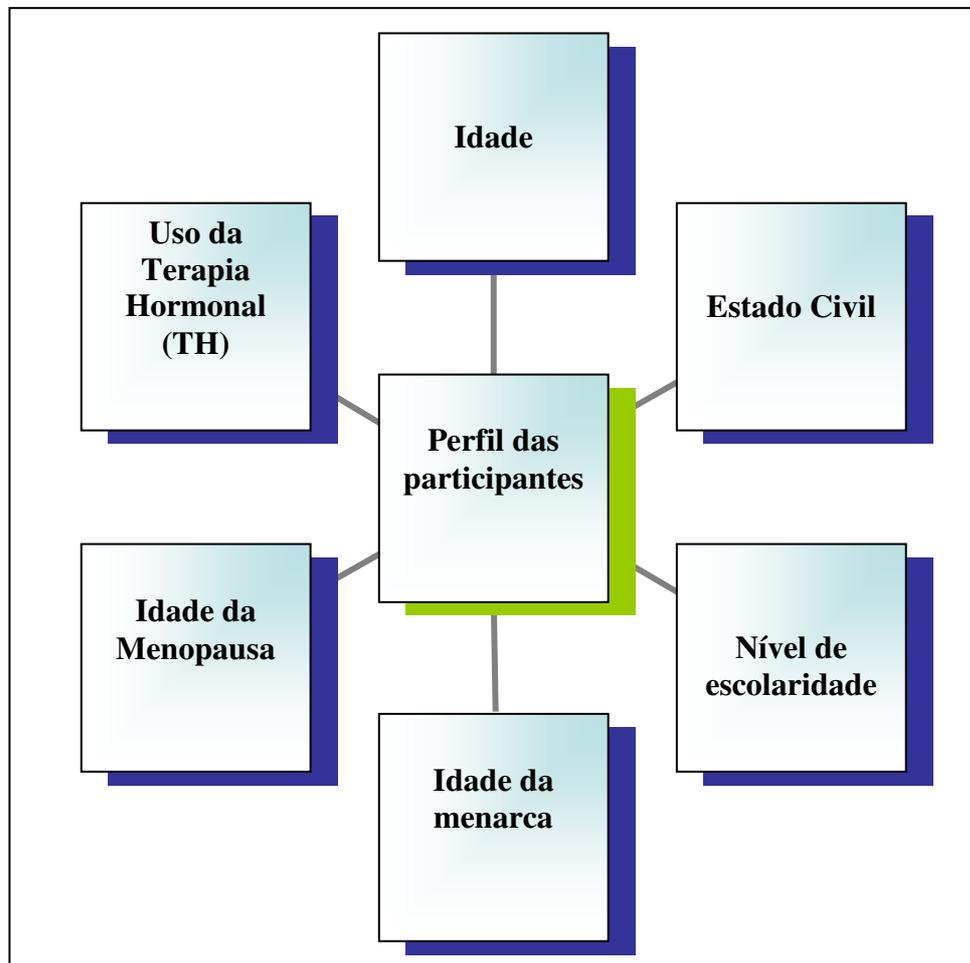


Figura 2: Perfil das participantes do estudo  
Fonte: A autora (2008)

#### 4.1.1 Idade

Participaram do estudo dezesseis mulheres na faixa etária entre 50 a 89 anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que freqüentavam os grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico desenvolvido pelo ambulatório de Fisioterapia de um Centro de Saúde do Município de Porto Alegre. Das participantes, 37,5% (n=6) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 60 a 69 anos, 37,5% (n=6) na faixa etária entre 70 a 79 anos, 12,5% (n=2) entre 50 a 59 anos e 12,5% (n=2) entre 80 a 89 anos (gráfico 1).

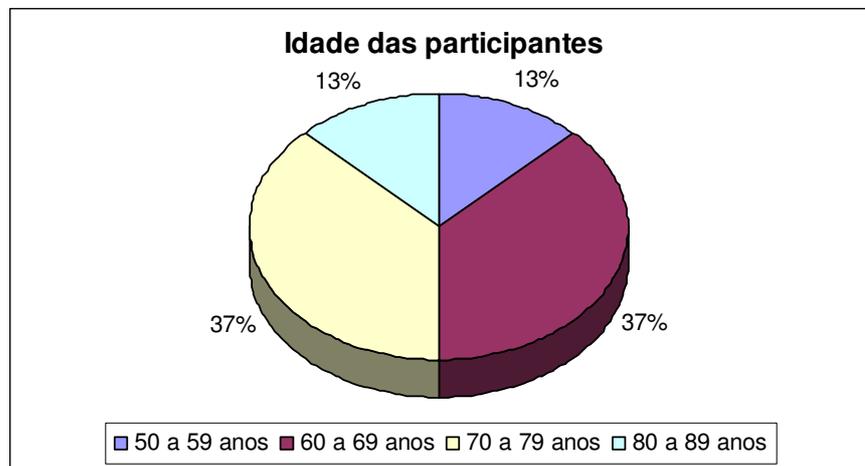


Figura 3: Faixa etária das participantes do estudo  
Fonte: A autora (2008)

#### 4.1.2 Estado Civil

Com relação ao estado civil das participantes, 37,5% (n=6) eram viúvas, 31,25% (n=5) eram casadas, 18,75% (n=3) separadas e 12,5% (n=2) solteiras (gráfico 2).

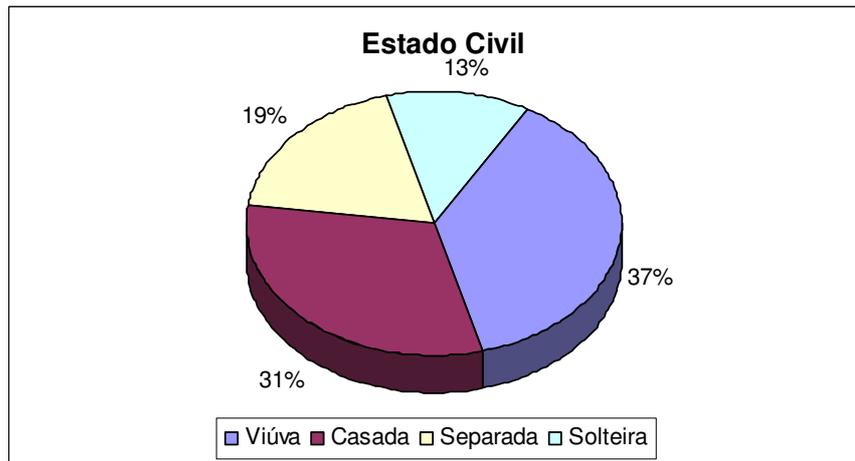


Figura 4: Estado civil das participantes  
Fonte: A autora (2008)

#### 4.1.3 Nível de Escolaridade

O nível de escolaridade variou desde ensino fundamental incompleto até nível universitário, sendo que 37,5% (n=6) tinham completado o ensino fundamental, 25% (n=4) tinham ensino fundamental incompleto, 18,75% (n=3) apresentavam ensino médio completo, 12,5% (n=2) tinham ensino superior e 6,25% (n=1) tinham o ensino médio incompleto (gráfico 3).

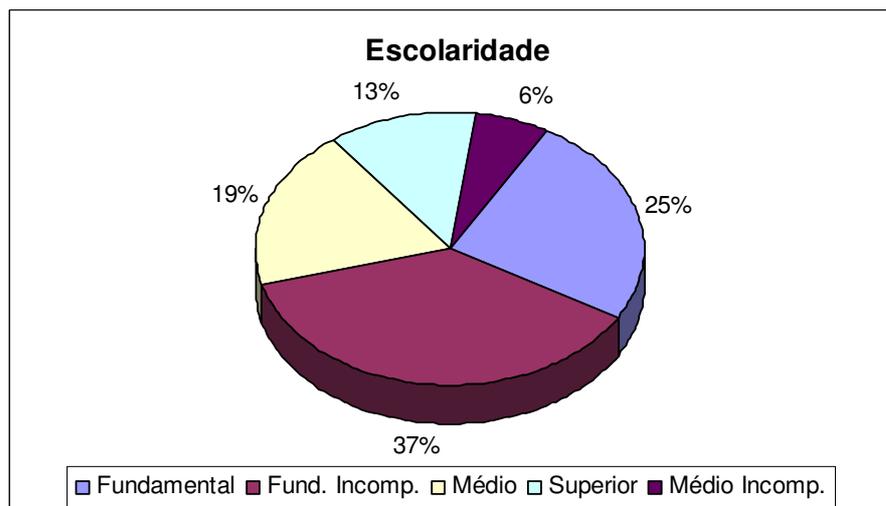


Figura 5: Nível de escolaridade das participantes  
Fonte: A autora (2008)

#### 4.1.4 Idade da Menarca

A idade da menarca\* das mulheres participantes variou de 11 a 16 anos, sendo que para 37,5% (n=6) ela aconteceu aos 15 anos, 18,75% (n=3) aos 12 anos, 12,5% (n=2) aos 11 anos, 12,5% (n=2) aos 13 anos, 12,5% (n=2) aos 16 anos e 6,25% (n=1) aos 14anos (gráfico 4).

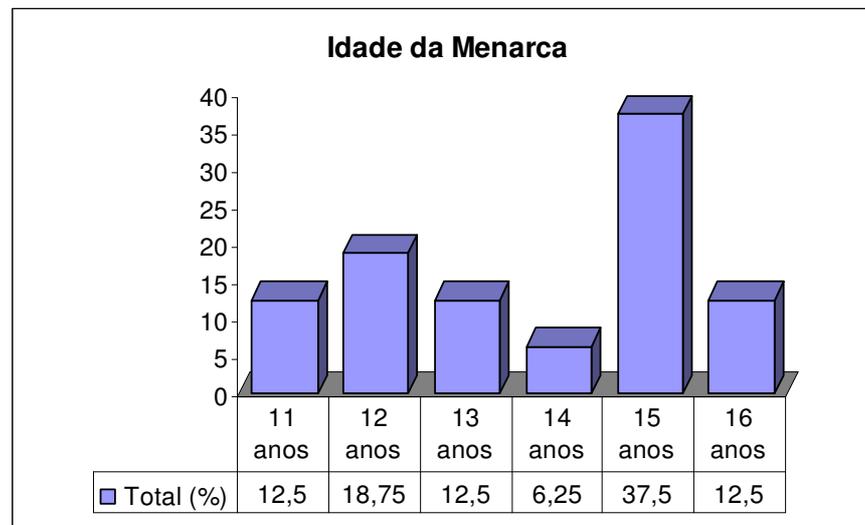


Figura 6: Idade da menarca das participantes

Fonte: A autora (2008)

A menarca é um evento significativo na vida da mulher, envolvendo grandes transformações somáticas, metabólicas e psicossociais. A idade de sua ocorrência recebe influência direta de fatores genéticos, ambientais, sazonalidade, estado nutricional, atividade física, aspectos emocionais e hormonais. Por esta razão não há um consenso sobre a idade de ocorrência, na medida em que ela pode ser alterada tanto por fatores biológicos como não biológicos, ficando difícil estabelecer uma média mundial. A tendência de redução da idade de ocorrência é um fenômeno universal, sendo que ela tem variado entre 11,9 anos para as americanas e 15,9 para as senegalesas. As brasileiras apresentam uma das mais baixas idades de menarca em nível mundial<sup>49</sup>.

\* Menarca, conforme Castilhos e Barros, 2000, é a primeira menstruação que acontece com a maturação sexual feminina.

No presente estudo, a idade média da menarca das participantes foi de 14,6 anos, portanto mais tardia do que a idade apontada por estudos contemporâneos sobre esta temática, os quais revelam que houve uma redução na idade da primeira menstruação com o decorrer dos anos. De acordo com Castilhos<sup>50</sup>, a menarca tem ocorrido de três a quatro meses mais cedo a cada década, para uma mesma população, sendo que atualmente a idade da menarca no Brasil está em torno dos 12,6 anos.

#### 4.1.5 Idade Menopausal

Com relação ao estado menopausal das mulheres participantes do estudo, 12,5% (n=2) ainda encontravam-se na fase dos ciclos menstruais irregulares. Para 81,25% (n=11) das participantes aconteceu de forma espontânea, sendo que para 18,75% (n=3) a menopausa foi secundária a realização de histerectomia\*. A idade mais prevalente da menopausa espontânea foi aos 53 anos, correspondendo a 25% (n=4) das participantes. As demais apresentaram 12,5% (n=2) aos 47 anos, 12,5% (n=2) aos 51 anos, 12,5% (n=2) aos 52 anos, 6,25% (n=1) aos 50 anos e 6,25% (n=1) aos 54 anos (gráfico 5).

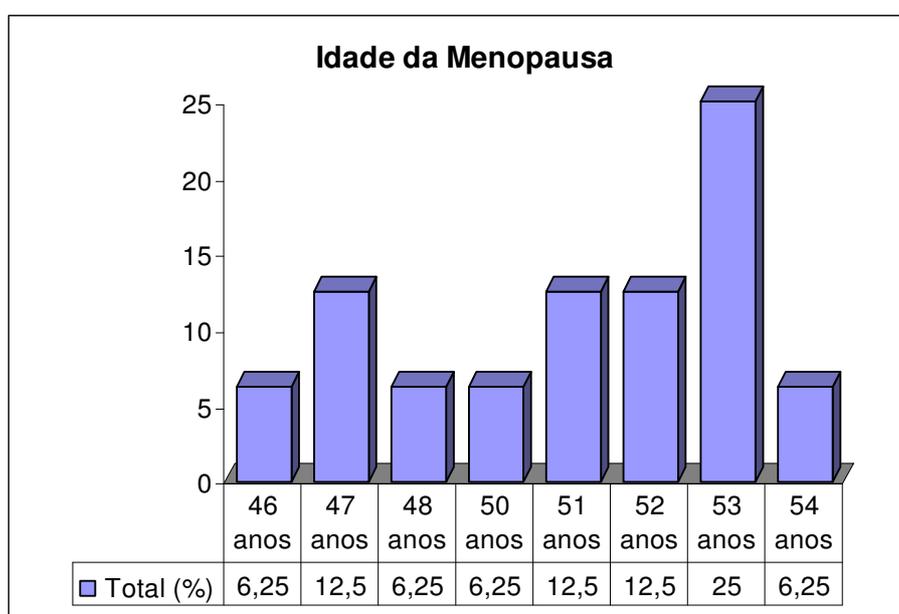


Figura 7: Idade menopausal das participantes  
Fonte: A autora (2008)

\* Histerectomia é a retirada cirúrgica parcial ou total do útero.

Historicamente a média etária da menopausa não mudou muito, pois relatos de Aristóteles e Hipócrates, de quase 2000 anos atrás, já registravam a idade de 40 anos. Na verdade, as causas das diferenças encontradas nos estudos não são claras, embora seja aceitável que fatores socioeconômicos possam interferir indiretamente. Sabe-se que a idade da menopausa pode ser influenciada por alguns fatores como paridade, nutrição, raça e tabagismo, podendo ser antecipada por 3 anos<sup>31</sup>.

A idade da menopausa apresenta uma variabilidade significativa. Estudos recentes mostraram que a média etária na Grã-Bretanha foi de 50,2; na Holanda 51,5; Nos Estados Unidos ao redor de 51,1; na África do Sul foi de 46,7; em Gana de 48 e nas mulheres tailandesas ao redor de 45 anos. Em países asiáticos a média foi de 51,1 anos<sup>31,51,52,53</sup>.

No presente estudo a média de idade de ocorrência da menopausa espontânea das participantes foi de 51,3 anos, estando de acordo com os achados dos estudos realizados no Brasil, os quais indicam que a idade menopausal pode variar de 45 a 51 anos<sup>6,31</sup>. Nas mulheres árabes a idade média é em torno de 48,94 anos. Na Turquia a idade média é mais alta, cerca de 52 anos. Estas diferenças encontradas entre localidades diferentes demonstram que a idade da menopausa recebe múltiplas influências, dos aspectos biológicos, sócio-culturais e ambientais<sup>51,52</sup>.

Conforme Parazzini *et al*<sup>54</sup>, a menopausa espontânea entre mulheres italianas ocorre em média aos 51,2 anos de idade. Fatores como nível de escolaridade, aumento do índice de massa corpórea (IMC), multiparidade, ciclos menstruais irregulares e menarca tardia provocaram uma menopausa mais tardiamente, sendo que o tabagismo provocou antecipação da idade de ocorrência da menopausa.

#### **4.1.6 Uso da Terapia Hormonal**

Com relação ao uso da Terapia Hormonal (TH), 62,5% (n=10) das participantes utilizaram hormônio neste período da menopausa, sendo que 37,5% (n=6) não a utilizaram. O tempo de utilização da TH variou de 6 meses a 8 anos, sendo que 40% (n=4) das participantes realizaram a TH por cerca de 6 meses a 1 ano (gráfico 6).

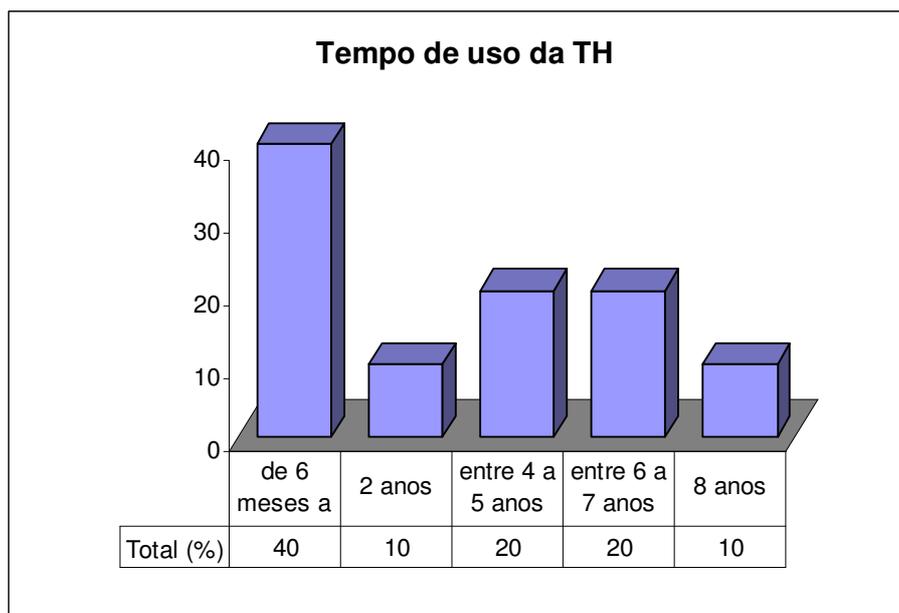


Figura 8: Tempo de uso da TH pelas participantes  
Fonte: A autora (2008)

De acordo com Giacomini *et al*<sup>55</sup>, TH tem sido recomendada para a redução dos sintomas vasomotores presentes na menopausa, como tratamento da atrofia vaginal e prevenção da osteoporose. Apesar das vantagens descritas, aproximadamente 70% das mulheres usuárias desta terapia hormonal cessam o tratamento após o primeiro ano de uso. As principais causas da baixa aderência ao tratamento são: sangramento menstrual irregular, mastalgia, náusea, cefaléia, ganho de peso, retenção hídrica, além do receio do câncer de mama. No presente estudo 40% das participantes interromperam o uso da TH após um ano de uso, pois tinham conhecimento dos riscos presentes.

A partir dos resultados obtidos a respeito do perfil das mulheres participantes deste estudo, percebe-se que elas encontram-se em diferentes momentos de suas vidas, onde algumas ainda estão vivenciando as alterações trazidas pela menopausa, ao passo que outras precisam resgatar em suas memórias as vivências desta etapa. Reconstruir a experiência da menopausa em seus corpos e suas vidas fez com que cada uma voltasse ao passado para trazer ao presente o momento da primeira menstruação (menarca) e o fim do ciclo menstrual com a chegada da menopausa. Algumas experimentaram este momento de forma espontânea, onde a menstruação cessou naturalmente, enquanto outras tiveram uma menopausa artificial secundária à realização da histerectomia. Portanto, histórias de vidas plurais que serão

narradas no decorrer deste estudo, onde o elo comum que as une vem a ser a vivência da menopausa.

## 4.2 DA MENARCA À MENOPAUSA: SIGNIFICADOS DA MENSTRUACÃO

Esta categoria temática foi construída a partir dos depoimentos das participantes sobre os significados atribuídos à menstruação, através das percepções referidas sobre o ciclo menstrual, os primeiros sinais de irregularidade menstrual anunciando a chegada da menopausa, a interrupção do fluxo menstrual e os sentimentos presentes neste momento (Figura 3).

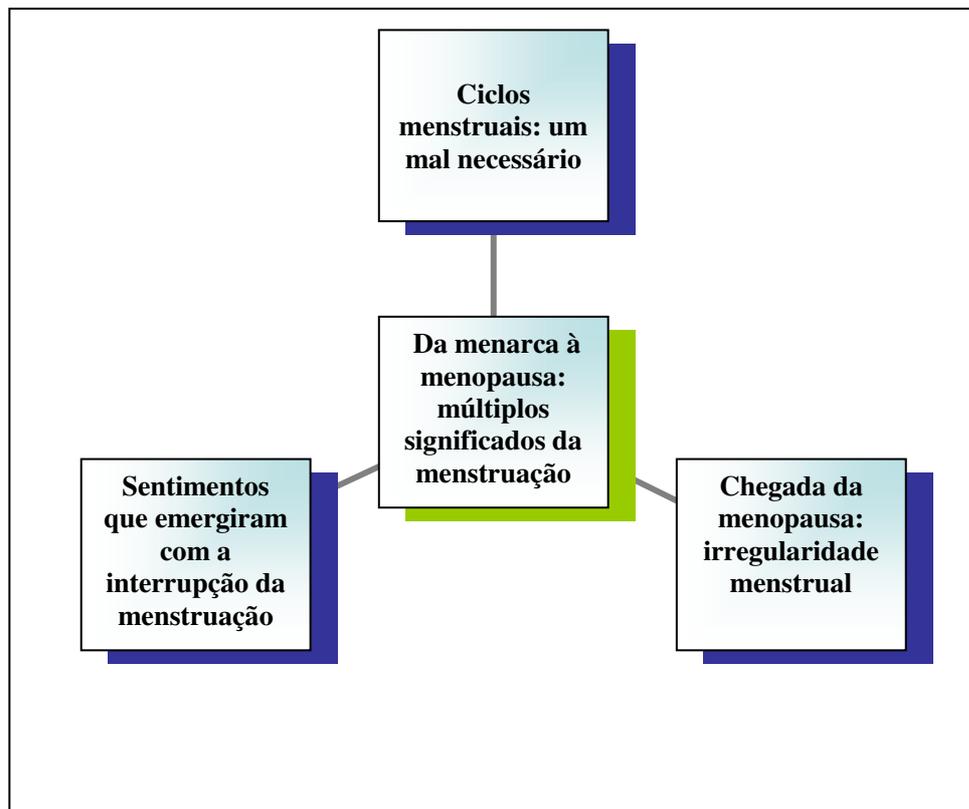


Figura 9: Significados atribuídos à menstruação  
Fonte: A autora (2008)

O sangue menstrual costumava ser considerado sujo e impuro, mas o processo de expeli-lo não era considerado intrinsecamente patológico. Na verdade, a incapacidade de expeli-lo era considerado como um sinal de doença, havendo uma grande diversidade de remédios, ainda no século XIX, para restabelecer o fluxo menstrual caso ele fosse interrompido<sup>56</sup>.

No final do século XIX, alguns autores passaram a salientar a natureza debilitante da menstruação e seu impacto adverso nas vidas e atividades femininas. Neste sentido, se a menstruação passou a ser vista como patológica, a menopausa também o era. Muitos relatos médicos deste período consideravam-na uma crise que traria um aumento da ocorrência de doenças, associada à metáfora da degeneração<sup>56</sup>.

Toda a vida da mulher é demarcada pelos ciclos de sangue, como o nascimento, a menstruação que inicia na menarca, o defloramento, a gravidez, o parto e a menopausa. Sob este ponto de vista o sangue menstrual extrapola seu caráter biológico, recebendo também um significado social, na medida em que ele marca e demarca momentos diferentes na trajetória da vida da mulher<sup>39</sup>.

#### 4.2.1 Ciclos menstruais: um mal necessário

De um modo geral menstruação é vislumbrada pelas mulheres de diferentes formas. Para algumas a menstruação é vista como sinal de saúde e normalidade, e sua falta pode significar talvez alguma anomalia. De acordo com Pereira *et al*<sup>62</sup>, para as mulheres que não apreciam passar pelo desconforto da menstruação mensalmente, hoje é possível se optar por tratamentos que provoquem a sua suspensão ou o prolongamento dos intervalos. Porém, estes recursos são atuais e não estavam disponíveis para grande parte das participantes deste estudo. Portanto, para elas não havia a possibilidade de optar ou não pela interrupção da menstruação, somente sendo possível concretizar esta possibilidade com a chegada da menopausa.

Quando indagadas sobre a vivência dos ciclos menstruais em suas vidas, de um modo geral as participantes descreveram características relacionadas à intensidade e quantidade do fluxo, a durabilidade do ciclo e se ele estava associado ou não a algum tipo de desconforto como as cólicas menstruais. Cinco das participantes relataram que seus ciclos menstruais eram de curta duração e sem desconfortos.

*“Sempre menstruei pouco”. (E2, 69anos)*

*“Três dias, sempre foi regular. Veio cedo e acho também que foi cedo”. (E7, 65anos)*

*“Normal, 3 a 4 dias e pronto. Não tive cólica”.(E14, 79anos).*

*“Ciclo normal. Teve uma época que eu tive cólica, mas foi por pouco tempo. E depois foi tranqüilo, sem cólica. Quando eu via já estava menstruada. (E13, 50anos).*

*“Não tive cólica. O fluxo era bastante”. (E15, 62 anos)*

Conforme a fala destas participantes do estudo, o ciclo menstrual foi um período sem maiores desconfortos, sendo descrito como um ciclo regular, e por esta razão percebiam que a menstruação não chegou a interferir em suas atividades cotidianas.

Para Melo *et al*<sup>58</sup>, os ciclos menstruais iniciam com a menarca, na puberdade feminina, prolongando-se por toda sua vida reprodutiva, ou seja durante a menacme, encerrando somente com a chegada da menopausa. A menstruação corresponde à perda sangüínea cíclica e periódica e embora existam pequenas variações individuais, consideram-se como parâmetros normais ciclos com intervalos de 28 a 30 dias, com duração de 3 a 5 dias e fluxo sangüíneo de até 80ml. No entanto, os ciclos menstruais podem ser alterados tanto por ginecopatias, por doenças não ligadas à esfera genital, bem como pelo estresse psicológico.

Porém, outras cinco participantes descreveram em seus depoimentos que seus ciclos menstruais eram caracterizados pela presença de fluxo intenso e cólicas, sendo mais marcante a sua presença.

*“Tinha fluxo intenso, cólica..Eu pensava: quero ficar velha ligeiro, porque aí eu vou me livrar desta coisa, isto me incomoda”. (E8, 70anos)*

*“Cólica sempre. Fluxo era normal”. (E9, 81 anos)*

*“Sempre com cólica. Vinha bastante... tive que fazer curetagem. Ficava muito irritada durante a menstruação”. (E11, 71 anos)*

*“Menstruei com 13 anos, foi tarde. Uma das minhas filhas menstruou com 9 anos. Quando eu era jovem, eu tinha muita cólica, quando era solteira. Depois que eu casei melhorou. Quando comecei com os miomas, cólica, eu pensei: ‘não’, em geral eu não tinha. Sempre tive uma atividade, nunca pensava. Hoje tudo é TPM, nunca tive, não dava tempo”.(E12, 74 anos)*

*“Vinha bastante. Tinha cólica, mas depois do primeiro filho passou”. (E16, 89anos)*

Um fato recorrente nos depoimentos destas participantes foi a presença da cólica menstrual associada aos ciclos menstruais, além da presença do fluxo intenso. Estes desconfortos presentes nesta fase da vida eram vistos como incômodos, que alteravam o

humor e interferia no cotidiano. Por esta razão, o desejo de parar de menstruar, para as mulheres que apresentavam ciclos com cólicas e/ou fluxos intensos, se fazia mais presente, pois somente assim poderiam eliminar o desconforto presente.

Segundo Giraldo *et al*<sup>59</sup>, a dismenorréia, ou cólica menstrual, é caracterizada por uma dor uterina de intensidade variada que ocorre durante o período menstrual. Apesar de ser muito freqüente, não tem um diagnóstico preciso, o que dificulta conhecer sua real prevalência entre as mulheres. Pode ser de origem primária ou secundária, sendo esta última decorrente de causas orgânicas, como a presença de miomas uterinos, podendo coexistir com perda sangüínea volumosa, como descrito pelas participantes. A dor poderá preceder o período menstrual ou acompanhar a chegada da menstruação.

Desta forma, o tipo de ciclo menstrual e as características presentes relacionadas a ele, tais como: fluxo, duração e presença de desconfortos ou não, influenciaram de forma determinante no significado atribuído à menstruação, sendo para algumas mulheres uma experiência negativa enquanto para outras uma situação tranqüila de ser vivenciada.

Neste sentido, a mulher poderá tanto interpretar a menstruação como sendo um mal necessário, mas também como algo vantajoso. Somente uma das participantes relatou o desejo de prolongar o ciclo menstrual, relacionando a ele uma melhora na qualidade de vida, como aparece em seu depoimento abaixo.

*“Olha, até onde eu pude, eu levei a menstruação porque a doutora me deu um tratamento que quanto mais, melhor. Aí eu parei devagar, normalmente, tranqüila”.*(E3, 64anos)

Uma das formas de prolongar a presença dos ciclos menstruais na vida da mulher que já se encontra em processo de menopausa, como a participante acima, vem a ser o uso da terapia hormonal. De acordo com Giacomini<sup>55</sup>, o uso da terapia hormonal (TRH) independente da fase da menopausa tem como meta principal melhorar a qualidade de vida neste período. Na fase em que se encontrava a participante acima, onde ainda estava presente o ciclo menstrual, conforme estes autores, a utilização do hormônio visa corrigir as disfunções menstruais decorrentes dos distúrbios ovulatórios ou dos ciclos anovulatórios, como também minimizar os sintomas vasomotores que possivelmente já ocorram nesta fase.

Conforme Costa<sup>39</sup>, embora o conhecimento e a vivência da menopausa seja singular para cada mulher, existem traços comuns nas experiências que relatam sobre este momento da vida. O corpo passa a ser a principal referência, pois é ele que emite sinais de mudanças, percebidos principalmente pelos ciclos menstruais irregulares e a presença das ondas de calor.

Duas participantes do estudo ainda menstruavam, mas já começavam a perceber os primeiros sinais de mudanças corporais, como as irregularidades menstruais, surgindo desta vivência a expectativa e o desejo de finalmente parar de menstruar.

*“Estou louca para parar de menstruar, porque quando eu fico menstruada, fico enjoada, no segundo dia já começa aquela sensação ruim, peso no baixo ventre. Parar uns meses foi super bom” (E10, 55 anos)*

*“Ainda menstruo. Vai ser tranquilo. Que coisa boa quando não tem mais. Até higiene, né. Eu vou estar feminina de novo. Eu acho tão terrível, as meninas não devem desejar menstruar cedo, eu tenho pena. Pra mim está sendo normal” (E13, 50anos)*

Para essas participantes a expectativa da chegada da menopausa era vista como algo positivo, na medida em que encaravam essa nova etapa como um momento onde estariam livres dos incômodos menstruais e das preocupações com a higiene íntima que se exacerbam durante o ciclo. E como afirma a E13, mesmo perdendo um acontecimento que é sinônimo de ser mulher, como o fato de menstruar, entrar na menopausa não exclui a possibilidade de exercitar a sua feminilidade.

#### **4.2.2 Primeiros sinais da menopausa: irregularidades menstruais**

Segundo Almeida *et al*<sup>60</sup>, a vivência das primeiras alterações ocasionadas pela chegada da menopausa, para algumas mulheres, se dá a partir de sinais corporais vistos como desagradáveis, tais como: calor, sudorese, insônia, dor nas pernas, sangramento vaginal, aumento de peso, depressão, provocando modificações imediatas no seu cotidiano. Apesar de serem múltiplas as mudanças trazidas pela menopausa, no estudo populacional realizado por Pedro *et al*<sup>61</sup>, com mulheres brasileiras climatéricas, uma das principais queixas que levam as mulheres a buscar atendimento médico são as irregularidades menstruais, apontadas por cerca de 75,9% das mulheres.

Para algumas das participantes, as irregularidades menstruais foram relatadas como um dos primeiros sinais corporais de mudanças percebidos com a chegada da menopausa.

*“Ela parou em janeiro. Depois veio em outubro... Vem e para. Agora veio normalmente. Até me incomoda quando vejo que tô mais molhada... vou ver e penso: ‘espero que não seja o sangramento’. Está se tornando desagradável.. já me incomoda... e o peso, o desconforto”. (E10, 55 anos)*

*“A menstruação ficou ‘pinga-pinga’ até parar”. (E15, 62anos)*

*“Assim, vinha 5 dias. Começou a falhar um pouco e quando vinha, vinha aqueles horrores. Custou a parar, ficou vindo e parando”. (E16, 89anos)*

Conforme estudo realizado com mulheres climatéricas usuárias do SUS, por Pereira *et al*<sup>62</sup>, as participantes do estudo queixaram-se do incômodo da irregularidade menstrual e referiram sentirem-se desconfortáveis com a falta de periodicidade da menstruação, pois alegavam que poderiam ser surpreendidas pelo inesperado. Este fato também foi mencionado pelas participantes acima, as quais percebiam a irregularidade como algo desagradável e desconfortante.

Para, Gutierrez *et al*<sup>63</sup>, durante o período que antecede a menopausa, um dos sintomas mais comuns relatados pelas mulheres chilenas é a mudança nas características do ciclo menstrual, como também apontado pelas participantes do presente estudo. Segundo esses autores, mais de 90% das mulheres chilenas nesta fase da vida apresentam alterações menstruais, sendo que somente 12% delas apresentam amenorréia repentina.

#### **4.2.3 Sentimentos que emergiram com interrupção da menstruação**

A interrupção do ciclo menstrual vem a ser um dos principais marcos e acontecimentos da menopausa na vida feminina, seja ela espontânea ou artificialmente ocasionada pela histerectomia. Neste sentido, “parar de menstruar” e “entrar na menopausa” assume múltiplos sentidos e valorações por parte das mulheres.

O sangue menstrual assume principalmente dois significados: um negativo, construído em torno da idéia de sujeira e outro positivo, construído em torno da definição de ser mulher.

Estudo realizado com mulheres brasileiras constatou que a menstruação foi vista com ambigüidade, sendo um mal necessário e desagradável, mas também parte constituinte da natureza da mulher. Além disso, a menstruação foi associada à saúde, feminilidade, fertilidade e juventude<sup>39,57</sup>.

Independente da forma como ocorreu a interrupção da menstruação, para as participantes, este fato foi visto de múltiplas formas, algumas se mostraram otimistas, aceitaram o fato com naturalidade, enquanto outras encararam o acontecido com indiferença:

*“Eu tinha 51anos menstruando.. Daí que acabou assim, foi uma cortada, cortou..., passei a não ter nada, nem calorão, não sentia nada de problema”. (E1, 60 anos)*

*“Não fez diferença parar de menstruar”. (E2, 69anos)*

*“Assim como veio, não vi quando saiu. Eu não tinha muitos problemas com ela (menstruação). Não dei muita importância”. (E4, 71anos).*

*“Foi bom, claro, por que parou com aquele negócio... nos últimos meses, se eu tivesse uma festa eu não podia ir, de tanto que vinha. Vinha, vinha assim, depois foi diminuindo até que parou. Então, pra mim foi uma maravilha quando parou”. (E5, 65anos)*

*“Esta parte, não me incomodou muito.Foi ótimo”. (E6, 74anos)*

*“Fiquei faceira, era chato”. (E9, 81anos)*

*“Foi bom..Menstruar não era agradável. Um alívio, foi muito bom”. (E12, 74anos)*

*“Foi normal, normal. Não me preocupei com isto não. Como chegou, também saiu (E14, 79anos)*

*“Foi bom. Olha, eu tava louca para parar de uma vez e não parava”. (E16, 89anos)*

Como afirma Costa<sup>39</sup>, a chegada da menopausa para algumas mulheres pode ser sinônimo de libertação dos martírios e incômodos mensais provocados pela menstruação.

Para uma das participantes, a chegada da menopausa inicialmente foi vista como um momento de alegria pela interrupção do ciclo menstrual, porém esta foi substituída pela presença das ondas de calor típicos deste período.

*“Foi um alívio, mas veio uma coisa pior, que eu não esperava, que foi o calorão. Eu pensava: agora vou ficar livre disto aí, vou viajar Piorou a situação, ficou aquela coisa, né”. (E11, 71anos)*

A menstruação é um acontecimento na vida feminina extremamente ambíguo, ao mesmo tempo desejado por umas e repudiado por outras mulheres. Portanto, segundo Costa<sup>39</sup>, o sangue menstrual representa um marcador importante da transição à maternidade, onde a menopausa significa para muitas mulheres “deixar de ser mulher”, ou assume um sentimento de perda ou falta, como aparece nos depoimentos das duas participantes abaixo:

*“Foi uma das piores perdas para uma mulher. Como se eu perdesse minha vitalidade, minha alegria de ser mulher. Foi uma perda que eu senti muito. Porque eu me sentia, não digo menos mulher, mas mal, porque a gente aprende a achar que aquilo é ser mulher. Quando eu perdi, assim, foi uma coisa bem triste. Perder uma coisa importante, minha”. (E1, 60anos)*

*“No início, sentia assim, que faltava alguma coisa. Sabe, não gostei, custei assim a me adaptar. Chegava aquele prazo, assim, achava falta. Quando a gente está, pensa: tomara que chegue a época da menopausa. Eu não sabia, achei melhor ter continuado. Agora não sinto mais, só no início”. (E15, 62anos)*

A partir desta grande variedade de sentimentos, desejos, expectativas e percepções a respeito dos ciclos menstruais é que se constroem os significados, mitos e verdades a respeito da menstruação. Pode-se perceber através dos depoimentos das participantes sobre a menstruação que os ciclos mensais eram encarados por elas tanto de forma positiva como negativa, estando diretamente associado à presença ou não de desconfortos. Entende-se, assim, que a vivência do ciclo menstrual por parte de cada uma das participantes poderá interferir nos significados associados à interrupção da menstruação trazida pela chegada da menopausa, a qual poderá ser vista tanto como um acontecimento favorável, como desfavorável por estar associado ao sentimento de perdas.

As diferenças culturais também aparecem nitidamente ao analisarmos os significados para as mulheres da chegada da menopausa. Estudo realizado na Turquia, revelou que pelo fato da população feminina desta localidade ser constituída de mulçumanas, elas muitas vezes desejam a chegada da menopausa, na medida em que a menstruação as impede de realizar as práticas religiosas, pois o sangue menstrual é considerado impuro<sup>10,64</sup>.

Neste sentido, como afirma Pereira<sup>62</sup>, tanto as repercussões vislumbradas como negativas ou positivas nesta fase da vida, evocam nas mulheres os aspectos biológicos, sociais e psicológicos, gerando assim reações em efeito dominó, por se tratar de uma totalidade inter-relacionada. Essas interações caracterizam este período como um processo de mudanças em todas as dimensões e ainda que estas alterações apresentem intensidades diferentes, elas afetam as mulheres, repercutindo nos seus sentimentos, na família e na sua qualidade de vida.

#### 4.3 MENOPAUSA: UMA REDE TECIDA POR CONHECIMENTOS E VIVÊNCIAS

Nesta parte do estudo foi possível vislumbrar nas narrativas das participantes o conhecimento que possuíam a respeito da menopausa e os efeitos que este evento poderia provocar em suas vidas, como também a experiência vivenciada por cada uma sobre a interrupção do fluxo menstrual (Figura 4).

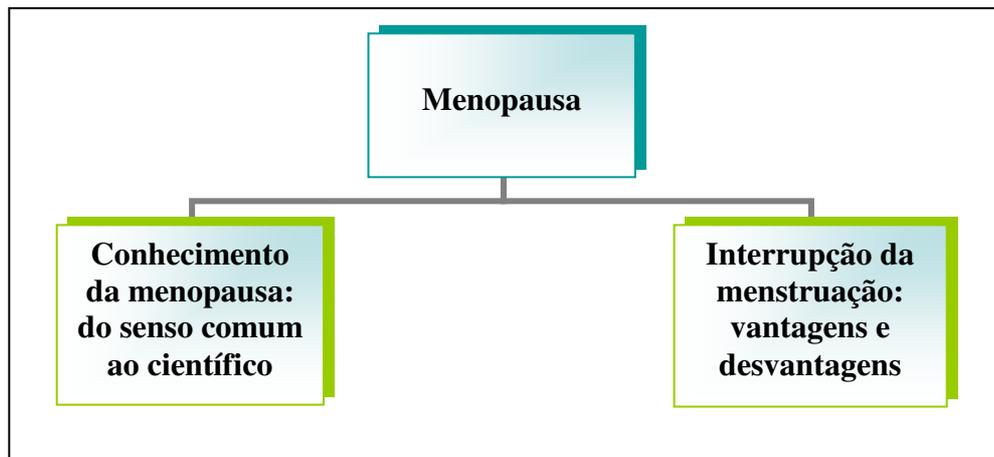


Figura 10: Conhecimentos e vivências sobre a menopausa

Fonte: A autora (2008)

A menopausa é um acontecimento na vida feminina que ganha visibilidade sobretudo a partir do século XX, enquanto um fenômeno socializado e como tal compartilhado. Ela já foi vista como um tabu, já foi negligenciada e na atualidade ela mostra-se mais em exposição. Dela se pode falar sob diversos pontos de vista, podendo ser vista como uma deficiência, como uma patologia biológica que requer atenção especializada, ou um processo natural associado à idade, que pode transcorrer sem maiores complicações<sup>29,36,37,38</sup>.

Esta etapa da vida pode assumir conotações diferenciadas para cada mulher. Para algumas, ela pode ser vivenciada como um dos marcos mais visíveis e temíveis de suas vidas, pois esta fase além de demarcar o fim de seu período reprodutivo, também a faz deparar-se com o envelhecimento e todas as inúmeras fantasias associadas ao fim de sua sexualidade e feminilidade<sup>29</sup>.

#### 4.3.1 Conhecimento da menopausa: do sendo comum ao científico

Conforme Costa<sup>39</sup>, de um modo geral os estudos demonstram que as mulheres têm conhecimento da idade na qual a menopausa pode acontecer, ao mesmo tempo em que reconhecem as primeiras modificações percebidas no corpo, o que as ocasiona e porque ocorre a parada da menstruação. A partir deste conhecimento construído, das crenças e dos padrões culturais que adquirem ao longo de suas vidas e nas relações sociais estabelecidas, as mulheres conseguem interpretar os acontecimentos presentes com a chegada da menopausa.

Com relação ao conhecimento que as participantes tinham a respeito da menopausa, os depoimentos são bastante diversificados, na medida em que para algumas em sua época falar sobre esse acontecimento era tabu, para outras não despertou interesse buscar maiores informações, enquanto que para algumas participantes foi essencial saber mais a respeito, bem como poder falar abertamente sobre a temática:

*“Alguma coisa eu sabia. Eu gosto muito de ouvir, me informar, de ler. Claro que eu sabia. Eu tinha algumas informações... dos prejuízos que eu ia ter na menopausa, benefícios de eu tomar hormônios, tudo isto eu sabia”.*(E3, 64anos).

*“No tempo da minha mãe era uma coisa. Hoje minha geração mesmo antiga é mais aberta, conversa mais, se discute mais, participa mais de grupos, conversas. A gente troca muitas idéias, é diferente, mesmo na minha geração”.* (E3, 64anos).

*“Muito pouco, pouco conhecimento. Eu lecionava em 5 escolas, eu tinha muita atividade, não dava tempo para eu pesquisar sobre o assunto”.* (E4, 71anos).

*“Hoje em dia tem mais informações, mais abertura. Um tempo atrás não tinha isto”.* (E7, 65anos).

*“As pessoas falam mais, tem mais informação... com mais naturalidade... e tu tem toda informação que precisa... A televisão, qualquer lugar que tu vai, tem cartazes”.* (E8, 70anos).

*“Tem cuidados, tem tratamento. De primeiro tinham mulheres que nem sabiam que tinha tratamento. Hoje sabe que tem, todas sabem”.* (E8, 70anos).

Ao longo dos anos as mulheres têm tido mais abertura para falar sobre suas dúvidas e receios, em diferentes ambientes sociais, embora ainda existam tabus que as inibem de falar sobre o climatério e a menopausa. A troca de informações e conhecimento construído sobre esta temática muitas vezes é originário da experiência obtida com suas mães sobre este período. Para muitas prevalece a crença na hereditariedade, onde o seu climatério pode ser similar ao de suas mães, podendo ser experimentado tanto como algo positivo ou negativo. Outra forma de obter informações são as conversas com as amigas que também estão passando pela mesma fase, trocando informações sobre a presença das ondas de calor e a pausa da menstruação<sup>65</sup>.

De acordo com estudo realizado por Freitas *et al*<sup>66</sup>, grande parte das mulheres na menopausa revelam que não procuram se informar sobre as causas das alterações que estão vivenciado, e isto ocorre muitas vezes pelo fato de não serem escutadas. Por sua vez, a falta de conhecimento também dificulta a aproximação com o profissional da saúde, pelo fato de se sentirem incapazes de expressar o que sentem ou pelo receio de se sentirem ridicularizadas por conta das perguntas.

No presente estudo foi possível também constatar que a falta de informação fez com que as mulheres desconhecessem as mudanças trazidas pela menopausa, como aparece no relatado das três participantes abaixo:

*“Não sabia nada e nunca assim quis.Nem pensei, foi uma coisa que foi me acontecendo. É uma etapa”.* (E1, 60anos)

*“Eu não sabia o que era, era um tabu..Hoje tem mais abertura para falar da menopausa”.* (E2, 69anos)

*“Parou com 40 anos e aí eu fiquei tranqüila, não preciso mais me cuidar,tô na menopausa, não vai acontecer mais nada, e aí com 45 anos eu tive uma filha. Tu vê como é que é a ignorância, não tinha orientação”.* (E7,65anos)

Para Berni *et al*<sup>65</sup>, muitas mulheres ainda hoje vivenciam o climatério em silêncio, com poucas informações a respeito desta fase da vida. O fato da beleza estar vinculada à juventude e à fertilidade, pode contribuir de forma negativa na construção da auto-estima

dessas mulheres. Esta visão negativa construída sobre o climatério resulta em penalização da mulher, onde as mudanças físicas e emocionais, que marcam esta fase da vida e fazem parte do desenvolvimento feminino, podem ser geradores de desconfiança e medo nas mulheres que se aproximam desta fase.

Desta forma, para Costa<sup>39</sup>, a desinformação sobre as mudanças que ocorrerão no ciclo menstrual, a presença das ondas de calor e a secura vaginal, para as mulheres que não têm informações claras sobre a normalidade dessas alterações podem se tornar motivo de preocupação. A partir desta percepção corporal aliada a informação sobre o que está acontecendo, faz com que as mulheres tomem atitudes diferentes, interpretando estes eventos como sendo sinais emitidos pelo corpo, de saúde ou doença, ou procurando profissionais da saúde, para que sejam comunicadas oficialmente da chegada da menopausa.

Duas das entrevistadas deste estudo relataram que buscaram acompanhamento médico quando perceberam os sinais que anunciavam a chegada da menopausa, e durante as consultas obtiveram acesso a informações a respeito da menopausa, seus efeitos e acontecimentos.

*“A ginecologista me acompanhou direitinho... no período da menstruação até quando eu parei de menstruar”. (E3, 64anos)*

*“As mulheres estão mais assessoradas, os médicos te indicam, tu tens palestras... inclusive tu tens medicamentos para ti melhorar esta coisa da menopausa”.(E7, 65anos)*

Segundo Gutierrez *et al*<sup>63</sup>, a informação é um elemento chave a ser considerado no acompanhamento das mulheres na menopausa, pois o conhecimento sobre o que está acontecendo possibilitará uma melhor tomada de decisão neste período. Ao mesmo tempo em que as mulheres necessitam de informação, suporte e estímulo por parte dos profissionais da saúde, por outro lado, os profissionais da saúde também necessitam conhecer de que maneira os sintomas climatéricos afetam a qualidade de vida das mulheres. A equipe de saúde, então, deveria desenvolver estratégias educativas para as mulheres que se encontram nesta fase da vida, de modo a transmitir a elas atitudes positivas sobre esta etapa de transição e principalmente sobre o envelhecimento saudável.

Além disso, abrir espaços para que se discuta o tema menopausa, conforme Berni *et al*<sup>65</sup>, permite às mulheres manifestarem suas percepções em relação a essa etapa da vida, de

conhecerem seu corpo e os aspectos culturais que envolvem este assunto, de revelar suas necessidades de saúde e buscar caminhos que possibilite deixá-las mais satisfeitas. Dessa maneira, talvez possa se contribuir na desmitificação de uma realidade socialmente construída, onde o climatério é visto como algo negativo, para que as mulheres possam lidar melhor com as mudanças físicas e emocionais, vivendo plenamente esse período repleto de transformações. Esta fase da vida precisa ser compreendida como uma transição normal inerente à vida e a prevenção de desconfortos, de doenças, e a forma como lidar com os sinais e sintomas presentes, podem ser abordados e tratados de diversas maneiras, não simplesmente através da medicalização do corpo por meio da hormonioterapia.

Para Giacomini<sup>55</sup>, existe um espectro de emoções associadas às alterações hormonais e corporais características da fase da menopausa. A resposta de cada mulher a esta fase pode ser afetada por fatores como estilo de vida e controle sobre o processo de envelhecimento. A perda da fertilidade e da função menstrual que acompanha a menopausa espontânea ou cirúrgica pode impactar a sensação de bem estar da mulher. Portanto, o profissional da saúde deve ser sensível ao sofrimento emocional que pode estar presente na vida da mulher que está entrando na menopausa, e estar preparado para oferecer o apoio necessário, auxiliando-a na superação das dificuldades encontradas.

#### **4.3.2 Interrupção da menstruação: vantagens e desvantagens**

Apesar do acesso a informação, as mulheres ainda reagem de diversas formas diante da chegada da menopausa. Para Berni *et al*<sup>65</sup>, essa fase da vida é descrita com uma multiplicidade de significados, predominando a sua associação como sendo um evento biológico. Porém, o significado social é que determina de que modo a mulher percebe e interpreta a realidade desse momento. Talvez, pelo fato das modificações físicas serem as mais perceptíveis, como as alterações menstruais e os fogachos (ondas de calor), esses eventos acabam sendo os mais relatados pelas mulheres na fase da menopausa.

Muitas das participantes do presente estudo visualizaram a chegada da menopausa como sendo uma fase positiva da vida, vislumbrando as transformações ocorridas como algo vantajoso, como é possível perceber em seus relatos.

*“Não, foi a mesma coisa. A solução é se ocupar”. (E2, 69anos)*

*“Foi tranqüila, tranqüila.. Não sentia, assim, nada”. (E3, 64 anos)*

*“Sempre foi a mesma coisa. Tava tão envolta com as coisas que eu fazia, preocupada com os outros, com minha pessoa não. Não tive alterações”.(E4, 79anos)*

*“Eu até não posso dizer que tenha Eu não senti.Eu acho que não atrapalhou em nada a menopausa”. (E6, 74anos)*

*“Não senti nada. Eu sei que tomava remédio”. (E9, 81anos)*

*“Fase tranqüila, não tem problema nenhum. Parar de comprar absorvente”. (E10, 55 anos)*

*“Ah! Eu achei que era maravilhoso. Que bom que não vinha mais a menstruação”.(E11, 71 anos)*

*“Nada de diferente. Engordei um pouco, mas foi agora, não no início. Foi tranqüilo”. (E15, 62 anos)*

Para essas participantes, a vivência da menopausa foi vista como um “tempo confortável de vida”, como afirma *Berni et al*<sup>65</sup>. Nessa perspectiva, constata-se que esta é somente mais uma fase da vida repleta de muitas mudanças, tanto do ponto de vista biológico quanto das perspectivas culturais e sociais. E apesar da presença de períodos onde as mudanças ocorrem de forma mais acelerada, a transição pode adquirir um caráter de crise, abrindo possibilidades tanto de crescimento como de retrocesso, de oportunidade ou de ameaça. Para algumas mulheres, a existência de crises para alcançar a maturidade e por consequência a perda da capacidade reprodutiva, os desconfortos percebidos e os sinais e sintomas presentes, fazem parte da vida e por esta razão devem ser vivenciados sem maiores aflições.

Porém, conforme *Vigeta*<sup>67</sup>, a menopausa ainda hoje é considerada um assunto tabu para algumas mulheres, por se tratar de um tema constrangedor, por ser íntimo e estar relacionado à sexualidade. Essa é uma visão socialmente construída, associando a menopausa com uma conotação negativa de perdas.

Isto se confirma no depoimento de duas participantes do estudo, onde a menopausa foi percebida como algo negativo, sendo associada a perdas e momentos de desânimo.

*“Você perde sim, porque agora vem a menopausa na tua vida, como um início das tuas perdas, como se, começando a perder. Minha menopausa foi um momento que eu separo, o que eu podia conseguir, que eu tenho que ir para frente. Uma etapa de perdas. Aprender a conviver, não sente mais uma alegria assim”. (E1, 60anos)*

*“Eu acho que a gente perde a graça, não tem ânimo né. Pelo que a gente vê dos familiares que já estão, não tem muita mudança, pelo menos é o que tudo mundo fala. A minha mãe mesmo, quando viu já tava na menopausa e nem percebeu, não sentiu nada. Então, acho que é normal. Não espero muita coisa não”. (E13, 50anos)*

Desta forma, a maneira como as mulheres percebem e elaboram as mudanças em seus corpos e em suas vidas trazidas pela menopausa, influenciará diretamente no processo de elaboração desta nova etapa, fazendo com que se permitam ressignificar seus corpos e o sentido de suas vidas, tanto positivamente quanto negativamente. Se permitir ressignificar a vida na menopausa de forma otimista somente será possível se houver de fato a aceitação da alteração da imagem e da função corporal provocadas pela menopausa, pois este é um evento na vida feminina que não se tem escolha ou opção, ele é de fato inerente ao processo de viver da mulher.

Para Freitas *et al*<sup>66</sup>, a menopausa marca o início de outra etapa do ciclo de vida feminino, mas nunca o tempo de vida útil, nem o fim das esperanças e expectativas diante da vida que está por vir. Como a menopausa ocorre entre os 45 e 55 anos e, na atualidade, a expectativa de vida da mulher aumentou para em torno de 70 anos, significa que ainda há muito tempo de vida útil para ser usufruída após a menopausa, correspondendo a um terço de suas vidas.

A chegada da menopausa, portanto, é algo ambivalente na vida feminina. Para algumas mulheres significa o fim dos incômodos trazidos pelos ciclos menstruais, sendo encarada como uma fase de tranquilidade, mas pode também ser entendida como um momento de perda de um símbolo da feminilidade, a menstruação, associada também ao desânimo e a falta de expectativa. Neste sentido, entende-se que a cultura e a sociedade constroem uma diversidade de significados e olhares sobre a mulher na menopausa.

Uma pesquisa realizada sobre atitudes diante da menopausa realizada com mulheres iranianas que viviam na zona rural e urbana, detectou que as mulheres da zona rural apresentavam uma atitude mais negativa diante do climatério por valorizarem mais a fertilidade<sup>68</sup>. Já estudo realizado com mulheres finlandesas revelou que a percepção desta fase da vida está diretamente relacionada ao tipo de trabalho executado, ao local de moradia e ao nível de escolaridade. Quando estes aspectos são desfavoráveis, os sintomas são percebidos de forma mais negativa<sup>69</sup>.

Portanto, a menopausa é um acontecimento da vida feminina que todas as mulheres irão vivenciar, porém essa vivência torna-se única e singular. Esta é uma fase marcada principalmente pelo fim da fase reprodutiva, sendo geralmente permeada de manifestações, sinais corporais e múltiplos sentimentos. Surgem, então, questionamentos acerca dos sintomas, das transformações e alterações percebidas em seus corpos e em suas vidas. Essa situação existencial é atravessada por múltiplos fatores ambientais e sócio-culturais, os quais influenciarão diretamente as mulheres e suas reações diante da chegada da menopausa<sup>70</sup>.

#### **4.4 VIVENCIANDO A MENOPAUSA: MÚLTIPLAS PERCEPÇÕES**

Por meio de suas narrativas, as participantes deram visibilidade às múltiplas percepções construídas a partir da chegada da menopausa em seus corpos e suas vidas, descrevendo os sinais corporais presentes e os sentimentos advindos com as mudanças percebidas (Figura 5).

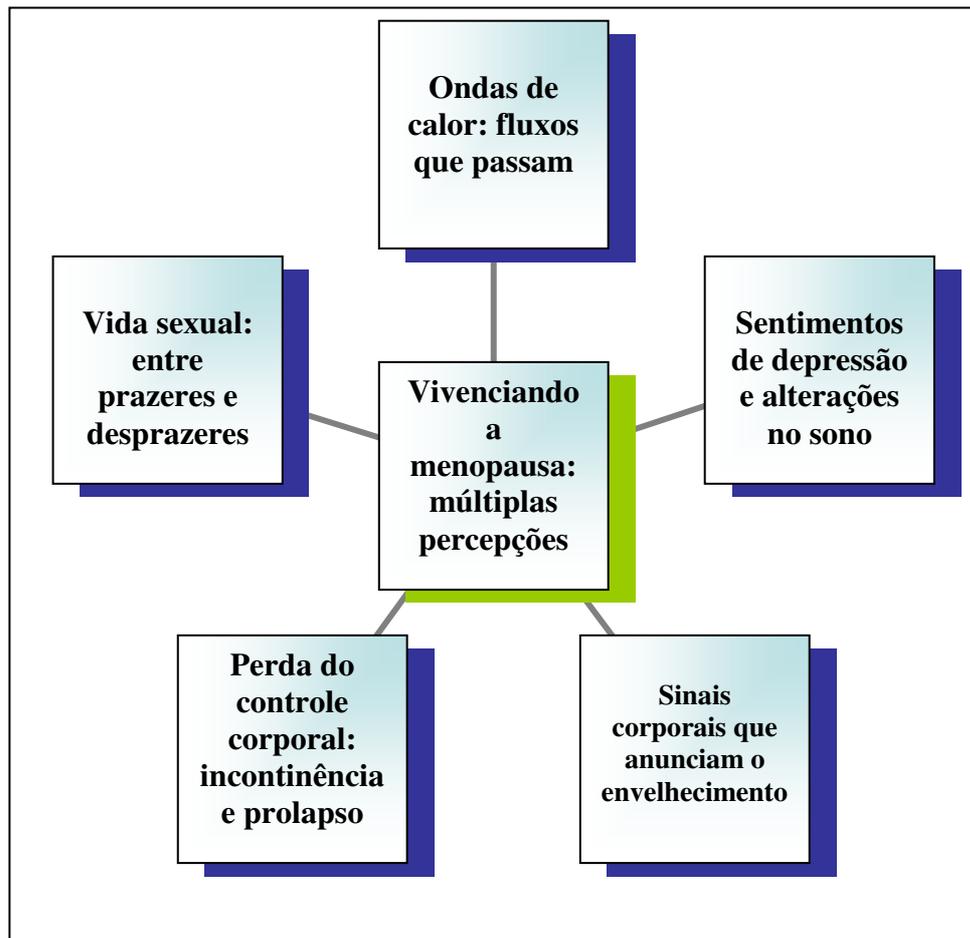


Figura 11: Múltiplas percepções das participantes a respeito da menopausa  
 Fonte: A autora (2008)

Conforme Lorenzi *et al*<sup>71</sup>, em torno de 60 a 80% das mulheres na menopausa manifestam algum tipo de queixa, sendo as mais comuns: sintomas vasomotores (ondas de calor), ressecamento vaginal, dispareunia e urgência miccional, repercutindo tanto na esfera sexual como na qualidade de vida feminina. A presença destas queixas pode variar de intensidade entre as mulheres, sofrendo influência de fatores sócio-culturais e psicológicos, os quais atuam influenciando a aceitação e modulação das respostas individuais aos sinais e sintomas presentes.

Sierra<sup>72</sup>, realizou estudo com 385 mulheres equatorianas com idade de 40 a 65anos sobre os sintomas climatéricos, não usuárias de terapia hormonal. Os sintomas mais freqüentes descritos pelas mulheres foram: dificuldade na concentração, sentimento de tristeza, angústia, dores de cabeça, ondas de calor, ansiedade e depressão. Os resultados deste estudo

revelaram também que a idade maior que 47 anos e a escolaridade inferior a 12 anos foram associados ao aumento dos sintomas referidos pelas participantes.

#### 4.4.1 Ondas de calor: fluxos que passam

Um dos sintomas mais característicos da menopausa são as ondas de calor, conhecidas também por fogachos, sendo que sua prevalência varia de 18% a 74% nesta fase da vida feminina. Segundo Scowitz *et al*<sup>73</sup>, os fogachos consistem de uma “sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que se espalha pelo tórax, pescoço e face, podendo ser acompanhados de sudorese profusa e sendo piores à noite” (p.470). No presente estudo a presença dos fogachos apresentou uma grande variabilidade, pois algumas participantes afirmaram não terem sentido as ondas de calor, enquanto outras manifestaram bastante desconforto com sua presença.

Para algumas participantes, os fogachos quase não se fizeram presentes, como aparece em seus relatos.

*“Com poucos calorões, muito pouco. Eu nem posso dizer que tive calorões, tive alguma coisa”. (E3, 64anos)*

*“Eu não tive problema de calor. Senti que não percebi”. (E4, 71anos)*

*“Não tive calorão. Não sei se porque tiraram o útero ou o remédio. Me deu a hemorragia, eles fizeram a cirurgia (histerectomia) e não cheguei a sentir calorão”. (E6, 74anos)*

*“Eu nunca senti nada, depressão, insônia”. (E5, 65anos)*

*“Eu não tive calorões”. (E7, 65anos)*

*“As minhas filhas sentiram calorão. Eu não senti. Minhas gurias não se sentem bem”. (E9, 81anos)*

*“Calor, não, ainda não. E aumento de peso também”. (E13, 50anos)*

*“Não sentia muito calor. Só transpirava, ficava até com vergonha na frente das outras colegas, só isso aí”. (E14, 79anos)*

Conforme Lorenzi *et al*<sup>71</sup>, muitos estudos têm procurado analisar as manifestações da menopausa em diferentes culturas e etnias. As mulheres brasileiras apresentam intensidade dos sinais e sintomas percebidos de forma variada, sendo leve em 28%, moderada em 41,3% e intensa em 30,7% dos casos. Os mais prevalentes foram os seguintes: irritabilidade (87,1%), artralguas/mialguas (77,5%) e melancolia/tristeza (73,2%), sendo estes últimos associados ao medo de envelhecer, sentimentos de inutilidade e carência afetiva. Os de origem vasomotora foram referidos por 60,2% das entrevistadas. Com relação às atitudes em relação à menopausa, foi constatada uma correlação da sintomatologia, ou seja, a percepção de ser um evento vantajoso estava associado diretamente à presença de uma menor sintomatologia e vice-versa.

Hafiz *et al*<sup>74</sup>, realizou estudo com mulheres indianas que moram em Sydney e demonstrou a presença de poucos sintomas e queixas relacionados à menopausa, além da presença de uma atitude positiva sobre esta fase da vida. Os calores ou fogachos foram referidos por somente 33% e os suores noturnos por 30% das mulheres indianas. Tais achados demonstram que os sintomas somáticos presentes na menopausa são multifatoriais e podem ser ocasionados por problemas de saúde associados a idade, crises da meia-idade, como também pela cultura. Por esta razão, os estudos que contemplam esta temática devem levar em consideração a inter-relação entre estilo de vida cultural e a presença dos sintomas climatéricos.

Conforme Stewart *et al*<sup>75</sup>, estudos comparativos entre diferentes grupos étnicos do México e da Guatemala revelaram diferentes manifestações a respeito da menopausa, demonstrando que existe uma influência direta da localização geográfica, da nutrição, das características biológicas, psicológicas e culturais de cada comunidade.

Loh<sup>76</sup> realizou em 2005 o primeiro estudo epidemiológico em Singapura sobre a menopausa. Apesar de ser uma população multiracial, composta de mulheres chinesas, malasianas e indianas, poucas mulheres (5,3%) referiram que os sintomas vinculados à menopausa interferiam em seu cotidiano. Destas etnias, as chinesas foi o grupo que menos referiu sintomas quando comparado com estudos desenvolvidos em sociedades ocidentais.

Segundo Oliveira<sup>77</sup>, os principais sinais e sintomas do climatério apontados pelas mulheres brasileiras assistidas em uma unidade de saúde da família, além das manifestações físicas próprias desta fase, como fogachos e alterações menstruais, foram: mudanças na pele e

no cabelo, cefaléia, alterações ósseas (osteoporose e osteoartrose), aumento de peso, alterações de humor (desânimo, irritabilidade), depressão e hipertensão.

Muitos destes sinais e sintomas descritos, também fizeram parte das falas das participantes do presente estudo como aparece nos depoimentos abaixo. Para oito das participantes a menopausa veio acompanhada das ondas de calor, as quais eram sentidas de forma intensa, sendo comparados a um “fluxo” que vinha e passava.

*“Um calor que sobe aqui (tronco e face) e o meu pé. E de noite que às vezes dá aqueles, um fluxo. É como se fosse um sangue que viesse assim na tua cabeça. De dia raramente”. (E1, 60anos)*

*“Calorões horríveis. Eu chegava a entrar em baixo do chuveiro até de óculos. Durante o dia, mais durante o dia. Até pouco tempo eu ainda tinha. Agora não sinto mais nada. Só calor na cabeça”. (E2, 69anos)*

*“Eu tinha calorões, eu tinha de noite, podia cair geada que eu tinha que tirar o pé para fora. A primeira coisa que apareceu foi os calorões”. (E5, 65anos)*

*“Eu tinha calorão, irritabilidade, mas eu já sabia que era normal. Fazia parte, não tinha problema nenhum”. (E8, 70anos)*

*“Tenho os calorões, naquele período que parou mesmo, dava calorões à noite. Mas depois menstruei de novo e parou”. (E10, 55anos)*

*“Calorões eram fortes. De noite tinha que tirar as cobertas e quando eu ficava gelada eu me cobria de novo. Mas durante o dia eu tinha também, mas mais à noite. Faz uns 3 anos que parou aqueles calorões”. (E11, 71anos)*

*“Eu ainda tenho calorões. Chegou junto com a menopausa. Andei tendo calorões logo depois que eu tirei o útero. Durante o dia eu nem sinto quase. À noite eu sinto mais, porque durante o dia a gente não dá muita bola. De noite que às vezes eu me acordo. E quando vai me dar o calorão, sinto um mal estar, dá um desconforto. A gente fica, assim, meio ansiosa. Mas é uma coisa suportável”. (E12, 74anos)*

Estudo realizado por Freitas *et al*<sup>66</sup>, com mulheres na menopausa também revelou que os sinais mais apontados pela maioria das participantes foram as ondas de calor, a ansiedade e a insônia. Com relação à presença das ondas de calor, elas foram apontadas por 72% das mulheres do estudo, como sendo um sintoma mais comumente percebido e característico da menopausa.

De acordo com Berni<sup>65</sup>, quando presentes, as ondas de calor, ou os fogachos são percebidos pelas mulheres como sendo desconfortáveis, pelo aumento da temperatura periférica corporal, mas também por ser algo que surge subitamente, quer com a movimentação ou até mesmo independente de qualquer movimento, ocorrendo durante o sono. Além dos fogachos, outros eventos também são percebidos pelas mulheres que se encontram na menopausa, como as tonturas, calafrio, palpitação, dor no corpo, dor de cabeça, aumento de peso, visão turva, cólicas menstruais, falta de ar, mal-estar, hemorragias, mudanças no humor, irritabilidade, insônia e transtornos de memória.

Conforme estudo de Juang<sup>78</sup>, mulheres brasileiras residentes no Rio Grande do Sul apresentam fogachos principalmente na faixa etária dos 40-69 anos, representando uma prevalência de 30,1% deste sintoma. As mulheres com idades entre 50-54 anos, consideradas pós-menopáusicas, com Índice de Massa Corpórea (IMC) compatível com sobrepeso ou obesidade e vivendo com companheiro, apresentam mais predisposição para o aparecimento dos fogachos. Já para Sclowtiz<sup>73</sup>, as mulheres rurais de Tawain, as ondas de calor, ou os fogachos, estava associado aos sintomas psicológicos de ansiedade e depressão percebidos na fase da menopausa, não sendo percebido no período que a antecede.

#### **4.4.2 Sentimentos de depressão e alterações no sono**

A menopausa pode fazer emergir uma pluralidade de sentimentos, os quais podem estar relacionados à percepção das mudanças corporais, do envelhecimento, das dificuldades de relação com o parceiro, da solidão provocada pela morte do companheiro, entre outros fatores. Alguns estudos, como o realizado por Veras<sup>79</sup>, indicam que as alterações fisiológicas relacionadas aos hormônios sexuais ocorrem em todas as mulheres, sugerindo que a alta prevalência de transtornos de humor pode ser resultado de mudanças hormonais associadas a um fator genético predisponente. As alterações neuroendócrinas relacionadas aos hormônios femininos e o ciclo reprodutivo, podem tornar as mulheres mais vulneráveis a mudanças de humor e sensíveis a fatores de ordem social, psicológico e fisiológico.

Estudo realizado por Sierra<sup>72</sup> com mulheres equatorianas revelou que entre os sintomas mais prevalentes nesta comunidade estavam: a dificuldade de concentração,

sentimentos de infelicidade ou ansiedade, dores de cabeça e ondas de calor. Todos eles foram influenciados pela idade da mulher, pela multiparidade e pelo nível de escolarização.

Pereira<sup>62</sup> realizou uma pesquisa sobre o processo de viver de mulheres climatéricas brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde. As manifestações psicossociais mais relatadas pelas participantes foram a insônia, a irritabilidade, a sensibilidade, o envelhecimento, a depressão e a incompreensão. Alguns destes sentimentos estão também presentes nos relatos das participantes do presente estudo.

Cinco participantes relataram sentimentos de depressão com a chegada da menopausa.

*“Na minha parte emocional assim às vezes eu sinto uma depressão, mas. fui superando”. (E1, 60anos).*

*“Depressão, às vezes”. (E6, 74anos).*

*“Eu sou depressiva. Aquela tristeza às vezes dá, mas eu não deixo mais chegar naquele ponto da outra vez. O que é a cabeça da gente, né”. (E7, 65anos)*

*“Eu não aceito assim que vem e volte a depressão, eu procurei sair Mas agora eu tô desanimada de novo” (E8, 70anos)*

Segundo Veras<sup>79</sup>, as mulheres que apresentam história prévia de transtornos do humor, a menopausa por si só não desencadeia essas alterações de humor, mas ela pode se tornar um momento de elevação do risco de expressão de episódios depressivos. Porém, algumas diferenças culturais encontradas chamam atenção, conforme estudo de Nagata<sup>80</sup>, onde as japonesas apresentaram poucos sintomas físicos e emocionais nesta fase da vida. Supõe-se que tais achados indiquem não somente diferenças culturais e demográficas, mas também demonstrem influência de fatores biológicos, genéticos e até mesmo nutricionais.

Uma das participantes do estudo relatou que sentiu e ainda sente muita irritabilidade, relacionando este sentimento à chegada da menopausa.

*“Irritabilidade eu tive, bastante. Isso eu tenho.Irritabilidade eu tenho bastante.Eu sinto que talvez isso seja da menopausa”. (E6, 74anos).*

Três participantes do estudo, relataram a presença de distúrbio no sono, como a insônia. Porém uma delas refere que a insônia já se fazia presente mesmo antes da menopausa.

*“Insônia eu tive”. (E7, 65anos)*

*“Insônia eu percebi”.(E10, 55anos)*

*“Insônia eu sempre tive desde nova. Ficou a mesma coisa, até hoje eu tenho. Não durmo de noite, às vezes”. (E11, 71anos)*

Segundo Giacomini<sup>55</sup>, as ondas de calor acontecem normalmente à noite e talvez por este motivo a qualidade do sono das mulheres pode se encontrar afetada. Campos<sup>81</sup> afirma que a insônia é o distúrbio de sono mais frequente na fase da pós-menopausa, sendo decorrente de alterações hormonais, estados depressivos relacionados a este período da vida, a presença dos fogachos e/ou dos sintomas de noctúria.

No entanto, muitos estudos realizados com mulheres na menopausa não conseguem especificar se as alterações no sono são inerentes ao envelhecimento, pois este por si só altera a sua qualidade, ou ao estado menopausal. De qualquer forma, verifica-se menor eficiência do sono em mulheres na pós-menopausa quando comparadas a mulheres na pré-menopausa. Outros achados além da alta prevalência de distúrbios do sono nesta fase da vida, foi a apnéia e movimentos periódicos das pernas, o que em conjunto piora a qualidade do sono<sup>81</sup>.

Somente a participante E3 relatou que sentia os três sintomas simultaneamente, procurando auxílio médico para tratar a depressão.

*“Eu tive um pouco de depressão, insônia, irritabilidade.. aí o que fiz, eu procurei uma terapia e faço terapia até hoje, tomo anti-depressivo e levo uma vida normal”.1 (E3, 64anos).*

Blumel<sup>82</sup> realizou estudo com 300 mulheres chilenas com idades entre 40 a 59 anos sobre o papel dos fatores biológicos e psicossociais na prevalência dos sintomas climatéricos. Os achados indicam que as mulheres que já estavam na pós-menopausa não tinham alta prevalência de sintomas psicológicos, porém elas referiam mais sintomas vasomotores. No entanto, as mulheres que ainda estavam vivenciando a menopausa (pré-menopausa) e que apresentava sintomas vasomotores referiam mais sintomas somáticos, psicológicos e estresse. Portanto, a presença dos sintomas vasomotores nesta fase pode estar vinculado ao aumento do risco de ansiedade, depressão, sintomas somáticos, disfunções sexuais e estresse. Eventos psicossociais negativos podem favorecer também o desenvolvimento destes sintomas.

No entanto, para Mori<sup>7</sup>, as reações depressivas podem ser consideradas como uma expressão afetiva natural desta fase da vida feminina, tratando-se de um momento caracterizado por fatores psicossociais tais como: alterações nos papéis familiares, mudanças no suporte social, perdas interpessoais, além do próprio envelhecimento que traz consigo inúmeras alterações e repercussões.

#### 4.4.3 Sinais corporais que anunciam o envelhecimento

Para Freitas *et al*<sup>66</sup>, na atualidade a questão principal para as mulheres na menopausa está relacionada à qualidade de vida. Hoje elas querem envelhecer em melhores condições do que suas avós e mães vivenciaram. Desta forma, deve ser levado em consideração o modo como as mulheres estão encarando a menopausa e seus efeitos sobre a feminilidade, vida sexual e social, sua aparência, independência e visão da vida. Muitas mulheres sofrem no período da menopausa por considerá-la um momento crítico de suas vidas. A maior parte das queixas femininas nesta fase não se referem à perda da capacidade reprodutiva, mas o enfrentamento do envelhecimento, os problemas de saúde e financeiros que pode se fazer presentes, o nível de satisfação na vivência de sua sexualidade na vida conjugal e os desajustes familiares.

No presente estudo, muitas das mudanças trazidas pela menopausa foram associadas ao envelhecimento, como aparece nos depoimentos das participantes.

*“Com certeza tu sente uma diferença. Eu acho assim, parou o ciclo menstrual, eu acho que sente assim uma mudança no teu corpo, o teu cabelo não fica mais bacana, a tua pele. Eu sempre fui muito vaidosa. Então, por isto que eu acho assim, teve uma diferença nos 50 e poucos anos para cá. Claro assim, um choque, não me aceito ainda muito bem. O envelhecimento mais rápido, eu sinto assim, não gostaria de ter envelhecido, não aceito muito bem, tanto que faço terapia. A gente vai levando”. (E3, 64anos)*

*“A gente sente que tá envelhecendo. Foi este o sentimento. Eu tive uma crise. É uma fase, não é um marco. Não estava iniciando nada. É uma passagem, tava passando”. (E8, 70anos)*

*“Tive queda de cabelo, perdi cabelo bastante, hormônios. Ah! Rugas, né, isto não pode faltar”. (E8 70anos)*

*“A pele mais seca. Sempre passando creme”. (E10, 55anos)*

*“Ah! Mas é lógico. Fica tudo “pelanca”, né. Inclusive, assim, a bexiga fica caída também”. (E11, 71anos)*

*“Pele mais seca, eu já tinha seca, agora ficou mais seca ainda. Todo corpo fica com pele seca, as pernas, o rosto, mãos, tudo Cabelo, não, mais a pele”. (E13, 50anos)*

De acordo com Pereira<sup>62</sup>, para muitas mulheres a menopausa pode se constituir como um momento difícil em suas vidas, pelo fato de confrontá-las com situações e sentimentos desagradáveis, ou até mesmo por sua percepção em relação ao envelhecimento. A sociedade também contribui de maneira negativa para esta forma de percepção, na medida em que algumas culturas estigmatizam o envelhecimento, atribuindo-lhe uma posição de menor valor.

Para Mori *et al*<sup>83</sup>, o corpo feminino se transforma na menopausa, as rugas aparecem, a pele perde elasticidade, o corpo diminui sua flexibilidade, os cabelos embranquecem, o peso corporal aumenta. Todas as mudanças sinalizam o inevitável, o processo do envelhecimento, impactando a auto-imagem feminina. Viver em uma sociedade que cultua e valoriza a juventude, a beleza e a saúde, e que desvalorizam o idoso, é sem dúvida uma vivência dolorosa para a mulher enfrentar seu envelhecer. Muitas destas transformações foram apontadas pelas participantes do estudo, sendo que a entrevistada E3 revela que não aceita muito bem estar envelhecendo, como aparece em seu relato descrito acima.

Outra percepção de mudança física, destacada pelas participantes foi o fato de terem engordado nesta fase da vida, porém esta mudança corporal foi associada tanto à menopausa quanto ao envelhecimento.

*“Eu fui tendo problema na minha transformação. A gente começa a engordar mais, mesmo que tu cuide, teu corpo começa a mudar”. (E1, 60anos)*

*“Engordei um pouco. Difícil perder peso”. (E2, 69anos)*

*“As pessoas diziam que eu ia engordar, mas não. Eu fiquei com medo, eu detesto engordar, eu não posso ser gorda. E eu faço de tudo para não engordar”. (E5, 65anos).*

*“Sei lá, se é da idade que a gente engorda um pouquinho ou se é da menopausa”. (E6, 74anos).*

*“Até os 50 anos. Agora eu me sinto enorme, nisso aqui tudo. Eu sempre, na minha vida toda, eu fui magérrima, eu vestia 40. Agora tô achando demais. Cabelo branco, né, perdeu o viço, perdeu o brilho. A pele também, eu me descuidei um pouco de mim”. (E7, 65anos).*

Conforme Lorenzi<sup>71</sup>, estudo realizado com 611 mulheres climatéricas gaúchas, identificou que a prevalência geral de sobrepeso e obesidade foi de 63,7%, com um índice de massa corpórea (IMC) médio de 27,4 kg/m<sup>2</sup>. Foi observada também uma associação significativa entre a presença de sobrepeso e obesidade com as variáveis: idade, ocupação, estado marital e terapia hormonal. O maior risco de sobrepeso e obesidade entre mulheres sem companheiro fixo e sem ocupação remunerada pode refletir a influência de outros fatores além dos biológicos no ganho ponderal que ocorre no climatério. Este achado pode ser explicado, talvez, pelo estilo de vida e tipo de alimentação adotado por essas mulheres, além de fatores psicossociais, como a preocupação com a auto-imagem. E com relação ao companheiro fixo, vários estudos apontam neste caso uma melhor qualidade de vida e um melhor nível de autocuidado entre as mulheres. Já com relação à terapia hormonal os achados ainda mostram-se controversos.

Apesar do desequilíbrio hormonal da menopausa, da desvalorização estética do corpo, dos sinais corporais identificados como desconfortos, da labilidade emocional presente para algumas mulheres, sinalizando o envelhecimento inevitável e a finitude, entende-se que apesar do corpo feminino ser fortemente marcado pelo ciclo biológico-reprodutivo, o destino da mulher não poder ser reduzido à fisiologia humana<sup>7</sup>.

#### **4.4.4 Perda do controle corporal: incontinência e prolapso**

Grande parte das mulheres que apresentam incontinência urinária ou prolapso, desconhecem os motivos que as fazem ter perdas urinárias ou a sensação de volume e peso no períneo, associando estas alterações presentes exclusivamente ao envelhecimento. Muitas mulheres também não sabem que o períneo é formado por músculos que podem ser exercitados, e que fortalecendo esta musculatura os sintomas presentes podem ser

minimizados ou totalmente curados. Estas informações, muitas vezes, são adquiridas somente com a participação nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico, o qual tem por objetivo não somente realizar a reeducação funcional dos músculos perineais, mas permitir que as mulheres compartilhem informações, dúvidas e anseios relacionados a esta situação que vivenciam.

No presente estudo, todas as participantes estavam em tratamento nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico desenvolvido no centro de saúde, por apresentaram os sintomas de incontinência urinária e/ou prolapso de bexiga. Um diferencial encontrado neste grupo, por esta razão, vem a ser o fato de terem conhecimento sobre o que ocasiona o aparecimento das perdas urinárias ou dos prolapso dos órgãos genitais, como exercitar o períneo e o quanto sua vida pode melhorar, incluindo a sexual, na medida em que houver a remissão destes sinais e sintomas.

De acordo com a *International Continence Society* (ICS) a incontinência urinária é definida como uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social<sup>84</sup>. Para Grosse<sup>85</sup>, o aparecimento deste sintoma é multifatorial, podendo ser ocasionado por inúmeras patologias. A perda involuntária de urina ocorre através de uma uretra anatomicamente sadia, sendo resultante de um distúrbio, de uma disfunção do equilíbrio vesico-esfincteriano.

São considerados fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento da incontinência urinária feminina: o envelhecimento, fatores genéticos, a gravidez e o parto, a menopausa, raça, doenças crônicas, constipação, tabagismo, consumo da cafeína, exercícios intensos, obesidade, a diabetes e a histerectomia. A gravidez e o parto são considerados os principais fatores de risco para o surgimento a longo prazo das perdas urinárias, pelo fato ocasionarem sobrecarga e lesões no suporte pélvico, corpo perineal e esfíncter anal. Ainda persistem controvérsias sobre o papel da menopausa como eventual fator de risco isolado<sup>86,87,88,89</sup>.

Outro problema que pode surgir relacionado ao períneo feminino é o prolapso de um órgão urogenital devido a um distúrbio da estática pélvica, secundário a fatores congênitos e adquiridos, sendo freqüentemente assintomático. Dentre os fatores adquiridos, o trauma obstétrico tem um papel preponderante, sendo que a sua evolução está correlacionada com a

idade e com a paridade. Tanto o fator idade como a menopausa ocasionam um envelhecimento das estruturas músculo-ligamentares, predispondo ao aparecimento do prolapso, que pode afetar um órgão pélvico isolado, geralmente dois, e às vezes a totalidade dos órgãos urogenitais. Os órgãos mais comumente prolapsados são o útero e a bexiga<sup>85</sup>.

No presente estudo, somente duas das participantes relataram perceber alterações no seu períneo, como a presença de um volume ou de sensação de peso nesta região, como aparece em suas falas:

*“A bexiga caiu, sentia aquele peso”.(E7, 65anos)*

*“Eu sinto que a bexiga está um pouco caída na vagina. Quando defeco sinto que ela desce um pouquinho”. (E11, 71anos)*

Conforme Fernandes *et al*<sup>31</sup>, os músculos do assoalho pélvico feminino podem ser afetados em sua funcionalidade pela carência estrogênica presente na menopausa, pelo fato de acarretar a diminuição do colágeno, que em parte é substituído por tecido adiposo e conjuntivo. Conseqüentemente, os elementos de suspensão e de sustentação devido à insuficiência circulatória, tornam-se frouxos e com menor elasticidade. Estas alterações funcionais do assoalho pélvico podem ser percebidas pelas mulheres como sensações desconfortáveis no períneo, como nos relatos acima.

As demais quatorze participantes relataram como queixa comum as perdas urinárias que aconteciam em diversas situações, sendo mais freqüentemente associada aos esforços, como tosse, espirro, andar rápido e ao ouvir barulho de água corrente, piorando segundo seus depoimentos, quando estão nervosas e estressadas:

*“Iniciou logo que parou o hormônio. Aconteciam quando eu espirrava, tipo assim, mexer com a água, abrir uma torneira”. (E1, 60anos)*

*“Tinha algumas perdas urinárias. Eu pretendia fazer uma cirurgia. Eu me urinava..Não precisa mais hoje. O emocional piora”. (E4, 71anos)*

*“Eu tossia e me urinava, eu descia lombaa abaixo, eu caminhava meio rápido, quando eu via estava escorrendo.Já melhorou bastante”. (E5, 65anos)*

*“Começou há 4 anos, perdia gotas”. (E6, 74anos)*

*“Perda ficou mais forte... quando eu me incomodo, quando eu fico nervosa, piora... nervosismo piora. Ficava reclamando do absorvente e agora eu uso todo dia”. (E8, 70anos).*

*“Eu não conseguia segurar quando dava vontade de urinar. Se tô com a bexiga cheia, tenho que ir rapidinho, senão eu solto. E quando tô com a bexiga cheia e dô uma tossida, sai um jatinho”. (E11, 71anos)*

*“Quando eu tava com vontade de fazer ‘xixi’, dava um espirro, escapava.. Então, falei para ele (médico), da bexiga caída”. (E12, 74anos).*

*“Eu usava forrinho.Quando fico irritada, nervosa, piora”. (E14, 79anos)*

*“Quando espirrava, sentia, eu sentia assim uns pingos”. (E15, 62anos)*

*“Dava vontade de fazer xixi e eu tinha que sair correndo, porque se não eu perdia um pouco né. Já melhorei bastante, né. Agora to me dominando”. (E16, 89anos)*

De acordo com Higa<sup>88</sup>, as mulheres com sintomas de incontinência urinária raramente falam sobre seu problema, talvez por se sentirem constrangidas, e por esta razão acabam não procurando tratamento. No entanto, a incontinência urinária tende a se acentuar no período da pós-menopausa, podendo ocorrer graus elevados de perdas urinárias.

Estudo realizado por Guarisi *et al*<sup>90</sup>, com 456 mulheres brasileiras, na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, com o propósito de analisar a queixa de incontinência urinária, demonstrou que 35% das participantes referiram perda urinária aos esforços, sendo que 10,7% referiram que as perdas ocorriam sempre e 24,3% apresentavam perdas esporádicas. Nesta população estudada o estado menopausal e o uso de terapia de reposição hormonal não modificaram o risco de incontinência urinária de esforço.

Conforme pesquisa realizado por Figueiredo<sup>91</sup>, com 58 mulheres atendidas no ambulatório de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública de Minas Gerais, 81% das participantes tinham idade entre 40 a 59 anos. A incontinência urinária mista\* foi a mais prevalente, correspondendo a 63% da amostra e a incontinência urinária de esforço\* a 34%.

---

\* Incontinência urinária mista vem a ser a perda urinária tanto aos esforços (como tosse, espirro,etc) como em situações de urgência miccional.

\* Incontinência urinária de esforço acontece somente em situações de aumento da pressão intra-abdominal, como tosse, espirro, levantar peso, etc).

As gestações (88%) e os partos vaginais (76%) se destacaram como principais fatores de risco e o sintoma de perda urinária aos esforços foi o mais prevalente (97%).

Estes resultados são semelhantes ao presente estudo, onde a maioria das participantes apresentavam perdas urinárias durante as situações de esforço. Destas participantes, duas relataram que apresentam perdas urinárias desde a última gestação, como aparece em suas falas:

*“Tive perda urinária a vida toda, desde a última gravidez”. (E9, 81anos)*

*“Eu tava perdendo urina. Desde que eu fiquei grávida da minha última filha, no que eu fiquei grávida, fiquei perdendo, e cada vez pior. E quando está pra vir a menstruação, aí fica horrível, aumenta a perda de urina. Até no descer a lombo, quando levanto alguma coisa meio pesada, quando vou tossir, quando vou rir. É bem assim, não é sempre, só quando vai fazer algum esforço”. (E13, 50anos)*

Para Guarisi *et al*<sup>90</sup>, a paridade é um dos fatores que tem sido freqüentemente associado ao desenvolvimento da incontinência urinária. Parece ser um sintoma comum durante a gravidez, ocorrendo em aproximadamente 33% de todas as mulheres gestantes. Seu desenvolvimento parece ser causado por uma combinação de fatores hormonais e mecânicos.

Muitas vezes, mulheres com sintomas de incontinência urinária (IU) também manifestam queixas relacionadas à vida sexual, devido à presença de alterações anatômicas e fisiológicas, mas também influenciada por fatores emocionais. O impacto da IU na vida sexual recebeu pouco destaque na literatura médica por muito tempo, porém estudos recentes têm revelado o impacto negativo destes sintomas na vida sexual feminina. Queixas como presença do odor, vaginites e cistites recorrentes, ressecamento e atrofia vaginal, dispareunia e dor durante a relação sexual são freqüentes entre as mulheres com IU. Por sua vez, tais sintomas tem sido associado com um decréscimo na freqüência das relações sexuais em quase 50% de mulheres com IU<sup>92</sup>.

Conforme Szóbel<sup>93</sup>, comumente ocorre disfunção sexual em conjunto com a incontinência e o prolapso. Apesar de alguns sintomas serem primariamente de natureza hormonal, como a diminuição da libido e a secura vaginal, e outros primariamente neurológicos, como a sensação vaginal diminuída e anorgasmia secundária, existe freqüentemente uma combinação de fatores predisponentes. Para Prado *et al*<sup>94</sup>, esta relação

entre o prolapso e a função sexual ainda é pouco compreendida. Mulheres com prolapso podem apresentar como queixa a dispareunia, redução da libido, embaraço ou medo pela anatomia local alterada.

Um das participantes do estudo que relatou apresentar prolapso urogenital, falou em seu depoimento que sentia muito desconforto e dor durante a relação sexual antes de começar a participar dos grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico e que atualmente está sem parceiro, e por esta razão não sabe se melhorou com os exercícios perineais.

*“Não podia com penetração, parecia que tava me rasgando. Expliquei para a ginecologista, quando to naquela coisa boa, né, vindo assim, não dava, não dava, era um desconforto para mim, que eu sempre me recusava. Agora eu tô fazendo fisioterapia (períneo), eu não tentei. Eu também não vou fazer sexo com qualquer pessoa. Se eu cheguei até agora saudável”. (E7, 65anos)*

Estudo realizado por Prado *et al*<sup>94</sup>, com 43 mulheres com diagnóstico de distopia genital (prolapso) e indicação cirúrgica de reconstrução do assoalho pélvico, sexualmente ativas, encontrou que a dispareunia era uma queixa presente em 25,6% das mulheres no pré-operatório e 17,1% após 6 meses da cirurgia corretiva. O resultado deste estudo indica que a cirurgia corretiva do órgão prolapsado reduz os desconfortos durante a relação sexual e que as mulheres que ainda referem a queixa de dispareunia, pode estar associada também ao medo e receio de retomar a vida sexual.

Com relação à atividade sexual, um estudo com mulheres australianas revelou que as participantes que apresentavam sinais de incontinência urinária, comum nessa fase, tinham pouco desejo sexual e fantasias, indicando que a presença de alterações urogenitais provocavam diminuição da libido<sup>95</sup>.

Muitas vezes o desconhecimento sobre o que está acontecendo com o próprio corpo, a falta de controle sobre a micção, a percepção de alteração no períneo com a presença do prolapso, os desconfortos gerados durante a relação sexual, podem gerar ansiedade ou vergonha, dificultando a procura por auxílio, pois todas estas alterações presentes podem ser entendidas como algo que faz parte do envelhecimento, não sendo possível modificá-las.

#### 4.4.5 Vida sexual: entre prazeres e desprazeres

Em nossa cultura ocidental, o envelhecimento é associado à ausência de desejo ou de vida sexual, sendo este rótulo mais forte para as mulheres, tendo em vista que a principal finalidade de sua sexualidade vem a ser a reprodução. A menopausa de forma isolada não ocasiona redução do interesse por sexo nem do seu potencial de relação sexual. O que pode alterar, na verdade, é o tipo de resposta sexual na fase de excitação, a qual pode se tornar mais lenta e menos intensa, levando a mudanças na vivência da sexualidade nesta fase da vida feminina<sup>77</sup>.

Estudo intercultural sobre sexualidade realizado por Vasconcellos *et al*<sup>96</sup>, revelou que mulheres brasileiras e portuguesas que freqüentam universidades e clubes de terceira idade vivenciam a sexualidade de forma diferenciada, não existindo um padrão sexual a ser adotado na fase do climatério. Apesar do mito de que a mulher na menopausa se torne menos desejável, pelo fato de já ter perdido a sua capacidade reprodutiva, e com isto perde junto seu interesse sexual, para Berni *et al*<sup>65</sup>, muitos casais nesta fase da vida, a atividade sexual continua a aumentar em função da vida prazerosa compartilhada e do decréscimo das responsabilidades, como o receio de engravidar que não faz mais parte deste momento.

Quatro das participantes associaram a chegada da menopausa a mudanças em sua vida sexual, como a redução da libido.

*“No início eu sofri bastante, eu achei que eu não ia mais ser mulher, aquela parte sexual sabe, no começo foi uma coisa que me prejudicou, até psicologicamente. Mas depois eu fui vendo, que eu comecei a tomar hormônio, que nada tava mudando, tava normal. Hoje minha prática sexual eu não sei como é”. (E1, 60anos)*

*“A libido também caiu, diminuiu. Sem libido. Até se meu marido não me procurar, eu até tinha comentado com minha doutora... É mais o desejo, eu percebi isso”.(E10, 55 anos)*

*“Era mais ou menos normal.Às vezes tem desejo, acontece com todo mundo né... Menopausa diminui bastante, sem interesse”.. (E11, 71anos)*

*“Pra gente tanto faz se tiver ou não tiver. Perda de apetite, de ... acho que até de prazer, sei lá. Eu percebo de pouco tempo pra cá, agora assim, que não faz mais falta.Não é mais a mesma coisa, pra mim não. É quase como uma obrigação. É só uma questão de perder a vontade”. (E13, 50anos).*

A redução da libido é uma queixa comum entre mulheres climatéricas. Essa alteração pode ser atribuída a vários fatores, como atrofia vaginal, caracterizada pelo afinamento do epitélio, perda da rugosidade e ressecamento vaginal. Essas mudanças podem interferir diretamente na vida conjugal, além de contribuir para a vivência negativa desta fase. Mulheres bolivianas relatam também mudanças na vida sexual, onde 51% refere baixa libido, 40,8% ressecamento vaginal e 40% dispareunia<sup>62,97</sup>.

Conforme estudo realizado por Oliveira<sup>77</sup> com mulheres brasileiras, as principais mudanças sexuais vivenciadas foram: o ressecamento vaginal que ocasiona desconforto no momento da relação sexual, e a diminuição ou ausência do desejo sexual, a qual pode interferir na relação conjugal. Outros dois fatores são vividos e valorizados de forma singular pela mulher, condicionando a vivência de sua sexualidade: a cultura onde está inserida e sua vida sexual pregressa. Assim, a associação do sexo com reprodução pode criar no imaginário feminino a idéia de que na menopausa, sua função de procriação está cumprida e que, portanto, não há mais necessidade de dar voz às suas necessidades sexuais.

Pesquisa com mulheres austríacas demonstrou que o desinteresse sexual estava relacionado com uma desvalorização de si devido ao aumento de peso corporal ocorrido durante a menopausa, deixando-as menos atrativas e com uma auto-imagem negativa, incompatível com a imagem de corpo ideal e atrativo vigente na sociedade onde viviam<sup>98</sup>.

Conforme Gonzalez *et al*<sup>99</sup>, a terapia de reposição hormonal pode melhorar a função sexual feminina, mas não interfere no desejo sexual. Este achado revela que há uma associação negativa entre a idade e a sexualidade na mulher da meia-idade. Desta forma, a vida sexual feminina não pode se resumir somente nos aspectos biológicos, na medida em que o uso dos hormônios interfere mais na relação sexual propriamente dita do que no prazer, no desejo e na satisfação sexual, os quais se constituem de fatores emocionais, sociais e culturais que se retroalimentam.

Com relação à vida sexual, as participantes relataram diferentes percepções, para algumas a libido permaneceu inalterada, para outras o desejo aumentou, e a atividade sexual passou a ser vivenciada com mais liberdade, sem o risco de engravidar.

*“Excitação sim. Vontade de ter relação sexual, vou ser sincera, aumentou. Me masturbava bastante. O desejo aumento sim, então eu buscava”. (E4, 71anos)*

*“Agora tá boa. Fiquei muito tempo sozinha. Tenho muito que aprender ainda. Eu queria ter uns 30 e poucos anos agora com a experiência que tenho agora. Mas, independente da idade que eu tenho agora, sou mais feliz do que jovem, de outra forma”. (E5, 65anos)*

*“Libido, não alterou”. (E15, 62anos)*

*“Já está terminando. Ele (marido) ainda quer um pouco”. (E9, 81anos)*

*“Meu marido era um homem muito forte. E aí tinha que... Eu não era muito, assim né. Porque tem pessoas que não podem passar sem, né. Eu tinha filho pequeno chorando.. Graças a Deus agora não tem mais perigo de engravidar”. (E16, 89anos).*

Conforme Pereira *et al*<sup>62</sup>, o aumento da libido em algumas mulheres no período do climatério pode ser atribuído ao fato de se sentirem mais livres neste período e valorizadas para manter relações sexuais somente pelo prazer. Pois, nesta fase a atividade sexual envolve exclusivamente a relação íntima e não mais a dimensão reprodutora presente antes.

A vida sexual na menopausa também ganha contornos diferentes em cada cultura. As mulheres indianas apresentam uma atitude cultural positiva sobre a vida sexual depois da menopausa, pois esta comunidade apresenta uma grande aceitação das mudanças que ocorrem nesta fase, pois elas crêem que esse momento da vida vem a ser um evento biológico e natural, tal como o nascimento e a morte<sup>74</sup>.

A vivência da sexualidade não se encerra com o envelhecimento. Na menopausa ocorrem alterações corporais e na resposta sexual, mas o interesse continua uma vez que a idade não dessexualiza. O que pode vir a influenciar a vivência da sexualidade e a vida sexual são os aspectos psicológicos e culturais, bem como as crenças religiosas, os quais podem provocar uma fase de “recolhimento erótico”<sup>39</sup>.

#### **4.5 UMA NOVA ETAPA DA VIDA**

Nesta última parte do estudo são descritas as práticas de autocuidado relatadas pelas participantes, exercitadas através da realização de exames, do acompanhamento médico, da realização da histerectomia, do uso de Reposição Hormonal e da participação nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico (Figura 6).

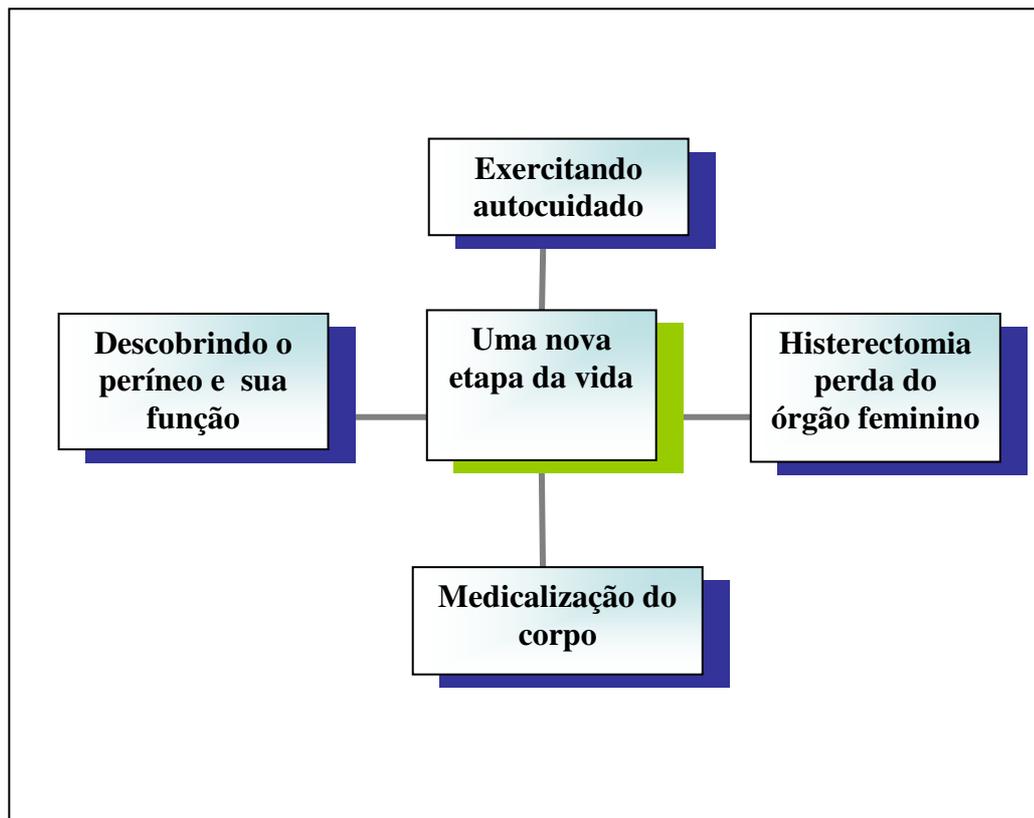


Figura 12: Uma nova etapa da vida  
Fonte: A autora (2008)

As primeiras idéias de cuidado preventivo na vida das mulheres que se encontram na menopausa surge da caracterização desta fase como sendo um evento fisiológico do ciclo de vida feminino, o qual pode ser acompanhado em todo o seu processo<sup>32,37,38</sup>.

Para Bub *et al*<sup>100</sup>, o cuidado de si mesmo é uma forma de encarar as coisas, de estar no mundo, de agir de si para consigo, de modificar-se, de transformar-se, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Por outro lado, o autocuidado está vinculado à saúde humana, de fazer o bem a si mesmo e aos outros, de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de viver de forma saudável.

Estes cuidados modificam-se de acordo com a cultura as concepções que cada comunidade constrói a respeito da menopausa. As mulheres japonesas demonstram uma tendência a conceber a menopausa como uma fase que deve ser “medicada”. Já as mulheres mexicanas integram tanto o discurso médico, quanto o social, em suas representações sobre a menopausa. Portanto, fica visível que algumas constroem uma explicação de caráter organicista sobre essa fase, identificando no corpo as causas dos males, enquanto outras mulheres alimentam-se de outras representações, como a de ser mulher, onde a perda da fertilidade significa uma desvantagem socialmente construída diante dos homens<sup>37,101</sup>.

De acordo com Margis<sup>102</sup>, as mulheres na menopausa passam por um processo de reavaliação da vida envolvendo tarefas como: a aceitação do corpo que se transforma e envelhece, a aceitação da passagem do tempo e da finitude, revisão dos papéis sociais exercidos na esfera familiar e social, preparação para a velhice por meio de estratégias de prevenção e promoção da saúde, incluindo a construção de novos vínculos sociais.

No presente estudo, no decorrer dos depoimentos, as participantes relataram os principais cuidados consigo que haviam realizado, como as consultas médicas com Ginecologistas, Mastologistas e Geriatras, os exames de mama, o uso de Terapia de o Hormonal e a participação nos Grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico para prevenir ou tratar os sintomas de incontinência urinária ou os prolapso urogenitais. Este trabalho desenvolvido em grupo constituiu-se não somente em um espaço de reeducação dos músculos do assoalho pélvico, mas também um espaço de trocas entre as participantes de situações comuns da vida e de descoberta do próprio corpo.

### **.5.1 Exercitando o autocuidado**

Muitas participantes trouxeram em suas falas a forma como lidaram com as mudanças trazidas pela menopausa, buscando informações, orientações com seus médicos e realizando exames de rotina.

*“Fiquei muito tempo cuidando do meu velho. Agora estou cuidando um pouco de mim. Faço acompanhamento com o ginecologista”.* (E2, 69anos)

*“Faço acompanhamento com ginecologista desde que entrei na menopausa. Agora eu tô dando valor a mim. Tá uma maravilha agora”. (E5, 65anos)*

*“A própria higienização do corpo, a gente não tinha tantos produtos assim como tem hoje, para te cuidar, medicamentos. Eu sempre fui saudável”. (E7,65anos)*

*“Uma vez por ano eu faço exames gerais. Eu fiz uma mamografia que o médico não gostou muito, aí eu consegui fazer uma ecografia. Agora vou buscar o resultado. Eu nunca me preocupei comigo. Eu nunca fui boazinha para mim. Eu sempre me cobrei muito”. (E8, 70anos)*

*“Sempre tenho me cuidado. Na mama tenho cisto, mas há muitos anos faço controle, desde 1993”. (E11, 71anos)*

*“Sempre tive uma vida muito controlada e muito calma. Acho que isso ajuda. Eu me trato com geriatra. Ele me encaminhou para ginecologista e este me encaminhou para o grupo”. (E12, 74anos)*

Nos depoimentos das participantes acima é possível perceber que o cuidado consigo está muito relacionado ao atendimento especializado com os profissionais da saúde, como a consulta de rotina com o ginecologista, com o geriatra, os cuidados com a mama através dos exames de mamografia e a participação nos grupos do assoalho pélvico no centro de saúde. Porém, em suas falas também fica evidente que algumas participantes começaram a exercitar este autocuidado nesta fase da vida, pois até então suas vidas tinham outras prioridades, como cuidar do cônjuge, colocando-se em segundo plano.

Estudo realizado com mulheres climatéricas brasileiras sobre a procura por serviço médico, de acordo com Pedro *et al*<sup>61</sup>, destacou que as principais queixas que as levaram a buscar atendimento foram: irregularidade menstrual (75,9%), seguida dos sintomas climatéricos (63,3%) e pelos sintomas urogenitais (54,4%). O nível sócio-econômico mais elevado (A e B) e o estado marital correlacionaram-se diretamente à maior procura pelo serviço médico. Em contrapartida, a principal razão pela não procura pelo serviço médico foi a percepção de que os sintomas não mereciam atenção médica. Foi detectado, também, que a maioria das mulheres que apresentavam queixas de disfunção sexual também não procuraram auxílio médico.

Para Brzyski *et al*<sup>103</sup>, Jokinen *et al*<sup>69</sup> e Gutierrez *et al*<sup>63</sup>, o nível educacional e sócio-econômico são fatores que também influenciam a vivência dos sintomas no climatério. As

mulheres que possuem menor tempo de escolaridade apresentam sintomas climatéricos mais severos do que as que possuem um tempo maior de escolaridade. Este fato poderia ser explicado pela possibilidade de acesso a informação, ou seja, as mulheres com menor tempo de escolaridade têm menos acesso a informação sobre esta etapa da vida, bem como menos possibilidades econômicas de buscar atendimento adequado.

De acordo com Garduño *et al*<sup>104</sup>, estudo realizado com 354 mulheres mexicanas moradoras de Toluca, que se encontravam na menopausa revelou que nesta fase a mulher está exposta a fatores de risco que podem ser minimizados por práticas de autocuidado. Neste estudo foi observado um déficit no desenvolvimento de práticas de autocuidado, principalmente nos hábitos alimentares, sendo freqüente a presença de sobrepeso e obesidade em 27% das mulheres, 40% não realizam exercícios físicos, 17,9% não realizam detecção do câncer do colo uterino, 37,7% não praticam o auto-exame da mama, 52,3% procuram assistência médica somente quando estão doentes.

Outro achado deste estudo<sup>104</sup> foi o fato de 80% das mulheres não sabiam o que significava a menopausa, fator este que deve ser considerado como um elemento que influencia diretamente no autocuidado. Neste sentido, o conhecimento sobre o que está acontecendo favorece a procura por atenção médica de forma preventiva, bem como estimula ações de autocuidado e autoconhecimento, como relatado pelas mulheres participantes do presente estudo, que além de participar sistematicamente dos Grupos de Reabilitação do Assolho Médico, também incluíam em sua vida cotidiana outros cuidados corporais, como exame da mama.

#### **4.5.2 Histerectomia: perda do órgão feminino**

Das dezesseis participantes do estudo, somente três realizaram a histerectomia, ou seja a retirada cirúrgica do útero. Este procedimento foi realizado por indicação médica devido a presença de fluxo menstrual intenso, secundário a presença de miomas uterinos. Os leiomiomas são tumores benignos e cerca de 75% dos casos são assintomáticos. O sangramento uterino aumentado é a queixa mais comum das mulheres, como relatado pelas participantes do presente estudo. As abordagens terapêuticas podem ser clínicas, como por

exemplo através de anticoncepcionais orais e antiinflamatórios não esteróides, ou cirúrgicas, como a miomectomia, embolização e histerectomia. Estudos realizados revelam que mulheres que optaram pela histerectomia relatam melhora na qualidade de vida e apresentam melhores índices de satisfação do que em outros tratamentos<sup>105</sup>.

Para três participantes do estudo a interrupção do ciclo menstrual se deu de forma abrupta tendo em vista a realização da histerectomia. Esta intervenção cirúrgica foi a solução encontrada para eliminar os problemas apresentados, como os miomas uterinos, os sangramentos excessivos e as cólicas menstruais.

*“Fiz cirurgia, 46 anos, retirei útero, estava com miomas. Não tinha sangramento, mas tinha vários miomas”.(E2, 69anos)*

*“Fiz a cirurgia com 52 anos. Eu tinha cólica, menstruava muito, era uma semana de enxurrada, eu tinha pavor”. (E6, 74anos)*

*“Fiz histerectomia com 48 anos de idade. Eu tinha miomas, sangramentos, cólicas, essas coisas. O médico achou melhor fazer. Depois não senti mais nada, foi muito bom. Acho que valeu a pena. Menos uma coisa para complicar. Tem tanta gente com câncer de útero, ainda hoje em dia”.(E12, 74 anos)*

Porém, deve-se compreender a dimensão deste procedimento cirúrgico, o qual além de provocar a interrupção abrupta de menstruação, fato este desejado pelas participantes, também pode desencadear sentimentos perturbadores pela retirada do útero. De acordo com Sbroggio<sup>106</sup>, para muitas mulheres o sentimento presente diante da cirurgia é de otimismo, pois elas esperam que a vida melhore depois da cirurgia, pois os sintomas presentes incomodavam há bastante tempo, especialmente o sangramento freqüente e excessivo, semelhante aos achados no presente estudo.

Para uma participante, a realização da histerectomia, desencadeou um certo desconforto, na medida em que esse assunto somente foi compartilhado com a família e o marido, não conseguindo revelar para as amigas o fato de ter retirado o útero.

*“Eu não conto para ninguém que tirei meu útero, sabe. Sei lá porque, é uma maneira minha. Só a família que sabe, a não ser quando é uma pessoa estranha, que eu converso assim numa fila, que não me conhece. Mas as minhas conhecidas, eu não comento”. (E6, 74anos)*

Conforme Mori<sup>7</sup> e Sbroggio<sup>106</sup>, o útero não pode ser visto somente como um órgão urogenital, resumindo-o a suas funções biológicas, pois a partir dele constrói-se um simbolismo que representa tanto a fertilidade como a feminilidade, por relacionar-se ao papel reprodutor da mulher e à sua vida sexual. Sua perda poderá se refletir sobre o que a mulher percebe como sua capacidade de fêmea, incluindo o desejo sexual e a libido. Ser mulher então é ter útero e ter útero é ser feminina.

Extirpar este órgão do corpo feminino pode, então, representar a perda da feminilidade e talvez esta possa ser uma das razões que levaram a participante E6 a ter dificuldade em compartilhar com as amigas o fato de ter realizado a histerectomia.

Conforme estudo realizado por Sbroggio<sup>106</sup>, com mulheres hospitalizadas em pré-operatório, com indicação de histerectomia, as opiniões sobre a vida sexual foram divergentes, pois algumas entendiam que a retirada do útero não alteraria esse aspecto de sua vida, enquanto outras tinham dúvidas, tais como: se a cirurgia as levaria à menopausa e precisariam tomar hormônios, quanto à perda ou aumento do prazer sexual e do interesse do parceiro por elas de pois da cirurgia, se ficariam ocas e se sentiriam dor durante a relação sexual. Apesar destes questionamentos presentes, com frequência enfatizaram que, mesmo que sua vida sexual mudasse para pior depois da cirurgia, elas não se importavam com isso, pois “sexo não é tudo”.

Somente uma das três participantes do estudo relatou que depois da histerectomia não teve mais vida sexual.

*“Depois da cirurgia eu não tinha mais vida sexual”. (E2, 69anos)*

Uma das participantes que realizaram histerectomia relataram que se preocupavam com a reação do marido diante da falta do útero, bem como com a possibilidade desta situação vir a interferir na vida sexual.

*“Tu sabe que o meu marido nunca se queixou sobre isso aí (histerectomia), nunca, nunca... Tu vê, tirei com 52 e ele sempre....e eu tinha medo...Aí uma me explicou: ‘tu não precisa se preocupar porque o negócio é vagina, não tem nada a ver com outra coisa’. Meu marido nunca falou qualquer coisa.. Por mim eu não fazia mais nada, mas ele não pára quieto, tem que fazer”. (E6, 74anos)*

Urrutia<sup>107</sup>, realizou estudo com 104 mulheres chilenas que tinham realizado histerectomia com o intuito de averiguar o retorno a vida sexual no período de três meses de pós-operatório. Em média, as mulheres retornaram a atividade sexual aos 46 dias posterior à cirurgia. Somente 11,1% das mulheres não haviam iniciado a atividade sexual, devido ao medo, problemas com parceiro e por falta de desejo. A prevalência de incontinência urinária durante a relação sexual foi de 8,8% e de dispareunia foi de 30% após três meses de cirurgia. Com relação ao orgasmo, 96,7% das mulheres apresentavam orgasmo antes da cirurgia, reduzindo para 78,8% aos três meses. Sendo que para 81,3% das mulheres manifestaram que sua vida sexual havia mudado e deste grupo, 58,46% referiram mudanças positivas.

Alguns médicos têm discutido sobre a redução da libido em mulheres que realizaram histerectomia. Anteriormente, esse fato era associado exclusivamente a razão psicológicas, porém, novos achados também demonstraram razões fisiológicas. A retirada do útero pode tornar os tecidos da região pélvica menos ingurgitados, com menor quantidade de sangue, podendo interferir na excitação sexual<sup>7</sup>.

Neste sentido, no imaginário ainda paira a idéia de que a mulher que retira o útero não será mais a mesma e nem será mais igual às outras mulheres. E este fato poderá resultar no marido não querê-la mais, por senti-las ocas, frias e sem interesse sexual. Muitas mulheres também pensam que a histerectomia pode levar a frigidez, pode não ser mais as mesmas, alterar sua imagem corporal pelo fato de estarem “ocas, vazias, ter um buraco”, interferindo também na vida afetiva<sup>106</sup>.

Para uma das participantes que realizou a histerectomia, a reação inicial diante da possibilidade de retirar o útero foi visto com apreensão, pois o fato de não ter mais útero poderia ocasionar o fim da sua vida sexual, como aparece em seu relato:

*“Eu tive vida sexual, atividade sexual até o meu marido morrer. Antes disso (doença marido) a gente tinha uma vida sexual normal. ‘Não quero tirar o útero porque depois a gente não tem mais atividade (sexual)’. Bobagem! É uma coisa da cabeça. Meu médico ginecologista disse, na época, que isto era muito da cabeça. ‘Se quiser pode continuar com atividade sexual, não tem problema nenhum. Não muda nada’. E não mudou mesmo, continuou a mesma coisa”. (E12, 74anos)*

No entanto, a entrevistada E12 percebeu que a vida sexual não está atrelada diretamente a presença ou não do útero. E que grande parte da aflição em retirar este órgão

está relacionada a questão da feminilidade e da aceitação do outro, neste caso o cônjuge, envolvendo todo um simbolismo construído ao redor de um órgão que carrega consigo a representatividade de ser mulher.

Conforme Salvador<sup>108</sup>, a histerectomia pode receber um significado tanto como cura como mutilação, pois este simbolismo é construído a partir da interação realizada pela mulher com os múltiplos atores de seu ambiente, que a permitam elaborar o fato de viver como sendo histerectomizada. A decisão a ser tomada poderá ser a de aceitar o evento cirúrgico como uma mudança positiva ou negativa em sua vida, levando-a ou não a buscar estratégias para viver melhor, mesmo sendo histerectomizada.

### **4.5.3 Medicalização do corpo**

Uma das maneiras que a cultura ocidental dispõe para minimizar os desconfortos físicos que acompanham as mulheres na menopausa é o uso da Terapia Hormonal, podendo reforçar em algumas mulheres a denegação desta fase da vida<sup>30</sup>.

Nas décadas de 1960 e 1970 ocorreu um aumento da utilização da terapia de reposição estrogênica em mulheres na fase da pós-menopausa, principalmente para reduzir os sintomas vasomotores, a vaginite e a osteoporose. Porém, na década de 1980 os estudos epidemiológicos realizados indicaram que esse tratamento estava associado ao aumento significativo da incidência de carcinoma de endométrio. Essa descoberta resultou na utilização da terapia de reposição hormonal (TRH) combinada, de estrogênios e progesterona<sup>55</sup>.

Conforme Pereira Filho<sup>109</sup>, estudo realizado sobre as práticas de ginecologistas brasileiros a respeito do uso da Terapia Hormonal (TH) indicou que uma frequência maior de indicação desta terapia principalmente em mulheres de cinquenta anos, submetidas a histerectomia ou ooforectomia bilateral. O uso de terapia combinada de estrógenos e progesterona foi mais indicada para mulheres que apresentavam útero intacto. Histórias familiares de câncer de mama e o fato de ser fumante foram os principais motivos para contra-indicar o uso da TH por parte dos ginecologistas.

No presente estudo, com relação ao uso da Terapia Hormonal (TRH), 62,5% (n=10) das participantes relataram o seu uso, onde 40% das participantes utilizaram por cerca de 6 meses a 1 ano, apesar deste período de utilização ter variado de 6 meses a 8 anos. A TH foi utilizada com diversas finalidades, mas principalmente para minimizar a redução das perdas urinárias e melhorar os sintomas de depressão, como segue nos depoimentos abaixo.

*“Falei com o meu ginecologista e ele me deu uma pomada para colocar, que seria hormonal. Quando eu usava hormônio era normal, até a umidade assim”. (E1, 60anos)*

*“Depois da cirurgia tomei hormônio por um bom tempo”. (E2, 69anos).*

*“Eu cheguei a tomar alguma coisa, mas não tive persistência, achei que não precisava e parei”. (E4, 71anos)*

*“Depois que eu comecei o tratamento com hormônio, melhorou, passou os calorões. Fiz tratamento 7 anos. As pessoas diziam que o máximo é 5 anos”. (E5, 65anos)*

*“Quando eu tomei hormônio eu melhorei. Mas agora eu tô desanimada de novo”.(E8, 70anos)*

*“Eu usei por 4 anos. Aí eu tomava o hormônio, que me ajudava muito. Fiquei assim, meio depressiva”. (E8, 70anos)*

*“Comprimidos e depois adesivo, ainda menstruava”.. (E11, 71anos)*

*“Eu fiz reposição hormonal, me ajudou a ter esta qualidade de vida um pouco melhor”. (E3, 64anos)*

*“Andei tomando hormônios, aí engordava. Não quis mais tomar.... Mal não faz, só o caso de agüentar os calorões. Aí eu pensei: ‘então, prefiro agüentar os calorões’”.(E12, 74anos)*

*“Parou um pouco a menstruação. Eu tomei hormônio, veio de novo. Depois eu parei total. Não senti diferença usando hormônio”. (E15, 62 anos)*

De acordo com Pereira *et al*<sup>62</sup>, em seu estudo realizado com mulheres climatéricas brasileiras sobre o processo de viver da menopausa, ele verificou que a maioria das mulheres realizou o tratamento de Terapia Hormonal devido ao volume menstrual alterado nesta fase, a irregularidade do processo e a necessidade percebida de aliviar a sintomatologia.

Porém, como afirma Trench *et al*<sup>29</sup>, para que os hormônios sejam consumidos pelas mulheres na menopausa, não basta associá-los com o rejuvenescimento e com a prevenção, mas estes deverão estar em constante circulação no imaginário, sendo os médicos parte

integrante dessa cadeia associativa, constituindo-se muitas vezes como o principal vetor para sua disseminação e legitimidade.

Muitas das participantes do estudo demonstraram conhecimento sobre os riscos da Terapia Hormonal, sendo que a maior parte recebeu esta informação do médico que as acompanhavam.

*“Quando eu tirei o hormônio eu não queria tirar, eu fui obrigada a tirar. Eu sei que falam dele (hormônio), de derrame e até de mulheres que já morreram”. (E1, 60anos)*

*“Depois o médico geriatra me falou que eu não deveria tomar”. (E2, 69anos)*

*“Depois pode complicar, pode vir alguma coisa no seio. Mas eu fiz e não me arrependi”. (E5, 65anos)*

*“Parei de tomar por indicação do médico, pois fazia mal tomar por muito tempo”. (E8, 70anos)*

*“Não faço uso, tenho restrições, tenho mamas densas, não posso tomar. Tenho dor nas mamas”. (E10, 55anos)*

*“Parei por indicação médica. Tive irmãs que tiveram câncer de mama. Tomei também 3 meses de injeção de hormônios, mas quando trocou de médico ele também mandou parar devido ao problema da família”. (E11, 71anos)*

Com relação à concepção de que a menopausa é uma fase onde a mulher deve ser medicada para minimizar as queixas presentes, vários estudos demonstram que TH tem se mostrado um método terapêutico polêmico, uma vez que existem estudos e profissionais com opiniões favoráveis e posições contrárias ao seu uso, pelo fato desta terapia hormonal apresentar tanto efeitos positivos quanto maléficos<sup>7,99</sup>.

Um dos riscos citados pelas participantes deste estudo associado a TH foi a predisposição ao câncer de mama. Segundo Elias *et al*<sup>110</sup>, o câncer de mama tem se mostrado como neoplasia maligna mais freqüente entre as mulheres ocidentais, sendo um modelo clássico de neoplasia hormônio-dependente. Atualmente, várias evidências associam este tipo de câncer à exposição prolongada aos hormônios femininos, como nos casos de menarca precoce e menopausa tardia. A TH e a obesidade após a menopausa também estão associadas ao aumento da incidência dessa neoplasia. Como também afirma Conner *et al*<sup>111</sup>, os riscos de

câncer de mama aumentam gradualmente com o uso da terapia hormonal combinada de estrógenos e progesterona de forma significativa com o uso contínuo de 4 a 5 anos.

#### 4.5.4 Descobrimo o períneo e sua função

O períneo é uma parte do corpo feminino desconhecida para muitas mulheres, e pelo fato de estar associado diretamente à sexualidade, acaba produzindo dificuldades em falar sobre ele ou mesmo de conhecê-lo com mais detalhes. Para as participantes do estudo, freqüentar o Grupo de Reabilitação do Assolho Pélvico no centro de saúde permitiu que se apropriassem de uma parte do corpo que até então era quase uma desconhecida. Além da informação adquirida, exercitar esta musculatura foi uma experiência inovadora e diferente para as participantes. Os motivos que as levaram a buscar este tipo de atendimento terapêutico foram plurais, como aparecem nos depoimentos abaixo.

*“Eu vim para o grupo. Com o grupo hoje eu consigo chegar até em casa, não me preocupo mais em saber onde tem banheiro.... Não conhecia o períneo...nada...nada... aqui eu comecei a saber”. (E1, 60anos)*

*“Participo do grupo como uma questão de cuidado. Não conhecia fisioterapia para perda urinária”. (E2, 69anos)*

*“Perdia gotas. Melhorou com o grupo”.(E6, 74anos)*

*“A doutora me disse pra eu vir para o grupo. Ela não é muito de fazer cirurgia. Agora diminui o problema com os exercícios”. (E13, 50anos)*

*“Tava perdendo urina e achava que aquilo não tava certo. Aí quando eu vim consultar, eu disse: doutor eu to perdendo urina, não sei o que é. Aí ele me disse: tem que fazer uns exercícios, os músculos são diferentes”. (E14, 79anos)*

De acordo com Guarisi *et al*<sup>90</sup>, estudo realizado com 456 mulheres com idade entre 40 a 60 anos, com o intuito de avaliar as queixas de perda urinária, a busca ou não pelo tratamento médico revelou que 35% dessas mulheres apresentavam perda de urina aos esforços (sempre ou às vezes), mas que somente 59% das mulheres com queixa procuraram ajuda médica. O principal motivo para não buscar assistência especializada foi o fato de acharem que os sintomas presentes não mereciam atenção médica. Este fato reforça a

suposição de que grande parte das mulheres na menopausa com queixa de perda urinária não relatam a queixa aos seus médicos se não forem objetivamente questionadas a respeito.

Estudo realizado com mulheres francesas com idade variando de 18 a 70 anos, por Gasquet *et al*<sup>112</sup>, revelou que os sintomas de incontinência urinária de estresse (ou esforço) são frequentes nesta população feminina, causando situações de embaraço e afetando de forma negativa a qualidade vida. E que apesar de confirmado os benefícios do tratamento terapêutico para minimizar as perdas urinárias, somente as mulheres que apresentam sintomas severos buscam auxílio e recebem tratamento.

As repercussões da incontinência urinária no estilo de vida das mulheres com esta sintomatologia são inúmeras, conforme afirmam Higa<sup>88</sup> e Lopes<sup>113</sup>. Normalmente essas mulheres acabam apresentando restrições na vida cotidiana, tais como: nas atividades do lar, perda da confiança em si, vergonha e medo de apresentar episódio de perda urinária em público, ou durante a participação em eventos sociais com amigos e familiares, frustrações e limitações no desempenho das atividades profissionais, disfunção sexual, onde surge o receio de perderem urina durante a relação sexual ou orgasmo.

Para Mori *et al*<sup>7</sup> e Oliveira *et al*<sup>77</sup>, a participação em grupos terapêuticos permite à mulher, por meio de compartilhamento de experiências, a ressignificação dessa etapa da vida, contribuindo para que a vivência da meia-idade se torne um momento de vida menos sofrido e mais criativo. Consciente de si, a mulher poderá compreender melhor o evento da menopausa e seus efeitos, entendendo que essa fase implica questões muito peculiares e que ao mesmo tempo existe uma grande diversidade nas maneiras individuais de lidar com esse momento da vida.

Por esta razão, devido à magnitude que pode assumir a presença da incontinência urinária na vida feminina, a busca por tratamento, como fizeram as participantes do presente estudo, pode contribuir de forma positiva em suas vidas, reduzindo as perdas urinárias e a sensação de falta de controle sobre o corpo, bem como permitindo o conhecimento de uma parte do corpo feminino muitas vezes encoberto por tabus e preconceitos por estar vinculado a vivência da sexualidade e do prazer.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da menopausa ser vislumbrada como um evento fisiológico de caráter universal, os estudos sócio-antropológicos a esse respeito têm afirmado que os aspectos biológicos são sempre mediados pelas condições sociais e culturais. Em cada país a política, a economia, a estrutura social, a organização do sistema de saúde, as condições de vida

oferecidas às mulheres e o acesso adequado aos cuidados com a saúde são profundamente diferentes. Por isso a menopausa não pode ser entendida de forma isolada na vida da mulher, mas relacionada a todos os fatores que a produzem, tais como: trabalho, vida conjugal, história da fertilidade, condições do meio ambiente em que vivem, estilo de vida adotado, adequação da dieta, vulnerabilidade às doenças, cuidados da saúde, entre outros fatores intervenientes<sup>10</sup>.

Neste sentido, pode-se afirmar que a menopausa e as alterações trazidas por ela se constituem como uma passagem na vida feminina, experimentada com diferentes magnitudes e intensidades por mulheres que vivem nas mais diversas culturas, tendo como demarcador a interrupção do fluxo menstrual. Sua dimensão sócio-cultural, vai para além de suas características biológicas, extrapolando-as, uma vez que as mudanças presentes repercutem, marcam e transformam tanto os corpos como a vida das mulheres na menopausa.

Essa diversidade de discursos, de percepções e de sentidos produzidos, tanto de forma coletiva como individual sobre a menopausa, possibilita que este acontecimento, exclusivo da vida feminina, possa ser continuamente redimensionado, pois não há consenso nem unanimidade entre as mulheres que a estão vivenciando quando questionadas com relação aos simbolismos e sentidos atribuídos a essa fase, bem como em relação aos sinais corporais percebidos<sup>29</sup>.

Para muitas das participantes deste estudo, falar sobre a menopausa em suas vidas foi um resgate no passado, buscar na memória cognitiva e corporal formas de descrever as suas percepções, as dificuldades enfrentadas, o conhecimento que possuíam, os sentimentos advindos com a interrupção da menstruação, os sinais emitidos pelo corpo, as mudanças percebidas, o exercício da sexualidade, a medicalização de seus corpos, as intervenções que nele operaram e seus efeitos, enfim, como se permitiram se tornar uma nova mulher. Para outras, a menopausa ainda é uma vivência operante, ao mesmo tempo desejada e temida, uma mistura de sentimentos e dúvidas ainda não elucidadas. Os efeitos da menopausa para essas participantes que ainda menstruam, mesmo que de forma irregular, ainda é algo por vir, sem formas definidas, uma elaboração inacabada.

Ao longo dos depoimentos das dezesseis participantes muitas histórias foram narradas, e explicitadas, fatos foram confidenciais, enfim uma parte de suas vidas foi compartilhada em um pequeno recorte de tempo. Em suas falas foi possível perceber que mesmo que todas

estivessem relatando sobre o mesmo evento da vida, seus relatos eram singulares e estavam impregnados de sentimentos. Falar sobre a menopausa, para algumas foi um grande desafio, para outras pareceu um relato de um acontecimento dentre tantos outros que fazem parte de suas vidas.

Muitos foram os sinais corporais apontados pelas participantes como indicadores da chegada da menopausa: as irregularidades menstruais, os fluxos menstruais intensos associados a desconfortos, a presença das ondas de calor, a percepção da mudança na libido e no desejo sexual, o aumento de peso e as marcas do envelhecimento assinaladas pela presença das rugas e cabelos brancos, as perdas urinárias associada à sensação de perda do controle sobre o corpo, a sensação de peso no períneo provocado pela presença do prolapso, os sinais de depressão, a irritabilidade, a insônia e a interrupção da menstruação. Múltiplos foram os sinais emanados pelo corpo, mas também múltiplas foram as leituras, os significados e interpretações dadas pelas participantes a estes sinais e marcas inscritas pela menopausa. Neste sentido, algumas participantes referiram poucas queixas e desconfortos, enquanto outras manifestaram intensidades maiores, e de acordo com essas percepções, a menopausa foi vislumbrada tanto como uma fase positiva como negativa, mas inegavelmente de muitas transformações.

Os cuidados empreendidos também mostraram algumas pontos em comum entre as participantes, como o uso da Terapia Hormonal, a realização da histerectomia e a “perda” do útero, a busca por acompanhamento médico, os exames de rotina como os preventivos para câncer de mama e a participação nos grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico. Despertar para si e exercitar o autocuidado também foram aspectos que surgiram em suas falas, demonstrando a necessidade que sentiram de conhecer o que estava acontecendo com seus corpos e intervir sobre eles, minimizando os desconfortos e os riscos, tais como o câncer de mama.

Ao longo do estudo foi possível perceber que a menopausa apresenta inúmeras facetas na vida feminina, sendo constituída simultaneamente por sentimentos de alegria e tristeza, de superação e sofrimento, de perdas e ganhos. Para as mulheres que estão passando, ou que já passaram pela menopausa, cuidar de si, buscar informações e tratamentos que minimizem seus desconfortos e tragam bem-estar, fez com que cada se apropriasse do seu corpo e de sua vida, confirmando assim a autoria de suas histórias vividas e marcadas em suas

corporalidades. E a partir do que ouvem, do que fazem e do que sentem, se tornou possível dar um novo sentido para si e para essa nova etapa da vida que se apresenta, mesmo diante das dificuldades, dos receios, dos sentimentos de perdas e da percepção do envelhecimento.

No decorrer da vida feminina, corpo e menopausa se entrecruzam e se misturam, nas mais variadas sociedades e culturas, assumindo contornos e configurando inúmeras possibilidades de entrelaçamento, se construindo de acordo com os hábitos, estilos de vida e histórias pessoais de cada mulher, extrapolando suas características biológicas, assumindo as cores e formas de cada cultura e sociedade, deixando de ser somente um evento universal, para se tornar um momento particular na vida de cada mulher. E destas múltiplas formas, nascerão muitas possibilidades de subjetivar e vivenciar a menopausa, contabilizando perdas e ganhos, sem deixar perder a feminilidade, sem deixar de ser mulher, mas tornando-se sobretudo uma nova mulher.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole; 2005.
2. Nóbrega AC. Fisioterapia e climatério. *Fisioter. Brasil*. 2004 Set; 5(5): 405-09.
3. Stepheson R, Connor L. Envelhecimento da mulher. In: Setphenson R, organizador. *Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2004. p.127-33.
4. Síntese de indicadores sociais.[bases de dados na internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.c2007[capturado 2008 Ago 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhoje.html>
5. Pires LL Aspectos psicológicos da mulher climatérica. In: Baracho E, organizador. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia – aspectos de ginecologia e neonatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002. p.413-20.
6. Pedro AO, Pinto Neto AM, Paiva LHSC, Osis MJ, Hardey E. Idade da ocorrência menopausal natural em mulheres brasileiras: resultado de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saude Publica* 2003;19(1):17-25.
7. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de Corpo e Alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol. Reflex. Crit.* 2004; 17(2): 177-87.
8. O'Dea MH. Cognitive appraisal of the menopause: the menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychol Health Med*.2001;6(1):65-76.
9. Ribeiro AM. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*. 2004; 73:127-52.
10. Biri A, Bakar C, Maral I, Karabacak O, Bumin MA. Women with and without menopause over age of 40 in Turkey: consequences and treatment options. *Maturitas*. 2005; 50:167-176.
11. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p.18-44.
12. Silva TT. A produção social da identidade e da diferença. In: Silva TT, organizador. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000. p.73-102.
13. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TT, organizador. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000. p.7-72.
14. Spink, MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saude Publica*. 1993;9(3):300-08.

15. Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2001. p.45-66.
16. Vieira EM A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
17. Gil J. Metamorfoses do corpo. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água;1997.
18. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina do século XIX. In: Grando JC, organizador. A [des]construção do corpo. Blumenau: Edifurb; 2001.p.101-32.
19. Rago M Os mistérios do corpo feminino, ou as muitas descobertas do “amor venéris”. Revista do Programa de Estudos Pós-graduados em História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2002 Dez; 25: 181-196.
20. Houbre G . Corpo e sexualidade das mulheres: do século XVIII ao entre-duas-guerras. Pro-posições. 2003 Maio; 14(2):103-20.
21. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
22. Berger G, Wenzel E. Women, body and society. Cross-cultural differences in menopause experiences. [periódico on-line] 2001 [capturado 2005 Abr 20] Disponível em: [http:// www.ldb.org/menopaus.htm](http://www.ldb.org/menopaus.htm)
23. Swain TN. Intertextualidade: perspectivas feministas e foucaultianas. Labrys: estudos feministas [periódico on-line] 2004 Jan [capturado 2005 Maio 15] Disponível em: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/corpo.htm>
24. Veiga-Neto A. As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades. In: Leite RG, organizador. O corpo que fala dentro e fora da escola. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p.215-233.
25. Swain TN.Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. Labrys: estudos feministas [periódico on-line] 2003 Ago [capturado 2004 Dez 29] Disponível em: <http://www.unb.Br/ih/his/gefem/labrys4/corpo.htm>
26. Soares C, Fraga AB. Pedagogias dos corpos retos: das morfologias disformes às carnes humanas alinhadas. Pro-posições. 2003 Maio;14(2):77-90.
27. Detrèz C. Santas ou feiticeiras: a construção social do corpo feminino. Labrys: estudos feministas [periódico on-line] 2003 Ago [capturado 2004 Dez 29] Disponível em: <http://www.unb.Br/ih/his/gefem/labrys4/corpo.htm>
28. Parisoli MMM. Pensar o corpo. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
29. Trench B, Santos CG. Menopausa ou Menopausas? Saúde Soc. 2005; 14(1): 91-100.
30. Furtado AM. Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2001;3:27-37.

31. Fernandes CE, Baracat EC, Lima GR. Climatério: manual de orientação. FEBRASGO. São Paulo: Ponto; 2004.
32. Mendonça EAP. Representações médica e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):751-62.
33. Souza CL. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. Rev Bras Ter Cogn. 2005;1(2):87-94.
34. The North American Menopause Society – NAMS. [homepage na Internet]. Cleveland, OH; c 2 0 0 8 [capturado em 2 0 0 8 Out 1 2]. Disponível em: <http://www.menopause.org/Portals/0/Content/PDF/MG1.pdf>
35. Kowalcek I, Bauz C, Diedrich K. Women's attitude and perceptions toward menopause in different cultures. Cross-cultural and intra-cultural comparison pre-menopausal and post-menopausal woman in Germany and in Papua New Guinea. Maturitas. 2005; 51:227-35.
36. Stepke FL. Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climaterio femenino. Cad Saude Publica.1998;14(1):131-34.
37. Pelcastre-Villafuerte B, Garrido-Latorre F. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Publica Mex.2001; 43:408-414.
38. Utian WH. Menopause – a modern perspective from a controversial history. Maturitas. 1997;26:73-82.
39. Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. Rev Esc Enferm.2008;42(1):81-9.
40. Goldim JR. Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.
41. Spink MJ Menegon V. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink, M.J, organizadora. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo:Cortez; 2000. p.63-92.
42. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
43. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3):517-514.
44. Deslandes SF Neto OC, Gomes R, Minayo MC. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
45. Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink M.J, organizadora. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p.183-200.
46. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.

47. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2007.
48. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo:Hucitec;2004.
49. Klug DP, Fonseca PHS. *Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca*. *Rev Ed Física* 2006;17(2):139-47.
50. Castilho SD, Barros Filho AA. *Crescimento pós-menarca*. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000;44(3):195-204.
51. Greer W et al. *The frequency distribution of age at natural menopause among Saudi Arabian Women*. *Maturitas*.2003; 46:263-72.
52. Aydin ZD et al.*Sun exposure and age natural menopause. A cross-sectional study in Tyrkish women*. *Maturitas*.2005; 52:235-48.
53. Mohammad K , Sadat HSM, Farahani FK. *Age at natural menopause in Iran*. *Maturitas*.2004; 49:321-326.
54. Parazzini F. *Factor associated with climateric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy*. *Maturitas*. 2005;52:181-89.
55. Giacomini DR, Mella EAC. *Reposição hormonal: vantagens e desvantagens*. *Semina*. 2006;27(1):71-92.
56. Martin, Emily; tradução Júlio Bandeira. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
57. Pereira CP, Hardy E, Hebling EM. *Preferência de mulheres brasileiras quanto a mudanças na menstruação*. *Rev Bras Ginecolog Obstet*.2007;29(2):74-9.
58. Melo NR, Machado RB, Fernandes CE. *Irregularidades menstruais – inter-relações com o psiquismo*. *Rev Psiq Clín*.2006;33(2):55-59.
59. Giraldo PC, Eleutério Júnior J, Linhares IM. *Dismenorréia*. *Rev Bras Med*. 2008;65(6):164-68.
60. Almeida LHRB, Luz MHBA, Monteiro CFS. *Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem*. *Rev. Enferm. UERJ* 2007 Jul-Set.;15(3):370-75.
61. 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.
62. Pereira QLC, Silva CBDC, Siqueira HCH. *Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do sistema único de saúde*. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 Abr-Jun; 7(2):224-31.
63. Gutierrez AA, Soto MTU, Valdes BC. *Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo*. *Cienc Enferm*. 2006; 12(1):19-27.

64. Ozdemir O, Cöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankaras, Turkey. *Maturitas*.2004;49:211-15.
65. Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência a saúde da mulher no climatério. *Rev Bras Enferm*.2007 Maio-Jun;60(3):299-306.
66. Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum*. 2004;26(1):121-28.
67. Vigeta SMG, Bretãs ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad Saúde Pública*.2004;20(6):1682-89.
68. Khademi S, Cooke MS. Coparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas*.2003; 46:113-21.
69. Jokinen K, Rautava P, Makine J, Ojanlatva A, Sundell J, Helenius H. Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year old women. *Maturitas*.2003;46(3):199-205.
70. Almeida LHRB, Luz MHB, Monteiro CFS. Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(3):370-75.
71. Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Jr. I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2005;27(1):12-19.
72. Sierra B et al. Measuring climateric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climateric Scale. *Maturitas*. 2005; 51:236-245.
73. Sclowitz IKT, Santos IS e Silveira MF. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. *Cad Saúde Pública*.2005 Mar-Abr;21(2):469-81.
74. Hafiz I, Liu J, Eden J. A quantitative analysis of the menopause experience of Indian women living in Sydney. *Aust N J Obstet Gynaecol*.2007;47:329-34.
75. Stweart DE. Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas*.2003;44:293-97.
76. Loh FH et al. The age of menopause and the menopause transition in a multiracial population: a nation-wide Singapore study. *Maturitas*.2005; 52:169-80.
77. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi AB. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora – Minas Gerais. *Rev APS*.2008 Jan-Mar; 11(1):42-53.
78. Juang KD. Hot flalshes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri and pos but not premenopausal women. *Maturitas*.2005;52:119-26.
79. Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiquiatr*.2005;54(1):57-68.

80. Nagata C, Takatsuka N, Inaba S, Kawakami N, Shimizu H. Association of diet and other lifestyle with onset of menopause in Japanese women. *Maturitas*.1998;29:105-13.
81. Campos HH, Bittencourt LRA, Haidar MA, Tufik S, Baracat EC. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(12):731-36.
82. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Córdova AT, Binfa LE, Bonilla HG, Muñoz IG, Vergara VG, Sarrá SC. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*.2004;49:205-10.
83. Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Pública*.2006;22(9):1825-33.
84. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*.2003;61(1):37-49.
85. Grosse D, Sengler J. *Reeducação Perineal*. São Paulo: Editora Manole; 2002.
86. Agostinho AD, Amaro JL, Trindade JCS. Epidemiologia da incontinência urinária feminina. In: Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, Ribeiro RM. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma;2005. p.47-56.
87. Meyer S, Schereyer A, De Gandi P, Hojlfeld P. The effects of birth on urinary incontinence mechanisms and other pelvic floor characteristics. *Obstet Gynecol*.1998;92:613-8.
88. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*.2008; 42(1):187-92.
89. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factor for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*.2006 Feb;194(2):339-45.
90. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001;35(5):428-35.
91. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter São Carlos*.2008; 12(2):136-42.
92. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int J Urogynecol J*.2008;19:401-06.
93. Szóbel DC, Davila GW. Diagnóstico e tratamento do prolapso genital associado. In: Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, Ribeiro RM. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma;2005.p.77-86.

94. Prado DS, Arruda RM, Figueiredo RCM, Lippi UG, Grão MJBC, Sartori MGF. Avaliação do impacto da correção cirúrgica de distopias genitais sobre a função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.*2007;29(10):519-24.
95. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause? *Am Col Obstet Gynecol.* 2001 Oct; 98(4):628-633.
96. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, Colomby P, Giami A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estud Psicol.*2004;9(3):413-19.
97. Castelo-Branco et al. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas.*2005; 52:235-48.
98. Kirchengast L, Hartmann B, Gruber D, Huber J. Decreased sexual interest and its relationships to body build in postmenopause women. *Maturitas.*1996; 23:63-71.
99. González M, Viáfara G, Caba F, Molina E. Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas.*2004;48:411-20.
100. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*2006;15:152-57.
101. Melby MK. Factor analysis of climacteric symptoms in Japan. *Maturitas.*2005;52:205-22.
102. Margis R, Cardioli AV. Idade adulta: meia-idade. In: Elzirk CL, Kapczinski F, Bassols MAS. *Ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica.* Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.p.159-67.
103. Bryski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril.*2001;76(1):44-50.
104. Garduño MDM, Chávez TJE, Reyes CS. Autocuidado de mujeres em etapa de menopausia em Toluca, Mexico. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*2008 Mar;12(1):63-7.
105. Corleta HVE, Chaves EBM, Krause MS, Capp E. Tratamento atual dos miomas. *Rev Bras Ginecol Obstet.*2007;29(6):324-28.
106. Sbroggio AMR, Osis MJM, Bedone AJ. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Rev Assoc Med Bras.*2005; 51(5):270-74.
107. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres hysterectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(3):160-65.
108. Salvador RT. Buscando estratégias para viver melhor sendo hysterectomizada: o significado da remoção do útero e suas repercussões para o cuidado de enfermagem. [dissertação de mestrado].Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem;2005. 138 p.

109. Pereira Filho AS, Soares Júnior JM, Arkader J, Maciel AGR, Baracat EC. Attitudes and practices about postmenopausal hormone therapy among female gynecologists in Brazil. *Maturitas*.2005; 51:146-53.
110. Elias S, Darde RCM, Kemp C, Logullo AF, Heinke T, Baracat EC, Lima GR. Estudo piloto dos efeitos da terapia hormonal sobre o tecido mamário normal de mulheres após a menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(11):658-63.
111. Conner P, Lundström E, Von Schoultz B. Breast cancer and hormonal therapy. *Clin Obstet Gynecol*.2008 Sep;51(3):592-606.
112. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Le Goux BB, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking and treatment: a national cross-section survey. *Eur Urol*.2006; 50(4):818-45.
113. Lopes MHL, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(1):34-41.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: “A percepção de mulheres usuárias do SUS participantes de grupos de Reabilitação do Assoalho Pélvico a respeito da vivência da menopausa em seus corpos e suas vidas”.

Ao assinar este documento, estou consentindo formalmente em participar como voluntária do estudo investigativo a ser realizado por Luciana Laureano Paiva, fisioterapeuta e doutoranda do curso de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson.

O estudo tem por objetivo analisar os sentidos atribuídos às marcas corporais deixadas pela menopausa por mulheres idosas, bem como compreender de que forma são elaboradas as transformações ocorridas em seus corpos e suas vidas nesse período.

As informações serão coletadas através de entrevistas individuais previamente agendadas com as participantes, registradas em gravador. O local de realização do estudo será o Centro de Saúde IAPI, situado na rua Três de abril, nº 90, Bairro IAPI, Porto Alegre. As informações relatadas pelas participantes do estudo serão transcritas e utilizadas exclusivamente pela pesquisadora para fins da investigação. Não haverá nenhum tipo de intervenção terapêutica com as participantes e as mesmas não sofrerão nenhum tipo de risco, nem serão coagidas a participar da pesquisa.

Eu, ..... declaro que fui informada quanto aos propósitos do estudo e os métodos a serem utilizados, bem como recebi as seguintes informações:

- a minha participação na pesquisa iniciará após a leitura desse documento, dos esclarecimentos sobre possíveis dúvidas sobre o estudo e do meu consentimento livre e esclarecido por escrito. A assinatura do Termo de Consentimento será em duas vias, permanecendo uma cópia comigo;

- as informações serão coletadas por meio de entrevistas individuais registradas em gravador;
- meu nome será preservado e meus dados se manterão em caráter confidencial;
- estou ciente de que posso ter acesso aos dados coletados a qualquer momento;
- que tenho a liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isto traga algum ônus à pesquisa;
- a pesquisa envolverá as seguintes fases: entrevista inicial e a leitura da transcrição da entrevista para confirmar os dados coletados;
- não haverá nenhum tipo de ônus financeiro para nenhuma das partes (participantes, pesquisadora e instituição) e nem prejuízos a minha saúde.

A qualquer momento a pesquisadora responsável por esta pesquisa poderá ser contatada pelo telefone: (051) 3288-4201, do Instituto de Geriatria e Gerontologia, PCRS.

_____	_____	_____
Assinatura participante	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura pesquisador	Nome	Data

**ANEXO B****QUESTIONÁRIO**

Código da Entrevistada:.....

Data da entrevista : ...../...../.....

Idade atual:..... anos

Idade da menopausa:..... anos

Paridade:.....

Reposição hormonal:(  ) sim (  ) não

Tempo de uso:.....anos

Escolaridade:.....

Ocupação:.....

Estado civil atual: (  ) casada (  ) viúva (  ) separada (  ) outra:.....

Cirurgia uroginecológica:()não (  )sim Qual?.....

## ANEXO C

### ENTREVISTA

#### Questões Básicas:

1. O que você sabe a respeito da menopausa?
2. Quando você percebeu que estava começando a menopausa?
3. Quais as marcas corporais que você relaciona com a menopausa? Por que?
4. Como foi o seu ciclo menstrual? O que significa não menstruar mais?
5. Quais os sentimentos presentes nesta fase da vida feminina?
6. Quais os cuidados corporais realizados nesta fase da vida?