

MARIA FRANCINETE DE OLIVEIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, RELAÇÕES DE GÊNERO E PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO EM NATAL/RN.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Educação, área de concentração Educação e Representação Social

Orientador Prof. Dr. Moises Domingos Sobrinho

NATAL/RN
2002

PÁGINA DE APROVAÇÃO

ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER NA FASE DO CLIMATÉRIO: E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

A tese, apresentada por Maria Francinete de Oliveira, foi examinada e aprovado como requisito para obtenção do título de doutora em Educação, no Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Ciências Sociais aplicada, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Educação e Representação Social.

-----Prof. Dr. Lauro Xavier filho – Universidade Tiradentes/ Sergipe.

-----Prof^ª Dr^ª Maria do Rosário de Fátima de Carvalho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

-----Prof. Dr. Moises Domingos Sobrinho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Orientador.

Prof^ª Dr^ª Raimunda Medeiros Germano – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Natal, abril de 2002

A Mulher Madura

O ROSTO da mulher madura entrou na moldura de meus olhos.

De repente, a surpreendo num banco olhando de soslaio, aguardando sua vez no balcão. Outras vezes ela passa por mim na rua entre os camelôs. Vezes outras a entrevejo no espelho de uma joalheira. A mulher madura, com seu rosto denso esculpido como o de uma atriz grega, tem qualquer coisa de Melina Mercouri ou de Anouke Aimé.

Há uma serenidade nos seus gestos, longe dos desperdícios da adolescência, quando se esbanjam pernas, braços e bocas ruidosamente. A adolescente não sabe ainda os limites de seu corpo e vai florescendo estabanada. É como um nadador principiante, faz muito barulho, joga muita água para os lados. Enfim, desborda.

A mulher madura nada no tempo e flui com a serenidade de um peixe. O silêncio em torno de seus gestos tem algo do repouso da garça sobre o lago. Seu olhar sobre os objetos não é de gula ou de concupiscência. Seus olhos não violam as coisas, mas as envolvem ternamente. Sabem a distância entre seu corpo e o mundo.

A mulher madura é assim: tem algo de orquídea que brota exclusiva de um tronco, inteira. Não é um canteiro de margaridas jovens tagarelando nas manhãs.

A adolescente, com o brilho de seus cabelos, com essa irradiação que vem dos dentes e dos olhos, nos extasia. Mas a mulher madura tem um som de adágio em suas formas. E até no gozo ela soa com a profundidade de um violoncelo e a sutileza de um oboé sobre a campina do leito.

A boca da mulher madura tem uma indizível sabedoria. Ela chorou na madrugada e abriu-se em opaco espanto. Ela conheceu a traição e ela mesma saiu sozinha para se deixar invadir pela dimensão de outros corpos. Por isto as suas mãos são líricas no drama e repõem no seu corpo um aprendizado da macia paina de setembro e abril.

O corpo da mulher madura é um corpo que já tem história. Inscricões se fizeram em sua superfície. Seu corpo não é como na adolescência uma pura e agreste possibilidade. Ela conhece seus mecanismos, apalpa suas mensagens, decodifica as ameaças numa intimidade respeitosa.

Sei que falo de uma certa mulher madura localizada numa classe social, e os mais politizados têm que ter condescendência e me entender. A maturidade também vem à mulher pobre, mas vem com tal violência que o verde se perverte e sobre os casebres e corpos tudo se reveste de uma marrom tristeza.

Na verdade, talvez a mulher madura não se sabia assim inteira ante seu olho interior. Talvez a sua aura se inscreva melhor no olho exterior, que a maturidade é também algo que o outro nos confere, complementarmente. Maturidade é essa coisa dupla: um jogo de espelhos revelador.

Cada idade tem seu esplendor. É um equívoco pensá-la apenas como um relâmpago de juventude, um brilho de raquetes e pernas sobre as praias do tempo. Cada idade tem seu brilho e é preciso que cada um descubra o fulgor do próprio corpo.

A mulher madura está pronta para algo definitivo.

Merece, por exemplo, sentar-se naquela praça de Siena à tarde acompanhando com o complacente olhar o vôo das andorinhas e as crianças a brincar. A mulher madura tem esse ar de que, enfim, está pronta para ir à Grécia. Descolou-se da superfície das coisas. Merece profundidades. Por isso, pode-se dizer que a mulher madura não ostenta jóias. As jóias brotaram de seu tronco, incorporaram-se naturalmente ao seu rosto, como se fossem prendas do tempo.

A mulher madura é um ser luminoso e repousante às quatro horas da tarde, quando as sereias se banham e saem discretamente perfumadas com seus filhos pelos parques do dia. Pena que seu marido não note, perdido que está nos escritórios e mesquinhas ações nos múltiplos mercados dos gestos. Ele não sabe, mas deveria voltar para casa tão maduro quanto Yves Montand e Paul Newman, quando nos seus filmes.

Sobretudo, o primeiro namorado ou o primeiro marido não sabem o que perderam em não esperá-la madurar. Ali está uma mulher madura, mais que nunca pronta para quem a souber amar.

Afonso Romano de Sant'ana

A Mulher Madura. 3 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

Climatério é:

Integrar os sentimentos.

Ser estável e controlar o estado de espírito, embora ondas de calor possam nos tirar do sério.

É o aflorar da sexualidade pelo puro prazer.

É clima, clímax, orgasmo.

É despertar expectativas nos outros e em si mesma.

É concentrar o nosso olhar em nós mesmas sem perder de vista o além e o aquém.

É plantar-se no chão com firmeza e deixar fluir a fantasia que, se não realizada perde seu brilho.

É não ficar iludida e não sofrer ilusão.

É encontrar-se.

É sentir-se inteira mesmo nos dias cinzentos, chuvosos e de ninho vazio.

É saber fazer uma separação entre si e os outros.

É não se sentir mais paralisada pelo tédio, medo, insegurança ou impotência.

É não ter pressa de atingir o futuro porque ele já chegou.

É ter a coragem de dizer “não tenho mais idade para isso”.

É olhar-se no espelho, ver cabelos brancos, rugas e dizer “hoje eu estou mais bela do que nunca”.

Dedicatória

Essa tese é para você mulher:
Que acredita na “ordem das coisas”
Que colocou as “coisas em desordem”
Que não ultrapassou o limite da ordem
Que criou outra ordem para o limite.

Essa tese é para você mulher

Hera
Eva
Lillith
Amélia
Camélia
Carmem
Afrodite
Ártemis
Héstia
Pandora
Isadora
Santa mãezinha
Mãe santa
Meretriz
Bem aventurada
Madura
Imatura

Velha

Essa tese é para você mulher
Que cria, (re)cria, (des)cria e como eu
Não desiste, ou insiste em permanecer...
Tudo igual na ordem das coisas, no limite da ordem...
Na desordem.

RESUMO

Climatério é uma palavra que serve para nomear o período da vida humana que vai dos 40 anos, aproximadamente, até os 65 anos de idade. Todavia, para além de uma fase biológica da vida da mulher, o climatério é um objeto do mundo social que se presta a diferentes apreensões e leituras no plano simbólico. Neste estudo, buscou-se conhecer as representações sociais que profissionais da saúde atuando nos programas do climatério e as usuárias desses mesmos serviços constroem a respeito desse objeto. Além disso, procurou-se ver como a representação social hegemônica orienta as ações e atitudes dos agentes nas práticas de assistência e educação para a saúde da mulher no climatério, no âmbito das instituições investigadas. Os dados foram coletados através de entrevistas, questionário, grupo focal de discussão e da observação direta. O campo de observação foi constituído pelas três instituições que, na cidade do Natal, desenvolvem a assistência e educação para a saúde da mulher no climatério. Adotando-se, também, uma perspectiva de gênero, procurou-se evidenciar como as estruturas cognitivas que asseguram a reprodução do poder masculino articulam-se às representações sociais para construir uma atribuição de sentido ao objeto investigado. Constatou-se que as representações sociais do climatério são construídas, principalmente, em torno dos campos semânticos velhice e doença. Para as profissionais de saúde, a ressignificação do signo velhice carrega as marcas do sistema identitário da classe média assalariada, mas também, do *habitus* feminino que lhes orienta a ter uma apreensão ética e estética do próprio corpo. O climatério, dessa forma, é visto como uma “fase difícil”, um evento doloroso que “amedronta”. Para as mulheres assistidas por essas profissionais o signo velhice é ressignificado dando-se ênfase aos aspectos biológicos do climatério, ou seja, as “sensações” e “sinais” que impedem o corpo de realizar determinadas funções básicas ligadas ao viver/sobreviver. Ao longo de todo o percurso da tese, constatou-se que o climatério é um fenômeno complexo que precisa ser encarado como tal. Enquanto fenômeno cultural urge, particularmente no campo da saúde, buscar meios que ajudem a combater a centralidade das representações profissionais que encaram o climatério como velhice e como doença.

Palavra chave: representação social, gênero, climatério.

RÉSUMÉ

Le climatère correspond à la période de la vie humaine qui va de 40 ans, aproximativement, jusqu'à 65 ans. Pourtant, en dehors d'une phase biologique de la vie de la femme, le climatère est un objet du monde social qui se prête à différentes appréhensions et lectures sur le plan symbolique. Dans cette recherche, nous avons cherché à connaître les représentations sociales que les professionnels de la santé travaillant dans des programmes du climatère et les utilisateurs de ces mêmes services construisent à ce sujet. Aditionnellement, nous avons cherché à voir comment la représentation sociale hégémonique oriente les actions et attitudes des agents dans les pratiques d'assistance et d'éducation pour la santé de la femme en période climatérique, dans la limite des institutions investiguées. Les données ont été collectées par le biais d'entrevues, questionnaire, groupe focal de discussion et d'observation directe. Le champ d'observation a été constitué par les trois institutions qui assistent et éduquent pour la santé de la femme en période climatérique, dans la ville de Natal. En adoptant aussi une perspective de genre, nous avons recherché à identifier comment les structures cognitives qui assurent la reproduction du pouvoir masculin, s'articulent autour des représentations sociales pour construire une attribution de sens à l'objet de cette recherche. Nous avons constaté que les représentations sociales du climatère sont construites principalement autour des champs sémantiques *vieillesse* et *maladie*. Pour les professionnels de la santé, la signification du symbole de la vieillesse porte les marques du système identitaire de la classe moyenne salariée, mais aussi de *l'habitus* féminin qui invite à avoir une appréhension éthique et esthétique de leur propre corps. Le climatère, de cette manière, est vécu comme une "phase difficile", un événement douloureux qui "effraie". Pour les femmes assistées par ces professionnels, le symbole de la vieillesse est accentué par les aspects biologiques du climatère, c'est à dire, les "sensations" et "signaux" qui interdisent au corps de réaliser certaines fonctions basiques liées à la vie ou à la survie. Tout au long du parcours de la thèse, nous avons constaté que le climatère est un phénomène complexe qui a besoin d'être considéré comme tel. À propos du phénomène culturel, il est urgent, particulièrement sur le champ de la santé, de rechercher les moyens qui aident à combattre la centralisation des représentations professionnelles qui assignent le climatère à une maladie ou à la vieillesse.

Mot clé: représentation sociale, genre, climatère.

ABSTRACT

Climacteric is the name of the period of the human life that it is going from the 40 years old, approximately, until the 65 years old. Though, for besides a biological phase of the woman's life, the climacteric is an object of the social world that is rendered to different apprehensions and readings on the symbolic plan. In this study, it was looked for to know the social representations, that health' professionals acting in the programs of the climacteric and the users of those same services, build in respect of that purpose. Besides, it tried to be seen that the social hegemonic representation that guides the actions and the agents' attitudes in the practices of attendance and education for the woman's health in the climacteric in the extent of the investigated institutions. The data were collected through interviews, questionnaire, focal discussion group and direct observation. The observation field was constituted by the three institutions that develop the attendance and education for the woman's health in the climacteric phase, in the city of Natal. A gender perspective was also been adopted, sought to evidence as the cognitive structures that assure the masculine power reproduction, pronounce to the social representations to build a sense to the investigated purpose. It was verified that the social representations of the climacteric are built mainly around the semantic fields *old age* and *disease*. For the health professionals, the meaning of the symbol *old age* carries the marks of the indentified system of the middle class employed, but also, of the feminine *habitus* that guides them to have an ethical and aesthetic apprehension of their own body. The climacteric, in that way, is seen as a "difficult phase", a painful event that "scares". For the women attended by those professionals, the sign *old age* means feeling emphasis from the biological climacteric aspects, in other words, the "sensations" and "signs" that forbid the body to accomplish certain linked basic life functions. Along the whole course of this thesis, it was verified that the climacteric is a complex phenomenon that needs to be faced as such. While cultural phenomenon, it is urgent to look for means to help to combat the centrality of the professional representations that face the climacteric as *old age* and *disease*, particularly in the field of health.

Key word: social representation, gender, climacteric



INTRODUÇÃO



Alegoria da visão, pintado por Rubens em 1617. Representa, de forma alegórica a nossa busca para a construção de um novo conhecimento sobre o climatério feminino.

1- Da problemática a construção do objeto de pesquisa

A necessidade de um estudo a respeito do climatério e, conseqüentemente, da menopausa, não nasceu apenas da curiosidade científica, mas também, das experiências vivenciadas na nossa atividade profissional como enfermeira.

Pudemos constatar, ao longo de nossa experiência profissional e como mulher

que também está vivendo a sua fase do climatério, que a convivência das mulheres com esse fenômeno ocorre de forma bastante diferenciada. Para algumas, esta é uma fase cheia de tensões, inquietações, situações depressivas e várias outras conotações negativas. Para outras, trata-se de uma fase da vida que tende a ser negada e até totalmente desconhecida. Em várias oportunidades, pudemos perceber o "alívio" de muitas mulheres ao tomarem conhecimento de que alguns sinais e sintomas por elas percebidos, e tidos como doenças, eram, na verdade, o início de uma nova fase orgânica, uma fase de reorganização do organismo no seu sentido biológico.

O climatério, para além de uma fase biológica da vida da mulher, é um objeto do mundo social que se presta a diferentes apreensões e leituras no plano simbólico. Por exemplo, na visão da ideologia médica, o mesmo é encarado como o desenvolvimento de um quadro patológico e reduzido, por conseguinte, à noção de doença. Nesse caso, o climatério deixa de ser entendido como um conjunto de indícios ou evidências biopsicossociais comuns às mulheres que estão encerrando seu período reprodutivo, para ser reduzido a uma endocrinopatia. Do ponto de vista do senso comum, portanto, das representações sociais, o climatério é a porta de entrada para a velhice, a decadência, o ocaso da vida. Para um modelo de sociedade que supervaloriza a juventude, abrem-se, assim, todos os caminhos à exploração mercantilista do climatério, amparada pelo discurso medicamentoso difundido pelos grandes laboratórios e pela mídia em geral, instrumentos que ajudam a legitimar o discurso médico hegemônico. Estabelece-se, dessa forma, o culto à "eterna juventude" que se materializa na proliferação dos cremes, pílulas e tratamentos rejuvenescedores, além de toda a sorte de "elixires da longa vida", numa complexa combinação de promessas e imagens que ajudam a reafirmar estereótipos e preconceitos relacionados à mulher e ao envelhecimento, como ressalta Oliveira (1999).

Nos últimos decênios, o aumento da expectativa de vida das mulheres no Brasil tem levado ao crescimento da demanda pela atenção às doenças crônico-degenerativas, o que, em consequência, vem exigindo também do Estado a elaboração de políticas públicas voltadas para o sexo feminino nessa faixa etária. Fenômeno que ocorre, de forma semelhante, em todo o mundo, dado as mudanças no perfil sócio, econômico, demográfico e epidemiológico das populações.

No Brasil, as políticas oficiais voltadas para a saúde da mulher visavam, até meados de 1970, atendê-las basicamente no ciclo grávido-puerperal. O propósito principal era proteger o feto e a criança com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil à época. Somente a partir de 1980 foi que se começou a traçar políticas para atender às necessidades de saúde das mulheres, levando-se em conta não apenas as questões ligadas à procriação, mas também, o controle da natalidade, a prevenção e tratamento do câncer ginecológico e as doenças sexualmente transmissíveis. Todavia, é preciso ressaltar que isso não ocorreu tão somente graças à iniciativa do Estado, mas foi fruto da mobilização e organização das mulheres e do processo de redemocratização do país (o período da chamada Abertura Política).

A partir dos anos de 1960, o movimento feminista e a organização das mulheres em todo o mundo, sob diferentes formas, constituíram-se, sem dúvida, num importante fator de redirecionamento das políticas de saúde voltadas para a mulher. As conferências internacionais jogaram aí um papel particularmente importante, como foi o caso da Conferência de Nairóbi (Kênia), ocorrida em 1985, sobre o tema "Mulher, Igualdade e Paz" :

A Conferência de Nairóbi influenciou fortemente a reestruturação das políticas de saúde em todo o mundo, ao trazer à tona a necessidade de incorporação da dimensão do gênero como fonte de análise e de prática. Analisando-se os problemas de saúde das mulheres a partir de uma visão de gênero foi possível dar visibilidade à violência social, psicológica e simbólica praticada pelos próprios serviços de saúde contra a mulher, o que pode ser exemplificado, nos diagnósticos de problemas de saúde física que escondem, na verdade, problemas de ordem social e cultural, na imposição do saber médico e de sua autoridade, o que resulta numa verticalização das relações nos espaços institucionais onde funcionam esses serviços, entre várias outras evidências que serão também descritas ao longo deste trabalho.

Essa mudança de enfoque que passou a influenciar as políticas públicas resultou na percepção da mulher não apenas como reprodutora e doméstica, mas como força de trabalho regularmente inserida no mercado (e no contexto social geral) e submetida, portanto, aos mesmos riscos e doenças que afetam os homens. Isto significa dizer, que as mulheres passaram a ser vistas então como sujeitos e não mais como objetos das políticas e serviços de saúde.

Dessa nova realidade surgiu, no Brasil, o Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹. Como se dizia no linguajar da época, este foi um plano de atenção à saúde da mulher organizado "de baixo para cima", ou seja, priorizando os interesses da população alvo. Nessa nova concepção de saúde as mulheres passaram a ser atendidas em todas as fases da vida, considerando-se as várias situações de risco, fossem provenientes do trabalho produtivo, do processo reprodutivo, das condições de vida ou da própria fase de vida que a mulher estivesse passando. Entretanto, enquanto programa de alta abrangência, o PAISM não conseguiu alcançar os objetivos propostos, uma vez que o seu pleno sucesso implicaria em transformações profissionais, institucionais e sociais profundas. Para Corrêa (1993), a estrutura autoritária dos serviços públicos e a predominância da assistência curativa e individualizada, particularmente em consequência da sofisticação dos instrumentos médicos e as políticas econômicas, entre outros, também contribuíram para o insucesso do PAISM. As iniciativas consideradas como positivas, aconteceram de maneira isolada e por iniciativa de instituições não governamentais. Mesmo assim, essas continuaram dando prioridade apenas ao período reprodutivo da mulher.

As práticas educativas sugeridas pelo referido plano, foram introduzidas nos serviços de forma diferentes, porém não antagonicas. Houve por um lado, o desenvolvimento de estratégias metodológicas que priorizaram muito mais o aspecto informativo do processo

¹ A luta pelo PAISM caminhou passo a passo com a luta pela Reforma Sanitária. Esta, juntamente com a Constituinte de 1988, possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual, por sua vez, assegurou a implementação do PAISM.

educativo, limitando-se a divulgar informações sobre hábitos de higiene, controle da natalidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Por outro lado, desenvolveram-se ações pedagógicas mais preocupadas com o aspecto político da ação feminista, procurando dar ênfase à reflexão sobre o papel da mulher como sujeito na história. Com base nas idéias de Paulo Freire² sobre educação e conscientização, procurou-se levar as mulheres a pensar o seu sexo e os ciclos de suas vidas não mais numa perspectiva anatofisiopatológica, mas na perspectiva de gênero. Esta proposta, não conseguiu se viabilizar, pois para isso seria necessário romper com o monopólio do saber e das práticas médicas tradicionais, as quais percebem a mulher de modo fragmentado e biologizado. Nessa ótica, como diz Barbosa (1996) as incertezas da ciência, os preconceitos e discriminações sociais são, muitas vezes transformados em doenças, ou como bem ressaltou Beauvoir (1949) ao dizer que para se justificar a inferioridade da mulher, é comum lançar-se mão tanto religião, quanto da filosofia, da biologia ou da psicologia experimental. O PAISM não conseguiu, portanto, ir além das práticas tradicionais, a não ser com poucas exceções, como já dissemos anteriormente.

Mesmo com a implantação do Sistema Único de Saúde -SUS, a atenção à saúde da mulher, no sentido integral, continuou a ter uma atuação pouco abrangente, particularmente no que toca ao período do climatério. Todavia, a partir dos dados do Censo de 1991, os quais revelaram que as mulheres brasileiras tendem a passar pelo menos 1/3 de suas vidas em um estado de importante "carência estrogênica", o Ministério da Saúde, visando atender à demanda das mulheres maturescentes, elaborou, através da Coordenação de Saúde Materno-Infantil, o manual de "Assistência ao Climatério", o qual visava "fornecer aos profissionais de saúde, orientações simplificadas, através de normas de consenso para o atendimento à mulher nesta fase tão importante de sua vida" (BRASIL, 1994, p. 10).

De acordo com o manual, a sistematização da assistência ao climatério deve ser organizada em torno de atividades educativas e clínicas e desenvolver-se de modo integrado. É através das atividades educativas que profissionais de saúde podem oferecer às mulheres as informações sobre todas as modificações inerentes ao período do climatério. Também é através das ações educativas que profissionais podem propiciar uma adequada vigilância epidemiológica associada às situações de riscos. O manual orienta ainda que as estratégias metodológicas sejam estabelecidas de acordo com as possibilidades de cada serviço de forma a permitir a participação da clientela e a integração da equipe de saúde.

Este breve resgate histórico, permite-nos perceber que houve um inegável avanço, por parte da intervenção estatal, no desenvolvimento da atenção à saúde da mulher no Brasil, particularmente, no que toca a assistência ao climatério. Todavia, também constatamos que não puderam ganhar maior amplitude as propostas que defenderam uma intervenção mais global, visando a romper com o monopólio do saber e das práticas médicas tradicionais. É inegável, no entanto, ao nosso ver, a tentativa oficial e o esforço de profissionais da saúde para consolidar o pouco já conquistado até aqui e responder ao crescimento da demanda. Entretanto, considerando-se a predominância do discurso e das práticas médicas tradicionais, que continuam a reproduzir um olhar sobre a mulher fragmentado e biologizado e, considerando-se, também, em decorrência disto, que a relação profissional da saúde/usuária/paciente ainda se desenvolve de modo verticalizado, podemos supor que os objetivos almejados tenderão, mais uma vez, a não se concretizar se o fenômeno do climatério não for tomado em toda a sua complexidade.

Partindo destas constatações e suposições construímos a idéia de desenvolver um estudo sobre o climatério que, para além do olhar clínico, procurasse pôr em destaque, da mesma forma, a sua dimensão simbólica, esta entendida como produto da ação de sujeitos ativos que, ao apreenderem os objetos do mundo, constroem deles diferentes representações sociais, ao mesmo tempo em que se constroem a si mesmos. Nesta direção, a busca do

² Não estamos afirmando que as idéias de Paulo Freire influenciaram todas as pessoas que trabalham com gênero e sim que seus ensinamentos sobre educação contribuíram para que muitos profissionais de saúde que trabalham o lado da educação para a saúde na perspectiva de gênero ou não, tomaram Paulo Freire como referência.

suporte teórico da teoria das representações sociais, tal como desenvolvida pelo psicólogo social Serge Moscovici e seus seguidores mais próximos, Denise Jodelet, Jean-Claude Abric, tem por fim não só resgatar a dimensão cultural, à maneira dos estudos antropológicos realizados no campo da saúde, mas também de acrescentar a este olhar, uma abordagem psicossocial, onde os aspectos cognitivos de construção do conhecimento assumem a sua particularidade. Interessou-nos, pois, neste estudo, conhecer como as profissionais da saúde e usuárias dos serviços de atendimento ao climatério constroem suas representações sociais e como essas, enquanto “teorias” do senso comum, orientam as suas práticas em relação a esse objeto. Isto implica aceitar que as formas pelas quais os sinais e sintomas do climatério se exteriorizam são o resultado de uma construção subjetiva e sócio-cultural, temporal e espacialmente datados.

Mas, acreditamos também que o nosso objeto de estudo, as representações sociais do climatério, não são apenas a construção de sentidos para as “coisas do mundo”, nem tampouco simples produtos sócio-cognitivos de classificação e ordenação dos objetos, como acreditam as correntes cognitivistas. Enquanto produto das interações sociais, a construção das representações é perpassada pelas relações de poder que, no nosso caso particular, condicionam o ser feminino. Daí ter sido imprescindível lançarmos mão da categoria de gênero para ajudar a construir o nosso objeto. É a partir da compreensão das relações de poder que orientam as relações entre homens e mulheres que podemos entender as diferenças de percepção, opiniões e atitudes entre os sexos no tocante ao processo de envelhecimento, à representação do próprio corpo e aos comportamentos éticos e estéticos daí decorrentes. Como diz Scott (1994), a importância do gênero está basicamente no fato de ser este um campo primeiro onde o poder é articulado. Ou, ainda, como diz Bourdieu (1998, p.52), o poder simbólico não pode ser exercido “sem a colaboração dos que lhe são subordinados e que só se subordinam a ele porque o constroem como poder”. Não se pode compreender, portanto, afirma ainda o autor, a gênese da dominação masculina sem reconstituir o processo de construção social das “estruturas cognitivas que organizam os atos de construção do mundo e de seus poderes”. Uma vez construído o objeto conforme o quadro teórico aqui rapidamente esboçado, procuramos observar, no plano empírico, como as representações sociais interferem nas ações vinculadas à assistência e à educação para a mulher no climatério. Postas estas questões de partida, passemos, agora, à apresentação do plano do nosso trabalho.

No seu todo, este trabalho está dividido em seis capítulos. No primeiro, explicitamos as bases teórica e conceituais que orientaram a construção do objeto. Delineamos, pois, a utilização que fazemos da teoria das representações sociais e das teorias sobre gênero. Definimos o climatério como fenômeno da fisiologia humana e a maneira particular pela qual o apreendemos, ao mesmo tempo em que estabelecemos o distanciamento crítico em relação ao discurso biomédico que classifica o climatério como uma endocrinopatia.

No segundo capítulo, apresentamos os aspectos metodológicos, tais como o universo, as fontes de dados, as técnicas, incluindo aí a associação livre de palavras, o questionário, as entrevistas e o único grupo focal que serviu de apoio à apreensão do conteúdo da representação social hegemônica encontrada no estudo. No terceiro, fazemos uma descrição das instituições que serviram de campo de observação (BEMFAM, Centro de Saúde Reprodutiva e Maternidade Escola Januário Cicco) e que passaram a existir, na cidade do Natal, em função das mudanças nas políticas públicas das quais falamos no início desta introdução.

O quarto capítulo põe em evidência o conteúdo e a organização dos elementos da representação social compartilhada pelas profissionais da saúde. Aplicando-se aí a teoria de Serge Moscovici, as teorizações sobre gênero e, tomando-se em conta a inserção específica dessas mulheres no mundo social e do trabalho, podemos chegar a um conjunto de inferências sobre as particularidades de sua construção psicossocial do objeto em questão.

No quinto capítulo, tratamos de apresentar o mesmo processo do capítulo anterior, mas, desta vez, realizado pelas usuárias dos serviços do climatério das instituições que serviram de campo de observação para a pesquisa. Aí vamos constatar, da mesma forma, como a inserção dos sujeitos num dado espaço social influencia as atribuições de sentido que

os mesmos dão ao objeto climatério/menopausa, fazendo explicitar-se, nos processos de objetivação e ancoragem, a reprodução do sentido hegemônico circulante na cultura legítima e as ressignificações feitas a partir dos espaços de sua apropriação.

Por último, o capítulo sexto tenta apreender alguns momentos e aspectos das ações e atitudes orientadas pelas representações assim construídas. Podemos, então, constatar como a assistência e a educação para a mulher no climatério são limitadas pelo conjunto de fatores de ordem econômica, política, institucionais, mas também, pelo conhecimento veiculado pelas representações. Neste cruzamento de condicionantes, os sujeitos desenvolvem toda a sua capacidade de ação e criatividade, dentro das margens de liberdade que os diferentes contextos permitem. Assim, o idealizado pelos programas e serviços de assistência ao climatério (a assistência numa perspectiva holística, por exemplo) transmuta-se no concreto possível de ser realizado. Os discursos retóricos e bem intencionados, construídos durante os processos de formação e capacitação das profissionais da saúde chocam-se com os limites da realidade institucional e aí elas se vêem levadas a improvisar, a “burlar” certas regras, para fazer “as coisas andarem”. Do lado das usuárias, a natureza verticalizada das relações que os serviços de saúde mantêm com as mesmas, o poder do saber médico e as representações sociais da mulher no climatério, muitas vezes, atuam para inibir, discriminar e levar ao fracasso os resultados institucionais tão almejados.

Concluindo nosso percurso reafirmando a importância heurística da teoria das representações sociais enquanto ferramenta teórica para apreender os processos cognitivos que se encontram na base das construções simbólicas oriundas do senso comum. Por ser uma teoria aberta, como ressalta o seu criador Serge Moscovici, a teoria das representações sociais presta-se ao diálogo com outras teorias, enriquecendo o seu poder explicativo. No nosso caso estabelecemos um diálogo com as teorizações sobre gênero que explicitam as relações de poder desde a gênese das elaborações cognitivas e simbólicas. Concluímos, reafirmando a necessidade de incluir-se, nas propostas de intervenção junto às mulheres no climatério, ações educativas que visem a trabalhar os diferentes sentidos atribuídos pelos diferentes públicos-alvo. A homogeneização da diversidade de apreensões simbólicas do climatério é mais um fator que contribui, quando somado a vários outros explicitados ao longo do trabalho, para o sucesso parcial ou o fracasso total de muitas experiências voltadas à assistência e educação à saúde da mulher no climatério.



CAPÍTULO I

CONSTRUINDO O OBJETO DA PESQUISA



As Três Graças, pintadas por Rubens em 1639. Esta pintura foi escolhida como capa desta Tese por lembrar o corpo da mulher na fase do climatério. Alegoricamente está representando os três campos teóricos que nortearam toda a construção do conhecimento: representação social, gênero e climatério.

A teoria das representações sociais constitui uma referência básica para a construção do nosso objeto de investigação. Uma representação social não se confunde com o fenômeno observado, posto que este, como bem ressalta Sá (1998), encontra-se, na realidade, de modo bastante difuso, multifacetado e em constante movimento. Além do mais, quando falamos em construção do objeto de pesquisa, estamos aderindo às visões da Ciência que consideram as realizações desta como aproximações da realidade concreta, da realidade objetivada. Seguindo esta orientação, vamos apresentar neste capítulo, de forma genérica, as linhas mestras do quadro teórico que vai orientar a apreensão, análise e interpretação do fenômeno escolhido para esta investigação.

1.1 - Climatério, o que é ?

Climatério (feminino ou masculino) é, a princípio, uma palavra que serve para nomear o período da vida humana que vai dos 40 anos, aproximadamente, até os 65 anos de idade. No campo da medicina, não existe ainda uma especialidade para se ocupar exclusivamente dessa fase, o que nos permite dizer que passamos da hebeatria à geriatria, ou seja, da especialidade médica que cuida da saúde de adolescentes para a especialidade médica que cuida da saúde de pessoas idosas.

Quando se fala em climatério masculino constata-se um certo estranhamento até mesmo por parte das pessoas que lidam com o climatério feminino. A primeira justificativa para tal estranhamento, ao nosso ver, deve-se à associação automática que se faz entre o climatério e a menopausa. Ora, se esta última é um evento biológico específico das mulheres, o mesmo não ocorre com o climatério.

Uma segunda justificativa para esse estranhamento deve-se, talvez, ao fato de, embora o homem sofra também alterações no seu sistema reprodutivo (alteração na produção de espermatozoides, por exemplo), ele não vivencia o evento da "menopausa masculina", ou seja, a última "ejaculação". Além disso, para alguns autores o climatério masculino é psicológico e cultural, como refere Rodrigues (1996, p.5), na citação a seguir:

A andropausa – mais comum nas grandes cidades – atinge homens com mais de 50 anos, que mantêm ou mantiveram atividades repetitivas e frustradas profissionalmente [...]. Geralmente sua mulher está vivendo a menopausa, o que diminui seu interesse sexual.

Essas diferentes percepções do climatério feminino e masculino as quais são comumente aceitas pelas ciências, mais precisamente pelas ciências da saúde, favorecem à construção e naturalização das diferenças de gênero, contribuindo assim para a construção de representações sociais fortemente discriminadoras da mulher nessa fase de sua vida. Isto porque, enquanto componente cultural do senso comum contemporâneo, as representações sociais decodificam, à sua maneira, as informações científicas veiculadas pelos diferentes meios de comunicação. Nesse processo de decodificação atuam todos os referentes culturais dos universos simbólicos aos quais pertencem os sujeitos, resultando, então, a construção do objeto representacional, numa leitura particularizada e naturalizada do objeto em questão, como veremos, ao longo deste trabalho, como o climatério feminino.

A palavra climatério (do grego *klimater*)³ significa "período crítico" e representa a fase de vida entre os últimos anos do período reprodutivo até na entrada da fase da velhice. O climatério feminino é constituído por três fases: a perimenopausa, caracterizada pela irregularidade menstrual; a menopausa, última menstruação e a pós-menopausa. Greer (1994, p.22) escreve assim sobre o climatério:

A maioria das mulheres faz a difícil transição da fase animal reprodutivo para a fase animal reflexiva entre esses anos [45 a 55], que poderíamos chamar de meia idade. Quase metade da vida da mulher de hoje transcorre depois desse período de transição, entretanto nada em sua formação ou condicionamento a prepara para esse novo papel.

No manual elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994, p.10), para servir como guia das ações a serem desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde, encontramos que o climatério é:

Um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos, e tendo como resultado a queda dos níveis de estrogênio e progesterona [...]. Resulta disto alterações sobre a pele, as mucosas, o esqueleto, o metabolismo lipoprotéico e a função emocional [...]... inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende até os 65 anos de idade.

Enquanto fenômeno biológico, o climatério significa, portanto, a transição que ocorre, no caso das mulheres, do período reprodutivo para o não reprodutivo. Vejamos mais alguns aspectos da ocorrência deste fenômeno.

³ A palavra climatério também significa "passagem" ou o período crítico das mudanças de fase como na dentição, puberdade, maternidade, paternidade, entre outras.

1.2 - A fisiologia do climatério e da menopausa

Para que se possa melhor entender o processo do climatério e, conseqüentemente, da menopausa, é preciso compreender também o papel desenvolvido pelos hormônios sexuais femininos: estrogênio e progesterona, no processo reprodutivo dos seres humanos.

A dinâmica do ciclo menstrual só começou a ser decifrada pelos cientistas no final da década de 1960, com o desenvolvimento dos contraceptivos orais. Esta dinâmica consta de um delicado sistema de realimentação entre o hipotálamo, a glândula pituitária e os ovários (TRIEB, 1986). É o hipotálamo quem dá partida ao ciclo, enviando uma mensagem química à pituitária (hipófise). Esta, chamada “glândula mestra”, segrega dois hormônios e os envia aos ovários, através da corrente sanguínea. Trata-se dos hormônios estimuladores do folículo (FSH) e o luteinizante (LH). O FSH quando atinge o ovário estimula de oito a nove folículos de Graaf a desenvolverem-se e, também, faz com que a parede do útero (endométrio) torne-se mais espessa, preparando-a para uma possível gravidez. Quando os folículos amadurecem, liberam seu próprio hormônio, que é o estrogênio. Esta é a fase folicular, que começa por cerca do quinto dia do ciclo e vai até a ovulação (JACOB e FRANCONI, 1976). Quando a quantidade de estrogênio lançado na corrente sanguínea atinge um certo nível, uma mensagem é enviada à pituitária, que pára de enviar FSH e passa liberar o LH. Então, acontece a segunda fase do ciclo: a fase lútea ou luteínica. O LH escolhe um dos folículos maduros e o desenvolve. Este dirige-se à parede do ovário, abre-se e deposita o óvulo (ovulação). O envoltório do óvulo escolhido adquire uma coloração amarela - *corpus luteum* - e passa a produzir o estrogênio e a progesterona. Os demais folículos se degeneram (TRIEB 1986; JACOB E FRANCONI 1976; LERNER, 1986).

A progesterona é conhecida como o hormônio protetor da gravidez. Seu nível, no sangue da mulher, eleva-se na segunda metade do ciclo e, caso ocorra a gravidez é produzido pela placenta um outro hormônio, conhecido como gonadotrofina coriônica. Sua função é garantir a continuidade da produção de progesterona. A placenta ainda produz o estrogênio em alta quantidade, mas com baixa atividade biológica, uma vez que seu efeito é superado pelo efeito da progesterona. No caso de não ocorrer a gravidez, todo o preparo para a formação do novo ser sai do corpo da mulher em forma de menstruação e, conseqüentemente, há a diminuição de estrogênio e progesterona (POU FERRARI, 1996).

Sobre a relação entre os hormônios ovarianos, o hipotálamo e a hipófise Pou Ferrari (1996, p.39), escreve:

[...].Isto explica por um lado por que a conduta da mulher se modifica quando começam a secretar-se hormônios ovarianos e, paralelamente a seu desenvolvimento corporal, manifesta a atração pelo sexo oposto e o desejo sexual; e por que desenvolve o que passou a se chamar instinto maternal, ou seja, a tendência a cuidar e proteger os filhos.

O autor ainda destaca como efeito dos hormônios ovarianos sobre o hipotálamo, a variação de temperatura corporal, de peso e de sono durante o ciclo menstrual, cujo exagero determina a tensão pré-menstrual.

Para Pou Ferrari (1996), o ciclo menstrual, caso não haja nenhuma interferência de ordem natural (como a gravidez ou a lactação), patológica e/ou cirúrgica, acontecerá todos os meses, da menarca até a menopausa. Pode acontecer que a menarca venha, em algumas mulheres, procedida de alguns meses sem menstruação. Isto acontece quando a maturidade reprodutiva ainda não está completa.

Com relação à menarca, tem-se constatado uma redução da faixa etária para o seu surgimento, principalmente, entre as ocidentais. Já a média de idade da menopausa segundo Trien (1986) e Pou Ferrari (1996), continua a mesma: aos 50 anos de idade. Entretanto as mulheres pobres, as fumantes, as mulheres submetidas a situações de estresse e as que recebem tratamento com cortisona, têm a menopausa mais cedo (MULHER E SAÚDE, 1999).

Durante o período reprodutivo, o ciclo ovariano pode ser afetado por fatores externos, como por exemplo, o estresse, o excesso de exercício físico, a variação acentuada do peso corporal e o uso de medicamentos. Também o mesmo pode ser afetado por fatores internos, devido a problemas em outras glândulas que fazem parte do sistema reprodutivo. Ainda de acordo com Pou Ferrari (1996, p.34), os problemas mais comuns são a "insuficiência do corpo amarelo e falta de ovulação, amenorréia, polimenorréia, oligomenorréia e hipermenorréia".

Quando começa a haver uma mudança desse movimento cíclico, diz-se que a mulher está na fase do climatério, ou seja, o climatério refere-se ao processo total de transição da função hormonal ovariana. Teoricamente, significa dizer que os ovários estão liberando seus últimos óvulos. Num certo momento do desenvolvimento do climatério, não haverá mais óvulos para ser liberados, ou seja, os folículos de Graaf não responderão mais ao estímulo hormonal. Assim, o último óvulo liberado, ou mais precisamente, a última menstruação passa a receber o nome de menopausa. Isso significa que cessou a atividade funcional do ovário. Na maioria das mulheres, conforme explica Jacob e Francone (1976, p.550), uma elevação nas gonadotropinas hipofisária ocorre simultaneamente com a "falência ovariana", devido à interrupção da relação entre o ovário e a adeno-hipófise: "o ovário atrofiado é incapaz de produzir estrogênio suficiente para inibir a produção do FSH, ocorrendo uma alta excreção de gonadotropina hipofisária". Contudo, a mulher só vai saber que aconteceu a menopausa um ano ou mais após a última menstruação, pois durante este período ela pode, circunstancialmente, menstruar ou engravidar. Isto de certa forma pode provocar uma tragédia ou uma esperança, a depender da relação que a mulher mantém com a gravidez e da

representação que tem de si mesma e de sua feminilidade (POU FERRARI, 1996; TRIEN, 1986; ALMEIDA, 1993).

O período pré-menopáusic do climatério se caracteriza pelas alterações menstruais. Isto ocorre porque o *corpus luteum* produz menor quantidade de progesterona. Posteriormente, a ovulação não acontece, mesmo que o folículo se desenvolva e produza o estrogênio. Quando o endométrio é estimulado apenas pelo estrogênio ocorre a hiperplasia endometrial. Conseqüentemente, quando esta camada se desprende, ocorre um sangramento abundante e demorado (POU FERRARI, 1996; SÁNCHEZ, 1993; TOLOSA, 1998).

À medida que a menopausa se aproxima, as mulheres tornam-se mais vulneráveis ao sintoma “definitivo” do climatério: os fogachos. Segundo Pou Ferrari (1996, p.48), “um terço das mulheres os sofrerão com grande intensidade”. Por que eles acontecem, o autor, no entanto não explica.

Os altos níveis de FSH e LH existente no sangue da mulher, nos dois a três primeiros anos após a menopausa, são entendidos como um "desconhecimento", por parte da glândula pituitária, de que não existe mais óvulos aptos ao amadurecimento. O que deve, possivelmente, ser responsável pelo aparecimento dos fogachos (TRIEN, 1986).

Rosa (1998) relaciona os sintomas do climatério ao estilo de vida e ao papel da mulher na sociedade. Fazendo uma comparação entre os sintomas apresentados pelas mulheres que estão no climatério e as mulheres que passaram por essa fase há algumas décadas a autora salienta que, antes, as mulheres eram, prematuramente, consideradas velhas o que as levavam a sentirem-se tristes e inúteis e com a juventude perdida. Então, essa situação favorecia o desenvolvimento da depressão, dos calores e da ansiedade. Hoje, as mulheres de 40 anos de idade são consideradas jovens, com pleno vigor sexual e capacidade procriativa e as manifestações do climatério ocorrem bem mais tarde. É importante destacar, no entanto, que a visão desta autora não é, por si só, suficiente para estabelecer essa relação, “geração versus sintomas”, uma vez que há múltiplos fatores de ordem fisiológica e social contribuindo para os desconfortos, ou não, durante a fase do climatério.

A partir da bibliografia referenciada neste trabalho, podemos perceber que o climatério é entendido, por alguns autores, como uma fisiopatologia e, por outros, como um “arranjo” orgânico, cujo objetivo é preparar a mulher, fisiologicamente, para o fim de sua fase reprodutiva. Todavia, com o avanço das técnicas reprodutivas, atualmente, é possível imaginar que, num futuro bem próximo, o corpo da mulher, enquanto fonte de acolhimento, estará apto para a reprodução, mesmo após o período biologicamente permitido. Já se cogita, inclusive, da possibilidade de mulheres que preferem apenas seguir uma carreira profissional

congelar os seus óvulos para ser mãe após a aposentadoria - o que geralmente ocorre no período pós menopausa.

1.3 - O climatério e a menopausa como uma endocrinopatia

De acordo com Almeida (1993), enquanto os homens fazem sua passagem para a velhice “hormonalmente” mais estável as mulheres são envolvidas numa complexa instabilidade neuro-hormonal. Esta constatação, que é comum na literatura médica, revela uma representação do climatério e, mais precisamente, da menopausa, como uma doença ou um conjunto de doenças a ser combatido. Neste sentido, os dados bioquímicos e fisiológicos sobrepõem-se aos demais. Um exemplo disto é dado pelo *Manual do Climatério* do Ministério da Saúde o qual visa a servir de guia para os serviços públicos de todos os estados brasileiros.

Reproduzindo o discurso médico e o seu padrão de racionalidade, o Manual caracteriza a diminuição dos níveis de estrogênio como uma fisiopatologia, traduzindo-se em vários sintomas, e “com manifestações centrais mediadas principalmente pelos opióides endógenos e repercussões periféricas, de extensão e variedade individualizadas”. Além disso, diz o manual, a perda da pulsabilidade do GnRh e das gonadotropinas, provoca uma perturbação hipotalâmica, externalizada em forma de: “irritabilidade, insônia, fogachos e sudorese”. Enquanto isto, nos órgãos estrogênio-dependentes, ocorrem mudanças como a perda da lubrificação vaginal, o ressecamento da pele e a queda de cabelos. Num período mais prolongado de carência estrogênica podem ocorrer alterações do metabolismo das lipoproteínas e, conseqüentemente, aumento do risco de doenças cardiovasculares e aceleração da perda de cálcio dos ossos (BRASIL, 1994, p.11).

As alterações fisiopatológicas trazem, assim, “repercussões clínicas”, classificadas como precoces, de médio prazo e tardias. As repercussões clínicas precoces estão associadas ao período do climatério chamado de pré-menopausa, quando são freqüentes as queixas de “onda de calor, sudorese e calafrios, cefaléia, tontura, parestesia e palpitações, depressão, insônia, fadiga, perda de memória e alterações menstruais”. As repercussões de médio prazo são consideradas como as principais representantes da deficiência hormonal, destacando-se: “a secura vaginal, a dispareunia, a síndrome uretral, a pele seca e pouco elástica, a fragilidade e queda dos cabelos”. Posteriormente, surgem as doenças “cardiovasculares e a

osteoporose”, resultante das modificações lipoproteica e do metabolismo ósseo mineral (BRASIL 1994, p. 12,13).

Considera o documento que o diagnóstico da "síndrome climatérica" é essencialmente clínico, elaborado a partir dos sintomas descritos anteriormente, e tem como base os fatores biológicos, culturais e ambientais. Na entanto, é fácil constatar, ao longo do texto do Ministério da Saúde, que os fatores culturais, ambientais e doenças propriamente ditas, não são considerados mais ou tão importantes quanto o fim do estrogênio cíclico. Isso significa dizer que o diagnóstico da “síndrome climatérica” é determinado sem levar em consideração outros eventos da vida da mulher. Por exemplo, a secura vaginal pode estar associada à perda ou falta da libido; o ressecamento da pele e a queda de cabelo, à falta de determinadas vitaminas; a osteoporose a fatores familiares, nutricionais e determinadas doenças, como a síndrome da má absorção, insuficiência renal crônica, hipertireoidismo, diabetes, entre outras. Ressaltando-se, ainda, que alguns medicamentos contribuem para o aparecimento da osteoporose. Como se vê, diante de tantas possibilidades, o fim do ciclo menstrual não pode ser considerado como a principal causa do grupo de sintomas ditos como próprio do climatério.

O livro de Georges Canguilhem, “O normal e o patológico”, ajuda-nos a entender como um processo normal do organismo feminino passa a ser tratado como uma doença. Segundo este autor, dominar a doença é conhecer suas relações com o estado normal. Essa relação cria a necessidade de se fundir a patologia científica à fisiologia, passando-se a designar o patológico a partir do normal, criando-se a partir dessa fusão, a teoria da relação e, conseqüentemente, os fenômenos patológicos, no organismo, passam a ser variações para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Para o autor “a convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal, que acaba por anular o patológico” (CANGUILHEM, 1982, p.22).

Transportando-se a observação supra citada para o nosso estudo, inferimos que, considerando-se o climatério como uma endocrinopatia, a lógica estará fundamentalmente ancorada nos dados fisiológicos e bioquímicos do ciclo menstrual. Se, pelo contrário, encararmos o climatério como fenômeno decorrente do processo evolutivo da vida da mulher, a permanência do nível de estrogênio no organismo é que seria entendida como uma endocrinopatia. Dito isto, podemos afirmar, que a representação médica do climatério como doença, sofre, também, uma forte influência da concepção hipocrática de doença uma vez que esta é entendida como estágio de desarmonia e, ao mesmo tempo, como o "esforço que a natureza exerce sobre o homem para obter um novo equilíbrio”(PONTES,1995, p.64). Como exemplo desta visão, temos o climatério enquanto processo interno de ajustes hormonais. Para os pesquisadores que defendem os fogachos como ajustes hormonais necessários à nova fase, a ausência do estrogênio cíclico não traz danos ao corpo feminino. Entretanto, a tendência é de se justificar que o organismo não mais volta ao equilíbrio, sendo, portanto, o estrogênio, ou melhor, o nível baixo de estrogênio, responsável pelo processo “patológico” que se instaura no organismo da mulher.

Como se pode depreender destas visões, o climatério, entendido como uma endocrinopatia, segue a lógica dos processos fisiológicos e bioquímicos do ciclo menstrual e as matizes explicativas da doença presentes no discurso da racionalidade médica, conforme veremos a seguir.

Para Luz (apud Camargo Jr.,1994), a racionalidade médica é organizada em torno de cinco matrizes teóricas: a da anatomia ou morfologia humana, da fisiologia, do sistema de diagnóstico, do sistema de investigação terapêutica e da doutrina médica. Estas permitem a organização das doenças através de um sistema de relação entre a clínica e a epidemiologia. Como bem explicita Camargo Jr. (1994, p.29), "uma empresta a outra os objetos fundamentais de estudo, ao mesmo tempo em que naturaliza as construções teóricas que recebe de volta". Esta forma de organização, assim como todo o desenvolvimento técnico científico que vem acontecendo na medicina desde o século XVIII, segue os modelos de cientificidade ou teóricos experimentais os quais permitiram a consolidação da ciência moderna. Neste modelo, as harmonias biológicas e físicas com as quais, por motivos religiosos não se podia mexer, eram transformadas em uma organização de matéria neutra, manipulada experimentalmente pelo pesquisador. Qualquer ramo do saber que aspirasse à cientificidade tinha que adotar um padrão de racionalidade, representado por um caráter generalista, mecanicista e analítico. Da visão analítico-mecanicista, da qual a medicina anatomoclínica se originou, surgiu uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. E todos os avanços tecnológicos e científicos foram produzidos para cristalizar essa racionalidade mecânico-causal (CAMARGO JR, 1994; CARVALHO, 1996) que, do ponto de vista operacional, cria uma outra característica do discurso médico: "o normal" e o "patológico"(CANGUILHEM,1982). É através da fisiologia, das experiências relacionadas com as funções orgânicas e da representação comum da norma, conforme o meio social e o ambiente, que o médico tira seus conhecimentos. Todavia o que prevalece é o conhecimento da fisiologia, uma vez que esta se apresenta como "ontologia canônica de constantes funcionais em relação as funções de regulação hormonal e nervosa" (CANGUILHEM, 1982, p. 94).

Segundo Camargo Jr, (1994) a epidemiologia e a clínica têm um papel central na construção das definições do que seja doença e as questões básicas entre elas podem ser abordadas em função da caracterização genérica de uma

determinada doença e o estabelecimento de nexos causais entre as doenças e possíveis agentes etiológicos. Analisando textos de vários pesquisadores proeminentes da epidemiologia, o autor não encontrou, em nenhum deles, um conceito de doença. Mas, todos, “sem exceção”, compartilhavam da visão de doença proposta pela clínica. Conclui o autor que, apesar da qualidade metodológica da epidemiologia sua produção de conhecimento encontra-se subordinada à clínica, no momento da definição da doença, e as ciências biológicas, no estabelecimento e/ou corroboração de hipóteses etiológicas.

Para se entender como uma fase da vida torna-se uma doença, vamos tomar Camargo Jr. ainda como referência. Diz o autor que a construção discursiva dos elementos da doença pode ser organizada em três dimensões ou eixos: o explicativo, o morfológico e o semiológico. Apesar dele mostrar que o surgimento destes eixos aconteceu em diferentes espaços temporais, na atualidade eles permanecem unidos.

No eixo explicativo as doenças se caracterizam como processo, possuindo uma ou mais causas e uma história natural, ou seja, uma fisiopatologia. Para a ciência médica, o climatério possui uma causa (o fim do período reprodutivo) e uma história natural, pois passa a ser explicado através de uma fisiopatologia, como também pode ser reproduzido em laboratório através da experimentação com fêmeas mamíferas. Neste sentido é que o saber médico mais se aproxima das ciências duras no domínio do biológico. Historicamente é o eixo mais recente, desenvolvido a partir do século XIX.

O eixo morfológico, terreno da anatomia patológica, é o eixo da descrição das lesões. Historicamente, ele se estruturou no final do século XVIII. Com o passar do tempo, o conceito de lesão foi sendo modificado, em termos de abrangência, acompanhando assim o desenvolvimento dos instrumentos de investigação e diagnóstico. Segundo esta linha de raciocínio, a falta dos hormônios feminino acarreta lesões em diversos sistemas do organismo feminino. Observa-se que o conceito de lesões provocadas pela menopausa torna-se cada vez mais abrangente, à medida que mais instrumentos são utilizados como meio de diagnóstico.

O terceiro eixo, ou eixo semiológico, é considerado por Camargo Jr., como o eixo da clínica propriamente dita, onde as doenças são vistas como sinais

e sintomas, formando *gestalts* semiológicas. O autor considera que, na atualidade, a caracterização deste eixo tem se tornado difícil, posto que, as definições propriamente semiológicas das doenças estão imbricadas com os outros dois eixos, mesmo que eles não tenham sido desenvolvido num mesmo período histórico, como já afirmamos. Neste eixo, o climatério é visto como um conjunto de sintomas que partindo da individualização (um caso clínico) passa à generalização. Assim, todas as mulheres que estão nessa fase, sintomática ou não, desenvolverão o mesmo conjunto de distúrbios. Os dados empíricos mostram que, mesmo considerando “cada caso um caso”, o que prevalece é a universalização e generalização do climatério.

Os três eixos estão dispostos segundo a hierarquia valorativa de sua “cientificidade”, uma vez que é esta “cientificidade” que empresta legitimidade social à medicina. Para Camargo Jr. (1994) o eixo explicativo é o mais valorizado em virtude de sua inclusão no domínio das ciências experimentais. Já o eixo semiológico, por estar mais próximo da prática, é o menos valorizado como método de produção de conhecimento. Entretanto, no exercício da função médica essa hierarquia inverte-se. Esta inversão é entendida pelo autor como uma dissociação entre a ciência das doenças e a arte de curar.

1.4 - A teoria das representações sociais

Na seção anterior, descrevemos, a partir da literatura médica, os aspectos fisiológicos do climatério. Nesta seção, interessa-nos refletir sobre o climatério enquanto um fenômeno cultural e psicossocial. Interessa-nos demonstrar que, as formas através das quais o fisiologismo do climatério é sentido e vivenciado pelas mulheres, não resultam de uma relação mecânica e naturalizada entre a fisiologia e o comportamento feminino. Nesse sentido, é oportuno invocar Margaret Mead (1999, p.23) quando esta chamava a atenção do mundo acadêmico para dizer que:

Qualquer discussão acerca da posição da mulher, do seu caráter e do temperamento, de sua escravização ou emancipação, obscurece a questão básica: o reconhecimento de que a trama cultural por trás das relações humanas é o modo como os papéis dos dois sexos são concebidos.

Utilizamo-nos, portanto, deste raciocínio, para defender que as formas pelas quais os sinais e sintomas do climatério exteriorizam-se são o resultado de uma construção subjetiva e sócio-

cultural, temporal e espacialmente datado. A não delimitação das dimensões fisiológica, cultural e psicossocial têm levado a que muitas manifestações essencialmente simbólicas (ou de outra ordem) sejam confundidas como sintomatologia⁴ do climatério. Montgomery (1997) cita, por exemplo, o fato de sintomas como a dismenorréia (a dor de ser mulher); a amenorréia, o prurido vaginal, a mastodinia e a dor pélvica crônica, entre outros, serem relacionados ao climatério quando, na verdade, estão mais relacionados à questões de ordem subjetiva e psicossocial. Ora, na verdade, os hormônios são apenas mensageiros químicos, que têm como função, estimular. Assim, são produzidos pelas glândulas endócrinas, percorrem a corrente sanguínea, chegam a uma determinada parte do corpo e a estimula a exercer uma determinada ação. Com relação aos hormônios sexuais, tanto masculinos quanto femininos, essa estimulação só vai acontecer a partir da puberdade. Contudo, a presença dos hormônios sexuais, por si só, não garante que haverá atração pelo sexo oposto, nem o desenvolvimento do instinto materno, como bem frisou Pou Ferrari (1996). Aliás, quanto ao instinto materno Elisabeth Badinter (1985), em “O mito do amor materno”, demonstrou que esse instinto não é experimentado como categoria biológica e sim como categoria social. Para a autora, ao contrário do reino animal irracional, o ser humano é um ser histórico capaz de simbolizar, o que o coloca fora da esfera propriamente animal, posto que o inconsciente predomina sobre os processos hormonais e os valores sociais imperam sobre nossos desejos.

Da mesma forma Montgomery (1997, p.61), referindo-se às dores da menstruação, do baixo ventre e as dores durante a relação sexual ou, no dizer do senso comum, "as dores de ser mulher", ressalta a tendência cultural da mulher usar a dor como expressão simbólica: “com que criatividade o inconsciente das pacientes desloca esse conflito para a região pélvica e com que receptividade o inconsciente do médico aceita de braços abertos, a dor”.

O climatério, defendem alguns autores e autoras, é um fenômeno dos tempos modernos. Isto porque, devido às condições de vida dos períodos históricos anteriores, as mulheres, com muita frequência, morriam antes de chegar a fase do climatério (COUTINHO 1996; MONTGOMERY, 1997, entre outros). Entretanto, como apontam algumas estudiosas do climatério, na perspectiva de gênero, há pouca coisa escrita sobre o assunto, de modo a permitir um estudo mais fundamentado das diferentes formas de se viver e simbolizar o climatério. Acrescenta-se a isto o fato de os estudos antropológicos, nos seus primórdios, pouco se preocuparam com o universo feminino. Da parte das ciências médicas, vale ressaltar que, antes dos tempos modernos, a curiosidade dos médicos e fisiologistas sobre o corpo da mulher era muito mais para entender a natureza feminina, entender o porquê de

⁴ Enfatizamos que não encaramos aqui o climatério como uma doença, uma endocrinopatia. Por esta razão, não falaremos de sintomas do climatério, mas de seus anúncios.

Deus ter criado a mulher e a que princípio a natureza feminina obedecia. O estatuto biológico da mulher esteve, pois, sempre associado ao estatuto moral e metafísico (DEL PRIORI, 1993 e 1997).

Ao considerarmos o climatério como uma construção cultural e psicossocial, precisamos lançar mão de referências teóricas que nos ajudem a não perder de vista tanto o trabalho cognitivo de apreensão do mundo exterior, quanto as inserções sociais e culturais das mulheres. Nesse sentido, a teoria das representações sociais, vai nos servir de pano de fundo para a construção do nosso objeto de pesquisa. Todavia, outros aportes teóricos, como o conceito de gênero, e algumas elaborações de ordem sociológica vão preencher o quadro explicativo de construção do objeto em questão.

Surgida na década de 1960, a teoria das representações sociais, hoje, dada a sua propagação por vários países europeus, latino-americanos e também nos Estados Unidos, pode ser considerada como uma “grande teoria”, termo comumente utilizadas pelos pesquisadores e pesquisadoras deste campo. Isto porque, partindo das elaborações primeiras, várias contribuições e modificações já foram (ou estão sendo) feitas. Todavia, aqui procuremos seguir as elaborações feitas por Moscovici, embora estabeleceremos também um diálogo com Jean-Claude Abric, posto que consideramos oportunas, no nosso caso, as contribuições da teoria do núcleo central.⁵

Partindo das formulações originais de Moscovici, estaremos aqui nos ocupando da construção de um saber sobre o climatério originado das práticas cotidianas, de suas interações e comunicações espontâneas. Segundo Moscovici (1978, p. 63-64) toda representação é composta de figuras e expressões socializadas, organização de imagens e linguagens e serve para simbolizar atos e situações comuns da vida de um grupo. Para o autor:

Representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o *status* de um *signo*, é conhecê-lo, tornando-o significante. De um modo particular, dominamo-lo e interiorizamo-lo, fazemo-lo nosso [...]. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina em que todas as coisas são representações de alguma coisa.

As representações sociais constituem, pois, uma modalidade de saber originada das relações cotidianas e que tem a finalidade de orientar as ações e práticas dos agentes sociais no seu

⁵ Já é significativa a produção sobre representação social no Brasil. A partir dela é possível ter-se um bom quadro da propagação e alterações sofridas pela teoria. Cf na bibliografia, entre outros autores, SÁ (1996; 1998); MOREIRA, A .S.P, OLIVEIRA, D. C. (1998); JOVCHELOVITCH, S., GUARESCHI, P. (1994). Talvez, até o momento, a mais inovadora contribuição à “grande teoria” tenha sido a formulação da teoria do núcleo central, elaborada por Jean-Claude Abric, da qual falaremos mais adiante, ainda nesse capítulo.

cotidiano. Nascida da psicologia social, esta noção distingue-se de outros conceitos predominantes nesta disciplina, tais como atitude, opinião, percepção, imagem, pois põe em evidência os vínculos, como diz Nóbrega (2001, p. 69):

[...] entre os elementos do meio ambiente articulados nos processos de interação em que se formam as representações. Eles (os vínculos) dão sentido aos comportamentos e os integram em um conjunto de caracteres móveis e socialmente determinados.

Para se compreender as diferenças fundamentais entre o conceito de representação social e outros conceitos da psicologia social é necessário, insiste a autora, observar as distintas abordagens, pois elas vão determinar tanto o conteúdo da observação, quanto as suas conseqüências teóricas. Por exemplo, se para as teorias psicológicas funcionalistas, sujeito e objeto, interior e exterior encontram-se em oposição na produção das atitudes, opiniões e imagens, para a teoria das representações sociais, aqueles estão em interação e não comportam nenhum corte ou separação entre o universo interior e exterior, entre o estímulo e a resposta (NÓBREGA, 2001, p. 68-69). Como escreveu Moscovici (1978), em seu clássico estudo, “toda representação é sempre representação de alguma coisa, construída por um sujeito”.

Ressalta Domingos Sobrinho (1998, p. 29) que Moscovici lançou as bases de sua teoria procurando se distanciar da abordagem da relação sujeito/objeto desenvolvida pela psicologia clássica e pelo objetivismo de Émile Durkheim. Para este autor, Moscovici procurou não só demonstrar que não existe ruptura entre o agente que representa e o objeto representado, como também, que o objeto da representação está inserido em um contexto ativo, sendo parcialmente concebido pela pessoa ou grupo, enquanto prolongamento de um comportamento, significando dizer, que “o estímulo e a resposta são indissociáveis: eles se formam ao mesmo tempo”.

A representação social, destaca ainda este autor, é, pois, a “versão” que o sujeito constrói do objeto e deve ser consistente com o sistema de avaliação utilizado pelo mesmo. Dessa forma, um objeto não existe em si mesmo, mas existe

para a pessoa ou grupo e em relação a eles. É, portanto, essa relação que determina o objeto em si mesmo. Assim, o estudo das representações sociais, como bem destaca Jodelet (1989) deve responder a três perguntas básicas: a) quem sabe e de onde sabe? O que diz respeito ao conhecimento das condições de produção e circulação das representações sociais; b) O quê e como se sabe? Referência, pois, aos processos e estados das representações e, por último, c) Sobre o que se sabe e com que efeito? Esta questão está relacionada particularmente ao estatuto epistemológico das representações sociais, às relações que essas mantêm com o conhecimento científico e com a própria realidade que lhes dá origem.

1.5 A teoria do núcleo central: uma teoria complementar

Tem sido comum, no campo das representações sociais, aceitar-se que a teoria elaborada por Serge Moscovici constitui-se, hoje, na “grande teoria” (SÁ, 1996, p.51) e que a teoria do núcleo central seja considerada como uma teoria complementar. A esta última, seria atribuído o papel de proporcionar descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas, bem como as explicações do seu funcionamento que estejam de acordo com a teoria geral.

A teoria do núcleo central foi elaborada por Jean-Claude Abric, pesquisador da Universidade de Aix-em-Provence, no sul da França, em 1976 (SÁ, 1996). Para Abric (1994, p. 18), a organização de uma representação social apresenta uma característica particular:

[...] não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado [...].

Segundo SÁ (1996, p 65), a teoria do núcleo central tem origem bem próxima da formulação original de Serge Moscovici da noção de “núcleo figurativo”. Este seria, para Moscovici, uma estrutura imagética na qual se articulam, de uma forma mais concreta ou visível, os elementos do objeto da representação que tenham sido selecionados pelas pessoas ou grupos, em função de critérios culturais e normativos. Dessa forma, eles são descontextualizados e reorganizados numa nova estrutura de conjunto e deles mantêm-se apenas certas qualidades icônicas. Os elementos assim, reorganizados passam a ter uma certa autonomia em relação à totalidade do objeto original.

Abric (1994b) diz que retoma o núcleo imaginante de Moscovici, mas não no seu papel genético. Para ele, o núcleo central não tem necessariamente um caráter imagético, como ocorre na teoria original - o que mostraremos mais adiante através da dupla natureza figurativa e simbólica da representação social do climatério. Por esta razão, Abric busca identificar os elementos que compõem o núcleo central de uma representação, através de métodos e técnicas que procuram acentuar muito mais os aspectos valorativos e cognitivos do conteúdo representacional. Um exemplo será dado aqui por meio da técnica da evocação livre de palavras.

Por ser um reflexo da realidade, o núcleo central das representações sociais é organizado de acordo com a natureza do objeto representado e pela relação que a pessoa ou grupo mantém com o objeto ou, como diz Abric, pelo sistema de valores, normas sociais estabelecidas. O núcleo central possui duas funções: uma função geradora e outra organizadora (ABRIC, 1994, p. 30). A função geradora tem como tarefa criar ou transformar o significado dos demais elementos que constituem a representação. Já a função organizadora é que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação e é, por conseguinte, responsável pela estabilidade da mesma. O núcleo central é, dessa forma, o elemento organizador, unificador e estabilizador de toda representação. Toda modificação na

sua composição repercute necessariamente no conteúdo representacional. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem estar organizadas em torno de núcleos diferentes. Como diz Abric (1994, p.30):

A simples identificação do conteúdo de uma representação não basta para o seu reconhecimento e especificação. A organização deste conteúdo é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto sua centralidade, seja diferente.

Da mesma forma, ressalta o autor, a centralidade de um elemento não pode ser atribuída apenas a critérios quantitativos. Muito pelo contrário, a centralidade dos elementos está antes vinculada à sua dimensão qualitativa, à sua força semântica, aglutinadora de sentidos. Os métodos e técnicas quantitativas de identificação dos mesmos servem, portanto, para validar e dar maior visibilidade à estrutura da representação.

Por último e para encerrar esta seção gostaríamos de lembrar o que, ao nosso ver, os fenômenos de representação social são muito mais complexos do que os objetos de pesquisa que construímos nas nossas investigações. Sendo assim, por maior que seja o nosso esforço, acabamos sempre por simplificá-los, como indica Sá (1998, p.4):

A rigor, a simplificação implicada na construção do objeto de pesquisa é da mesma ordem daquela embutida na formação de uma representação social. Esta última envolve uma simplificação da realidade na medida em que funciona como uma teoria, uma 'teoria do senso comum'. Da mesma forma, quando simplificamos o fenômeno da representação social transformando-o em um objeto de pesquisa, fazemos isto através de uma teoria, a teoria das representações sociais.

Todavia, como insiste o autor, a teoria não apenas simplifica os fenômenos, posto que os torna inteligíveis. A simplificação operada pela teoria, portanto, dadas as limitações humanas, é, na verdade, o processo por meio do qual o desconhecido torna-se, para nós, conhecido, compreensível. Seguindo esta preocupação de ordem epistemológica, vamos buscar outros aportes teóricos que nos permitam aproximarmo-nos cada vez mais do fenômeno investigado.

1.6 O conceito de gênero e sua importância para o estudo das representações sociais do climatério

Antes de falarmos da importância do conceito de gênero e sua aplicabilidade no campo da saúde e da educação para a saúde vamos fazer uma breve retrospectiva do que se costuma chamar de “Segunda Onda”⁶ do feminismo no Brasil. Esta recuperação histórica é útil para evidenciar que a teoria foi se forjando pressionada pela intervenção de milhares de mulheres em todo o mundo, as quais desafiavam a ciência e os saberes instituídos sobre as relações de gênero praticadas até então. Neste sentido, consideramos fundamental que a construção de saberes do senso comum (as representações sociais) sobre determinados objetos do mundo social leve em consideração não só a teoria, mas também as práticas e os contextos específicos em que se desenvolvem as relações de gênero.

Como movimento social, o feminismo surgiu no Brasil no decorrer da década de 1970 (GROSSI, 1997). Reconstruindo-se a trajetória desse movimento, podemos dividi-lo em três momentos históricos. O primeiro momento, caracterizado pela luta em torno da igualdade de direitos, no plano jurídico, foi também marcado pela mudança no comportamento sexual das mulheres. Afirma Muraro (1990), que o Jornal “O Pasquim”⁷ contribuiu para criar, na população brasileira, uma imagem distorcida e estereotipada das feministas, na medida em que procurou sempre rotulá-las de “sapatões” ou mulheres “mal-amadas”. Imagem que ainda hoje povoa o imaginário masculino e feminino. Para difundir esse estereótipo das feministas, explica a autora, o jornal utilizou-se, da imagem da americana Betty Friedman, militante feminista desprovida das características mais valorizadas pelos padrões dominantes de beleza nas sociedades ocidentais e uma feminista radical na defesa das suas posições. Essa maneira preconceituosa de encarar o movimento continha implícita ou explicitamente, conscientemente ou não, um posicionamento político que visava afastar das feministas as mulheres que

⁶ A primeira onda do feminismo caracterizou-se como uma luta pelos direitos políticos, mais precisamente a luta pelo sufrágio universal. A Segunda onda, ou “novo” feminismo, surge na década de 1960 questionando todos os valores estabelecidos, propondo-se a lutar por mudanças históricas.

⁷ Jornal de oposição de esquerda que circulou no Brasil na década de 1970 e início da década de 1980.

demonstrassem ter uma percepção crítica sobre a subordinação feminina, conforme destacam Sardenberg e Costa (1994).

Muraro (1990), escrevendo ainda sobre os estereótipos do feminismo, ressaltou que, se por um lado construiu-se toda essa imagem distorcida das mulheres que lutavam por seu ideal de liberdade, por outro lado, o fato de entender-se o movimento como restrito à esfera sexual, permitiu-lhe não ser alvo da repressão militar, como os outros movimentos de esquerda. Outro fato ainda que contribuiu para que o movimento feminista não fosse visto como um movimento de esquerda, conforme destacou Saffioti (1994, p.234), foi a declaração da ONU (Organização das Nações Unidas), em 1975, como o Ano Internacional das Mulheres. A incorporação dos problemas das mulheres na pauta da ONU representou, para as brasileiras, o início da “institucionalização e cooptação da luta feminista” a começar pelas mudanças na legislação, como, por exemplo, a revogação das normas discriminatórias do Código Civil, relacionadas ao aborto, às relações familiares; à ampliação dos direitos trabalhistas, a “eliminação de conteúdos sexistas nos programas escolares e nos livros didáticos através de legislação específica, entre outros”.

Resumindo, o primeiro momento do feminismo no Brasil caracterizou-se, fundamentalmente, como uma luta pela igualdade de direitos. Todavia, as lutas até então travadas, ainda foram bastante influenciadas pela ideologia patriarcal, razão pela qual reproduzia-se a postura do opressor que se visava combater. Daí, para muitas mulheres, a igualdade significava obter o mesmo poder de mando e opressão dos homens⁸.

O segundo momento das lutas das mulheres pode ser caracterizado pelo seu nível de maturidade científica e política, pois se constatou que as feministas elaboraram então um novo discurso, o qual

⁸ É importante distinguir entre o feminismo e os movimentos de mulheres. O primeiro surge como uma doutrina, se considerarmos os seus diferentes pressupostos teóricos e a prática política dos seus agentes. Para Sardenberg e Costa (1994, p.83), a doutrina do feminismo é traduzida pelas idéias de liberdade e igualdade e pelo seu questionamento da permanência das desigualdades entre homens e mulheres nas diferentes esferas do mundo social, político, econômico e jurídico. Por sua vez, o “movimento de mulheres” (embora o feminismo seja também um movimento de mulheres), por seu caráter mais espontâneo, não se organiza em torno de uma doutrina feminista, o que muitas vezes o leva a defender bandeiras que reforçam a posição de subordinação da mulher. Acrescentam ainda as autoras que, enquanto doutrina, o feminismo pressupõe o surgimento de uma consciência de gênero feminina.

ultrapassa a racionalidade e integra as questões da subjetividade, do amor, da afetividade, da corporeidade. Desse modo, pretendia-se encontrar o caminho ou os caminhos da superação do dualismo que separa ou anula as diferenças (BRANDÃO, 1994). Esse período (1975 a 1985) ficou conhecido como a *Primeira Década da Mulher*. Destacamos como início desse novo período a Primeira Conferência Mundial da Mulher, realizada no México, em 1975 (Ano Internacional da Mulher). Nesse mesmo ano, informa Grossi (1997, p. 288), aconteceu, no Rio de Janeiro, o primeiro encontro das feministas do Brasil, do qual resultou a criação do Centro da Mulher Brasileira, abrindo-se então espaço para a criação de outros grupos nas principais capitais brasileiras.

O terceiro momento do feminismo, o atual, caracteriza-se pelos estudos de gênero e sua consolidação teórica e prática. É nesse período que surge o grupo denominado por Grossi (1997) como *novas feministas*⁹. Neste grupo estão engajadas mulheres de várias gerações. As novas feministas e as feministas históricas integram-se ao movimento a partir da chamada *Segunda década da mulher* (1985-1995). Ainda segundo Grossi (1997), essa integração aconteceu devido à progressiva institucionalização das principais reivindicações das mulheres militantes, da década de 1980. Como resultado disto, foram criados os Conselhos de Direitos das Mulheres (em nível nacional, estadual e municipal), as Delegacias de Mulheres, o planejamento e a implementação do Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. Com esta institucionalização dos grupos autônomos, nascidos no período da redemocratização do país, parecia não haver mais movimento feminista no país. Enquanto isso, formavam-se nas universidades, vários núcleos de estudos sobre mulheres e relações de gênero, como uma forma de trazer para a academia a responsabilidade com a produção científica sobre o tema.

Esses três momentos do movimento feminista, aqui brevemente ressaltado, tiveram, portanto, um papel destacado no desenvolvimento de uma teoria que permitisse colocar a mulher, não na história do homem e sim, na história da humanidade.

⁹ Para Lamas (1986), as “novas feministas” são as mulheres que participaram dos movimentos feministas no final da década de 1960 e lutavam contra a diferença e a desigualdade entre os sexos, as quais tinham uma ideologia e uma militância política. São as feministas históricas citadas por Grossi.

• A construção teórica do gênero

A teoria nasceu - e cresceu – sob a égide de interrogações radicais, que repõe contradições e dilemas que ainda hoje precisamos responder. Talvez a principal dessas contradições seja a relação indivíduo-sociedade e como esta relação se constrói (JOVCHELOVITCH, 1994, p. 63)

O trecho acima transcrito, não obstante referir-se à teoria das representações sociais, pode também servir de espelho para refletir as idas e vindas, contradições e tensões dos estudos de gênero, posto que esses partiram, a princípio, dos movimentos feministas, anunciando uma visão antropológica pluridimensional, oposta, pois, à antropologia patriarcal, unidimensionalista e defensora de certezas imutáveis. A visão pluridimensional, como admite Gebara (1990, p.10), permite a manifestação das diferentes expressões do humano e o espaço para que este se organize de maneira diferente. Mas não é fácil mudar uma produção cultural, principalmente quando essa é entendida como uma lei natural, ou como diz Auad (1999), essencialista¹⁰.

O conceito de gênero na teoria feminista foi utilizado, pela primeira vez, em 1968, por Kate Millet¹¹ em sua tese de doutoramento. Todavia, esse conceito só foi incorporado nos estudos feministas a partir de 1980 (Costa, 1998), quando se buscava um conceito para refutar o determinismo biológico da palavra sexo e da diferenciação sexual (Scott, 1992). Dessa forma, o termo gênero passou a ser utilizado, a princípio entre as feministas americanas, como uma forma de rejeitar o determinismo biológico e para enfatizar o aspecto relacional das diferenças sexuais. Ainda para Scott (1994), a introdução da noção de gênero nos estudos feministas veio, também, preencher a lacuna existente nos estudos sobre mulheres, até então centrados apenas nas mulheres. Comenta esta autora que, em 1975, Nathalie Devis já mostrava a necessidade e a importância das historiadoras investigarem a história de homens e mulheres e o simbolismo sexual nas diferentes sociedades. Ao proporem o uso do termo gênero, as pesquisadoras estavam preconizando uma transformação profunda de paradigma no

¹⁰ O termo essencialista, ou essencializada significa uma essência particular, ou seja, quando um objeto ou coisa é classificado, transforma-se para sempre nesse objeto ou coisa (AUAD, 1999,p.20)

¹¹ O *Manual de formação em Gênero da Oxfam* (1999), destaca Ann Oakley (*Sex, Gender and Society*) como precursora do uso do termo gênero significando as características masculinas e femininas socialmente construídas .

interior de cada disciplina. Hoje, o conceito de gênero é, respectivamente, um instrumento analítico e político, como destaca Louro (1997).

As primeiras acepções teóricas do termo gênero surgiram para explicar e, de certa forma denunciar, como as sociedades partem das diferenças biológicas entre os dois sexos para organizar as modalidades da vida social. Analisando as teorias gerais do desenvolvimento das sociedades humanas, as pesquisadoras feministas, segundo Sorj (1992, p.13), chegaram a duas premissas: a) as diferenças biológicas são utilizadas como determinantes dos papéis sociais atribuídos, pelas sociedades, à homens e mulheres; b) há uma desigualdade na distribuição do poder cabendo à mulher a posição subalterna na organização social. Esse poder que Barbieri (1993, p. 2) chamou de *poder múltiplo*, não se faz presente apenas onde há autoridade. Ele está em diferentes espaços sociais e em sentimentos como o amor, o afeto e a caridade. Isso posto, percebe-se, como coloca Bandeira (1997), a importância do movimento feminista ou de mulheres, como preferem chamar algumas autoras, para a gênese do conceito de gênero, o que vem permitindo sobremaneira, uma releitura das sociedades humanas.

Na sua análise dos estudos produzidos sobre gênero, Scott (1992) classifica as abordagens utilizadas em duas categorias distintas: 1) a primeira de caráter descritivo, que aborda o fenômeno sem interpretá-lo, explicá-lo ou atribuir-lhe uma causalidade. 2) a segunda de ordem causal, procura compreender como e por que o fenômeno assume a forma que tem.

Os estudos de gênero não estão centrados numa única visão teórica. Todavia, mesmo assim, percebemos que todos os estudos mantêm uma preocupação comum, qual seja, a de desbiologizar a noção de sexo e incorporar na discussão desse tema a dimensão social. O que possibilita, no plano prático, abrir caminho para o desenvolvimento de estratégias visando-se uma maior participação das mulheres nas decisões de ordem política e econômica (o chamado *empowerment*, na literatura anglo-saxônica)¹².

¹² O termo “empoderamento” deriva da palavra *empowerment*, que significa desenvolver estratégias para incentivar e garantir a participação feminina na tomada de decisões políticas e econômicas. Para as componentes do HERA (*Health Empowerment Rights and Accountability*) o empoderamento político e econômico das mulheres é fundamental na implementação dos acordos formalizados durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994).

O uso generalizado do conceito tem, no entanto, dado origem a certas distorções. Por exemplo, em alguns casos, usa-se gênero para falar apenas de sexo, sexualidade. A esse propósito, Barbieri (1993, p.5) cita como exemplo, os estudos macrossociais de demografia e mercado de trabalho, nos quais denomina-se gênero à desagregação por sexo, sem atribuir-lhe conteúdo. Em outros casos, encontra-se a palavra gênero como substituto da palavra mulher. Isso indica, sem dúvida, a necessidade de se quebrar as barreiras disciplinares para se promover a necessária interlocução sobre a temática e a utilização adequada do conceito. Como indica Massi (1992, p.31), o cruzamento interdisciplinar, apesar de difícil, busca a síntese, a articulação de um discurso originado das diferentes experiências vividas, uma vez que:

[...] não é possível falar de cotidiano da mulher, e sim de vários cotidianos de mulheres, uma pluralidade que contém as diferenças de classes sociais, ideologias, culturas. Dentro de determinada faixa etária e classe social, cada indivíduo, em particular, compõe a configuração necessária à tentativa de teorização sobre o que há de estreitamente comum, em suas vidas.

Como já nos referimos antes, é na década de 1980 que os estudos de gênero começam a surgir, rompendo com os estudos tradicionais sobre as mulheres, os quais apregoavam que as diferenças entre homens e mulheres seriam naturalmente estabelecidas pela biologia. Nesse período, o termo gênero, como categoria de análise, começa a se difundir, através dos Núcleos de estudos sobre as mulheres, organizados em quase todas as universidades brasileiras.

Em quase todos os países do mundo, a partir de 1980, a saúde da mulher passa também a ser vista na perspectiva do gênero. Assim, temas pouco discutidos na esfera pública, como o aborto, a mortalidade materna, a esterilização feminina, a medicalização dos ciclos feminino, a sexualidade da mulher após a menopausa, a violência doméstica, o fundamentalismo religioso, entre outros, passam a ser objetos de investigações e debates permitindo que, na década de 1990, o conceito de gênero e a teoria que o sustenta se consolide como referencial para os estudos da feminilidade, da masculinidade e das relações de poder. Há, portanto, uma propagação das teorias feministas e gênero passa, também, a fazer parte do discurso de militantes de diferentes movimentos sociais e instituições, tais como, sindicatos, partidos políticos da esquerda, pastorais da saúde, teologia da libertação, entre outros (GROSSI, 1997, p.295). Isso significa dizer que, tanto os homens como as mulheres dos mais diversos campos do saber e filiação teórica, passam “a ver no gênero uma ‘cena’ cujos personagens permitem

entender e formular os processos inerentes à subordinação, à subalternidade” (SEGATO, 1997, p.236).

As pesquisas de gênero e feministas sejam elas centradas numa visão relacional, construtivista ou construcionista, vêm contribuindo de modo inquestionável para desmistificar o saber científico sobre a mulher amparado na ideologia da dominação masculina. Na visão de Scott (1992, p.7), mesmo que o uso do termo gênero em alguns trabalhos apenas substitua o nome mulher ou refira-se vagamente a certos conceitos, isto significa que já existe um reconhecimento de gênero como campo de pesquisa. Sendo assim, escreve a autora, “o uso do termo ‘gênero’ visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho, visto que ‘gênero’ tem uma conotação mais objetiva e neutra do que o termo mulher”.

Como toda teoria que consegue penetrar em várias áreas do conhecimento em tão pouco espaço de tempo, é compreensível que várias aplicações do conceito e pressupostos que o sustentam ainda não tenham sido devidamente absorvidos. Contudo, como indica Barbieri (1998), o mais importante é a sua vitalidade, a qual permite a existência e o desenvolvimento de diferentes linhas de investigações e opções teórico-metodológicas distintas.

A elaboração das teorias feministas e de gênero fez pesquisadoras e pesquisadores retornarem a dois livros publicados em 1949: Male and Female (Macho e fêmea) da antropóloga Margaret Mead e Le Deuxième Sexe (O Segundo Sexo) da filósofa Simone de Beauvoir. Como é por demais sabido, muitas teóricas feministas não consideram fundamental a participação de Mead, visto que ela não era feminista. É importante lembrar, no entanto, que, em 1931, Mead escreveu “Sexo e Temperamento”, livro que mostra sua preocupação em verificar se os papéis sociais de homens e mulheres eram os mesmos em diferentes culturas, ou melhor, se as diferenças biológicas determinavam os papéis masculino e feminino. Apesar de não ser “feminista”, como Simone de Beauvoir, Mead deu uma importante colaboração para as teorias feministas e de gênero. Como bem ressalva Suárez (1997), Mead não só estudou a construção social e cultural das diferenças sexuais, como foi um pouco mais além, demonstrando que, tanto a sociedade primitiva por ela estudada, quanto a sociedade americana, da qual fazia parte, marcavam fortemente as diferenças biológicas entre homens e mulheres, levando a masculinidade e feminilidade para além dessas diferenças. Ressaltando a importância de Mead, Suárez (1997, p.39) diz que:

Coming of Age Samoa, não é apenas um relato sobre um povo diferente mas também uma crítica à moralidade do povo americano. Mead usou declaradamente a etnografia para passar mensagens aos

norte-americanos e produzir novas idéias no que se refere à construção de gênero e à sexualidade.

Suárez (1997), ainda destacando as contribuições da antropologia para o debate teórico em questão, sublinha a importância dos estudos de Malinowski e Bateson, dada a relação existente entre eles e os enfoques feministas atuais sobre sexualidade, construção do feminismo e do masculino.

No caso de Malinowski, que estudou a vida sexual dos selvagens, examinando-a como força sociológica e simbólica, Suárez comenta que, mesmo tendo incorporado as relações de gênero em suas observações, permitindo a inclusão do par dicotômico homem/mulher, ele não se aprofundou no sentido de permitir uma leitura sobre as relações entre as mulheres, entre os homens e outras relações sociais.

Quanto a Gregory Bateson, a autora diz que, apesar dos estudos não terem feito tanto sucesso quanto os de Malinowski, foi ele o primeiro a analisar a construção simbólica da feminilidade e da masculinidade entre o povo Iatmul de Nova Guiné. Bateson considerou a extrema diferenciação na construção simbólica e na conduta dos homens e das mulheres, como fatos inerentes à uma sociedade simples, limitando, assim, “a possibilidade de fazer da construção de gênero um tema de amplo escopo antropológico” (SUÁREZ, 1997, p. 39).

Se a antropologia há muito tempo já distingue a dimensão cultural dos sexos de sua dimensão biológica, o mesmo não tem ocorrido, como sublinha Suárez (1997, p. 41), quando se trata de encontrar o ponto comum entre a antropologia e o feminismo, visando-se construir uma antropologia feminista. Entretanto, a autora considera que “guardadas as devidas diferenças, o feminismo e a antropologia são similares, em razão de que, partindo da especificidade, são empreendimentos universalizantes e, freqüentemente essencialistas”.

A partir da década de 1970, como chama a atenção Heilborn (1992), a influência do olhar antropológico sobre as diferenças entre homem e mulher amplia-se no meio acadêmico, penetrando várias outras disciplinas, em parte graças as repercussões dos movimentos sociais de mulheres e a participação dessas em outras formas de lutas sociais.

Os estudos sobre mulheres que partem de uma perspectiva do gênero, absorveram, portanto, ao longo desse período de construção e reconstrução do olhar sobre as diferenças entre os sexos, a perspectiva antropológica de uma construção social e cultural, opondo-se, por conseguinte, ao predomínio das explicações

biologicistas e ideológicas que apregoam a superioridade do homem, entre outras explicações naturalistas das diferenças de gênero.

Passemos, em seguida, a tecer considerações sobre algumas implicações de ordem epistemológica, sobre o conceito de gênero e os pressupostos teóricos que o fundamentam.

- **O conceito de gênero e algumas de suas implicações epistemológicas**

Duas tendências teóricas básicas têm sido constatadas nos estudos que procuram explicar como as sociedades produzem e reproduzem as diferenças entre os sexos. Segundo Barbieri (1993, p.3), uma centraliza o seu enfoque nas mulheres, como *locus* principal; a outra centraliza-o na sociedade, como *locus* central da subordinação feminina. Em ambas as situações, comenta a autora, “o investimento acadêmico consiste em construir objetos de estudo a partir de recortes de realidade empiricamente observáveis, que permitam formular hipóteses plausíveis e teorias de médio alcance, com um referencial mais próximo do real”.

Para as pesquisas que se amparam na ótica marxista, e cujo enfoque centraliza-se na sociedade, a obra de Friedrich Engels, “A origem da família, da propriedade privada e do Estado” é uma referência clássica. O pressuposto aí defendido é que todas as sociedades conhecidas apresentavam, primitivamente, uma divisão natural de trabalho, tendo como base o sexo¹³ e a idade, não implicando isto em desigualdade ou opressão sexual, o que só passa a existir com o aparecimento da propriedade privada, originada da domesticação dos grandes animais, os quais pertenciam aos homens que os caçavam. Neste sentido, nas sociedades matriarcais (transmissão de bens econômicos pela linha materna) a contribuição das mulheres era visível e valorizada. Esclarece Heilborn (1992, p. 37) que, mesmo os/as marxistas, percebem esse viés econômico na análise de Engels e concordam que a descendência matrilinear não comportava poder feminino. Contudo, Stack (1979), fazendo uma (re)análise do livro de Engels, afirma que, de certo modo, ele tinha razão ao dizer que a propriedade privada e a produção de troca levaram à domesticidade e subordinação feminina. No entanto, isto não é dado suficiente para explicar a origem desta subordinação. Interpreta esta autora, que a

¹³ Segundo Lamas (1986) é comum encontrar nas etnografias, escritas por antropólogos, a relação entre sexo e divisão de trabalho. Esses trabalhos são hoje reanalisados pelas pesquisadoras do gênero, a fim de revelar os seus vieses androgênicos.

propriedade privada, em todo caso, provocou grandes mudanças no significado do trabalho feminino, passando este a ficar circunscrito à casa do proprietário de bens, que é o seu pai, marido ou filho.

Outra autora que questiona as análises de Engels é Jeni Vaitsman (1989). Sua primeira crítica é sobre o significado da expressão da *sociedade primitiva*. Conforme a autora, como sociedades primitivas estão aí agrupadas desde as comunidades de caçadores até as sociedades altamente hierarquizadas e estratificadas, o que torna essa qualificação imprecisa, uma vez que engloba sociedades com uma diferenciação de modos de produção e de relações econômicas, políticas e ideológicas.

Outro questionamento feito por Vaitsman (1998), diz respeito à relação opressão e riqueza. Lembra a autora que existem sociedades onde a organização produtiva é bastante simples e, mesmo assim, constata-se a destinação de um lugar subordinado às mulheres. Na mesma direção, ela constata, também, que, mesmo em sociedades mais igualitárias, em termos econômicos, o sexo surge como critério diferenciador de riqueza, status e poder.

Passando agora ao exemplo de estudo das relações de gênero centrado na subjetividade feminina, vamos fazer referência ao trabalho de Nancy Chodorow ((1979) que se apóia na teoria psicanalítica. Em seu trabalho sobre a maternidade, a autora argumenta que as mães comportam-se diferentemente com seus filhos e filhas, contribuindo, assim, para a reprodução de diferenças gerais e quase universais da personalidade e papéis sociais masculino e feminino. Falando sobre identidade de gênero, a autora afirma que, em virtude da pouca participação ou ausência do pai durante o processo de formação da personalidade do menino, a identidade do gênero masculino se torna uma identificação posicional, graças aos aspectos do papel do pai. A masculinidade se torna e permanece uma questão problemática para o menino, pois envolve a negação do vínculo, ou do relacionamento, e envolve também a repressão e a desvalorização da feminilidade, tanto no nível psicológico quanto cultural. Com relação ao desenvolvimento da identidade de gênero na menina, a autora considera que não existe uma identificação posicional, pois seu papel final de identificação é com sua mãe e as mulheres. Resumindo o pensamento da autora, a construção do gênero feminino e masculino, ou seja, a construção da identidade e personalidade de gênero, desenvolve-se no interior das estruturas psíquicas e do inconsciente, através do processo pelo qual os papéis representados pelo pai e pela mãe

passam a ser fontes primeira para a formação da identidade de gênero¹⁴.

Criticando Chodorow, Scott (1994) destaca que esta não faz a articulação entre a esfera familiar e outros sistemas de poder, que a autora faz uma associação persistente entre a masculinidade e poder, além de não explicar como as crianças que vivem fora dos lares nucleares e as que vivem em lares onde há divisão de tarefas parentais, constroem suas identidades de gênero.

Scott (1992, 1994) é uma das pesquisadoras de gênero mais citadas no Brasil. Sua importância deve-se ao fato de alinhar-se, como diz Soihet (1998), entre as pioneiras que perceberam a necessidade de se ultrapassar os usos descritivos de gênero, para construir uma epistemologia mais radical. Assim, ela busca no pós-estruturalismo, particularmente em algumas abordagens associadas a Michel Foucault e Jacques Derrida, as ferramentas para a sua elaboração teórica e, como método de análise, elegeu a desconstrução, tal como teorizada por Jacques Derrida. Para Scott (1992, 1994, 1999), gênero é uma relação socialmente construída a partir das diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primeira de designar as relações de poder entre homens e mulheres. O seu conceito de gênero parte de dois pressupostos básicos e analiticamente distintos:

1º) – Gênero como elemento constitutivo das relações determinadas pelas diferenças de sexo, ou seja, como representação simbólica. Para melhor explicar sua posição, a autora considera a existência de quatro elementos, ou campos de construção de gênero, os quais podem não operar, necessariamente, de modo simultâneo ou dependente. São eles:

a) Símbolos culturalmente disponíveis que evocam várias e até contraditórias representações da feminilidade e da masculinidade. Esses símbolos estão em contato com o ser humano até mesmo antes do seu nascimento, e posto para que as crianças construam suas representações sociais do masculino e do feminino. O evento da ultra-sonografia, permitindo que se saiba o

¹⁴ Embora as identidades de gênero e de sexo estejam intimamente relacionadas, elas não possuem o mesmo significado. Observa Louro (1997) que a identidade sexual é a forma como cada pessoa exerce sua sexualidade e a identidade de gênero é a forma pela qual as pessoas se identificam social e historicamente como homens ou mulheres. Por ser uma construção, não existe o momento exato “que passa ser tomado como aquele em que a identidade sexual e/ou de gênero seja ‘assentada’ ou estabelecida” (p.27).

sexo da criança, serve também como elemento de cristalização, por exemplo, da cor rosa para a menina e azul para o menino. Outro símbolo estruturante é “a mulher como serva do senhor (Maria) e como prostituta (Eva)”. Estes símbolos podem estar presentes numa mesma mulher.

- b) O segundo campo de construção é organizado pelos conceitos dominantes sobre feminino e masculino que não admitem a temporalidade dos fatores sociais, passando a reproduzir imagens estereotipadas sobre mulheres e homens. São normas que podem ser explicitadas através das leis, por exemplo, o poder pátrio, assim como as normas implícitas repassadas através da educação, da religião, da tradição e dos costumes.
- c) Como representantes do terceiro campo de construção estão as instituições, principais organizadoras das relações de gênero, como a igreja, a escola, a justiça, entre outras, que favorecem a permanência da representação binária dos gêneros.
- d) O campo da subjetividade, o qual nos permite fazer a diferença entre nós e os outros. É o campo da construção da identidade de gênero. Podemos deduzir, então, que os três primeiros campos produzem as pessoas, ou como indica Louro (1997), que as práticas sociais e as instituições são constituídas e constituintes dos gêneros.

2º) – Gênero como constitutivo de poder. Explica Scott (1992, p.16) que, mesmo não sendo o único espaço onde se dão as relações de poder, o gênero é um “campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado [...] o conceito de gênero estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”.

Um outro autor que, ao nosso ver, é útil para enriquecer algumas elaborações feitas por Scott é Cécil Helman (1995, p. 48). Este vê o

conceito de gênero como uma complexa combinação de vários elementos, organizados em quatro níveis:

- a) *Gênero genético*: formado pela combinação dos cromossomos X e Y.
- b) *Gênero somático*: aparência física e características sexuais secundárias.
- c) *Gênero psicológico*: autopercepção e comportamento próprio da pessoa.
- d) *Gênero social*: baseado em categorias culturais mais amplas do masculino e do feminino. Nesse sentido, é a sociedade que define a pessoa e diz como ela deve ser.

Como se pode ver, Helman tenta abranger as diferentes dimensões que compõem a construção dos gêneros. Longe de uma visão biologicista, o autor ressalta, no entanto, que o aspecto genético pode provocar “anomalias” e “ambigüidades” na construção do gênero masculino e feminino. Da mesma forma, os aspectos psicossociais e culturais também estão sujeitos à alterações, de acordo com as transformações e dinâmicas especificadas das sociedades.

Os diferentes enfoques da questão de gênero, indicam, na atualidade, como diz Barbieri (1993, 1998), que se começou a despertar uma “consciência de gênero”. Não importa, até certo ponto, o rumo tomado pelas diferentes abordagens. O que é mais importante destacar, nessa discussão, é o progressivo avanço das reflexões teóricas que tomam o gênero como uma construção humana, social e não mais como algo naturalizado, a-histórico, existindo sempre da mesma forma e em qualquer tempo e lugar.

- **Gênero e representações sociais**

Este longo passeio sobre gênero enquanto construção histórica e campo de estudo justifica-se, para nós, devido à necessidade de trazermos esse debate para as pesquisas em representações sociais desenvolvidas particularmente no Brasil. A teoria das representações sociais, como sublinha Moscovici (1995, p.13), para que possa perdurar necessita ser suficientemente elástica e complexa: “estas

qualidades lhe permitem modificar-se em função da diversidade dos problemas que ela deve resolver e dos fenômenos novos que ela deve descrever ou explicar”.

Introduzir a discussão sobre gênero e a dimensão do poder que perpassa essas relações justifica-se, por um lado, como diz Scott (1992, p. 17), por ser o gênero um “campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado”, estruturando a percepção e a “organização concreta e simbólica de toda a vida social”. Por outro lado, como Bourdieu (1998, p. 52), autor que aprofunda o estudo da dominação masculina, “o poder simbólico não pode se exercer sem a colaboração dos que lhe são subordinados e que só se subordinam a ele porque o *constroem* como poder”. O autor acrescenta, assim, ao estudo das relações de poder na sociedade, a tese de que não se pode compreender a gênese das mesmas sem levar em conta “a construção social das estruturas cognitivas que organizam os atos de construção do mundo e de seus poderes”. Continua o autor,

Assim se percebe que essa construção prática, longe de ser um ato intelectual consciente, livre, deliberado de um ‘sujeito’ isolado, é, ela própria, resultante de um poder, inscrito duradouramente no corpo dos dominados sob forma de esquemas de percepção e de disposição (a admirar, respeitar, amar, etc.) que o tornam *sensível* a certas manifestações do poder.[...] Se a verdade é que, embora pareça apoiar-se na força bruta, das armas ou do dinheiro, o reconhecimento da dominação supõe sempre um ato de reconhecimento [...]

A dominação, portanto, não pode ser entendida e traduzida como linguagem da consciência ou

[...] por um ‘viés’ intelectualista e escolástico que, como em Marx (e sobretudo nos que, depois de Lukács, falam em ‘falsa consciência’), leva a esperar a liberação das mulheres como efeito automático de sua ‘tomada de consciência’, ignorando, por falta de uma teoria tendencial das práticas, a opacidade e a inércia que resultam da inscrição das estruturas sociais no corpo (BOURDIEU, 1998, p. 52).

Destas citações queremos reter, especificamente, o aspecto que consideramos mais importante em Bourdieu para a compreensão das representações sociais do climatério: a dimensão psicossocial da construção da dominação. Como bem ressalta Domingos Sobrinho (1994; 1997; 1998 2002), autor que procura identificar as fronteiras epistemológicas entre Moscovici e Bourdieu, não se deve abstrair as

relações de força simbólica nas quais são construídas as representações sociais. Ao construir as suas representações do climatério, no caso deste estudo, as mulheres o fazem de um lugar subordinado nas relações entre os gêneros e na cultura; fazem-no, pois, exteriorizando uma subordinação inscrita duradouramente nos corpos, como afirma Bourdieu (1989), sob forma de esquemas de percepção e de disposição. É o que procuraremos demonstrar ao longo deste trabalho.



CAPÍTULO II

OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA



O Julgamento de Páris. Esta é mais uma versão da mitologia grega pintada por Rubens. Páris (que não aparece no quadro) dá a Afrodite o pomo de ouro da discórdia, elegendo-a como a mais bela de todas as deusas. Alegoricamente a figura representa a escolha mais difícil em um trabalho científico: a metodologia

Iniciamos este capítulo, que visa a expor as questões metodológicas norteadoras deste trabalho, fazendo referência a algumas considerações de Serge Moscovici a respeito das pesquisas orientadas pela teoria das representações sociais.

No prefácio ao livro de Guareschi e Jovchelovitch (1995, p 14), diz Moscovici:

Já escrevi repetidas vezes: sou fundamentalmente contra a tendência a fetichizar um método específico. Fazer do modelo experimental, ou dos métodos não experimentais, uma garantia de via régia para se chegar ao

conhecimento, é tão pernicioso como qualquer outro fetichismo. A menos que isso seja somente poeira atirada aos olhos.

O autor afirma, ainda, que a teoria das representações sociais continuará criativa por muito tempo, desde que aproveite as oportunidades que cada método disponível possa oferecer. E continua:

Se minha preferência se relaciona com os métodos de observação e de análise qualitativa [...] isso é problema de escolha pessoal e não problema epistemológico. Em suma, eu sou um metodólogo politeísta, e não monoteísta.

Isto posto estamos indicando, desde já, a nossa adesão a uma visão de ciência que não se pauta por nenhuma ortodoxia ou defesa positivista do método. A opção pela teoria das representações sociais indica, pois, que estamos diante do desafio de captar o problema em sua complexidade, o que exige, por sua vez, a combinação de métodos e técnicas de pesquisa visando alcançar esse objetivo.

Seguindo as orientações de Moscovici, lançamos mão, por um lado, de dados quantitativos que nos permitiram fazer uma breve caracterização dos sujeitos, constatar a incidência de certas variáveis sócio-demográficas e até mesmo para melhor conhecer a estrutura e a organização do conteúdo das representações objeto deste estudo. Por outro lado, utilizamo-nos de dados qualitativos oriundos das entrevistas, das questões abertas do questionário, da observação direta ou da construção de eixos semânticos, a partir da análise do teste de associação livre de palavras. Dessa forma, procuramos ir além da falsa oposição entre quantidade x qualidade. Como dizem Santos Filho e Gamboa (1997, p. 53)

No presente estágio da discussão do dilema abordagem quantitativa *versus* abordagem qualitativa, em pesquisa nas ciências humanas e da educação, entendemos que é epistemologicamente mais defensável a tese da unidade dos paradigmas.

2.1 – Das particularidades da pesquisa em representações sociais

As pesquisas em representações sociais apresentam uma variedade de abordagem metodológicas que para Alves-Mazzotti (1994, p. 70) deve-se a dois fatores: primeiro porque são pesquisas realizadas em diversas áreas do conhecimento científico; segundo, pelo fato de não existir uma metodologia “canônica”, conforme já constatamos na referência feita a Moscovici. Sendo assim, ela aconselha que se faça uma opção metodológica que visa a dar conta da representação tanto como um produto, elegendo-se, portanto, a apreensão do seu conteúdo e sentido através da identificação dos seus elementos constitutivos (valores, crenças, imagens, informações), quanto da representação como processo, procurando-se aí identificar a “relação entre a estrutura da representação e suas implicações sociais de produção, bem como as práticas sociais que a induzem e justificam”. No primeiro caso, é recomendada a utilização, entre outros instrumentos, do questionário, da entrevista, da análise de documentos. A representação surge, assim, como campo estruturado. No segundo caso, é fundamental a apreensão dos aspectos ideológicos, culturais e interacionais, capazes de explicar a emergência de um dado núcleo figurativo, inscrevendo-se, desse modo, a representação, numa rede complexa de significações. A autora critica as pesquisas que se limitam a descrever o campo da representação sem procurar identificar a organização e hierarquização dos elementos que a compõem, condição indispensável, segundo Abric (1994,1998) para se entender a relação entre os elementos mais socializados (ou compartilhados) de uma representação e aqueles que representam as acentuações particulares dos sujeitos que a produzem.

Neste estudo, procuramos conhecer o conteúdo (imagens, informações, atitudes, opiniões) da representação em foco, mas também, entender como o mesmo se organiza e estrutura. Para tanto, como já ressaltamos no Capítulo I, servimo-nos não só da chamada grande teoria (de Serge Moscovici), mas, ao mesmo tempo, da teoria complementar do Núcleo Central, elaborada por Jean-Claude Abric. Trabalhar com este quadro teórico exige, portanto, que métodos e técnicas diferenciadas, mas não opostas, se complementem permitindo melhor acesso aos elementos constitutivo da representação em foco.

2.2 – O universo da pesquisa

No tocante à constituição dos grupos de mulheres usuárias, de acordo com a faixa etária exigida para o estudo do objeto em questão, ou seja, mulheres entre 40 e 64 anos, encontramos, de início, uma certa dificuldade, posto que, para o IBGE, em algumas de suas classificações, os grupos etários são apresentados em intervalos de 5 anos, em outros, de 10 anos. Procuramos, então, apoio entre outras pesquisas que poderiam nos servir como fonte de dados, como a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS-1996, BENFAM, 1997) e o estudo sobre as Características sócio-demográficas do idoso Norte-Riograndense (FORMIGA, RAMOS e CUNHA, 1996), entretanto, o problema persistiu, posto que a primeira contempla as mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos e, a segunda, as pessoas maiores de 60 anos de idade.

De acordo com os dados do IBGE, em 1996, havia em Natal um total de 124.005 pessoas com idade entre 40 e 64 anos, sendo 69.216 mulheres (55,8 %) e 54.789 homens (44,2%), representando em torno de 25% população geral. Distribuindo-se essa população segundo os Distritos Sanitários temos: no Distrito Norte, 21% de homens e 21,4% de mulheres, no Distrito Sul, essa relação é de, respectivamente, 28,6% e 28,9%; no Distrito Leste, 25,3% e 26,9%; no distrito Oeste, 24,1 e 25% (IBGE, 1986). Esses percentuais justificariam, ao nosso ver, dada a sua relevância, não só a existência de programas, em todos os Distritos Sanitários, para a população de homens e mulheres que estão atravessando o climatério, mas também um plano de ação com base, principalmente, nos princípios da valorização da vida com qualidade.

Com relação às instituições investigadas, todas estão centradas no Distrito Leste. Isto significa dizer que mais de 75% das mulheres que estão no climatério e residem nos demais Distritos são obrigadas a se deslocar do seu bairro para poder obter algum tipo de assistência à saúde, particularmente àquela voltada para o climatério.

O que vem a ser o universo de uma pesquisa desta natureza? Resume-se ele apenas às pessoas que foram inquiridas? Ao nosso ver, o universo é bem mais amplo, pois, se no total foram investigadas 110 mulheres, por trás de cada uma delas havia muitas outras que se faziam presentes através de cada resposta emitida, de cada imagem formada. E as mulheres que participaram como “figurantes”? Que ao tomar conhecimento da nossa pesquisa vinham contar suas histórias, relatar suas vivências, tirar dúvidas,

pedir opiniões. Seriam elas menos importantes? Nosso universo foi composto por três grupos de mulheres: 10 mulheres profissionais que trabalhavam nos serviços de atendimento à saúde da mulher no climatério; 70 mulheres usuárias desses mesmos serviços; 18 mulheres que classificamos como OUTRAS. As mulheres assim classificadas, na quase totalidade (14), estavam acompanhando as usuárias durante as suas idas aos serviços ou encontravam-se freqüentando as instituições por razões outras (4). Nos dois casos, elas não eram usuárias dos serviços, mas estavam vivendo a sua fase do climatério. Essas mulheres serviram como uma espécie de grupo de contraste, ou seja, foram escolhidas para que pudéssemos confrontar o discurso das usuárias com o discurso de mulheres não usuárias, mas vivendo o mesmo período do climatério¹⁵. Fizeram também parte do nosso universo 12 usuárias integrantes de um grupo focal de discussão que conseguimos constituir junto a BEMFAM, posto que esta é uma das estratégias metodológicas desenvolvidas por esta instituição para lidar com as mulheres no climatério. Devido à colaboração da direção da BEMFAM, pudemos adaptar o grupo focal aos nossos interesses de pesquisa sem ter de nos submeter a nenhuma restrição ou empecilho.

Por último, não pode ser desconsiderado o número de mulheres anônimas que encontramos nos corredores, nas salas das profissionais ou nos demais espaços das instituições e com as quais entabulamos várias conversas sobre o nosso objeto. Elas se chamavam Joanas, Marias, Zefas, Severinas, todas, enfim,

¹⁵ Na primeira parte do capítulo V, ao fazermos a caracterização geral dos sujeitos da pesquisa, apresentamos, também, um conjunto de dados que nos permitem ter uma idéia do perfil das mulheres que compõem esse grupo.

personagens que nos ajudaram a melhor entender a complexa teia de significados que constituem uma representação social e as práticas que as mesmas orientam.

2.3 – Dos métodos e técnicas da investigação

2.3.1 – A observação

Saber “espiar e escutar” são duas habilidades consideradas por Mann (1975, p. 89) como essenciais ao investigador. O processo de observação é, no entanto, para o autor citado, seletiva, pois é impossível descrever, em sua totalidade, todas as ações que ocorrem no momento da observação. Seleccionamos, pois, os aspectos relevantes ao nosso interesse de investigador, mesmo correndo o risco de deixar escapar fatores importantes, cuja relevância não percebemos.

Qualquer que seja o tipo de observação ela não é isenta, pois há sempre o envolvimento, a participação do pesquisador. Quando o observador mantém-se o mais distante possível do grupo investigado, a participação é mínima e, conseqüentemente, o controle também. É o que Mann chama de *observação de pássaro*. O esquema a seguir mostra a posição de Mann, sobre o nível de participação e de controle.

	<i>Mínimo</i>	Participação	<i>Máximo</i>	
controle	Observação de Pássaro		Observação Participante	controle
	Observação no Laboratório		Entrevista	
	<i>Máximo</i>	Participação	<i>Mínimo</i>	

De acordo com o esquema supracitado, utilizamos os dois tipos de participação e de controle mínimo: a observação de pássaro e a entrevista. Para Mann (1975), o termo controle significa o grau da observação padronizado ao interesse da exatidão científica. O nosso foco de observação pássaro, centrou-se sobre os elementos que poderiam indicar a ação educativa das profissionais da saúde e sobre o comportamento das mulheres durante a espera da consulta, nos corredores e demais espaços físicos das instituições pesquisadas. Observamos, pois, os diferentes tipos de ação de caráter pedagógico, o que incluiu desde a afixação de cartazes nas paredes e quadro de avisos, à distribuição de folders e panfletos até à realização de palestras e reuniões de grupos.

Quanto à observação por meio da entrevista, pudemos acompanhar e até participar de muitos diálogos entre as mulheres usuárias, entre estas e as profissionais, sempre procurando atermo-nos aos assuntos relacionados com a menopausa e o climatério – além de realizar as entrevistas que nos forneceram o *corpus* submetido a análise de conteúdo. Todas as manifestações discursivas não gravadas em fita cassete e consideradas relevantes para a pesquisa foram registradas no diário de campo.

2.3.2 – O questionário

O modelo de questionário utilizado por nós foi elaborado de modo a permitir a coleta de informações para serem submetidas tanto à análise estatística simples e à análise de conteúdo, para as questões discursivas, quanto à análise da estrutura da representação, segundo as proposições de Jean-Claude Abric. Sendo assim, o mesmo foi estruturado de forma a coletar: a) dados sócio-econômicos e biográficos; b) antecedentes menstruais, obstétricos e ginecológicos, c) evocações livres sobre as palavras indutoras “menopausa” e “climatério”; d) acesso à informação sobre o climatério/menopausa; e) percepções sobre o estilo de vida, as rotinas ligadas à saúde e à qualidade dos serviços.

Um pouco diferentemente do modelo usual de questionário, este contempla as orientações de Abric (1994) quanto ao teste de evocação livre de palavras, a qual consiste em pedir aos sujeitos que associem palavras ou expressões a uma palavra ou expressão indutora (ou seja, a um estímulo verbal). No nosso caso, as mulheres tiveram que reagir às seguintes perguntas: “a palavra climatério lembra o quê?” e “a palavra menopausa lembra o quê?” Vale ressaltar que as mulheres foram previamente esclarecidas sobre o teste, por exemplo, pedindo-lhes associações para estímulos verbais totalmente desvinculados do objeto representacional em questão (como por exemplo, “a palavra água lembra o quê?”; “a palavra criança lembra...”, entre outras). Segundo Abric (1994, p. 67):

O caráter espontâneo – portanto menos controlado – e a dimensão projetiva dessa produção deveriam, portanto, permitir o acesso, muito mais fácil e rapidamente do que em uma entrevista, aos

elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudo. A associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

Vale salientar, no entanto, que mantivemos o teste de evocações apenas no seu primeiro momento¹⁶, pois não nos foi possível proceder à hierarquização das evocações com as usuárias, basicamente porque elas, de um modo geral, associavam à evocação apenas uma outra palavra ou utilizavam-se de uma única expressão, como por exemplo: menopausa lembra... “o fim da menstruação/velhice/fim da juventude, etc.” e climatério lembra... “clima/sei lá/menopausa, etc.”. Em todo caso, como iremos constatar, a evocação livre tornou-se fundamental para a compreensão da estrutura da representação objeto deste estudo.

2.3.3 - As entrevistas

A entrevista é uma forma de interação, essencialmente humana, elaborada a partir de diferentes níveis de sistematização, ou seja, desde o mais “descontraído papo” até o roteiro cuidadosamente elaborado (MANN, 1975, p.99). Roazzi (1995, p.2) recomenda, no caso da pesquisa qualitativa, uma entrevista menos estruturada, pois, apesar de ter como desvantagem a dificuldade na operacionalização dos dados, tem como vantagem a liberdade de expressão da pessoa entrevistada e menor interferência do entrevistador. Do ponto de vista da pesquisa em representações sociais Abric (1994, p. 61) considera a entrevista em profundidade um método interrogativo indispensável.

¹⁶ Uma das técnicas que desenvolve Abric e outros seguidores seus é a de pedir aos sujeitos que façam evocações livres, num primeiro momento, para, num segundo e terceiro momentos pedir que os mesmos comparem as evocações assim produzidas e as hierarquizem.

Considerando, pois, este método como fundamental na identificação do conteúdo representacional, as entrevistas realizadas junto as usuárias, obedeceram à preocupação, como já referimos anteriormente, de não só realizar perguntas de caráter mais concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas destas mulheres, mas também de interrogá-las sobre aspectos mais abstratos, julgamentos, idéias, como sugere Jodelet (1989). Como destaca Sá (1998, p. 90), as perguntas são formuladas precisamente para ir além da espontaneidade e atingir aquilo que por várias razões não é dito.

Por exemplo, algo pode não ser revelado de forma espontânea simplesmente porque se trata de um conhecimento óbvio para a população estudada; mas não para o pesquisador, que deve, portanto, perguntar para chegar a descobri-lo. A estratégia empregada por Jodelet assegura a consistência teórica do método, pois com frequência o não dito [...] constitui um conteúdo principal da representação.

A realização das entrevistas não foi, no entanto, uma tarefa fácil. Tivemos dificuldades de ordem física, tais como, ambientes, nas instituições, por vezes pouco adequados para a sua realização (devido ao barulho, ao calor); de disponibilidade das usuárias, por vezes, um pouco tensionadas pelo tempo, pela espera do médico, pela preocupação com os afazeres domésticos. Algumas vezes, enfrentamos, também, uma certa resistência, por parte das profissionais da saúde, para falar diante do gravador. Para que se possa compreender a dificuldade da coleta de dados junto às profissionais basta citar que levamos 18 meses para entrevistá-las. Com relação à resistência ao gravador é possível existir aí o “medo de se comprometer” devido à posição ocupada pelas mesmas junto às instituições - além de um certo grau de timidez.

Ressaltamos, no entanto, que as usuárias, mesmo que quando solicitadas a responder ao questionário ou à entrevista demonstrassem alguma resistência (perguntavam, por vezes, “demora muito?” e justificavam que precisavam voltar para casa para “cuidar do almoço ou da janta”), quando o processo de conversação se instalava, elas passavam a demonstrar muita espontaneidade e receptividade ao nosso trabalho – até mesmo, acreditamos, pela novidade do assunto. Apenas três mulheres não aceitaram ser ouvidas, alegando não fazer parte do universo considerado, ou seja, que não estavam na fase do climatério. Quanto ao uso do gravador, ao contrário das profissionais de saúde, o mesmo foi sempre bem aceito pelas usuárias entrevistadas.

2.3.4 - O Grupo Focal de discussão

Esta técnica, oriunda do marketing e da publicidade, vem sendo bastante utilizada por pesquisadores e pesquisadoras que trabalham na perspectiva de gênero e também pelas pesquisas em representações sociais. Certas controvérsias terminológicas, contudo, têm levado a que esses grupos sejam mais qualificados, por alguns autores, como “de discussão” do que como “grupos focais”. Hudelson (1994, p. 21), entretanto, não vê diferenciação entre essas denominações e sublinha que os grupos focais apenas precisam ser diferenciados dos grupos “informais de conversação”, pois, ao contrário destes, são orientados por critérios bem definidos tanto para a escolha dos participantes quanto para a escolha dos temas e subtemas a serem discutidos, de modo a obedecer a uma seqüência lógica e natural e às necessidades de observação do investigador.

A inclusão, nesta pesquisa, do grupo focal como estratégia metodológica amparou-se no fato da mesma servir à apreensão de certos conteúdos representacionais, posto que as representações sociais, como diz Spink (1996, p.38), são mais adequadamente trabalhadas ao nível da consciência compartilhada numa dada formação social. A dinâmica do grupo focal, dado o clima de confiança progressivo que se estabelece entre os participantes, vai permitindo que todos se influenciem mutuamente, troquem experiências, opiniões, confrontem idéias, manifestem atitudes, enunciem conceitos, enfim, compartilhem os saberes construídos sobre os objetos da cultura onde todos estão inseridos. De acordo com Sá (1998, p.93), em que pese uma certa artificialidade na condução desses grupos, eles fazem sempre emergir todo um conjunto de produções verbais e mentais comuns às conversações cotidianas, bastante úteis para o estudo das representações sociais.

No nosso caso, trabalhamos com um grupo de 12 mulheres escolhidas a partir de critérios, tais como, estar no climatério, ser usuária dos serviços, habitar nos bairros incluídos nos Distritos Sanitários da cidade do Natal. Os temas trabalhados foram o climatério e a sexualidade da mulher nessa fase. A análise temática de conteúdo foi o método utilizado para lidar com todo o *corpus* assim produzido. O critério da saturação, após algumas sessões, foi o meio através do qual pudemos verificar se havíamos alcançado os nossos objetivos.

2.3.5 - Documentos de comunicação social como fonte de informação

A comunicação social, de acordo com Serge Moscovici, desempenha um papel fundamental na construção das representações sociais. De um lado, porque, segundo Jodelet (1989), é um objeto próprio da psicologia social que contribui sobremaneira para a abordagem dos fenômenos cognitivos. Por outro lado, a comunicação possui um papel fundamental nas trocas e interações que contribuem à formação dos universos consensuais, onde se formam as representações. Dessa forma, tanto no seu aspecto interindividual, institucional quanto midiático, a comunicação social aparece como condição de possibilidade e determinação das representações e do pensamento social.

Do ponto de vista do nível de informação e da influência da comunicação social sobre o processo de construção das representações, podemos aqui mencionar três fontes de informação e comunicação que são fundamentais para os nossos grupos de mulheres: o ambiente social (família e amigos), os serviços de saúde e a imprensa (escrita e falada). Esta última exerce uma influência muito forte, particularmente, no meio urbano. Daí, a importância de termos consultados as mulheres quanto ao acesso a esse tipo de comunicação social.

Gil (1995, p. 163) considera como documentos de comunicação social os jornais, as revistas, as fitas de cinema, os programas de rádio e de televisão. Acrescentamos a estes os jornais e folders distribuídos pelos laboratórios farmacêuticos e serviços de saúde. O autor chama a atenção para o fato de que esses documentos são elaborados sem pretensão científica. Na maioria das vezes, os (as) jornalistas são pressionados (as) para preparar uma matéria em

pouco espaço de tempo ou até mesmo a selecionar apenas as informações mais sensacionalistas. A coleta desse tipo de material não seguiu nenhum padrão pré-estabelecido, sendo em sua maioria fornecido pelas próprias mulheres, ou por pessoas que tomaram conhecimento da pesquisa.

Todos os documentos foram analisados com base na análise de conteúdo a partir da construção de categorias temáticas. Elegemos esta técnica, uma vez que se trata de “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (BERELSON, apud GIL, 1995, p. 163).

Com relação à definição anterior fazemos ressalva ao termo *quantitativo*, visto que nosso propósito é mais qualitativo e comparativo entre o conteúdo manifesto da comunicação e o das entrevistas. Também queremos deixar claro que, por não ser a essência de nosso trabalho o conteúdo em questão, mas a sua contribuição na elaboração de representações sociais e identidade de gênero, não utilizamos nenhum método específico, já testado, como indica Bardim (1977); Gil (1995).



CAPÍTULO III

OS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO NA CIDADE DO NATAL



O repto das filhas de Leucípo. Rubens iniciou a pintura desde quadro em 1616. Nenhum outro quadro deste pintor, de origem flamenga e expoente na arte barroca, é mais significativo do que este para representar os serviços de saúde: violência, falta de autonomia, entre outros.

Em todo o mundo vem ocorrendo, ao longo das últimas décadas, mudanças significativas no perfil epidemiológico, sócio-econômico e demográfico das populações. Isto tem levado governos e órgãos internacionais a elaborar programas específicos, no sentido de reduzir a mortalidade e a incidência das doenças e melhorar as condições gerais de saúde das populações. Esses Programas passariam despercebidos, no entanto, se não fossem os movimentos sociais, principalmente o movimento feminista, que tomou corpo a partir das últimas décadas de século XX e ganhou espaço e legitimidade no cenário político nacional e internacional. Acreditamos que essa mudança foi, ou está sendo possível, pelo fato de trazer no seu bojo o cotidiano como espaço permeado por contradições, conflitos, violências e, também, os meios de inovação e transformação. Mulheres que, independentemente de como se vêem no espelho, percebem e comungam o mesmo objetivo: a transformação das estruturas e a busca da equidade de gênero.

Pelo fato de gestar, parir e amamentar serem atribuições específicas das mulheres, os programas de assistência à saúde da mulher, todavia sempre estiveram voltados para estas funções e não para a mulher como um ser total. Atualmente, mesmo que os programas de assistência à saúde da mulher ainda estejam centrados no modelo biológico-médico-curativo, já se começa a desenvolver programas de saúde reprodutiva e sexual envolvendo homens e mulheres. Para que se possa entender essa mudança é fundamental que nos situemos historicamente a fim de melhor podermos analisar a assistência ao climatério nos Programas por nós investigados

3.1 – A assistência à saúde da mulher e as Conferências Mundiais sobre populações

No período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, houve um aumento considerado na taxa de natalidade, conhecido pelos demógrafos, como *Baby Boom* (OLIVEIRA, 1999, p.70). O aumento da taxa de crescimento populacional, principalmente nos países mais pobres, estimulou a realização da Primeira Conferência Mundial sobre População, na cidade de Roma, em 1954, que teve um caráter eminentemente científico. Segundo Berquó (1998, p. 23), travou-se aí um forte debate sobre o papel da população no desenvolvimento e as conseqüências do aumento populacional sobre o mesmo. A autora comenta que, nas conferências seguintes (Belgrado, 1965; Bucareste, 1974, México, 1984) esse debate tornou-se ainda mais acirrado, principalmente a partir da Conferencia de Bucareste, quando o terceiro mundo passou a ter presença marcante na defesa de uma posição anticontrolista, reação às visões dos países ricos.

A segunda Conferência Mundial sobre População, em Belgrado, no ano de 1965, marcou a preocupação com o planejamento familiar. Nessa reunião, menções foram feitas a respeito de métodos como o DIU, a pílula, a esterilização masculina e o aborto, uma vez que havia uma preocupação em se perder os ganhos com o controle das doenças relacionadas à pobreza e à alta taxa de fecundidade. Três anos depois, quando a Comissão das Nações Unidas sobre o Status da mulher foi estabelecida, a relação entre população, planejamento familiar e status da mulher tornou-se mais explícita. As agências especializadas como a OMS, UNESCO, entre outras, foram, então, alertadas para a necessidade de se fazer um estudo sobre as reais condições de vida das mulheres,

considerando-se, principalmente, o tamanho da família, o bem-estar da mãe e da criança e a proteção dos direitos humanos. (BERQUÖ, 1998).

Foi na Conferencia Mundial de Bucarest, em 1974, que os resultados das pesquisas da Comissão das Nações Unidas causaram mais impacto, contribuindo para que se determinasse que as mulheres têm direitos a um desenvolvimento integral e, portanto, acesso à educação, à participação na vida social, econômica, cultural e política. A divisão das responsabilidades familiares também foram colocadas como essenciais, assim como a responsabilidade paterna no planejamento familiar. A este respeito refere-se Berquó (1998, p. 25):

[...] ...firma-se uma posição de que todos os casais e indivíduos têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente o número e espaçamento de filhos e de ter informação, educação e meio para tanto; a responsabilidade de casais e indivíduos no exercício desse direito deve levar em conta as necessidades de seus atuais e futuros filhos e suas responsabilidades com a comunidade.

Uma maior repercussão das orientações de Conferência de Bucarest vai se concretizar no decênio eleito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para ser a década da mulher (1975-1985), principalmente, a partir de 1979 quando a Assembléia Geral das Nações Unidas definiu-se pelo combate a todas as formas de discriminação contra a mulher, defendendo a igualdade entre homens e mulheres com relação aos direitos econômicos, sociais e culturais (BERQUÓ, 1998).

Na Conferência do México, em 1984, o problema do controle da natalidade tornou-se ainda mais explícito do que nas reuniões anteriores. A posição do Fundo de Populações das Nações Unidas (FNUAP) estava centrada na urgência da estabilidade populacional posto que esta tornaria menos difícil a melhoria das condições de vida dos países mais pobres ou em desenvolvimento. Nesta ótica, o planejamento familiar passou a ser visto como uma panacéia. A mulher sendo utilizada como instrumento para assegurar o controle populacional e reforçando-se que a melhoria do seu *status* só seria possível com o planejamento familiar (BERQUÓ, 1998).

A década de 1980 foi marcada pela forte presença do movimento de mulheres. O movimento feminista reiniciado nos anos 60 com o slogan “nosso corpo nos pertence” chegou à década de 80 menos radical, mais organizado e com a convicção de que nada mudaria substancialmente se não se desenvolvesse uma consciência “de gênero” e a equidade de gênero.

Os estudos sobre as condições das mulheres em todo o mundo mostravam as desigualdades sociais, os abusos em todos os sentidos. Esses estudos contribuíram para a união das mulheres independentemente de suas condições sócio-culturais, geográficas, cor e credo. Dessa união, foi possível na Conferência do Cairo de 1994, superar-se as visões restritivas anteriores. Esta Conferência reafirmou a necessidade da aplicação da Carta dos Direitos Humanos às mulheres. Comenta Berquó (1998, p.26) que foram as mulheres que “reorientaram o eixo da questão populacional, colocando a questão da fecundidade no plano dos direitos

individuais”. Deste modo, o planejamento familiar, perdeu sua importância para a defesa dos direitos reprodutivos, o qual foi consagrado, na Conferência do Cairo.

O conceito de saúde defendido pela OMS na Reunião de Alma-Ata¹⁷ foi reafirmado no conceito de saúde reprodutiva preconizado pela Conferência do Cairo. Baseado nos princípios de abrangência e integralidade, ele engloba homens e mulheres, do nascimento à morte e, não apenas, no período reprodutivo. Um dos resultados mais positivos na reestruturação das Conferências Mundiais sobre Populações foi a introdução de gênero como categoria de análise. Deste modo, as mulheres passaram a ser consideradas não apenas como reprodutoras, mas como trabalhadoras inseridas no mercado de trabalho, no contexto social e submetidas, portanto, aos mesmos riscos e doenças que afetam os homens.

O Brasil, como país signatário da OMS, teve suas políticas públicas de saúde adaptadas às recomendações das Conferências Mundiais sobre Populações e das Assembléias Mundiais de Saúde que, na essência, enfatizavam a importância da educação para a saúde como forma de prevenir e evitar as doenças e tornar assim a pessoa apta para o processo de produção. Até meados de 1970, as políticas oficiais voltadas para a saúde da mulher visavam atendê-la no ciclo grávido puerperal, no sentido de proteger a criança. Somente a partir de 1975 foi que se começou a traçar políticas para atender às necessidades de saúde das mulheres, levando-se em conta os seus interesses mais específicos, principalmente os relacionados com o controle da natalidade e a prevenção de câncer ginecológico. Todavia, é preciso ressaltar que isso não ocorreu graças à iniciativa do Estado, mas à mobilização e organização das mulheres, como também aos movimentos de redemocratização do país e os movimentos sanitários que eclodiram no final da década de 1970¹⁸.

¹⁷ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como a Reunião ou Conferência de Alma-Ata, aconteceu em Alma-Ata, antiga capital da ex-República Socialista Soviética do Cazaquistão, no período de 6 a 12 de setembro de 1978 e foi precedida por uma série de reuniões regionais, nacionais e internacionais, em diferentes partes do mundo. Nessa Conferência ficou estabelecido que “... *uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva*”. Isto significava dizer que a meta era Saúde para todos no ano 2000, conseguida através dos cuidados primários de saúde.

¹⁸ Os movimentos sanitários tinham como bandeira de luta a universalidade da atenção à saúde, no sentido de superar históricas dicotomias existentes entre o setor público e o

As primeiras mudanças nas políticas de saúde no Brasil, no sentido de atingir uma maior cobertura, parece ter sido consequência direta da Conferência de Alma Ata, posto que, todos os países membros saíram com a tarefa de desenvolver estratégias eficientes para garantir *Saúde para todos no ano 2000*. Assim, consagraram-se as medidas educativas e valorizou-se o conhecimento popular sobre como evitar e tratar as doenças, como também, enfatizou-se a saúde como direito humano, cujo alcance só é possível mediante a ação de outros setores econômicos e sociais. Isso significa dizer que o conceito de saúde para todos passou a se basear nos princípios de equidade, eficiência, participação e da integração.

Como procuramos mostrar, até aqui a mudança de uma visão da saúde da mulher centrada no aspecto reprodutivo para um olhar mais complexo, holístico, somente ocorreu na conjunção de diferentes fatores, dentre eles a própria movimentação das mulheres, no mundo e no Brasil, em defesa de seus direitos, do seu lugar de cidadã. Os programas de assistência ao climatério desenvolvidos no país nesse mesmo período representam, portanto, as tentativas institucionais de incorporar esse novo olhar vindo de fora e de dentro da sociedade brasileira. A sua concretização vai se dar, todavia, no bojo de idas e vindas, de fracassos e de sucessos, de desânimos e de otimismo por parte dos agentes institucionais imbuídos de desenvolvê-los. Vejamos como na cidade do Natal, a assistência à mulher no climatério vem se desenvolvendo.

3.2– A assistência ao climatério na cidade do Natal – Rn

Os Programas de Assistência às mulheres no Climatério, na cidade do Natal, não possuem qualquer registro escrito sobre a sua história. Sabemos, através de relatos orais, que atividades com mulheres no climatério vem

privado, a assistência individual curativa e coletiva preventiva. Muitos estudos foram realizados durante as décadas de 1970 e 1980 no sentido de traçar o diagnóstico de saúde do povo brasileiro e a partir de então formular as propostas que viabilizasse a constituição da saúde como direito do povo.

sendo desenvolvida desde a década de 1990, embora de forma não sistematizada, como foi o caso do PAM (Plano de Assistência a Mulher). As experiências mais concretas que conseguimos identificar envolvem o Centro Clínico do Alecrim (hoje Centro de Saúde Reprodutiva), a Maternidade Escola Januário Cicco e a BEMFAM. Nas duas primeiras instituições, as atividades eram planejadas por enfermeiras e assistentes sociais que atuavam muito mais como reprodutoras do discurso médico, através das chamadas palestras educativas. Na Maternidade Escola, o programa era desenvolvido por médicos que atendiam as mulheres, regularmente, uma vez por semana mas, apenas, sob a forma de consulta.

Oliveira (1995) ao investigar os serviços públicos em Natal que prestam assistência a saúde da mulher, constatou que de 1992 a 1994, não houve registro de atividades relacionadas com o climatério. De acordo com as informações dadas pela coordenadora de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, as consultas de climatério eram, geralmente, anotadas como consultas ginecológicas, uma vez que as mulheres não procuravam o serviço devido a problemas do climatério ou da menopausa, mas devido um problema “ginecológico”

Quando iniciamos o levantamento dos dados, isso em 1997, houve mudanças nas políticas de saúde e os serviços que desenvolviam atividades com o climatério foram desativados: o Centro Clínico do Alecrim foi fechado para reforma e só reabriu em maio de 1998, como Centro de Saúde Reprodutiva. O ambulatório da Maternidade Escola também entrara em reforma (do prédio) e o Programa do climatério fora desativado por quase um ano. Nesse ano, A BEMFAM inicia o seu Programa de climatério, mas, devido a problemas de prioridade entre os programas a serem oferecidos pela instituição, a atenção ao climatério somente dura um ano.

Uma das dificuldades enfrentadas na realização dessa pesquisa foi, portanto, encontrar um serviço de saúde que desenvolvesse atividades com as mulheres no climatério de forma mais sistematizada e com atividades multiprofissionais e organizado de modo a ser reconhecido pela clientela, pela instituição e pela sociedade. Embora os profissionais de saúde sentissem a necessidade desse serviço, problemas diversos, tais como, falta de recursos materiais, de recursos humanos para formar uma equipe interdisciplinar e, principalmente, a prioridade oficial dada aos programas de prevenção da AIDS e da gravidez na adolescência, impediam a sua concretização.

No final do ano de 1996 havia, a princípio, três instituições que iriam organizar programas de assistência à mulheres no climatério: A BEMFAM, a Maternidade Escola Januário Cicco(MEJC) e o Centro de Saúde Reprodutiva(CSR). Conseguimos, finalmente, no período de 1997 a 1998 (contando-se 24 meses) realizar o nosso trabalho.

3.2.1 - A BEMFAM¹⁹ no RN – Clínica Natal

A BEMFAM, Sociedade Civil Bem-estar familiar no Brasil, filiada à International Planned Parenthood Federation (IPPF), é uma Instituição não governamental fundada em 1965, por 177 voluntários, em sua maioria professores universitários do ensino médico. Entretanto, ela só foi reconhecida, pelo Governo Federal, como entidade de utilidade pública em 1971, através do Decreto nº 68.514/71. Como instituição, possui uma estrutura básica formada por colaboradores voluntários, os quais integram uma Assembléia Geral, um Conselho Deliberativo, uma Diretoria e um Conselho Fiscal. A parte técnico-administrativa tem vínculo empregatício com uma Secretaria Executiva, sediada no Rio de Janeiro, e nove unidades descentralizadas situadas nos estados do Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

Ao longo de sua existência, a BEMFAM sempre recebeu muita crítica por causa do seu trabalho de planejamento familiar, posto que este era mais visado como controle de natalidade, reflexo das primeiras Conferências Mundiais sobre Populações, já mencionadas neste estudo. Ainda hoje, muitos profissionais da área de saúde continuam criticando as ações desta instituição, uma vez que as representações formadas a respeito de suas ações estão ainda fortemente ancoradas nos primeiros programas de

¹⁹ Os dados históricos e administrativos foram coletados dos Informes Anuais de 1997 e 1998 da BEMFAM

planejamento familiar da instituição. Hoje, com objetivos mais abrangentes, a instituição tem se destacado pelo seu trabalho com a saúde sexual e reprodutiva numa visão de gênero e pelas pesquisas realizadas no campo da saúde, do social e demográfico. Na cartilha sobre o planejamento familiar usada atualmente, observa-se uma preocupação e um maior comprometimento com a execução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Isto não significa dizer que a instituição, em toda a sua extensão prática, trabalhe conforme todos os princípios do PAISM, mas, entre as instituições selecionadas para nossa pesquisa ela foi a que mais se apresentou comprometida com a educação para a saúde e em saúde²⁰. Além do que, foi a única que conseguiu a participação dos homens (embora em pequena escala), nas atividades educativas e assistenciais sobre saúde reprodutiva e sexual.

No ano de 1997 a BEMFAM em todo o país sofreu uma significativa redução do apoio financeiro internacional o que a levou a buscar novas formas de gerenciamento e sustentabilidade (COSTA, 1997). Entre as estratégias adotadas destacaram-se: a diversificação dos serviços das clínicas próprias, a aplicação de instrumentos eficazes de gerenciamento, o monitoramento sistemático e a capacitação de recursos humanos, a terceirização dos serviços médico-laboratoriais e o ajuste da rede conveniada, concentrando-se naqueles convênios que conciliavam disponibilidade de acesso, qualidade e recuperação dos custos operacionais. Outra estratégia que merece destaque foi a comercialização do preservativo *Prosex*. Mesmo utilizando estratégias eficientes, o processo de racionalização da instituição não conseguiu preservar a clínica de Salvador/Ba e o laboratório de citopatologia da clínica de Natal/RN.

A BEMFAM começou suas atividades em Natal no ano de 1969. Atualmente esta instituição possui uma Clínica própria sediada em Natal e vários postos conveniados, distribuídos pela capital e cidades do interior, nos quais desenvolve suas atividades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Seguindo as diretrizes traçadas para todas as Clínicas que compõem os Programas Integrados, a Clínica de Natal tem como Projetos prioritários o Projeto Pró-Jovem, o Projeto de Intervenção com os Homens e o Projeto Mulher-AIDS-

²⁰ Estamos falando no passado porque o seu programa de assistência ao climatério somente funcionou durante o ano de 1997.

Prevenção. Além destes e dos serviços especializados, a clínica também desenvolve programas de capacitação profissional.

Durante o tempo que passamos em contato com a instituição (de 1995 a 1998) observamos uma grande distorção entre o número de atividades e o número de funcionários disponíveis e a alta rotatividade desses profissionais. Para desenvolver todas as atividades determinadas pela diretoria central, a instituição dispunha, nos anos analisados, de sete profissionais da área médica, cinco da área de enfermagem (duas enfermeira e três auxiliares), uma assistente social e dez profissionais da área da administração. Esta realidade impediu a continuidade do Programa de Climatério, como veremos mais adiante.

Caracterização da clientela da Clínica Natal-Rn

Os dados que iremos apresentar foram coletados junto ao Relatório da Pesquisa de Caracterização da Clientela das Clínicas próprias da BEMFAM, realizada pelo Departamento de Avaliação Estatística do referido órgão, ano base 1997 e 1998.

Quadro 1

Distribuição percentual da clientela segundo o sexo

--	--	--

Fonte: BEMFAM – DEAVE -1998

Do ponto de vista da variável sexo, observa-se a predominância da participação feminina. Este dado pode ser justificado pelo fato de que, as mulheres são mais preocupadas com a sua saúde e a saúde da família. Além de que, quase todos os métodos contraceptivos são destinados às mulheres. A participação dos homens, apesar de ser ainda pouco significativa (3,8% em 1997 e 4,9% em 1998) vem crescendo principalmente após a implantação do serviço de peniscopia e do Projeto-Homem. A proposta do Projeto segue as recomendações das Conferências do Cairo e Beijing que é a de promover o envolvimento dos homens, através da intervenção grupal, nos problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, numa abordagem de gênero, na perspectiva relacional.

Quadro 2

Distribuição percentual da clientela segundo a Idade - 1997/98

Fonte: BEMFAM – DEAVE - 1998

O quadro mostra que o maior percentual da clientela é formada por mulheres jovens, ou seja, em período reprodutivo. Este dado é justificado pelo tipo de ação desenvolvida pela instituição cujo objetivo maior é trabalhar

a saúde reprodutiva. Entretanto, se levarmos em consideração o número de mulheres submetidas à esterilização (40%) e que a laqueadura ocorre na idade mediana de 28,6 anos, segundo dados da PNDS²¹, podemos inferir que metade das mulheres procuram a clínica para fazer preventivo e receber aconselhamento.

Quadro 3

Distribuição percentual da clientela segundo número de filhos vivos.

Fonte: BEMFAM –DEAVE/1998

O quadro mostra que houve uma mudança na caracterização das mulheres com relação ao percentual do número de filhos. Em 1998, o número de mulheres sem filhos aumentou em mais de 10% e o número de mulheres com seis filhos ou mais diminuiu em mais de 5%. De acordo com o relatório da pesquisa de caracterização das clínicas, tomando-se como base todas as clínicas, da BEMFAM no Brasil, 82% das mulheres possuem até 2 filhos. A clínica do Rio Grande do Norte (Natal) destacou-se por apresentar o maior percentual de clientes com 6 ou mais filhos.

²¹ Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996 pela BEMFAM, como parte de um Programa Mundial de pesquisa apoiada pela USAID, com apoio técnico e financeiro de instituições internacionais e nacionais como o IBGE e o Ministério da Saúde. O objetivo da pesquisa foi obter informações sobre saúde reprodutiva, fecundidade, planejamento familiar e mortalidade materna e infantil. Nos anos de 1997 e 1998 a BEMFAM realizou vários seminários no sentido de divulgar os resultados dessa pesquisa.

Quadro 4

Distribuição percentual da clientela segundo os anos de escolaridade²²

Fonte: BEMFAM-DEAVE/1998

Observa-se pela categoria escolaridade que as clientes da Clínica de Natal apresentam um bom nível de escolaridade. Considerando-se as duas colunas, 8 a 10 e 11 a 15 referentes ao 2º Grau completo e Superior Completo, vemos que mais de 40% da clientela no ano de 1997 e mais de 50% no ano de 1998, detinha um bom nível de escolaridade.

Quadro 5

Distribuição percentual da clientela segundo a Classe sócio-econômica²³ – 1997/98

²² De acordo com o Relatório Anual (1997 e 1998) a distribuição da escolaridade se faz da seguinte forma: nenhuma, primário incompleto, primário completo e ginásial incompleto, ginásial completo e 2º grau incompleto, 2º grau completo e superior incompleto, superior. Dividimos esta categorização por número de anos de escolaridade.

²³ Os parâmetros utilizados para a sub-divisão da classe social restringiram-se ao acesso a determinados bens de consumo, correlacionados com o nível educacional.

--	--	--	--	--	--	--

Fonte: BEMFAM – DEAVE/1998

Fazendo um cruzamento entre o número de filhos/as e o nível socio-econômico o Relatório Geral de 1997 mostrou que é na classe E onde se encontra o maior percentual de cliente com 3 ou mais filhos/as, enquanto que na classe A mais de 50% das clientes não têm filhos e (aproximadamente 87%) da classe B têm até 2 filhos/as. No Relatório de 1998 o maior número de filhos foi encontrado entre as clientes das classes C e D. O relatório não traz nenhuma informação sobre o estado civil dessas mulheres e sobre o percentual de chefia familiar.

O Programa de Climatério da BEMFAM

A instituição, mesmo oferecendo serviços especializados, tem como meta principal atingir sua clientela através das práticas educativas em saúde (treinamento e capacitação para profissionais da saúde) e para a saúde (destinada à clientela). Com relação a assistência à mulher no climatério, por exemplo, as atividades por nós observadas, durante o ano de funcionamento do Programa, foram desenvolvidas em dois blocos: consulta médica e de enfermagem e Grupos de discussões. Os grupos de discussão funcionavam trabalhando sempre os temas de interesse das usuárias. Uma vez por mês, um profissional convidado ministrava uma palestra para o grupo e depois passava-se aos questionamentos. A preocupação da coordenadora era a de que as mulheres recebessem informações de todos os profissionais que deveriam atuar num programa de climatério.

Além das informações programadas as mulheres recebiam um folder (Anexo) com informações sobre o climatério e a menopausa: o que é; sintomas; cuidados e os serviços que a instituição oferece. Embora reconhecido pelas

mulheres como essencial, o Programa não teve continuidade porque havia necessidade da equipe atuar no Projeto Adolescentes e Violência de Gênero (Projeto Pró-Jovem), ao qual foi dada, portanto, toda prioridade. Como o Programa existiu apenas durante o ano de 1997, nos anos seguintes as mulheres passaram a ser atendidas apenas pela/o ginecologista.

3.2.2- Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC.

A Maternidade Escola Januário Cicco não dispõe de relatórios anuais, o que de certa forma impossibilita uma análise mais acurada de suas atividades. Conseguimos coletar, através de livros de registros, as estatísticas do atendimento global dos anos de 1998 e 1999, período que corresponde à coleta de dados no Programa de Climatério dessa instituição. Vale ressaltar que, apesar de ser uma instituição vinculada ao SUS, a MEJC não dispõe de informações sobre demandas e referências. Os dados sobre o número de atendimentos foram organizados por setores: ambulatório, pronto atendimento e internação, na forma que descreveremos a seguir.

Quadro 6

Distribuição do atendimento segundo as profissões

	C o n s u l t a s		
	M é d i c a s C		

u		
t		
r		
c		
s		
f		
r		
c		
f		
i		
s		
s		
i		
c		
r		
a		
i		
s		

Fonte: Setor de estatística

O quadro apresenta o número de consultas médicas sem especificar a especialidade. É importante chamar a atenção para a categoria “outros profissionais”. O fato de se ressaltar apenas as consultas médicas reflete a hegemonia da profissão médica sobre as demais. Hegemonia alimentada pelas representações sociais circulantes no seio do sistema de saúde. O discurso oficial, mesmo pregando os princípios de igualdade e reconhecendo a importância da ação interdisciplinar na prática institucional, no entanto, reproduz-se as discriminações e relações de poder entre as profissões. A categoria “outros profissionais” traduz, assim, a omissão sobre a importância do papel, na equipe de saúde, das profissões de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social.

Quadro 7
Pronto Atendimento

I		
r		
c		
r		
t		
c		
a		
t		
e		
r		
c		

	i r e r t c	
	C b s t e t r í c i a C l i n a t é r i c	

Fonte: Setor de estatística

O pronto atendimento refere-se ao atendimento de urgência, envolvendo as mulheres que estão entrando no processo de trabalho de parto, aborto, ameaça de aborto e hemorragia uterina. Pelas suas características, o Programa do Climatério não pode ser classificado como um pronto atendimento uma vez que possui critérios para a marcação de consultas e para o retorno.

Recursos Humanos

Os recursos humanos da Maternidade Escola estão subdivididos, respectivamente, em seis categorias de acordo com o vínculo empregatício: da própria instituição, do estado, do município, convênio, serviço prestado e terceirizado e de

acordo com o nível funcional: superior, médio, estágio e de apoio.

Quadro 8
Quadro de funcionários/ 1998

				E X T R A - I N S T I T U I Ç Ã O	

Fonte: Setor de Estatística da MEJC/1999

O quadro sobre os funcionários mostra que, em termos de escolaridade, existe menos de dois funcionários de nível médio para cada funcionário de nível superior. A maternidade ainda contava, em 1998, com os serviços de 10 estagiárias/os de nível superior (06 de enfermagem e 04 de farmácia) e 13 de nível médio. O quadro funcional mostra uma nova realidade do trabalhador da saúde, a qual interfere na qualidade da assistência uma vez que, além de não se poder contar com esse pessoal em termos de sustentabilidade dos Programas de pesquisa e extensão, existem também as diferenças salariais no exercício de uma mesma função.

Outros dados importantes (não discriminados no quadro) dizem respeito aos recursos humanos de nível médio que prestam assistência direta à clientela. No tocante ao pessoal de enfermagem, por exemplo, 33,7% não pertencem a instituição. Quando o assunto é limpeza, o quadro é mais grave: dos 63 serventes de limpeza, 44 (70%) pertencem ao quadro de serviços prestados. Essa situação pesa quando olhamos para a instituição não só como fonte de saúde, mas, principalmente, como fonte de propagação de infecção, uma vez que o pessoal da limpeza, de um modo geral, não está preparado para os riscos da função.

O Programa de Climatério da MEJC

Com relação à assistência ao climatério a Maternidade Escola é a única instituição que, no período da coleta de dados, tinha atendido a maior demanda de mulheres no climatério. Como informou à época a coordenadora do Programa:

(...) atendemos diariamente uma média de 15 a 17 pacientes e... nosso ambulatório é só pela manhã . O que temos visto do ano passado pra cá , é que , se nós abrissemos esse ambulatório os dois expedientes nós teríamos pacientes suficientes para atendermos.

O Programa é uma atividade de extensão denominada “Ação Educativa e Preventiva ministradas às pacientes do Ambulatório de Climatério” e se encontrava no seu terceiro ano de existência. Esta atividade partiu da iniciativa de uma médica que também é professora e coordena o programa. A mesma conta com a colaboração de alunos da Residência Médica e do curso da graduação (medicina). A coordenadora justifica o Programa, enquanto atividade de extensão dizendo que:

O climatério é uma fase da vida da mulher que vai dos 40 aos 65 anos de idade e se caracteriza pelo aparecimento de sintomas próprios, que na maioria das vezes levam a mulher a um quadro de angústia e depressão e insatisfação com a própria existência. São necessários programas de esclarecimento desta fase tão importante, com ênfase na melhoria da qualidade de vida. Orientações como adequação alimentar, exercícios físicos, diminuição do tabagismo e prevenção de doenças crônicas degenerativas são importante e da responsabilidade de cada profissional de saúde.

Espera-se, por conseguinte, que as ações educativas possibilitem uma conscientização das mulheres sobre essa fase da vida e repercutam na melhoria da sua qualidade de vida. Ressalta ainda a coordenadora que “é importante também que o aluno de medicina entenda que a universidade só tem valor se os nossos conhecimentos forem levados, absorvidos e praticados por esta população”

Dois aspectos chamaram a nossa atenção nesse Programa. O primeiro deles é o fato do Programa ser desenvolvido por um único ramo das ciências da saúde – a medicina. O outro é que, mesmo sendo clara nos seus objetivos, a ênfase nos aspectos educativo e preventivo, observa-se, na prática, uma forte tendência das práticas curativas.

3.2.3 – Centro de Saúde Reprodutiva

O Centro de Saúde Reprodutiva foi, durante décadas, conhecido como Centro Clínico do Alecrim. Com as mudanças trazidas pelo PAISM, o Centro passou a atender exclusivamente as mulheres, a partir de 1995, e recebeu a denominação de Centro de Atenção à Saúde da Mulher. Com a expansão da Aids, da incidência da gravidez em adolescentes, entre outros problemas, percebeu-se que não poderia haver equidade de gênero se os homens continuassem a ficar de fora das ações de saúde que envolve o sistema reprodutor. Com isso, o Centro de Atenção à Saúde da Mulher passou a ser denominado, em 1998, Centro de Saúde Reprodutiva Prof. Leide Morais (Anexo), destinando-se a oferecer acesso universal (homens e mulheres em todas as idades), profissionais competentes, infra-estrutura e recursos para todas as ações necessárias, ou seja, em todos os níveis de atenção. Em termos de administração da assistência trata-se, na verdade, de uma unidade de referência em saúde reprodutiva que atende a todo o Estado do Rio Grande do Norte. Também funciona como unidade de treinamento em saúde reprodutiva, para profissionais da capital e do interior.

Com o apoio financeiro e logístico do Governo do Estado, do Projeto Nordeste e do Fundo de População das Nações Unidas(FNUAP) o Centro desenvolve ações de: Planejamento familiar; assistência ao adolescente; assistência ao climatério; atendimento a gestante de alto risco; Centro de orientação e apoio sorológico(atraves do COAS); tratamento de doenças sexualmente transmissíveis(DST's); patologias do trato genital inferior (PTGI); endocrinologia; ginecologia; mastologia; urologia; disque adolescente. Estas ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, “empenhada em oferecer um atendimento de qualidade aos usuários”. Além destas ações, oferece também serviços de laboratório de análise clínica, farmácia, mamografia, ultra-som e cardiotocografia.

Recursos Humanos

O demonstrativo do quadro funcional por categoria permite que façamos uma análise estatística da assistência (número de atendimento vs profissional), como também, tecer algumas inferências. Por exemplo: no Centro funcionam vários programas que, pela sua estrutura – propostas de assistência e clientela - necessita

do acompanhamento de psicólogo ou psicanalista. Entretanto, conforme o relatório anual só existe um psicólogo para atender toda a demanda dos Programas.

Quadro 8

Quadro de Funcionários - 1998.

CATEGORIA	QUANT.	%
Nível Superior	50	32,89
Nível Médio	32	22,96
Nível Elementar	53	34,21
TOTAL	135	100

Fonte : Relatório anual/ 98 do CSR

Quantificando os servidores de acordo com as especificações temos 71 (42,3%) na assistência direta, 31 (18,45) no apoio diagnóstico, 05 (3%) nas ações coletivas, 17 (10,1%) na administração, 28 (16,7) e 16 (9,5%) na limpeza e vigilância (Relatório Anual do CSR, 1998). Comparando este demonstrativo com o Quadro 11 temos 23 servidores pertencentes ao serviço terceirizado.

O Programa de climatério do CSR

De acordo com a coordenadora geral do Programa de Saúde Reprodutiva²⁴, pela primeira vez o Estado do Rio Grande do Norte tem um programa específico para o climatério. Todavia, a exemplo do Programa da BEMFAM, o do CRS não tem um “projeto escrito”, com seus objetivos, metas e estratégias metodológicas

²⁴ O Programa de Saúde Reprodutiva é um programa de assistência a saúde reprodutiva, que vem sendo implantado pelas Secretarias de Saúde dos Estados do Rio Grande do Norte e do Ceará., com o apoio do FNUAP. É uma nova estratégia, que valoriza as relações de gênero. Nosso Estado dispõe de três Centros: Natal, Mossoró e Caicó.

bem definidas, entre outros elementos necessários a um programa desse porte. Contudo, o grupo de profissionais foi qualificado em Ribeirão Preto e na Maternidade Escola Januário Cicco e também passou por treinamentos e capacitações desenvolvidos pelo próprio Centro.

O Programa de Climatério do CSR iniciou-se no mesmo período em que estávamos fazendo a coleta de dados. Como toda nova experiência, passava por uma série de dificuldades na sua implementação:

No momento a gente está com um pouco de dificuldade, no caso eu, porque estou assumindo a coordenação.. e não tenho tempo suficiente para atuar no climatério.. é tanto que estou deixando(...) a gente ainda não se reuniu ... a nova enfermeira ainda não foi treinada...(..) .. a demanda está baixa.(..) As paciente ainda não tem um prontuário porque a central de marcação ainda não veio para cá”(S8).

Não sei se é porque começou agora e a coisa ainda não engrenou bem(...) Lá nós tínhamos uma enfermeira e a paciente tinha a pré e a pós consulta de enfermagem(...) Graças a Deus a demanda é pouca, então estar dando para explicar... Muitas vezes a paciente não entende como fazer os exames, não são alfabetizadas e a gente tem que chamar alguém da família para explicar(...). Muitas vezes eu me sinto mal porque não expliquei porque estou pedindo aquilo(...). A gente também não pode demorar numa consulta... eu já demorei numa consulta e as outras pacientes foram embora.(S9) .

Atualmente, o Programa tem uma nova coordenação que trabalha com uma “metodologia problematizadora”, através dos grupos de discussões, sendo que, para cada encontro há um conteúdo a ser discutido, conforme o Anexo 4 apresentado no final deste trabalho.

Este é, de forma sucinta, o perfil das instituições que atuam na assistência ao climatério na cidade do Natal. Como se pode perceber a assistência à mulher nessa fase da vida ainda não recebeu a atenção que necessita. Experiências importantes, como no caso da BEMFAM, duraram pouco tempo. A experiência do Centro de Saúde Reprodutiva começou efetivamente no final de 1997, mas oficialmente, o Centro só foi inaugurado em Maio de 1998. Desde a sua inauguração o CSR não tem conseguido pôr em prática, plenamente, o que defende em seu objetivo geral: “sensibilizar as mulheres nas questões de saúde da mulher, sexualidade e direitos humanos numa perspectiva de gênero (relação entre

homens e mulheres) e cidadania (direitos e responsabilidades pessoais)” (Cf. folder em anexo)²⁵.

Por sua vez, como já declaramos, a Maternidade Escola Januário Cicco possui um Programa de Climatério, o mais regular dentre as instituições pesquisadas, mas que é fruto de uma iniciativa individual. Não se trata de um programa institucional regular, mas de uma atividade de extensão que não tem a sua continuidade assegurada.

O climatério, voltamos a enfatizar, não é ainda encarado com a devida atenção pelas próprias instituições que o incluem na sua oferta de serviços, mesmo que se constate um crescimento da demanda por esse tipo de assistência à saúde da mulher. Essa “secundarização” de uma assistência tão importante para as mulheres nessa fase de suas vidas não pode, no entanto, ser atribuída a fatores isolados. Se há obstáculos de ordem simbólica (representações, crenças, preconceitos, entre outros), há também obstáculos políticos-institucionais, econômicos, materiais, enfim, uma articulação complexa de fatores que precisam ser entendidos dentro de cada contexto onde se articulam, sob pena de fazermos generalizações que, se servem para identificarmos os condicionamentos gerais, pouco ajudam a compreender a realidade em sua dimensão micro, onde efetivamente cada um de nós atua.

Mais adiante, no Capítulo VI, vamos procurar pôr em evidência como as representações sociais articuladas às relações de gênero e outras variáveis contextuais interferem na assistência e ações pedagógicas voltadas para o climatério.

²⁵ Informações mais recentes (obtidas depois do encerramento do nosso trabalho de campo) indicam que, a partir de 2001 o Centro vem conseguindo implementar, com sucesso, uma metodologia participativa, de acordo com os seus objetivos iniciais.



CAPÍTULO IV

AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E SUAS REPRESENTAÇÕES DO CLIMATÉRIO.



Pintura de Luca Giordano, as Moiras , para os gregos e Parcas, para os romanos, são divindades da mitologia grega, representadas por três mulheres de meia idade. Para os gregos as Moiras eram a personificação do destino: Clotho, a tecelã, que tecia o fio da vida; Lachesis, a partilhadora, que media o comprimento do fio, e; Atropos, a inevitável, que cortava o fio da vida.

O processo de construção das representações sociais é bastante complexo. Pesquisar o conteúdo de uma representação é compreender como o mesmo se organiza e se estrutura, quais ressignificações dos símbolos da cultura legítima (hegemônica) são produzidas, como a identidade do grupo (ou grupos) influencia o processo de construção simbólica, enfim, que aspectos estão imbricados nessa complexa teia de produções psicossociais. Neste capítulo, vamos apresentar o resultado da análise de conteúdo que nos permitiu identificar, de forma geral, os elementos principais que organizam o conteúdo das representações construídas pelas profissionais da saúde, a respeito do objeto em questão.

A análise das entrevistas obedeceu aos procedimentos convencionais sugeridos por Bardin (1977), Michelat (1975) e Vala (1986), entre outros. Durante a realização das mesmas, tivemos o cuidado de desenvolver um roteiro de questões que, num primeiro momento, partisse da utilização da técnica da associação livre de idéias, a fim de tentar ir além do conteúdo manifesto das falas, para depois desenvolver uma certa diretividade nas questões visando conhecer as orientações de ordem pedagógica que norteiam o trabalho dessas profissionais, conhecer melhor as suas práticas cotidianas e outros conteúdos simbólicos que permeiam os seus discursos.

A associação livre de idéias ou de palavras, aplicadas ao estudo das representações sociais segundo Abric (1994a) e Flament (1994)²⁶, permite apreender, de modo mais rápido, os elementos que organizam o conteúdo de uma representação social, posto que não é apenas o conteúdo da representação em si mesmo que deve ser pesquisado, mas a sua organização. E essa organização repousa sobre uma hierarquia entre os elementos constitutivos da representação.

²⁶ A este propósito pode-se consultar, em língua portuguesa, SÁ, Celso P., *Núcleo Central das Representações Sociais* (1996), ou, em francês, a coletânea organizada por ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques Sociales et Représentations*.(1994).

Esta técnica, como afirmamos acima, empregada durante a realização das entrevistas, ajuda a reduzir o nível de interferência das racionalizações discursivas e alcança, mais facilmente, os elementos organizadores do conteúdo das representações sociais do climatério, como mostraremos mais adiante com as mulheres usuárias. Entretanto, é fundamental destacar as limitações que enfrentamos aqui. Para seguirmos rigorosamente as orientações dos autores, antes mencionados, precisaríamos, entre outros métodos de identificação dos elementos organizadores de uma representação, ter utilizado um teste de evocação de palavras e expressões. Todavia, dado o número limitado de profissionais (10), posto que o teste exige um tratamento estatístico do resultado, utilizamo-nos da associação livre de idéias e de palavras, durante a realização das entrevistas, mas submetendo o seu resultado apenas a análise categorial de conteúdo, a fim de colher dados que nos permitissem, ainda que no terreno das hipóteses, fazer algumas inferências sobre os possíveis elementos organizadores das representações produzidas pelas profissionais da saúde aqui entrevistadas.

Por último, considerando as representações sociais como produtos culturais, procuramos, também, através da observação direta, perceber como as mesmas materializam-se nas práticas, orientando as ações dessas profissionais, confirmando ou negando os dados obtidos através das construções discursivas. Essas observações muito contribuíram à compreensão de detalhes do *corpus* analisado, os quais tomados em separado seja do contexto discursivo, seja do contexto objetivo onde se materializa a ação orientada pelas representações, perderiam sua significação. Como diz Michelat (1975), a propósito do método de análise de conteúdo, cada detalhe somente passa a ter sentido quando articulado a todos os elementos discursivos que representam, por sua vez, um conjunto de “sintomas” de um determinado sistema de significações culturais. Ao estudarmos o conteúdo de uma representação social, devemos ter claro que as mesmas, enquanto produções culturais, são representativas tanto da cultura da sociedade onde estão inseridos os agentes, quanto das subculturas às quais os mesmos pertencem: “não podemos construir o modelo de uma cultura senão a partir de suas produções” (MICHELAT, 1975, p.232). Passamos, portanto, à identificação dos

elementos e dimensões constitutivas das representações sociais do climatério construídas pelas profissionais investigadas.

4.1 - O climatério como anúncio do processo de envelhecimento

No primeiro momento da associação livre de idéias, a pergunta geradora não foi o que é o climatério, e sim “Como é trabalhar com mulheres na fase do climatério?” Com isto, procurávamos conhecer não só o discurso pedagógico orientador da prática das profissionais, como também já começar a identificar certos elementos do conteúdo representacional. No segundo momento, procuramos, seguindo as orientações de Jean-Claude Abric, concentrarmo-nos no objeto representacional em si, enunciando a pergunta indutora, “A palavra climatério lembra o quê?” Como já afirmamos, as entrevistas foram realizadas junta às 10 profissionais da saúde que trabalhavam, à época, nos programas de assistência ao climatério. Cabe ressaltar que, destas mulheres, 06 estavam vivenciando a sua própria fase do climatério. Vejamos alguns trechos de suas falas, quando enunciamos a frase indutora:

A mulher no início da 3ª idade (riso). Uma fase assim que, provavelmente, para a mulher eu acredito que tenha...É uma outra etapa da vida. Então deve ser assim... é uma fase de maior expectativa, de uma maior... responsabilidade porque você já amadureceu muito. (S¹).

Lembra decadência, principalmente no nordeste, que quando a mulher passa dos 30 anos de idade é considerada uma velha... e quando a gente soma a idade fica com o ego um pouco machucado. Então quando a gente fala: climatério!, amedronta. (S²)

Climatério lembra. Quando a gente fala em climatério? A gente... quando vem a palavra climatério a gente, em geral, a primeira coisa que a gente lembra é assim, é uma mulher de meia idade e, em geral, com bastante calor... o que mais chama a atenção porque é a queixa principal(S⁴)

Pra mim é difícil porque eu vejo o climatério, falência ovariana. Eu vejo o climatério, uma mulher vestida adequadamente de acordo com a idade. Não é preciso ter cabelos brancos mas ela se veste com mais... discrição. Climatério pra mim também é ... olha climatério pra mim – eu já falei de falência ovariana, eu já falei elegância com discrição (riso), mais eu

falaria também... que climatério soa como envelhecimento... como... mesmo como diminuição da capacidade de trabalho, sabe? Como propensão à doenças. Pra mim climatério soa, também, como isso aí. Como realmente, como uma decadência. Por incrível que pareça, mais as palavras que vêm junto com climatério são essas. (S⁵)
 Maturidade. Que a mulher estar em pleno vigor(S⁶)
 Uma nova fase da vida(S¹⁰)

A análise do conteúdo das entrevistas e da associação livre com a palavra climatério permitiu-nos identificar a presença de um primeiro eixo semântico em torno do qual se articulam os diferentes elementos icônicos (a imagem) da representação social do climatério construída por essas profissionais (Cf. Esquema I). Como diz Moscovici (1978), a estrutura de uma representação social possui, a exemplo de uma moeda, uma dupla face. Uma delas representa a imagem do objeto, seja esse abstrato ou concreto. A outra face representa o sentido atribuído ao objeto. No nosso caso temos, então:

Esquema I

Figura	=	Velhice	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Terceira idade</i> • <i>Meia idade</i> • <i>Outra etapa</i>
<hr style="width: 100%;"/> Significado		<hr style="width: 100%;"/> <i>Decadência</i> <i>Diminuição da capacidade de trabalho</i> <i>Propensão à doenças</i> <i>Responsabilidade</i> <i>Falência ovariana</i>	

Moscovici demonstrou, também, no seu clássico estudo sobre a psicanálise²⁷ que a estrutura de uma representação é construída a partir de dois processos formadores: a objetivação e a ancoragem. Por objetivação entende-se o processo pelo qual tenta-se construir uma imagem, uma aproximação icônica do

²⁷ Referimo-nos ao seu livro *A representação social da psicanálise* (1978)

objeto representado de forma a torná-lo quase “tangível”. Para Moscovici (1978, p. 111) “objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo”. Quanto ao processo de ancoragem, este diz respeito à atribuição de sentido, decodificação do objeto, de forma a permitir que o desconhecido para o universo simbólico (e subjetivo) do sujeito seja transformado em algo “familiar”, no dizer de Moscovici. Por esta razão, toda representação, como sublinha Jodelet (1989, p.43), é composta de figuras e expressões socializadas, organização de imagens e linguagem, uma vez que recorta e simboliza atos e situações que nos são ou tornam-se comuns. A representação social é uma modalidade de conhecimento particular e tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos.

A imagem da mulher no climatério objetiva-se, para nossas entrevistadas, na figura da pessoa “envelhecida”, na “terceira idade”, no “início da terceira idade” ou “meia idade”. Dessa forma, como diz Jodelet (1984), as profissionais desenvolvem uma operação “imaginante e estruturante”, por meio da qual atribuem uma forma específica ao conhecimento que se refere ao objeto. Essa operação faz o objeto tornar-se quase tangível, materializando-se, assim, o conceito abstrato, ou seja, a própria palavra. Observamos, no nosso caso, que o climatério confunde-se com a “terceira idade”, início da “terceira idade” e que a expressão “meia idade” é também utilizada com o mesmo sentido. Daí ser importante ressaltarmos que esta expressão, empregada inicialmente na França, tem sido usada (ao contrário do que fazem aqui as profissionais) para dar um sentido positivo à velhice, comumente muito desqualificada nas sociedades ocidentais. Ela é utilizada para referir-se aos “jovens velhos”, ou seja, às pessoas idosas dinâmicas e envolvidas em atividades sociais, culturas e esportivas. É portanto, como indica Peixoto (1998, p.81) “uma expressão classificatória de uma categoria social heterogênea”, a velhice. No caso

das profissionais da saúde, percebemos que a carga simbólica do signo velhice (tal como empregado na cultura brasileira) é muito mais forte do que o discurso racional que procura, dado o aumento do número de pessoas idosas no Brasil, nas últimas décadas, apenas considerar na “terceira idade”, as pessoas das faixas etárias acima dos 65 anos (BERQUÓ, 1999). A expressão “meia idade” é utilizada, portanto, como se fosse sinônimo de “terceira idade”, recebendo, dessa forma, a mesma qualificação negativa dada a esta última.

Ao representar o climatério como “velhice”, “envelhecimento” as profissionais estão aí expressando e projetando no objeto toda a carga simbólica e afetiva que o processo de construção representacional mobiliza junto a elas. Por essa razão, as representações sociais devem ser estudadas levando-se em conta, de um lado, o funcionamento cognitivo e psíquico, e de outro, toda a teia de relações sociais nas quais estão inseridos os sujeitos.

O climatério para muitas mulheres é um processo muito doloroso... ela se sente menos mulher visto que cessa a menstruação (...). Como eu estou nessa fase eu vejo que o comportamento varia de mulher para mulher. Muitas mulheres, às vezes, se abstêm da sua vida sexual porque se acham frias. Outras porque já teve o dever sexual cumprido (...). Nos consultórios médicos as queixas são bastantes e a gente sabe que apesar da evolução da medicina, da reposição hormonal, não é só isso que basta, mas uma saúde completa, integral (S⁶)

É uma fase muito difícil para a mulher. Fase onde ela está se sentindo muito decadente pelo fato de muitas vezes não se senti mais como mulher(...). Pelo fato de parar de menstruar, dos hormônios cessarem, aí ela sente-se decaída. Muitas vezes é relegada pelo marido, pela família porque ela começa a se tornar uma pessoa idosa. Por isso ela precisa de muita ajuda(S³)

Em geral... no meu caso em particular, porque sou médica e sou mulher. Como médica eu vejo uma pessoa que precisa ter uma série de cuidados. Ter cuidados especiais com o corpo, com a cabeça, com a alimentação porque a gente sabe que a mulher estar passando por uma fase de transição muito difícil. Como mulher eu não fugi a regra. Apesar de ser médica eu fiquei apavorada(...)... eu tive que fazer histerectomia... você se sente mutilada. Então nessa fase a mulher precisa de ajuda, de assistência como um todo (S²).

Para essas mulheres, o climatério ancorado no signo velhice tende a reproduzir todas as significações negativas (preconceitos, mitos, medos, entre

outros) circulantes na sociedade brasileira, referentes a esta fase da vida²⁸. Numa sociedade de população até bem pouco tempo predominantemente jovem²⁹ e inserida no mais moderno e sofisticado consumo, a juventude ainda é supervalorizada por todos os meios de comunicação, aceita como um valor universal e padrão estético a ser preservado a qualquer preço. Daí o culto midiático aos corpos de artistas siliconadas, a proliferação das marcas de produtos de beleza (cada uma mais milagrosa que outra), das clínicas que cuidam da estética feminina (embora também cuidem dos homens), das cirurgias de lipoaspiração, das academias de ginástica, dos regimes para emagrecimento rápido e tantos

²⁸ A esta altura, é necessário deixar claro que ao falarmos de velhice como um signo estamos lançando mão de um conceito da semiótica, ou seja, uma entidade significativa que interessa não por suas propriedades materiais, mas pelo investimento semântico que representa: o significado (SANTELLA, 1995). Quando se associa climatério à velhice, lança-se mão de um signo universalmente aceito na cultura brasileira e que põe um objeto em relação com um interpretante. Em semiótica, como nos chama a atenção Sales (2000), o objeto, não se restringe a algo concreto, palpável. Não é necessariamente algo que se possa conceber como individual e singular. “Ele pode ser um conjunto ou coleção de coisas, um evento ou ocorrência, ou pode ser da natureza de uma idéia ou abstração” (SALES, 2000, p. 34). Da contribuição de Sales para a compreensão dos processos de objetivação e ancoragem, nós inferimos que a velhice é um objeto semiótico que mobiliza na cultura brasileira determinados sentidos universalmente aceitos, mas que, uma vez submetidos aos processos de construção das representações sociais, estarão sujeitas a diferentes ressignificações.

²⁹ O Brasil passou, segundo Berquó (1999, p. 13-15), ao confrontar-se as pirâmides etárias de 1950 e 1991, “de uma pirâmide de base larga e forma triangular – características de regimes demográficos de altas taxas de fecundidade e de mortalidade – para uma forma mais arredondada de base reduzida característica de regimes de grande redução na fecundidade (...) Caracterizado como possuidor de uma população jovem, o Brasil apresentou até 1970 estrutura praticamente constante de jovens menores de 15 anos, de adultos de 15 a 64 anos e de idosos de 65 anos e mais (...) A partir de então, e fruto da queda da fecundidade, o grupo de jovens passa a representar, a partir de 1980, proporcionalmente bem menos no cômputo geral da população, abrindo, com isso, espaço para aumentar o peso relativo do grupo de 15 a 64 anos e dos idosos de 65 e mais.”

outros recursos apregoados como de última geração, “última palavra” em rejuvenescimento ou retardamento dessa fase “indesejável”. Tudo isto cria um cenário “assustador” e “doloroso” para a mulher que inicia a sua trajetória de “decadência” e “envelhecimento”.

É uma fase de transição muito difícil. Quando a menopausa se dá devido uma cirurgia é mais agressiva ainda, porque a gente se sente mutilada... é como se tirassem uma parte da gente muito importante (S²)
Já foi colocado na cabeça e isso é verdade mesmo. A mulher chega numa determinada fase da vida, ninguém sabe porque, geneticamente já é determinado, os ovários dela vão parar de funcionar (...) pára de produzir hormônios e vão surgir todo tipo de problema(S⁹)

A famosa cantora brasileira Rita Lee transportou para uma de suas canções vários elementos da simbologia sobre a mulher no climatério, produzidos pela cultura brasileira, alguns, inclusive, podem ser identificados nas falas precedentes. Na música *Menopower*, diz ela:

Vestida para matar em pleno climatério, a velha senhora só vai ficar mocinha no cemitério. Chega de derramamento de sangue “cinquentonadoloscente”. Quem disse que útero é mangue, progesterona urgente [...]. Haja fogacho pra queimar essa bruxa em idade média. Em mulher não se pode confiar com menos de 1.000 anos de enciclopédia[...].Chega do creme de aveia da vêia perereca da vizinha. Chega do bom caldo e sustância da galinha [...]

Estes versos ilustram o que vimos demonstrando aqui sobre a existência de um sentido bastante negativo, atribuído à construção simbólica do climatério. Todavia, vale a pena ressaltar que não temos a intenção de generalizar esta constatação, mesmo que reforçada pelos versos de uma cantora bastante popular para as mulheres brasileiras. Fazê-lo seria, sem dúvida, um exercício de simplificação da realidade percebida através de um conteúdo representacional particular. A opção, neste estudo, pela teoria das representações sociais tem em vista exatamente não obscurecer a complexidade das produções psicossociais referentes ao objeto em questão. Por isso, partimos do pressuposto que os sinais (tidos por muitos como sintomas), as imagens, as atitudes, o sentido, enfim, todas as produções mentais referentes ao climatério são construídas numa relação indissociável entre a dimensão cognitiva e a dimensão sócio-cultural. Os sentidos atribuídos ao objeto representacional, como ressalta Denise Jodelet (1989), resultam de uma atividade que faz a representação ser uma “construção” e, ao mesmo tempo, uma “expressão” do sujeito. A representação social é sempre representação de qualquer coisa (objeto concreto ou abstrato) construída por alguém.

A atividade de construção representacional deve considerar, pois, tanto os processos cognitivos (o ser humano considerado de um ponto de vista epistêmico), quanto os mecanismos intrapsíquicos (projeções, fantasias, impulsos instintivos, traços identitários, entre outros). O ser humano, ainda conforme Jodelet (1989), é visto também de um ponto de vista psicológico. Mas, esta autora vai mais longe. A particularidade do estudo das representações sociais está no fato do mesmo integrar, no processo de uma construção, o pertencimento e a participação social e cultural de cada pessoa. É isto que diferencia fundamentalmente a teoria da Serge Moscovici das abordagens centradas sobre uma ótica essencialmente clínica ou cognitiva.

Partindo, portanto, desta perspectiva teórica, podemos perceber que as profissionais da saúde objetivam e ancoram o objeto representacional climatério a partir de uma atividade cognitiva intrinsecamente ligada à sua subjetividade, aos sistemas culturais e identitários aos quais pertencem e que são, por sua vez, a reprodução, no plano micro dos grandes traços culturais da sociedade brasileira. Como vimos até aqui, o eixo semântico “velhice” organiza todos os demais elementos discursivos presentes nas falas quando fazem referência às pessoas na “meia-idade”. Fase da vida em que a trabalhadora começa a ser considerada pouco produtiva, começa a ficar “velha”. Como bem ressaltou a coordenadora do programa da Maternidade Escola:

(...) ... todas as pessoas dão valor às mulheres jovens, até no trabalho (...). As mulheres de meia idade, quando ainda estão trabalhando, se reserva para elas, é sempre assim, os trabalhos menos pesados. Já dizem: ah, coloca isso para fulana porque ela está nessa idade já ... pode fazer isso muito bem. Então isso é uma coisa muito ruim para as mulheres e , se conseguirmos trabalhar todas essas mulheres nessa idade elas vão entrar na fase do climatério melhor (S⁴).

Dada à supervalorização da juventude, como já ressaltamos anteriormente, e à ausência de uma tradição de políticas sociais destinadas à valorização da maturidade e senescência, na sociedade brasileira ficar mais velho, envelhecer,

é sinônimo de doença, exclusão da vida social, entre vários outros estigmas produzidos ao longo da história nacional.

Percebemos, nos discursos, portanto, tanto as implicações no plano macrossocial: “uma mulher vestida adequadamente de acordo com a idade”, ou “já foi colocado na cabeça... a mulher chega numa determinada fase da vida, ninguém sabe porquê, geneticamente já é determinado, os ovários dela vão parar de funcionar”, em conseqüência, ela vai ser “menos mulher”, terá cumprido o seu “dever sexual” ou seja, a sua função reprodutiva; quanto as implicações no plano microsocial, onde se pode melhor perceber a carga afetiva das discriminações e dos estigmas: “É uma fase de transição muito difícil”. “Muitas vezes ela é relegada pelo marido, pela família porque ela começa a se tornar uma pessoa idosa. Por isso ela precisa de ajuda”.

Constatamos que as profissionais da saúde apresentam uma relação muito estreita com o corpo, a estética corporal e os aspectos negativos socialmente atribuídos à velhice. Isto, na nossa visão, está relacionado ao fato de, para essas mulheres, o corpo e a preservação deste, representar para elas um capital social que precisa ser velado, conservado, a fim de render todas as satisfações psicológicas e simbólicas acessíveis. Afinal, para quais grupos sociais se destinam as clínicas de estética, as cirurgias de lipoaspiração, os produtos de beleza mais sofisticados, enfim todos os produtos que prometem o prolongamento da juventude que se começa a perder? Para esse grupo de mulheres, o corpo, além de ser elemento de importante afirmação social (através da beleza e conservação) é também portador de uma força de trabalho bastante qualificada para o mercado.

Essas profissionais pertencem ao grupo que comumente chamamos de classe média ou que, numa classificação sociológica mais rigorosa, Domingos Sobrinho (1994,1997) denomina de “classe média assalariada” (**cma**, a seguir). Esta é formada por trabalhadores assalariados não manuais “detentores de uma

formação educacional elevada (de nível secundário ou universitário). São trabalhadoras e trabalhadores especializados, exercendo profissões novas ou renovadas, nascidas da ampliação dos serviços públicos ou paraestatais, da aceleração das inovações tecnológicas ou ainda da expansão do sistema educativo. No mundo do trabalho, a **cma** não é nem elite dirigente nem simples executora de tarefas, pois sua inserção privilegiada nesse universo permite-lhe uma certa margem de manobra e de poder no desempenho de suas tarefas. Ela se distingue ainda, no plano social, pelo seu estilo de vida, valores e comportamentos culturais, tanto das elites dominantes quanto do proletariado em seu sentido amplo. A **cma** constitui, portanto, a exemplo do que representaram os profissionais liberais no passado, o novo pólo de atração para as demais camadas médias desprovidas de representação social própria e a substância da nova forma Social desse agente que, em sentido amplo, denominamos de classe média brasileira. A estreita relação mantida pela **cma** com a Educação vai assegurar-lhe não só uma posição privilegiada na estrutura social, mas também guiar a construção de uma identidade sócio-cultural específica. “A detenção de um saber sistematizado e especializado permite-lhe desenvolver uma visão de mundo estruturada e coerente, fundada sobre valores filosóficos, psicológicos, éticos que permitem guiar suas práticas quotidianas e dar sentido à vida” (DOMINGOS SOBRINHO, 1994, p.46). O exercício da profissão para a **cma**, como diz ainda este autor, não é apenas um meio para assegurar a sobrevivência material, como acontece freqüentemente no mundo do trabalho manual, onde o trabalhador executa fundamentalmente as tarefas que lhe são designadas, pelos superiores. O trabalho para os grupos que compõe a **cma** , confunde-se com uma fonte de prazer e realização profissional, mesmo que, do ponto de vista das condições materiais de sua realização, por vezes essas não sejam satisfatórias (DOMINGOS SOBRINHO, 1994, p. 22-24). Por conseguinte, se, como diz Jodelet (1989b), as representações sociais são uma construção e expressão das pessoas. Elas dão visibilidade aos sistemas identitários

das mesmas na medida em que, os sentidos atribuídos aos objetos, expressarão o resultado do trabalho cognitivo que o coletivo desenvolve durante o processo de construção das representações. Estas deverão, por sua vez, cumprir certas funções de preservação da identidade coletiva e do equilíbrio sócio-cognitivo exigido pela mesma.

As diferentes falas das profissionais deixam transparecer muitos indícios desse trabalho sócio-cognitivo de incorporação do novo nas suas vidas: o climatério. Novidade que representa uma ameaça a mulheres qualificadas, capazes de exercer suas profissões ainda por muitos anos, porque ancorada em referentes culturais, como é o caso do signo velhice, de carga simbólica fortemente negativa. Esta constatação permite-nos ressaltar uma outra função das representações sociais que é a de orientar as pessoas com relação ao real, influenciando suas atitudes e ações. Esta função é que faz a representação ser uma reconstrução do objeto, pelo fato de ser uma extensão do ser humano – o que pode produzir três efeitos principais sublinhados por Jodelet (1989a): distorção, suplementação e supressão. No nosso caso, constatamos claramente os efeitos de distorção e suplementação.

Ora, do ponto de vista da ciência, o climatério não pode ser mais que uma fase do desenvolvimento biológico do organismo feminino. As formas pelas quais os sinais e anúncios do mesmo se exteriorizam são o resultado de construções sócio-cognitivas temporal e espacialmente datadas. Ao objetivar e ancorar o climatério no signo velhice, as profissionais da saúde preservam os atributos negativos do mesmo tal como existentes na cultura brasileira, “distorcendo”, alterando o sentido real do fenômeno. Mais ainda, ao considerarem o climatério como algo que “amedronta”, “fase muito difícil”, “processo doloroso”, estão conferindo ao objeto características que o mesmo, fora do contexto sócio-cognitivo que lhe dá significação, não as possui. Temos, assim, um claro exemplo da

suplementação, da qual fala Jodelet (1989a, p.53), e que consiste em conferir ao objeto “atributos, conotações que não lhe pertencem propriamente”, numa operação cognitiva motivada muito mais pelo imaginário e pelas particularidades da inserção do humano no mundo social.

A não delimitação das dimensões fisiológica, cultural e psicossocial têm levado muitos profissionais, da própria área médica, a confundir outras manifestações sintomatológicas, ou de ordem essencialmente simbólicas, com os anúncios do climatério. Montgomery (1997, p.53) é um dos autores que mais chamam a atenção para este fato, e exemplifica dizendo que sintomas como a amenorréia, o prurido vaginal, a mastodinia, entre outros, são comumente relacionados ao climatério. Incorporar estas dimensões ao estudo das representações sociais é uma tarefa fundamental para não se reduzir o conceito à mera expressão de uma atividade cognitiva. Incorporá-las significa também assumir a complexidade e implicações desse tipo de abordagem. Sendo assim, procuraremos evidenciar, a seguir, como as relações de gênero influenciam a construção do nosso objeto de estudo.

4.2 - As relações de gênero e a representação social do climatério como velhice.

Da mesma forma que a carga simbólica socialmente atribuída ao signo velhice influencia fortemente a construção dos elementos negativos da representação social em foco, as relações de gênero vão também aí interferir para acentuar o sentimento de discriminação social vivenciado pelas mulheres nesse período da vida e atuar nos processos estruturantes da representação, como veremos a seguir:

...na nossa sociedade eu acho que ainda é muito grave... a gente mesmo... a auto-estima da mulher fica lá embaixo porque a sociedade impõe um

outro comportamento para a mulher nessa fase. Para muitas pessoas é o envelhecimento (...). desde a época da infância que a gente sabe que vai ter a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa. O homem não tem nenhum momento (...). o homem de cabelos grisalhos é charmoso. Não existe para a sociedade o climatério masculino (...). o homem é o tal. As vezes é até mais velho do que a mulher, mas ele não diz que está envelhecendo. Ele diz: minha mulher está na menopausa... às vezes ele tem até passado dessa fase, mas não se toca porque se acha auto-suficiente, gostosão, bonitão (...). ele é visto como um Deus todo poderoso porque não passa por nenhuma fase (S1)

A sociedade é muito machista. Quando a mulher começa a ter cabelos grisalhos, a pintar, as pessoas chamam logo de senhora. Se passar a ter interesse pela sua sexualidade é censurada pelas próprias colegas (...). Somos mais machistas que os próprios homens. A mulher cobra muito mais da outra mulher do que os homens das mulheres: “olha aquela velha! Não tem vergonha?” A mulher com 50 anos ou mais quando arranja um namorado mais jovem, até mesmo a família diz que o rapaz não gosta dela, que quer se aproveitar e que ela deve ficar no lugar dela. Até nisso o homem, na nossa sociedade, é privilegiado. Ninguém vai dizer que aquele homem está na andropausa... com os cabelos brancos o homem se torna fascinante para as mulheres. Um homem grisalho com uma menina nova todo mundo admira: “olha aquele homem! Aquele é que é macho, ele é o tal” (S2).

É diferente para o homem. Eles tentam, e, muitas vezes... as vezes eles sabem que as mulheres não tem mais aquela... muitas acham, né? Porque a sexualidade continua. Muitos homens casados acham que perdeu mais o desejo sexual. Os homens pra mostrar que ainda são machões, que ainda continuam, eles procuram mulheres fora e a mulher não. A mulher acha que não tem mais apetite sexual e se vê muitas vezes como uma inútil na sociedade e, por causa disso, muitas vezes, ela acha que tem problema. Eu vejo que a sociedade não vê o homem igualmente como vê a mulher. A mulher nessa idade fica mais recatada (...). acho até, nem sei se é porque o homem é mais temeroso com relação a solidão, já que as pessoas idosas tendem a ficar muito tempo sozinhas... então eu acho que eles vão a procura de aventura (S3).

Os trechos dos discursos que acabamos de ler deixam transparecer a influência que as relações de gênero exercem na produção do conteúdo da representação social do climatério aqui analisada: “... a auto-estima da mulher fica lá embaixo porque a sociedade impõe um outro comportamento para a mulher nessa fase”/ “O homem de cabelos grisalhos é charmoso nessa fase”/ “A sociedade é muito machista”. Como se vê, as mulheres falam demonstrando a consciência do lugar social subordinado que lhes é reservado na sociedade brasileira que, por sua vez, é a reprodução de um fenômeno hoje universal nas sociedades ditas complexas. Mesmo demonstrando uma visão crítica do seu lugar, elas asseguram a reprodução do estereótipo feminino construído a partir dos esquemas de percepção e concepções oriundas do patriarcado. Nesse modelo de relação entre os sexos, a mulher torna-se mais “recatada”, “dona de casa”, “do lar”, não sai para procurar o sexo que, muitas vezes, não tem em casa: ela é a mulher do seu marido e mãe dos seus filhos. Os seus desejos ficam subordinados, quase exclusivamente, ao desempenho do papel

feminino. As profissionais da saúde entrevistadas por nós, afirmam, no entanto, que o apetite sexual não acabou. O homem é que não percebe isso e desqualifica a mulher, buscando a satisfação sexual, por vezes, com mulheres bem mais jovens, na tentativa de perpetuar os valores e o lugar positivo socialmente assegurado à juventude e à masculinidade. O poder masculino, expresso através das relações de gênero, contribui, assim, para reforçar a construção dos estereótipos negativos da mulher no climatério, impondo-lhes a reprodução das atitudes de passividade incorporadas ao longo do tempo.

Como já discutimos no Capítulo I, as relações de gênero constituem-se numa variante cultural importante a ser considerada no processo de construção das representações sociais do climatério. Temos insistido, de acordo a teoria elaborada por Serge Moscovici, que uma representação social é a representação de um objeto elaborada por uma determinada pessoa. Portanto, ao construírem a sua representação do climatério, as profissionais, enquanto portadoras de um habitus feminino (BOURDIEU, 1999) vão expressar e projetar nesse objeto toda a carga cultural, cognitiva e afetiva decorrente de sua posição num mundo perpassado pela dominação masculina.

Voltando um pouco no tempo, Muraro (1992, p.64) encontra a gênese dessa dominação no surgimento das sociedades sedentárias, posto que essas teriam dado origem ao rompimento do equilíbrio do ser humano com a natureza, existente nas sociedades de caça e coleta. A partir de então, ter-se-ia originado o sentimento de “transcendência” do homem, reforçado pelo descobrimento do seu papel na procriação. Dessa forma, o conceito abstrato de controle foi substituído pelo conceito da “superioridade/transcendência do homem sobre a natureza e a mulher”. O patriarcado fez, então, da dominação masculina, um fato natural e biológico tão eficiente que, mesmo no mundo atual, é difícil pensar-se na organização da vida de um outro modo. Por sua vez e apoiando-se nos conceitos de poder e dominação desenvolvidos por Max Weber e nas elaborações teóricas de Simone de Beauvoir, Millet (apud COSTA, 1998, p.28) destaca, no entanto, que a institucionalização do patriarcado se deu às custas da violência física e sexual contra as mulheres, violência apoiada pela supremacia biológica do homem.

Relacionando gênero e poder, Scott (1992, p.16) considera esta relação fundamental para que se possa fazer emergir, nos estudos do mundo social, todas as implicações de adotar-se uma perspectiva de gênero. Para esta autora, mesmo não

sendo o único espaço social onde se desenvolvem as relações de poder, o campo do gênero é um “campo primeiro no seio do qual e por meio do qual o poder é articulado [...] o conceito de gênero estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”.

Nesta mesma direção segue o sociólogo Pierre Bourdieu introduzindo aí os conceitos de habitus e de violência simbólica. Estabelecendo uma relação entre o poder simbólico, exercido sob a forma da dominação masculina e o seu conceito de habitus³⁰, o autor sublinha que o habitus sexual reflete as construções socialmente sexuadas do mundo e do corpo e é o resultado de um trabalho permanente de formação e incorporação de categorias de percepção e apreciação das relações entre os sexos, as quais se aplicam ao corpo em si mesmo, na sua realidade biológica (BOURDIEU, 1990, p.9-11). O efeito da dominação simbólica, portanto, não se exerce dentro de uma lógica pura da consciência, “mas na obscuridade dos esquemas práticos dos habitus, onde se inscreve, de forma comumente inacessível às tomadas de consciência reflexiva e aos controles da vontade, a relação de dominação”.

Partindo deste pressuposto, as profissionais da saúde reproduzem, assim, o habitus sexual feminino, tal como construído e incorporado no contexto social brasileiro. Mesmo que demonstrem uma certa tomada de “consciência reflexiva”, como diz Bourdieu, elas não conseguem romper com os esquemas do habitus que orientam as práticas da dominação masculina. Por esta razão, são levadas a aceitar e reafirmar a supremacia do homem: “esse pode ficar de cabelos grisalhos, a mulher não, tem que pintá-los, vestir-se adequadamente, não demonstrar interesse aparente pela sexualidade, não procurar parceiros muito mais jovens”.

(...) somos mais machistas que os próprios homens. A mulher cobra mais da outra mulher do que os homens das mulheres: "olha aquela velha! Não tem vergonha!!". A mulher com 50 anos ou mais quando arranja um

³⁰ O *habitus* é um sistema de disposições duráveis que funciona como princípio gerador e organizador das práticas e representações de um grupo. É um sistema de referências produzido pela história de um grupo a partir de suas condutas de existência e permite a produção de práticas individuais e coletivas, de acordo com os esquemas engendrados no curso de sua história. “Entre pessoas do mesmo grupo, dotadas do mesmo *habitus*, portanto espontaneamente orquestradas, *tout va sans dire*, mesmo os conflitos; eles se compreendem com uma simples palavra. Mas com pessoas de *habitus* diferentes, aparece a possibilidade de colisão, do conflito”. (BOURDIEU, 1972, p. 42).

namorado mais jovem, até mesmo a família diz que o rapaz não gosta dela ... (S2).

(...) os homens pra mostrar que ainda são machões, eles procuram mulheres fora e a mulher não. A mulher acha que não tem mais apetite sexual e se vê muitas vezes como uma inútil na sociedade e, por causa disso, muitas vezes, ela acha que tem problema ... (S3)

Temos, aqui, um claro exemplo da dominação masculina exercida por meio da violência simbólica, violência que se impõe através da imposição de princípios de visão e divisão incorporados, naturalizados, aplicados às mulheres e, em particular, ao seu corpo.

Quando é percebido através de tais categorias, e pelas próprias mulheres, o corpo feminino [...] confere uma justificação de aparência natural à visão da mulher e à divisão do trabalho entre os sexos, que é, na realidade, o seu fundamento [...] A submissão à ordem estabelecida pelo acordo imediato entre as estruturas objetivadas e as estruturas cognitivas nada tem de um consentimento consciente, de uma adesão eletiva; é um reconhecimento prático, tácito, infraverbal (que pode exprimir-se em reações corporais, como o desejo ou o corar da timidez). (BOURDIEU, 1999, p.12-13).

A dominação masculina, nesta ótica, longe de ser um ato intelectual consciente, livre, deliberado de um agente 'isolado', continua o autor, é a resultante de um poder inscrito duradouramente nos corpos dos dominados sob a "forma de esquemas de percepção e de disposição (admirar, respeitar, amar, entre outras)" que os tornam sensíveis a certas manifestações do poder. Por esta razão, se é verdade que o poder possa se apoiar na força bruta, das armas ou do dinheiro, o mesmo somente consegue produzir os seus efeitos porquanto "o reconhecimento da dominação supõe um ato de reconhecimento" (ibid. p. 52). Por conseguinte, não se pode esperar a "liberação das mulheres" por meio de algum efeito automático ou mágico da tão propalada "tomada de consciência", ignorando-se, "por falta de uma teoria tendencial das práticas, a opacidade e a inércia que resultam da inscrição das estruturas sociais no corpo" (ibid.).

A teoria de Pierre Bourdieu, como procuramos aqui demonstrar, traz uma importante contribuição ao debate sobre as relações de gênero, particularmente porque permite que se faça uma leitura mais adequada das tensões e conflitos que permeiam esse tipo de relação humana. Como ressalta Almeida (1997, p. 45), as elaborações teóricas deste autor constituem-se num poderoso referencial teórico. Ao eliminar alguns vieses de sua teoria "podemos resgatar, no próprio conceito de habitus e de práxis, as características para o entendimento das transformações [...] no campo das relações de gênero"

Ao introduzirmos a discussão sobre a utilidade da noção de gênero na construção das representações sociais do climatério, acreditamos estar deixando claro que, ao lado da variante “sistema de referências identitárias” (portanto, o grupo de pertencimento dos homens e das mulheres), gênero é também uma variante cultural importante, quando se trata de estudar a construção de significados para objetos do social que são fortemente influenciados por essas diferenciações.

Vimos, portanto, até aqui, que as profissionais da saúde que trabalham nos Programas de Assistência ao Climatério, ao fazerem a ancoragem dos sentidos atribuídos ao climatério, fazem-no a partir de uma ressignificação do signo velhice que, por sua vez, carrega as marcas do sistema de referências identitárias da classe média assalariada (como designa Domingos Sobrinho, 1994,1998), mas também, do habitus sexual feminino, como assinala Bourdieu (1999). Daí percebemos que, para as profissionais da saúde investigadas, o advento do climatério, dada a carga simbólica que lhe é atribuída pelas mesmas, traduz-se, de forma predominante, “numa fase difícil da vida da mulher”. Assim, de uma fase natural do ciclo biológico da vida feminina, o climatério passa a ser um evento “doloroso”, “muito difícil” que “amedronta”.

4.3 - O climatério como símbolo da maturidade da mulher

Antes de concluirmos este capítulo, vamos apresentar trechos de um dos discursos analisados que apontam para a existência de uma outra representação social do climatério. Mesmo que encontremos, nessa fala, muitos elementos comuns aos demais discursos, de acordo com as hipóteses formuladas por Abric (1994), temos, neste caso, uma estruturação diferenciada de um mesmo conteúdo. Vejamos o que diz essa profissional da saúde.

Eu não me sinto em nenhum estado diferente da minha vida inteira. A única coisa que eu sinto em... eu acho que eu tenho assim, assim... Eu sou uma pessoa hoje nessa fase... quando eu me vejo assim com mais idade, com a maturidade, bem madura mesmo, eu diria que eu me sinto assim... num, num... realizada, entendeu? Mais tranqüila, mais calma. Me sinto mais tolerante porque (pausa longa) também não sei se é porque eu faço opção por prática alternativa. Então, o fato que eu já vou para 18 anos que não como carne vermelha. Então não sei se isso aí vem me ajudando

também aí, aí, (pausa longa) me torna menos assim, mais compreensiva, menos agressiva (...) Então eu acho que se eu parasse para pensar sobre o climatério... então eu acho que esse é o momento... pra mim tem sido uma fase boa da minha vida, porque eu não estou mais com crianças pequenas, meus filhos já são grandes, já são independentes, eu hoje tenho mais condições de me dedicar ao meu trabalho, de me dedicar às coisas que eu gosto, às leituras((S3)

Observemos que a ênfase deste discurso não está centrada nas qualificações do objeto, tais como, “doloroso”, “muito difícil” ou que “amedronta”, mas em expressões do tipo “eu me vejo assim com mais idade, com a maturidade, bem madura mesmo, eu diria que eu me sinto assim... num, num... realizada, entendeu?” Vejamos um pouco mais:

Mas... mas até hoje não sinto assim... esses... sintomas que muitas companheiras minhas da minha idade sentem, né? De acordar assustada, de ter insônia, de ter palpitações, de ter um calor fora de série. Na verdade, agora, ultimamente, eu tenho sentido muito calor, mas eu acho que Natal tá muito, tá muito quente, né? Mas eu não sinto assim nada desses outros... sintomas... eu não senti ainda não (...) Às vezes eu fico esperando a toda hora que aconteça (risos), mas até aqui não aconteceu(S3).

Sim, uma coisa que às vezes me ocorre... às vezes, nessa idade agora, talvez mais do que nas outras é de pensar assim, um pouco assim... em doenças. É interessante eu antes vivia assim minha vida com 30, 40, vinte e tantos anos eu não estava assim preocupada com as doenças, mas hoje eu noto que tenho uma preocupação... assim, com as doenças, não é? Qual a doença que a gente vai ter, o que vai aparecer em mim. Aí vem essa coisa que eu tenho de nódulos mamários, né?(S3)

Como se pode constatar, esta profissional da saúde não deixa de compartilhar de vários elementos do conteúdo da representação social hegemônica. Por exemplo, a associação do climatério com o processo de envelhecimento e o sentido “doença”. Observemos que ela, mesmo dizendo não sentir os “sinais” do climatério “espera” por eles. Influenciada pela representação hegemônica, ou seja, pelo sentido hegemônico circulante nas interações cotidianas, ela imagina o momento em que poderá vir a sentir os “anúncios” do climatério. Da

mesma forma, embora se sentindo uma pessoa saudável, hoje começa a pensar mais nas doenças que pode vir a ter: “É interessante eu antes vivia assim minha vida com 30, 40, vinte e tantos eu não estava assim preocupada com doenças...”. Tem-se, assim, o exemplo de um agente que compartilha elementos de um mesmo conteúdo, mas que os articula em um outro campo semântico. Relembrando o que diz Abric (1994), duas representações sociais podem ter o mesmo conteúdo, mas serão diferentes porque esse conteúdo estará organizado em núcleos distintos. No nosso caso, o conteúdo representacional apreendido articula-se, de modo hegemônico, em torno dos elementos velhice/doença. Todavia, a partir do discurso aqui analisado, podemos perceber que o mesmo conteúdo está submetido a uma outra organização cuja centralidade é dada pelo campo semântico “maturidade”.

Uma outra evidência dessa diferente organização representacional é o fato da mesma resultar em orientações práticas distintas. Como temos destacado, desde o Capítulo I, as representações sociais constituem uma modalidade de saber que tem por finalidade orientar as ações e práticas das pessoas no seu cotidiano. Portanto, o sentido que elas constroem para um determinado objeto visa também a orientar as suas práticas e ações em relação ao mesmo. No discurso das profissionais de saúde que analisamos anteriormente predomina uma atribuição negativa de sentido ao objeto o que, no plano da ação, suscita atitudes de “medo”, “de fase difícil”, de tentar fugir dos sinais do climatério através da reposição hormonal (tentativa esta profundamente influenciada pelo discurso medicamentoso), de apego à estética corporal e adesão ao culto mercantilista da eterna juventude, entre outras. Neste último discurso, constata-se, pelo contrário, uma atribuição de sentido positiva. Nota-se que, apesar de compartilhar da crença de que o climatério aproxima a mulher da doença mais que antes, de sentir a influência das relações de gênero sobre a mulher nesta fase (“o climatério é mais

pesado para a mulher”), essa profissional indica compartilhar uma representação que a orienta para atitudes mais positivas diante da vida.

(...) Como fase da vida, eu digo que é uma fase nova e tudo, é a única coisa que me ocorre, esse lado mais companheira do meu companheiro. A gente combina muito, a gente tem muitas coisas parecidas, não é? Tem muita aproximação e, com o todo assim, me sinto bem. E, não sei quando chegar... encarar o outro lado, assim, fisiológico. Mas... mas até hoje não sinto assim...esses... os sintomas que muitas companheiras minhas de idade sentem, né?(S4)

Comparando os nossos achados até aqui, constatamos a justeza das hipóteses e princípios formulados por Serge Moscovici sobre a relação ativa do ser humano no processo de construção das representações. Sendo uma versão e extensão do sujeito social as representações traduzem, como estamos percebendo, as suas particularidades tanto no plano objetivo quanto subjetivo. Não existe, portanto, uma relação mecânica entre estruturas objetivas e subjetivas na construção simbólica do mundo. No processo de construção dos sentidos para o mundo que lhes rodeia, os sujeitos atuam, de forma criadora e estruturante, dentro dos espaços que, em última instância, estabelecem os limites de suas ações.



CAPÍTULO V

O CLIMATÉRIO E A MENOPAUSA NO OLHAR DAS USUÁRIAS



A chegada de Maria de Médici a Marselha (1622-5) No mesmo estilo das Três Graças, Rubens pinta as **náiades**, ninfas que governavam os rios, riachos, lagos, lagoas, poços, e pântanos. Entretanto, considerando-se o corpo arqueado, a cabeça jogada para trás, postura clássica da histeria, elas podem representar as **mênades** ou bacantes— mulheres de meia idade que acompanhavam os festejos dionisíaco.

No capítulo anterior, procuramos pôr em evidência os elementos principais do conteúdo da representação social do climatério construído pelas profissionais da saúde. Para fazê-lo, servimo-nos basicamente da análise do *corpus* de 10 entrevistas e do resultado da associação livre de idéias com duas frases indutoras. Devido ao fato de trabalharmos com um universo reduzido de sujeitos, tornou-se metodologicamente impossível aplicarmos à essa população um teste de associação livre de palavras ou evocação livre, posto que o mesmo necessita de um universo maior para que a análise da frequência e da ordem média das evocações permita chegar-se, com maior segurança, a certas conclusões. Neste capítulo, vamos apresentar o resultado de um teste de evocação livre realizado com 70 usuárias dos serviços de assistência ao climatério e 18 mulheres não usuárias e confrontar esse resultado com a análise de conteúdo de 25 entrevistas realizadas com as mesmas mulheres, visando, assim, ter maior clareza de como se organiza e se estrutura o conteúdo da representação em foco e perceber se estamos lidando com uma representação hegemônica, compartilhada, portanto, por grupos de mulheres socialmente heterogêneas.

Antes, porém, vamos apresentar alguns aspectos sócio-econômicos e demográficos que nos permitem situar as usuárias e não usuárias dos serviços que prestam assistência às mulheres no climatério, do ponto de vista de sua localização na estrutura social.

5.1 - Caracterização dos grupos de mulheres investigadas.

a) Idade.

Iniciando pela variável idade, podemos observar, na tabela que se segue, que elas possuem entre 40 e 65 anos, prevalecendo, no entanto, o intervalo entre 47 e 52 anos, correspondendo a 57,9%. De acordo com a literatura consultada, é nessa faixa etária onde os problemas do climatério, de ordem biopsicossocial, são mais evidentes. Também é nesse período que as mulheres estão mais expostas ao câncer de mama, de colo e do endométrio (SILVEIRA, 1993), assim como as doenças cardiovasculares (BACALTCHUK, 1993).

Tabela 1: Distribuição dos grupos de mulheres de acordo com a idade e as instituições.

INSTITUIÇÃO CARACTERÍSTICA	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IDADE										
40- 46	04	40,0	10	23,2	05	29,4	06	33,3	25	28,4
47 – 52	06	60,0	24	55,8	11	64,7	10	55,6	51	57,9
53 - 58	-	-	06	14,0	01	0,59	03	11,1	09	10,0
59 – 65	-	-	03	7,0	-	-	-	-	03	3,7
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

b)Estado civil

A maioria das usuárias foram classificada como casadas (72,7%), conforme se vê na Tabela 2. Destas, apenas uma estava vivendo a segunda união. As demais estavam casadas há mais de vinte anos. Constatamos ainda que 9,1% eram solteiras, 6,8% viúvas e 11,4% separadas.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres de acordo com o estado civil

ESTADO CIVIL	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	07	70,0	35	81,3	08	47,1	14	77,8	64	72,7
Solteira	-	-	03	07,0	05	29,4	-	-	08	09,1
Viúva	01	10,0	02	04,7	-	-	03	16,7	06	06,8
Separada	02	20,0	03	07,0	04	23,5	01	05,5	10	11,4
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

A Tabela do estado civil difere assim da realidade mostrada na literatura onde registra-se uma grande incidência de mulheres separadas ou em segunda união nessa fase da vida. É comum encontrarmos nos textos sobre climatério a justificativa de que, nessa idade, as mulheres enfrentam com mais freqüência a situação do divórcio e têm mais dificuldade, do que os homens, em estabelecer uma nova união (VAITSMAN, 2001 ; CIORNAI, 1999; DONLING, 1996; GREER,1994).

c)Escolaridade

Quanto a esta variável, constatamos, a partir da Tabela 3, que 40,9% possuíam de 5 a 7 anos de escolaridade, portanto, não haviam concluído o primeiro grau, uma vez que este exige oito anos de estudos. Outros dados coletados por nós, e não apresentados na referida tabela, indicam que apenas 12 mulheres (13,6%) haviam concluído o primeiro grau; 10 (11,4%) possuíam o

segundo grau incompleto e 17 (19,3%) haviam concluído este nível. Na tabela, pode-se observar que estão entre as usuárias da Maternidade Escola, o índice de mulheres com menor escolaridade (65%). Quanto à população com mais de 14 anos de escolaridade, esta não ultrapassou os 10,2%: 03 mulheres encontravam-se cursando o terceiro grau e 06 já o haviam concluído (01 da BEMFAM, 02 da MEJC, 01 do CSR e 03 de OUTRAS). Com relação ao nível de escolaridade dos maridos, as usuárias afirmaram que os mesmos possuíam "menos estudo" que elas. Apenas duas mulheres detentoras de diploma de nível superior afirmaram que seus parceiros possuíam o mesmo nível de escolaridade.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres de acordo com os anos de escolaridade e as instituições

ANOS DE ESCOLARIDADE	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De 5 a 7 anos	03	30,0	28	65,0	04	23,5	01	5,6	36	40,9
De 8 a 10 anos	04	40,0	07	16,3	06	35,3	05	27,8	22	25,0
De 11 a 13 anos	02	20,0	05	11,7	06	35,3	08	44,4	21	23,9
De 14 acima	01	10,0	03	7,0	01	5,9	04	22,2	09	10,2
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

d) Renda familiar

Quanto à renda familiar, conforme mostra a Tabela 4, constatamos que 18,2% percebiam renda de até 1 salário mínimo (SM); 47,7% de 2 a 4 SM; 18,2% de 5 a 7 SM. As famílias que atingiam uma renda mensal entre 8 e 10 SM e acima de 10 representaram respectivamente 3,4% e 12,5%. Constatamos, pois, que 65,9% das mulheres investigadas viviam em famílias que não ultrapassavam a renda mensal de 4 SM. Relacionando os salários com as instituições investigadas temos o seguinte: a maior parte das mulheres atendidas pela BEMFAM situavam-se entre 2 e 4 (40%) e 5 a 7 (40%) salários mínimos. Na Maternidade, 62,8% recebiam de 2 a 4 salários; no Centro de Saúde Reprodutiva, 47% situavam-se entre 2 e 4 salários e 50% das mulheres que estão na categoria “outras” recebiam acima de 10 salários.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres de acordo com a Renda Familiar

RENDA FAMILIAR EM SALÁRIO MÍNIMO (SM)	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
> de 2 SM	-	-	09	20,9	06	35,3	01	5,8	16	18,2
De 2 a 4 SM	04	40,0	27	62,8	08	47,0	03	16,6	42	47,7
De 5 a 7 SM	04	40,0	07	16,3	02	11,8	03	16,6	16	18,2
De 8 a 10 SM	-	-	-	-	01	5,9	02	11,0	03	3,4
Acima de 10 SM	02	20,0	-	-	-	-	09	50,0	11	12,5
TOTAL	10	100	43	100	17	100	18	100	88	100

Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos), o/a trabalhador/a natalense com uma família constituída por dois adultos e duas crianças precisaria ter uma renda mensal de R\$ 1.087,51, ou seja, 6.04 vezes o atual salário-mínimo (R\$ 180,00)³¹ para satisfazer suas necessidades básicas. Isto considerando que o Estado esteja cumprindo com o seu dever de assegurar a oferta de serviços essenciais como educação e saúde. Quando cruzamos a renda com o número de filhos, as famílias que se aproximam da renda exigida pelo DIEESE diminuem ainda mais, uma vez que a média verificada junto a 44,2% das mulheres foi de 3 a 4 filhos (exceção para a BEMFAM, onde 65,2% têm dois filhos).

Um outro fator que pode agravar sobremaneira as condições de vida das famílias das quais fazem parte as mulheres no climatério é a incidência do diabetes mellitus e da hipertensão, doenças que oneram consideravelmente a renda familiar. Outro agravante, ainda, é o fato dessas mulheres conviverem com um discurso que medicaliza essa fase da vida, impulsionando-as para um consumo elevado de medicamentos e outros produtos que prometem atuar como uma inesgotável fonte de boa saúde e jovialidade, estados que dificilmente podem ser assegurados com a renda que possuem. Esta realidade pode ser bem constatada nos discursos seguintes. O primeiro da coordenadora do Programa da Maternidade Escola e os demais de mulheres usuárias.

Aqui nós não fazemos muito a terapia da reposição hormonal. Primeiro porque a mulher não vai comprar o remédio. Então não me adianta fazer uma medicação hormonal um mês, dois meses se ela não pode continuar o tratamento[...]. Nossa proposta, a exemplo de toda a América Latina, é mais educativa... muitas vezes eu digo a elas que assistir à palestra é mais importante do que o remédio porque este nem sempre elas podem comprar.(S4)

A médica vai passar remédio para melhorar esse calor que eu sinto. Mais mulher é tanto exame que eu tenho que fazer... só consegui fazer o de sangue. Também não posso pagar... e vou ser sincera, não tenho vergonha de falar, às vezes falta dinheiro até para o transporte (MEJC 10).

³¹ O salário mínimo na época da coleta dos dados (1997/98) esteve em torno de R\$ 150,00. O salário mínimo aqui referenciado (R\$ 180,00) entrou em vigor em 1º de maio de 2001.

Sinceramente... se for prá eu comprar os hormônios não dá. Da outra vez que tive aqui ela passou para eu tomar três meses e retornar. Eu só pude comprar um mês (MEJC15).

e) Ocupação

A distribuição das mulheres pela ocupação serve para reforçar a nossa compreensão do nível sócio-econômico das pesquisadas, mas também para percebermos como se dá a sua inserção no mundo do trabalho e na divisão doméstica do trabalho, segundo as relações de gênero nas quais as mesmas estão inseridas. Dentre as 88 mulheres pesquisadas, 34,1% se auto-classificaram como “Do Lar”, expressão comumente utilizada para dizer que a mulher “não trabalha” ou “desenvolve apenas as tarefas domésticas”, como também para diferenciá-la da empregada doméstica. É oportuno destacar que esta expressão, bastante utilizada por pesquisas de cunho estatístico, parece já ter sido assimilada por muitos segmentos da população natalense³². Trata-se, evidentemente, de uma expressão que serve para desqualificar o trabalho feminino realizado no âmbito da unidade familiar. Como é por demais sabido, no linguajar cotidiano da sociedade brasileira costuma-se dizer que a mulher que desenvolve tarefas restritas à unidade familiar “não trabalha” – algo que vem sendo combatido por autores/as partidários/as de uma abordagem do social na perspectiva de gênero.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres de acordo com a ocupação

OCUPAÇÃO/ PROFISSÃO	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Do Lar	01	10,0	22	51,1	04	23,5	03	16,6	30	34,1
Doméstica	-	-	08	11,8	02	11,8	-	-	10	11,4
Comerciante	03	30,0	-	-	-	-	03	16,6	06	06,8
Comerciarista	01	10,0	-	-	-	-	-	-	01	01,1
Professora	02	20,0	01	02,3	01	05,9	04	22,2	08	09,1
Costureira	01	10,0	05	11,7	01	05,9	01	05,5	08	09,1
Secretária	-	-	01	02,3	01	05,9	-	-	02	02,3
Funcionária Pública	02	20,0	05	11,7	08	47,0	03	16,6	18	20,4
Aposentada	-	-	01	2,3	-	-	04	22,2	05	05,7
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: pesquisa de campo

Quando aprofundamos o conhecimento sobre o trabalho doméstico das nossas entrevistadas, percebemos que as mesmas, ao utilizarem a expressão “Do Lar” queriam fazer referência tanto ao trabalho doméstico convencional, quanto à atividade destinada à produção de mercadorias para o mercado formal, tais como, ajudar o marido na quitanda (acoplada à casa do casal), na padaria, na banca de revistas, todos estabelecimentos freqüentemente situados nas proximidades da residência familiar.

³² Várias pesquisadoras e pesquisadores do Núcleo de representação social do Programa de Pós-Graduação em Educação, ao qual esta pesquisa esteve vinculada, afirmam ter encontrado esse mesmo tipo de auto-classificação.

Uma outra observação interessante que podemos fazer da Tabela 5 diz respeito ao tipo de engajamento das usuárias no mercado de trabalho formal e informal. Todas elas desenvolvem trabalhos ou possuem ocupações consideradas específicas das mulheres. É o caso das empregadas domésticas, costureiras, funcionárias públicas que são engajadas como auxiliares de serviços gerais, auxiliares de enfermagem e professoras e, ainda, das comerciárias que estão envolvidas com vendas de artigos femininos. Estas constatações servem para enfatizar que elas ocupam os lugares mais tradicionalmente destinados às mulheres no mundo da “dominação masculina”, para usarmos a expressão - título do livro de Pierre Bourdieu (1999). Embora, no mundo contemporâneo, as mulheres venham redefinindo cada vez mais os seus lugares, graças às lutas e movimentos sociais por elas desenvolvidos, como indica Medici (1999), as oportunidades no mercado de trabalho ainda são bastante limitadas e desiguais, se comparadas com o papel da força de trabalho masculino. É pertinente ressaltar ainda que, segundo estatística da ONU, as mulheres são responsáveis por 2/3 do trabalho realizado no mundo, mas só detêm 1/10 da renda mundial e menos do que 1/100 propriedades mundiais (WILLIAMS, 1999)

Com base nos dados apresentados e nas observações feitas ao longo do trabalho de campo, concluímos que as usuárias dos serviços de assistência ao climatério, na cidade do Natal, têm baixo nível de escolarização, possuem uma renda familiar que não supre todas as necessidades básicas de uma família padrão (de acordo com o DIEESE) e dedicam-se, fundamentalmente, às atividades domésticas. Quando possuem algum tipo de engajamento formal ou não formal, o mesmo ocorre nas ocupações “tipicamente femininas”.

Podemos ainda afirmar que as usuárias da Maternidade Escola, da BEMFAM e do Centro de Saúde Reprodutiva, na sua grande maioria, habitam os bairros populares das zonas Oeste e Norte da cidade, não têm acesso a meios de comunicação mais diversificados, ou seja, para além do rádio e da televisão e algumas revista mais populares (Contigo, Ana Maria, entre outras) e não têm acesso a serviços de saúde que não sejam da rede pública. Dessa forma, as mesmas tenderão sempre a construir suas representações sociais do climatério lançando mão das crenças, valores, imagens, mitos e outras produções mentais e simbólicas que povoam o universo do senso comum. As informações médicas ou rigorosamente científicas estão ausentes ou são bem raras nas redes de comunicação nas quais estão inseridas.

Antes de concluirmos esta seção, vamos fazer também algumas considerações sobre o perfil das mulheres integrantes da categoria “outras”. Como já foi citado na metodologia, essas mulheres não eram usuárias dos serviços investigados. Na sua maioria (55%), foram contactadas nas instituições investigadas e ali se encontravam como acompanhantes das usuárias, o que indica, neste caso, terem acesso às duas realidades: a do serviço público, onde as mulheres por elas acompanhadas eram atendidas, e a do serviço particular de saúde, que utilizam. As demais foram escolhidas aleatoriamente, com base em dois critérios: não ser usuária dos serviços e estar vivendo a fase do climatério.

Conforme foi mostrado nas Tabelas, elas apresentavam as seguintes características: na sua maioria, encontravam-se na faixa etária de 50 a 59 anos (55,6%); eram casadas (77,8), possuíam um grau de escolarização maior que as usuárias, pois 44,4% delas haviam concluído o segundo grau e 22,2% detinham diploma de curso superior ou encontravam-se na universidade, assim como detinham uma maior renda familiar: 50% tinham renda acima de 10 SM.

Com relação à ocupação, constatamos também, entre estas, a predominância de ocupações femininas. Diferentemente da maioria das usuárias, essas mulheres procediam da zona sul e leste da cidade do Natal e demonstravam ter acesso à diferentes meios de comunicação social sobre o climatério. Pode-se, portanto, supor que, dada a sua melhor condição social, elas sofrem uma maior influência do discurso médico e das informações sobre o climatério circulantes na mídia, quando da construção de suas representações sobre o objeto em questão.

5.2 – Características Ginecológicas e Obstétricas

Os dados aqui apresentados foram retirados da parte do questionário que denominamos de *Antecedentes ginecológico e obstétrico*³³. Apresentaremos, a seguir, apenas os resultados mais relevantes constatados após a tabulação dos mesmos.

a) Antecedentes menstruais

A investigação dos antecedentes menstruais é importante para que possamos fazer uma avaliação das chamadas “irregularidades menstruais”, citadas pelas usuárias, as quais são consideradas como um dos sinais do período da pré-menopausa. Da mesma forma, são importantes porque é através da menstruação que toda mulher em atividade heterossexual ativa controla a concepção.

Tabela 6 - Distribuição das mulheres de acordo com os antecedentes menstruais e as Instituições investigadas.

MENARCA	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%
De 9 a 11 anos	01	10,0	05	11,6	04	23,5	04	22,2	14	15,9
De 12 a 14 anos	08	80,0	25	58,1	10	58,8	10	55,6	53	60,2
De 15 a 17 anos	01	10,0	11	25,6	03	17,6	04	22,2	19	21,6
Aos 18 anos	-	-	01	2,3	-	-	-	-	01	1,1
Não lembra	-	-	01	2,3	-	-	-	-	01	1,1
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0
MENOPAUS A										
Sim	5	50,0	25	58,1	11	64,7	12	66,7	53	60,2
Não	5	50,0	18	41,9	6	35,3	6	33,3	35	39,8
Normal	1	20,0	13	52,0	5	45,5	5	41,7	24	45,3
Cirúrgica	4	80,0	12	48,0	6	54,5	7	38,9	29	54,7
MENSTRUAÇÃO										
Normal	4	80,0	12	66,7	5	83,3	4	66,7	25	71,4
Irregular	1	20,0	6	33,3	1	16,7	2	33,3	10	28,6

Fonte: pesquisa de campo.

Observa-se na Tabela 6 que a primeira menstruação ou menarca, aconteceu em 60,2% das mulheres entre 12 e 14 anos de idade, prevalecendo a idade de 13 anos. Quanto à menopausa, no nosso universo, a mesma já aconteceu para 60,2% das mulheres, sendo que, para 54,7%, foi em decorrência de um processo cirúrgico. Na atualidade, há uma tendência, já constatada por Pou Ferrari (1996) e outros autores,

³³ O termo não foi criado por nós . Ele é próprio da anamnese médica.

da menarca acontecer mais cedo, entre 10 e 12 anos de idade. Já quanto a menopausa, segundo o autor citado, não houve modificação prevalecendo a faixa etária em torno dos 50 anos.

No Brasil, anualmente, cerca de 400 mil mulheres são submetidas à histerectomia e 2 mil delas morrem em decorrência de infecção hospitalar e cirurgias mal-sucedidas (TELES e RODRIGUES, 1997, p.41). Mesmo que outras técnicas já tenham sido desenvolvidas, como por exemplo, a “ressecção do endométrio”, que além de preservar o útero é mais econômico para a sociedade e o Estado, ainda não se conseguiu romper com a ideologia de que, na menopausa, o útero não tem mais utilidade. Informou o ginecologista Dr. Reginaldo Guedes Coelho, em entrevista concedida a Teles e Rodrigues (op. cit) que a histerectomia diminui a secreção vaginal e pode provocar aderências abdominais. Estas, por sua vez, podem trazer alterações fisiológicas e disfunções sexuais. As irregularidades menstruais, que caracterizam a fase da pré-menopausa e que contribuí para a necessidade de uma histerectomia, não se confirmaram no nosso universo. Algumas mulheres que afirmaram ter a menstruação irregular, esclareciam depois: “eu sempre fui irregular”; “ela sempre foi assim desmantelada”. Não constatamos, também, a ocorrência de menopausa precoce. As mulheres que tiveram menopausa natural estavam com idade entre 49 e 53 anos.

b) Iniciação na vida sexual

A Tabela 7 mostra que 66% das mulheres por nós investigadas iniciaram a vida sexual na faixa etária entre 19 e 30 anos, 28,4% iniciaram-na durante a adolescência. Quando perguntamos com que idade haviam tido as primeiras relações sexuais, quase todas afirmaram “quando casei”³⁴. A exceção esteve por conta das mulheres solteiras que disseram ter se iniciado na vida sexual depois dos 35 anos (apenas 3). E isto só foi possível, segundo elas, devido à liberdade financeira e emocional alcançada, pois tinham sido educadas em regimes familiares muito rígidos e repressores.

³⁴ É evidente que não podemos, sem lançar mão de outras informações, acreditar na veracidade dessas respostas. Diante de uma questão de foro íntimo e tão cercada de mitos e preconceitos é esperado que as mulheres se protejam da investigação. Como não pretendíamos ir além dos objetivos aqui traçados, preferimos manter a resposta, mas fazendo esta ressalva.

Tabela 7 - Distribuição das mulheres de acordo com a idade da primeira relação sexual e as instituições investigadas

IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes dos 15	01	10,0	01	2,3	-	-	01	5,6	03	3,4
15 a 18	01	10,0	12	27,9	05	29,4	04	22,2	22	25,0
19 a 24	08	80,0	20	46,5	04	23,5	08	44,4	40	45,5
25 a 30	-	-	07	16,4	07	41,1	04	22,2	18	20,5
31 a 35	-	-	01	2,3	-	-	-	-	01	1,2
36 a 40	-	-	01	2,3	-	-	01	5,6	02	2,2
Mais de 40	-	-	-	-	01	6,0	-	-	01	1,2
Não lembra	-	-	01	2,3	-	-	-	-	01	1,2
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: pesquisa de campo

c) Sobre as práticas contraceptivas

Quanto às práticas contraceptivas, a Tabela 8 mostra que não nos distanciamos da realidade nacional nem, particularmente, da realidade do Nordeste, onde a laqueadura tem sido o método contraceptivo mais utilizado e aceito como mais seguro. Percebemos, pois, que 60,8% das mulheres optaram por esse método, depois de terem experimentado vários outros; a seguir vem a utilização do comprimido (50%) e a prática da “tabela” (20%). Apenas 27,3% disseram não ter usado nenhum método contraceptivo.

Tabela 8 – Distribuição das mulheres de acordo com as práticas contraceptivas e as instituições investigadas.

CONTRACEPÇÃO	BEMFAM(10)		MEJC(43)		CSR(17)		OUTRAS(18)		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%
Comprimido	07	70,0	21	48,8	08	47,1	08	44,4	44	50,0
Laqueadura	05	50,0	27	62,8	10	58,8	11	61,1	53	60,8
Camisinha	02	20,0	03	7,0	02	11,8	02	11,1	09	10,2
Tabela	03	30,0	07	16,3	06	35,3	04	22,2	20	22,7
C. Interrompido.	01	10,0	02	4,7	01	5,9	01	5,6	05	5,7
Nunca usou	01	10,0	15	34,9	04	23,5	04	22,2	24	27,3
Remédio caseiro	-	-	03	7,0	01	5,9	-	-	04	4,5
DIU	-	-	02	4,7	03	17,6	01	5,6	06	6,8
Diafragma	-	-	-	-	-	-	01	5,6	01	11,4

Fonte: pesquisa de campo.

É importante destacar a conduta contraceptiva das mulheres, pois, através dela, podemos identificar a influência do discurso médico e da religião sobre o seu corpo e as relações de gênero que permeiam essa prática. Por exemplo, enquanto constatamos que 60,8% das mulheres haviam se submetido à laqueadura, encerrando, portanto, bem antes da menopausa a sua função reprodutiva, o número de homens no Brasil que aceitam ser vasectomizados, indicam os dados por demais conhecidos no meio médico, é ainda insignificante. As mulheres justificaram a predominância do uso da laqueadura porque ou o comprimido “ofendia” ou o marido não aceitava que elas o utilizassem. Algumas que afirmaram ter “optado” pelo DIU, referiram que foi uma estratégia utilizada para “esconder” que estavam evitando a gravidez. Nesta mesma direção, ao privilegiar os métodos contraceptivos femininos, os serviços públicos de saúde reforçam também a idéia machista de que é responsabilidade da mulher evitar a gravidez.

Tabela 9 – Distribuição das mulheres de acordo com o comportamento frente ao uso do preservativo.

USO PRESERVATIVO	BEMFAM (10)	MEJC (43)	CSR (17)	OUTRAS (18)	TOTAL (88)
------------------	----------------	--------------	-------------	----------------	---------------

	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Usa preservativo	01	10,0	-	-	02	11,8	02	11,1	05	5,7
Usa só para evitar gravidez	-	-	01	2,3	-	-	01	5,6	02	2,3
O parceiro não aceita usar	02	20,0	-	-	-	-	-	-	02	2,3
Não usa, mas preocupa-se	03	30,0	10	23,2	05	29,4	01	5,6	19	21,6
Confia no parceiro	04	40,0	26	60,5	07	41,2	11	61,1	48	54,5
Sem vida sexual ativa	-	-	06	14,0	03	17,6	03	16,7	12	13,6

Fonte: pesquisa de campo

Outro dado que ressalta a “dominação masculina”, como bem define Pierre Bourdieu (1999), a relação de poder entre os gêneros é o fato de 64,7% das mulheres afirmarem não usar preservativo porque “confiam no parceiro” (Tabela 9). A este respeito escreve Barbosa (1996, p.157) que, “demandar de seu parceiro o uso do preservativo poderá significar colocar em risco a relação, o que pode ser particularmente significativo para as mulheres dependentes emocional e financeiramente do parceiro”³⁵.

As mulheres que estão no final do período fértil são tão vulneráveis à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, quanto as meninas que estão iniciando seu ciclo reprodutivo, dada a diminuição das defesas naturais da vagina. e a não utilização de preservativos. Ambas podem ter um ciclo ovulatório em meio a vários ciclos anovulatórios. Pesquisas feitas por Nachtigall et al (1997) mostram que 80% dos casos de gravidez nas mulheres americanas com mais de 40 anos de idade, não são planejadas.

d) Prevenção do câncer uterino

O câncer uterino ou cervical é a terceira causa básica de morte, sendo que 72,5% dos cânceres classificados como tumores do útero são neoplasias cervicais (SZWARCOWALD e CASTILHO, 1989, p.139). Em nossa pesquisa,

³⁵ Entre a população feminina, é no grupo constituído pelas mulheres casadas, onde está havendo maior contaminação pela AIDS. Embora sejam as mulheres quem mais freqüentam os serviços de saúde, não é comum associar-se a AIDS os sintomas que elas apresentam. Estes geralmente são entendidos como problemas psicológicos ou atribuídos a outras doenças. (BARBOSA, 1996, p.156).

observamos que a preocupação com o câncer ginecológico é maior entre as mulheres que apresentam algum tipo de inflamação uterina, principalmente quando estas são resistentes ao tratamento. O câncer ginecológico, além de representar a possibilidade de morte, também coloca as mulheres frente a alternativas terapêuticas como a mastectomia, histerectomia, ooforectomia, as quais resultam, na verdade, na mutilação de partes do corpo determinantes da condição feminina. Vejamos, agora, como se comportam as mulheres com relação aos exames preventivos deste tipo de doença.

Tabela 10 – Distribuição das mulheres de acordo com a frequência do exame “preventivo” e as instituições investigadas

ATIVIDADE	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%	Nº	%
Anual	04	40	25	58,1	8	47,1	10	55,6	47	53,4
Semestral	03	30	12	27,9	4	23,5	4	22,2	23	26,2
Demora a fazer	01	10	1	2,3	2	11,8	3	17,6	7	8,0
Primeira vez	01	10	2	4,7	-	-	-	-	3	3,4
Fez uma vez	01	10	1	2,3	1	5,9	1	5,9	4	4,5
Depende	-	-	2	4,7	1	5,9	-	-	3	3,4
Nunca fez	-	-	-	-	1	5,9	-	-	1	1,1

Fonte: pesquisa de campo

Como vemos, a grande maioria, 79,5%, disse fazer o exame preventivo: uma vez por ano (53,4%) ou de 6 em 6 meses (26,1%), portanto, de acordo com a recomendação médica. Todavia, quando procuramos saber sobre o resultado dos mesmos, constatamos que 19%, não lembravam, 20% haviam recebido resultado positivo e 34% disseram ter sido “normal” - o que, no entanto, não significava estar totalmente livre de qualquer processo inflamatório. Segundo os depoimentos, “uma leve inflamação” é algo considerado “normal” para o profissional médico.

As mulheres que responderam “depende”, esclareceram que às vezes fazem o exame de 6 em 6 ou de ano em ano e atribuíram essa irregularidade a fatores como: “esquecem”, “deu alguma coisa”, “faltou material” ou, ainda, “os funcionários estavam em greve”, na época em que tentaram fazê-lo.

d) Prevenção do câncer de mama

A respeito da prevenção do câncer de mama, o auto-exame constitui-se numa prática fundamental para as mulheres que estão no climatério, principalmente para aquelas que estão fazendo terapia hormonal. Os dados da Tabela 11 parecem indicar que as campanhas educativas têm surtido os seus efeitos. Constatamos que mais de 60% das mulheres fazem o auto-exame na hora do banho. Aquelas que admitiram nunca fazê-lo, 17%, alegaram *não saber, não gostar, não lembrar, achar horrível e não ligar muito para fazer*. Em todo caso, percebemos que o medo é um fator que influencia o fazer e o não fazer o auto-exame. Se para a maioria das mulheres o fator medo é o que as motiva a fazer o auto-exame, este mesmo fator funciona, para uma minoria, como inibidor do mesmo, ou seja, não faz por medo de “encontrar alguma coisa”.

Tabela 11 – Distribuição das mulheres de acordo com o auto-exame de mama e as instituições investigadas

<i>AUTO-EXAME DE MAMAS</i>	<i>INSTITUIÇÕES</i>									
	<i>BEMFAM</i>		<i>MEJC</i>		<i>CSR</i>		<i>OUTRAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>As vezes; quando lembra</i>	01	10,0	10	23,2	04	23,5	01	5,5	16	18,2
<i>Nunca faz; não sabe fazer</i>	-	-	04	9,3	01	5,9	02	11,1	07	8,0
<i>Nunca faz. Tem medo</i>	02	20,0	03	7,0	01	5,9	03	16,7	09	10,2
<i>Faz porque tem medo</i>	03	30,0	03	7,0	-	-	-	-	06	6,8
<i>Sempre faz; na hora do banho</i>	04	40,0	23	53,5	11	64,7	12	66,7	50	56,8

Fonte: pesquisa de campo

A preocupação com o câncer de mama, aqui demonstrada, é um dado importante para quem lida com a assistência e educação para a saúde da mulher, principalmente para aquelas que estão ou começam a entrar na fase do climatério porque, como destacam Faerstein, Aquino e Ribeiro (1989), a mortalidade por câncer de mama nas mulheres entre 30 e 49 anos é maior do que a mortalidade por câncer de pulmão entre homens na mesma faixa etária. Se há uma relação direta entre o câncer de mama, do endométrio e a reposição hormonal, e se há também uma relação direta entre estes tipos de canceres e o envelhecimento, não deveria a reposição hormonal ser melhor investigada ?

e) Distribuição das mulheres de acordo com o número de filhos

Quanto à esta variável, os nossos dados apontam a mesma tendência que vem sendo constatada pelo último censo realizado pelo IBGE (BERQUÓ, 1999), ou seja, a queda na taxa de natalidade, pelo menos nos centros urbanos de maior concentração populacional. De acordo com os dados coletados, embora percebamos uma forte variação no número de filhos/as (de 01 a 13), prevalece, no entanto, a tendência à limitação da prole, posto que 55,5% das mulheres tiveram de 1 a 3 filhos/as. O percentual de mulheres que tiveram de 4 a 6 filhos/as foi de 36,1%. De 7 a 13 filhos/as o percentual variou entre 1,2 e 2,4%. As mulheres sem filho ou filha representaram 5,7% do total de mulheres investigadas. Quanto à idade da primeira gestação, encontramos uma variação entre 15 e 42 anos, prevalecendo as faixas etárias de 18 a 20 (26,1%) e de 21 a 25 anos (30,7%). Já na idade da última gestação

houve predominância das faixas etárias de 20 a 25 (12%), de 26 a 30 (33,7%) e de 31 a 35 (28,9%).

5.3 - A organização e a estrutura da representação social do climatério construída pelas usuárias.

Como afirma Abric (1994), uma representação se define por dois componentes básicos: o seu conteúdo e a sua organização. No primeiro caso, têm-se as informações e atitudes, no segundo, a estrutura inteira ou, no dizer de Moscovici (1978), o campo da representação..

Não é, pois, apenas o conteúdo em si mesmo, porém a sua organização que deve ser pesquisada. E, para nós, essa organização repousa sobre uma hierarquia entre os elementos, determinada pelo que nós chamamos de núcleo central (ABRIC, 1994, p.60)

Por esta razão, a pesquisa em representações sociais precisa combinar métodos e técnicas que visem fazer emergir esses elementos constitutivos, o que não pode ser atingido apenas pelas produções discursivas, principalmente quando essas não estão referenciadas por um quadro institucional, profissional e social específicos.

A associação livre de palavras e expressões, a partir de um termo indutor, como se pode ver a seguir, permite a manifestação de elementos implícitos ou latentes que seriam “perdidos ou mascarados”, como diz Abric (apud SÁ, 1996, p.116), nas produções discursivas convencionais (como a entrevista, por exemplo).

O caráter espontâneo – portanto menos controlado – e a dimensão projetiva dessa produção deveriam, portanto, permitir o acesso, muito mais facilmente e rapidamente do que em uma entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudo.

Passamos, agora, a apresentar o resultado geral do teste de evocação livre feito junto às 70 mulheres usuárias que compõem o universo de nossa pesquisa³⁶. Antes, porém, devemos esclarecer que a utilização do termo indutor “menopausa” (Cf. Quadro I) foi definida após a fase exploratória da pesquisa, quando procuramos verificar que palavra poderia melhor se adequar ao universo lingüístico das mulheres investigadas, ou seja, servir de termo indutor e assim captar os sentidos atribuídos ao objeto em questão.

³⁶ O teste foi aplicado às 18 mulheres classificadas na categoria Outras, contudo não foi analisado posto que, esta categoria funcionou como uma espécie de grupo de contraste.

QUADRO 1

Resultado da Associação Livre com o termo menopausa por programa de assistência ao climatério

BEMFAM	CSR
1-Nada 2-O que a gente não tinha e chegou 3-Falta de menstruação 4-Não menstruar mais 5-Fim do sexo 6-Sei não 7-Falta de menstruação 8-Velhice 9-Queda nos hormônios 10-Falta de menstruação	1-Lembra a idade. 2-Fim da juventude . 3-Menos hormônio 4-Quando era mais jovem 5- Saúde 6-Final da menstruação 7-De quando eu era jovem 8-Da velhice 9-É como um pausa . não posso mais ter filhos 10-Pessoa ficando velha 11-Não tô sabendo explicar 12- Muito ruim 13- Também (meia idade) 14- Do tempo em que eu tinha saúde 15-Pausa pra tudo 16-Da velhice 17- Sei lá! Que tá ficando velha
MEJC	
1-Velhice 2-Quando termina a menstruação. 3-Do tempo que eu era jovem e tinha menstruação. 4-A menstruação acabando. Caminhar para a velhice. 5-Velhice 6- Sei lá, menina. 7-Menstruação que acaba. 8- Uma pausa 9- Acabar a menstruação, mais tranqüila. 10-Falta de menstruação 11- Falta de saúde 12-Pessoa ficar velha? 13-Não sei dizer 14- Só desgraça. 15-Sem menstruação. 16- Deixar de menstruar. 17-Parar de menstruar 18-A menstruação que acaba 19-..Não sei. 20-Parada da menstruação 21-A idade 22—Só coisa ruim	23-Velhice 24-Sei lá 25-Velhice 26-Doença 27-Doença 28-Muitas coisas, né? Doença 29--A menstruação está para se acabar. 30-Falta da menstruação 31-Doença 32-Não gosto dessa parte 33-Coisa pequena, coisa parada 34-Idade 35-Terminou a menstruação 36-Não lembro de nada 37-Deixa a pessoa doente. Sei lá! 38--Velhice 39-Ta ficando mais velha 40-A menstruação ta acabando 41-Menstruação 42-Sei lá! 43-Velhice.

Fonte: Pesquisa de Campo

Para Abric (1994), dois critérios permitem identificar as palavras que provavelmente pertencem ao núcleo central de uma representação: a frequência da evocação e a

ordem média³⁷. No nosso caso, como já foi explicitado no capítulo metodológico, vamos nos limitar à frequência das evocações, posto que as mulheres apenas associaram uma palavra ou expressão ao termo indutor utilizado. No Quadro 2 estão agrupadas as evocações que formam os campos semânticos responsáveis pela atribuição de sentido ao objeto em estudo. Temos, pois, a categoria **velhice** formando um campo semântico aglutinador de 21 evocações e **doença** que aglutina 8.

QUADRO 2

Categorização e frequência das evocações dos campos semânticos velhice/doença

CATEGORIAS	EVOCAÇÕES	FREQÜÊNCIA
Velhice	Velhice	09
	Que ta ficando velha	04
	De quando era mais jovem	03
	A idade	03
	Fim da juventude	01
	Caminhar para a velhice	01
Doença	Doença	04
	Do tempo que tinha saúde	02
	Falta de saúde	01
	Deixa a pessoa doente	01
TOTAL		29

Fonte: pesquisa de campo

No Quadro 3, estão arroladas as evocações que fazem referência à definição do objeto (menopausa=fim da menstruação), a aspectos fisiológicos do mesmo (queda dos hormônios/menos hormônios) e outras evocações com frequência bastante reduzida, mas, o mais importante, com menor poder de aglutinação, de atribuição "coletiva" de sentido - considerando-se os pressupostos que nos orientam na identificação dos elementos do núcleo central de uma representação.

³⁷ A ordem média de evocação de cada palavra, segundo SÁ (1996, p. 116-117), é dada pela "média das ordens em que (cada uma) foi evocada pelos diversos sujeitos". Citando o exemplo de uma pesquisa feita por Vergès (1992, apud SÁ, op. cit), assim explica o autor: "A pesquisa envolveu 367 sujeitos adultos, de ambos os sexos, habitantes da região de Marseille, aos quais foi feita por telefone a seguinte pergunta: 'Quais são para você as palavras ou expressões que o dinheiro lhe faz pensar?' As respostas eram registradas na ordem em que foram evocadas por cada um dos sujeitos. Das 236 palavras diferentes em um total de 877 evocações, Vergès propõe tomar-se em consideração inicialmente apenas aquelas 24 que apareceram mais de 10 vezes, as quais, embora constituindo somente 10% do inteiro conjunto de palavras, correspondiam a 54% do total de evocações. Calcula-se então a ordem média de evocação de cada palavra como a média das ordens em que ela fora evocada pelos diversos sujeitos, atribuindo-se peso '1' a uma evocação em primeiro lugar, peso '2' quando se tratava da segunda evocação do sujeito, e assim por diante".

QUADRO 3
OUTRAS EVOCAÇÕES COM O TERMO INDUTOR MENOPAUSA
E RESPECTIVAS FREQUÊNCIAS

CATEGORIAS	EVOCAÇÕES	FREQUÊNCIAS
Fim da menstruação	Menstruação acabando	05
	Falta da menstruação	05
	Parar de menstruar	02
	Terminou a menstruação	02
	A menstruação tá terminando	01
	Que não menstrua mais	01
	Final da menstruação	01
	Pausa - não pode mais ter filhos	01
	Uma pausa	01
	Quando termina a menstruação	01
	Sem menstruar	01
	Deixar de menstruar	01
Total		21
Aspectos fisiológicos	Queda dos hormônios	01
	Menos hormônio	01
Total		02
Outras	Sei lá!	04
	Nada	02
	Não sei	02
	Coisa pequena	01
	Pausa pra tudo	01
	O que a gente não tinha e chegou	01
	Fim do sexo	01
	Também (meia idade)	01
	Não to sabendo explicar	01
	Não gosto dessa parte	01
	Só desgraça	01
	Só coisa ruim	01
TOTAL		17

Fonte: questionário

A categorização que mostramos acima apoia-se nas orientações de Vergès (1992, p.207). Segundo este autor, é importante que o pesquisador das representações sociais procure categorizar as evocações a partir da ligação que as palavras e expressões possuem entre si, ou seja, respeitando “o princípio do campo semântico organizado em torno de uma noção prototípica”. Dessa forma, as evocações obtidas passam a se constituir numa importante base de dados que permite fazer diferentes tipos de leitura e interpretação. Todavia, essas leituras não são, de forma alguma, gratuitas posto que “os dados foram construídos através de um procedimento apoiado sobre as relações entre prototipicalidade e palavras organizadoras de uma representação”.

Outra ressalva metodológica a fazer, desta vez de acordo com as orientações de Jean-Claude Abric (1998, p. 31), é que a centralidade de um elemento, numa determinada representação, não pode ser atribuída somente a critérios quantitativos (frequência e ordem média). Ao contrário, diz o autor, o núcleo central possui, antes de tudo, uma dimensão qualitativa.

Não é a presença maciça de um elemento que define sua centralidade, mas sim o fato que ele dá significado à representação. Pode-se, perfeitamente, identificar dois elementos, dos quais a importância

quantitativa é idêntica e muito forte, que aparecem, por exemplo, muito freqüentemente no discurso dos sujeitos, mas, um pode ser central e o outro não...

Partindo destas considerações, podemos inferir que a centralidade dos elementos da representação social do climatério/menopausa, construída pelas usuárias, é dada pelos campos semânticos velhice/doença, pois os mesmos explicitam o sentido que é atribuído ao objeto. Observando-se o Quadro 3 constatamos, no entanto, que há um outro elemento aglutinando vários outros, podendo também constituir-se em campo semântico. Trata-se da categoria “Fim da Menstruação”. Todavia, como já ressaltamos acima, as evocações aí relacionadas constituem-se em elementos descritores de uma das fases do climatério, a menopausa, não permitindo que se possa, a partir deles, identificar qual o sentido construído e compartilhado pelos sujeitos a respeito do objeto. Como diz Abric na citação feita acima, dois elementos podem ter a mesma importância quantitativa, mas apenas um deles estar ligado ao núcleo central. Consideramos, por conseguinte, que a face icônica da representação está organizada pelos campos semânticos já referidos, uma vez que os mesmos representam o resultado dos processos constitutivos da representação, quais sejam, a objetivação e a ancoragem. Temos assim, com relação às mulheres usuárias, uma primeira aproximação do conteúdo da representação social do climatério que é majoritariamente compartilhada pelas mesmas³⁸. Aliás, conhecemos mais a organização desse conteúdo do que a riqueza psicossociocultural que o mesmo sintetiza – o que procuraremos fazer mais adiante.

Vimos até aqui que, do ponto de vista da estrutura da representação que predomina entre as usuárias, a “menopausa” é objetivada e ancorada, à semelhança das mulheres profissionais de saúde, no signo “velhice”. Este aparece como o lado icônico da representação, a materialização do sentido atribuído à mulher no climatério. De acordo com a esquematização de Moscovici (1978) temos:

Figura	Velhice
Significado	Tristeza/doença

Isto evidencia que, no real, como diz o autor, a estrutura de uma representação aparece-nos desdobrada, apresentando “duas faces tão pouco dissociáveis quanto o são a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica”. Todavia, a complexidade da articulação dos elementos de uma representação exige que o pesquisador busque outras fontes de dados e informações, a fim de ir além de uma abordagem estrutural, como a proposta por Abric, e situe a representação como um fenômeno psicossocial e não essencialmente cognitivo. É o que tentaremos fazer a seguir, a partir da análise do conteúdo das entrevistas e das observações feitas sobre o terreno.

³⁸ Mais adiante, falaremos a exemplo do que encontramos junto às profissionais da saúde, da existência de uma outra organização desse mesmo conteúdo que, seguramente, indica a existência de uma outra representação social, embora minoritariamente compartilhada no universo estudado.

5.4 - As ressignificações do signo “velhice” e os processos de objetivação e ancoragem

Vejamos algumas falas que explicitam, agora no nível dos discursos, os elementos invariantes encontrados nas evocações realizadas.

A coisa mais difícil que eu tinha era eu sentir calor. Até meu esposo reclamava. Quente, quente e eu sentia frio. E agora não, ao contrário, às vezes nem tá fazendo calor e eu fico no banheiro tomando banho, suada, fico agitada, né? Aquele calor sufocante. No banheiro mesmo, eu tomando banho. Enquanto eu tô debaixo do chuveiro, tô bem, depois que eu saio, volta novamente aquela quentura (Walnut,efs.mejc.47)³⁹.

Menopausa é... quando a menstruação vai embora, né? Até aí você fica na menopausa (...) menopausa dá tanta coisa! Nervosismo, dor de cabeça, calor, ansiedade, dá tudo... Desânimo. Tem dia que a gente... dá vontade de chorar, toda aquela agonia (Scleranthus.mlm.mejc.53)

Vai fazer dois anos que a menstruação foi embora. Eu tô sentindo... muita quentura, dor de cabeça, dor nas pernas, tudo, tudo o que não presta. É horrível... é calor, não durmo direito, dor de cabeça demais. Olha que tive 8 aborto e dois filhos (Catarina,mfa.mejc. 53).

O climatério/menopausa é visto assim como uma porta de entrada para as doenças, como processo de envelhecimento. Neste sentido, podemos perceber que tanto as profissionais da saúde quanto as usuárias dos serviços públicos, bem como as mulheres que agrupamos na categoria Outras compartilham do significado invariante velhice/doença atribuído ao objeto climatério/menopausa.

Temos partido do pressuposto que os humanos constroem suas representações a partir dos sistemas culturais aos quais pertencem. Portanto, os elementos que estruturam uma representação (Figura/Sentido) são resultantes da leitura psicossocial particular construída por cada grupo dentro de uma determinada sociedade. Aqui vamos, pois, ressaltar que a dupla face da representação do climatério construída pelas mulheres investigadas constitui-se na leitura particular que este grupo faz do referido objeto o que, por sua vez, representa a ressignificação dos diferentes elementos simbólicos circulantes na sociedade brasileira a respeito do objeto climatério/menopausa.

³⁹ Cada mulher entrevistada recebeu um nome simbólico escolhido de acordo com suas características mais marcantes. Os nomes, com algumas exceções, foram retirados do repertório da terapia floral, especificamente dos florais de Bach e florais brasileiros. Walnut, por exemplo, é indicado para todas as fases de transição. É considerado pela terapeuta holística Norma Santos Treesbach como o hormônio dos florais de Bach. Logo após o nome simbólico vêm as letras do nome real, a sigla da instituição e a idade.

A estruturação do núcleo central dada pelos campos semânticos velhice/doença não pode ser dissociada, como vimos procurando demonstrar, da inserção dos humanos numa cultura de supervalorização da juventude, na qual envelhecer ainda é sinônimo de doença e exclusão da vida social; da sua inserção numa sociedade integrada ao moderno e sofisticado mercado de consumo globalizado, onde os atributos da beleza juvenil e a promessa de prolongamento da juventude são mercadorias bastante rentáveis.

De modo geral, por conseguinte, na sociedade brasileira, os grupos sociais tendem a ressignificar o signo “velhice” tomando como ponto de partida a carga semiótica nele predominante. “Velhice” é, assim, associado ao que é decadente (não mais útil), à doença. Não estamos lidando, neste caso, apenas com um termo da língua portuguesa, nem somente com um campo semântico obtido a partir de um conjunto de evocações. “Velhice” é, antes de tudo, um signo da cultura, uma entidade significante.

O signo é algo que traz um objeto para uma relação com um interpretante. Ele é algo em si mesmo, em conexão com um segundo e uma mediação entre um segundo e um terceiro (SANTAELLA, 1995, p.12). A relação entre signo e a face icônica da representação é algo que precisa ser ainda aprofundado⁴⁰. Como estamos aqui demonstrando, velhice/doença, são campos semânticos (fase figurativa) da representação social do climatério/menopausa e não podem ser entendidas/apreendidas fora do sentido hegemônico que possuem na cultura brasileira. Entretanto, se esse é um sentido invariante, o pesquisador e a pesquisadora das representações sociais não pode se restringir apenas a essa dimensão macro, devendo, portanto, procurar compreender como se manifestam, no dizer de Abric (1989; 1994), os “elementos periféricos” da representação. É com base nesta preocupação teórico-metodológica que passamos a tecer algumas considerações sobre as diferentes acentuações de significados que constatamos junto às mulheres desta pesquisa.

Os elementos invariantes de maior saliência na representação social do climatério/menopausa, construída pelas usuárias, indicam a articulação de um campo semântico no qual predominam referências a aspectos biológicos e “sintomatológicos”. No primeiro caso, podemos ilustrar com as evocações “fim da

⁴⁰ Sobre a relação signo e representações sociais, sugerimos a leitura de SALES (2000), constante na nossa bibliografia. Cf. nota n. 3 no Capítulo IV.

menstruação”, “pausa”, “hormônios”, “fim do sexo”, entre outras. No segundo, “problemas”, “não sinto nada”. Temos, portanto, um conteúdo representacional articulado em torno de elementos mais voltados para a saúde, a vida concreta da mulher, os aspectos fisiológicos do climatério, o que é reforçado pelas falas:

Menopausa é (...). nervosismo, dor de cabeça, ansiedade... dá tudo.

A coisa mais difícil era eu sentir calor

Eu não sou mais aquela mulher que era de 20 anos (...) que eu tinha aquela força toda, aquele fogo pra trabalhar...

(cf falas anteriores)

No campo semântico construídos pelas mulheres usuárias encontra-se, portanto, a tradução subjetiva e simbólica particular que as mesmas fazem do processo através do qual a mulher passa do período reprodutivo para o não reprodutivo. Ao entrar no climatério, como já afirmamos na parte introdutória deste trabalho, os ovários começam a liberar os seus últimos óvulos. Num certo momento, não haverá mais óvulos para liberar, ou seja, os folículos de Graaf não responderão mais ao estímulo hormonal. Assim, o último óvulo é liberado e advém a menopausa. Do ponto de vista empírico, podemos perceber que as evocações e o discurso das mulheres referem-se a vários sinais do período pré-menopáusicos: as alterações menstruais, a hiperplasia endometrial, os fogachos. Todas essas transformações fisiológicas vão repercutir diretamente no psiquismo feminino dando origem a diferentes produções mentais tais como imagens, percepções, opiniões, entre outras, evidenciando que o climatério, tal como vivenciado e interpretado por cada mulher e cada grupo de mulheres é o resultado de uma produção social e cultural, circunscrita a um determinado tempo e espaço. Assim, ampliando o nosso conhecimento do conteúdo desta representação social, podemos esquematizá-lo como se segue.

Esquema I

<i>Aspectos fisiológicos</i>		<i>Sintomatologia</i>
<i>Fim da menstruação</i>	Climatério /menopausa Velhice/doença	<i>Problemas</i>
<i>Pausa</i>		<i>Não sinto nada</i>
<i>Hormônios</i>		<i>Nervosismo</i>
<i>Fim do sexo</i>		<i>Ansiedade desânimo</i>

A esta altura, já podemos comparar os conteúdos representacionais produzidos tanto pelas profissionais da saúde (cf. cap. anterior), quanto pelas usuárias. Se tomarmos o elemento de maior centralidade e comum aos dois conteúdos, ou seja, o campo semântico “velhice”, podemos constatar que esse signo, enquanto face figurativa da representação em foco, foi submetido a dois processos de ressignificação diferenciados. Enquanto para as profissionais da saúde “velhice” possui um forte apelo à estética do corpo, à preservação de uma aparência jovial, dada a importância que tem, para elas, a desqualificação social do envelhecimento, para as usuárias, “velhice” está mais fortemente relacionada à doenças, aos aspectos fisiológicos/sintomatológicos do climatério. Retomemos algumas respostas ao estímulo “climatério lembra” (profissionais da saúde):

Lembra decadência, principalmente no nordeste, que quando a mulher passa dos 30 anos é considerada velha... e quando a gente soma a idade fica com o ego um pouco machucado. Então quando a gente fala: climatério! Amedronta (S2)

Climatério lembra. Quando a gente fala climatério? A gente... quando vem a palavra climatério a gente, em geral, a primeira coisa que a gente lembra é assim, é uma mulher de meia idade e, em geral, com bastante calor... o que mais chama a atenção porque é a queixa principal (S4)

Como mulher, eu não fugi a regra, apesar de ser médica, eu fiquei apavorada. Eu tive que fazer histerectomia... você se sente mutilada (S2)

É uma fase difícil para a mulher. Fase onde ela está sentindo muito decadente pelo fato de, as vezes, não se sentir mais como mulher (S6)

A mulher no início da 3ª idade (riso)... expectativa... responsabilidade. Uma fase assim que provavelmente, para a mulher, eu acredito que tenha (pausa). É uma outra etapa da vida (S1).

(...). Eu vejo o climatério, uma mulher vestida adequadamente de acordo com a idade. Não é preciso ter cabelos brancos, mas ela se veste com mais discrição (risos).mas eu falaria também... que climatério soa como envelhecimento (...) como propensão a doenças(S6)

Para as usuárias que podemos considerá-las como pertencentes aos grupos chamados de “populares”, “classe populares” (ou outras denominações), o corpo feminino está submetido a uma outra codificação, se comparado, no nosso

caso, com a mulher pertencente à chamada classe média. Para as mulheres usuárias, a sua capacidade de trabalho não é, de forma predominante, uma mercadoria, nem tampouco o seu corpo constitui referência de beleza, de acordo com os padrões estéticos dominantes na sociedade brasileira. A capacidade de trabalho da mulher usuária, como vimos na primeira parte deste capítulo, está voltada para o trabalho doméstico, para assegurar a reprodução do núcleo familiar, ou para auxiliar o marido em atividades autônomas. Todavia, o seu trabalho é desqualificado e assume sempre um papel de “ajuda”, “complemento” do trabalho do marido.

Formulamos a hipótese, já apresentada no capítulo anterior, que a mulher profissional da saúde possui uma relação mais estreita com a sua aparência, com a estética do corpo, pois encontra-se cada vez mais inserida no mundo do trabalho formal e altamente qualificado.⁴¹ O seu corpo transformou-se em capital social, na linguagem utilizada por Bourdieu (1999) e, como tal, precisa ser cuidado e mantido.

Estas observações sobre as diferentes apropriações do corpo devem nos remeter à compreensão de que o mesmo é uma construção social. Como nos lembra Bourdieu (1999, p. 20):

O corpo e seus movimentos, matrizes de universos que estão submetidos a um trabalho de construção social, não são nem complemento determinados em sua significação, sobretudo sexual, nem totalmente indeterminados, de modo que o simbolismo que lhes é atribuído é, ao mesmo tempo, convencional e ‘motivado’, e assim percebido como quase natural.

Já ressaltamos, a exemplo do signo “velhice”, que o mesmo é ressignificado de modo particular por cada grupo de mulheres, em função do seu pertencimento social, ou seja, em função dos universos culturais nos quais estão inseridos. Da mesma forma, o “corpo feminino e os seus movimentos” (parodiando Bourdieu), na ótica dos nossos grupos de pesquisa, recebem uma atribuição de sentido que é produto tanto das codificações universais, portanto hegemônicas na cultura brasileira, quanto das codificações particulares construídas pelos grupos sociais nos quais estão inseridos. Podemos aqui fazer alusão ao livro de Luc Boltanski (1989) sobre as classes sociais e o corpo, no qual o autor procura

⁴¹ Domingos Sobrinho (1994, p. 47-88), ao estudar o processo de formação da “classe média assalariada” apontou que o engajamento crescente e qualificado das mulheres na PEA brasileira seria uma consequência da formação desse novo ator social, surgido do processo de modernização e oligopolização da economia brasileira.

demonstrar que as diferenças de práticas e hábitos das mulheres francesas de classe média e de classe populares não poderiam ser imputadas exclusivamente à variável econômica, mas também às diferenças de ordem cultural e aos *habitus* que articulam os esquemas de percepção e ação sobre o mundo.

As “classes populares”, como indica a pesquisa de Boltanski e de vários outros autores (BOURDIEU, 1989; DOMINGOS SOBRINHO, 1994; MACEDO, 1979; BEZERRA JÚNIOR, 1982), manifestam através de seus sistemas culturais uma apreensão do mundo mais voltada para o concreto, o natural, para a satisfação das necessidades imediatas. Assim, por exemplo, o corpo é antes percebido como um meio de realização de determinadas funções sociais, de satisfação das necessidades imprescindíveis ao viver/sobreviver, de forma “que lhe pedem antes de mais nada que funcione” (BOLTANSKI, 1989, p. 163). Por outro lado, a classe média e os setores sociais detentores de maior volume de capital escolar, portanto menos vinculados aos trabalhos essencialmente manuais, apresentam uma maior capacidade de abstração do mundo distanciando-se, assim, das visões mais naturalizantes das necessidades e funções do corpo.

Segundo esta linha de argumentação, podemos entender que os conteúdos representacionais construídos pelas usuárias obedecem aos esquemas perceptivos característicos das “classes populares”. Por esta razão, predominam aí elementos discursivos que traduzem muito mais as “sensações” do anúncio da menopausa, tais como, “nervosismo”, “dor de cabeça”, “calor” ou

É uma coisa atacando a cabeça, tem dia que não agüento, que eu não agüento andar daqui pra ali... uma dorzona dentro da nuca, mais o médico diz que é a coluna (Alfazema Horbean –mng.54)

Você sabe o que é que eu sinto? Eu sinto muita dor de cabeça, dor nas pernas, dor nas costas... ela (a médica) diz que eu preciso caminhar (...), mais eu tô boazinha, se caminhar, menina, me dá uma gripe tão grande, que eu fico pra morrer, acredita? (Willow – fr.mejc.45)

As entrevistas com estas mulheres estão repletas de relatos das idas e vindas aos médicos, da descrição de sintomas diversos (do diabetes, da hipertensão, problemas familiares, entre outros). Em consequência da ancoragem do climatério/menopausa no sentido velhice/doença, os anúncios dessa fase da vida feminina também vão ser representados e vividos como sintomas de algo que lhes impede de atender prontamente às coerções econômicas e da vida cotidiana, as quais, dadas as condições concretas de existência, faz-se imprescindível atender.

Para as profissionais da saúde, dada a sua capacidade de uma apreensão mais abstrata do corpo, este é visto de maneira mais consciente e elaborada. Se há uma preocupação com o mesmo enquanto força de trabalho, há também uma apreensão estética, como já ressaltamos, ética (a mulher nessa fase é mais responsável, deve se vestir adequadamente) e política, quando põem no centro da reflexão sobre si mesma, a discussão das relações de gênero (“o homem de cabelos grisalhos é charmoso; a sociedade é muito machista”). Para estas, o climatério “assusta” e é “difícil” porque implica numa reconstrução de si mesma, inclusive da própria aparência: pintar os cabelos brancos, cuidar das rugas, vestir-se mais discretamente, ter hábitos mais adequados à idade.

(...) Aí me acho assim... até prá sair... gosto de sair, de passear, mas certa coisa, olhe, por exemplo, quero usar um vestido, uma roupa mais decotada, uma roupa mais jovial. Aí acho que fica ridículo, sabe? Fica ridícula uma pessoa com essa idade, usar uma roupa mais... jovem. Apesar de... eu uso, gosto de usar, mas, as vezes, me sinto ridícula (Minulus, mbmg.48).

Retomando a análise da organização dos conteúdos representacionais construídos pelos dois grupos de mulheres – usuárias e profissionais – partimos do pressuposto que estamos diante de conteúdos diferenciados, mas organizados e estruturados de maneira comum, conseqüentemente estamos lidando com uma representação social hegemônica articulada em torno de um único núcleo central.

Como já vimos antes, para Abric (1994, 1998) o núcleo central pode ser constituído por um único elemento figurativo ou por uma pluralidade de elementos, dependendo do objeto que se está estudando. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem se organizar em torno de dois núcleos distintos. No nosso caso, percebemos que a organização do conteúdo representacional até aqui explorado possui uma única centralidade, ou seja, não obstante as ressignificações diferenciadas, um único elemento central (velhice/doença) organiza todo o conteúdo. Esse elemento central (núcleo duro, núcleo figurativo) é portador de algumas características particulares: a) ele é diretamente ligado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas nas quais estão inseridos os sujeitos, ou seja, o que estamos chamando de universos culturais; b) é a base comum, portanto, coletivamente compartilhada da representação. Sua função é a de promover o consenso do grupo em torno do objeto representado; c) é estável, corrente e resistente à mudança, o que lhe assegura uma

segunda função: a de promover a continuidade e a permanência da representação.

Por último, e dentro do que nos interessa aqui desenvolver, devemos ressaltar as duas funções fundamentais do núcleo central, ressaltadas por Abric (1998, p. 31), quais sejam: a) *uma função geradora*: “[...] é o elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os outros elementos ganham um sentido, um valor”; b) *uma função organizadora*: “[...] determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação, ou seja, o núcleo central é o elemento unificador e estabilizador da representação”.

São estas características das representações sociais, entre outras que vimos procurando demonstrar, que as diferenciam de outras produções mentais apreendidas de forma segmentada, como por exemplo, as opiniões, as atitudes, imagens, conceitos e percepções.

5.5 – O climatério/menopausa e a maturidade da mulher

Da mesma forma que fizemos no capítulo precedente, vamos apresentar aqui alguns excertos de falas que apontam para uma possível articulação do climatério em termos do campo semântico “maturidade”. Esses conteúdos representacionais nós os encontramos no discurso de duas mulheres pertencentes ao grupo denominado OUTRAS e na fala de uma usuária da BEMFAM, durante as reuniões do grupo focal de discussão.

Nas mulheres pertencentes ao grupo OUTRAS, esse sentido atribuído ao climatério aparece, primeiramente na associação livre de palavras. Vale ressaltar que as evocações feitas por esse grupo não foram analisadas neste capítulo devido o nosso interesse concentrar-se na população usuária.

Nas evocações relativas ao climatério, obtivemos: Mimulus: - maturidade, necessidade de prevenção; Wild Oat: - maturidade/equilíbrio; Rock Water:- maturidade/vida boa.

Significa pra mim, é viver de uma forma madura, é... mais... transparente com relação a mim, sabe? Eu me conheço melhor e por isso sou uma pessoa que vivo com maior facilidade. Pra mim é ótimo. Apesar das dificuldades financeiras, dificuldades da vida (Wild Oat, 40, desquitada, OUTRAS).

Eu acho a minha vida, hoje, muito melhor como mulher, sabe? Principalmente nessa parte deu uma evolução muito grande, teve uma evolução muito grande. Como mãe, também, eu acho que tá melhor, eu adquiri experiência, maturidade (Mimulus, 48, viúva, OUTRAS).

Pro mim melhorou muito, pra mim melhorou, melhorou, é melhor do que quando eu tinha 20 anos, 20, não! Mas 30. Muito melhor

porque meus filhos cresceram, não dão mais trabalho... eu não sinto nada... (Rock Water, 47, casada, BEMFAM)

Observamos que os discursos não foram apelo a qualificações negativas do climatério, como já vimos em outro momento, tipo, "fase difícil", "que amedronta", "dolorosa", entre outras. Apesar de reconhecer que o climatério é sinal de envelhecimento, diz Rock Water:

(o homem) não aceita de jeito nenhum que ta ficando velho... A mulher não, ela aceita, ela se cuida, ela... e o homem não aceita de jeito nenhum... minha opinião, né? Eu tô satisfeita. Tem outro jeito? Não tem, então o melhor e ficar com esse mesmo....(...) Tá, eu vou dizer uma coisa. Eu... não tive menopausa. Até agora não senti sintoma nenhum de menopausa... não tive depressão, eu não tive calor... tive nada.

O que levaria, pois, a essa construção bastante diferenciada? A ausência dos sinais mais característicos do climatério? A ausência de patologias que, associadas aos sinais do climatério levam à construção de sentidos desqualificadores dessa fase da vida da mulher? Estas são questões as quais não podemos responder no âmbito desta pesquisa, posto que os nossos resultados (e o nosso "olhar") não nos permitem ir mais além. Constatamos, a partir dos dados empíricos, a predominância de uma representação social que possui uma organização e centralidade semântica diferente da que nos fazem ver esses sujeitos. Vamos ficar, por conseguinte, nos limites destas constatações.



CAPÍTULO VI

ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO



Ariadne e Baco, pintura de Titian Belini (**Tiziano Vecellio - 1485-1576**) Para Ariadne, passar de Teseu a Dioniso é mais do que uma questão de saúde e de cura, é a transmutação. Dionísio mostra a Ariadne um outro labirinto, um novo *habitus*. Desta forma, no sentido da transmutação podemos associar a mitologia à prática educativa dos programas de assistência as mulheres na fase do climatério.

Diz a teoria que as representações sociais são um guia para a ação. Esta, aliás, é uma das características que as diferenciam de outras produções mentais como as percepções, conceitos, opiniões, entre outras. Neste capítulo, tentaremos pôr em evidência, dentro dos limites do processo de observação desenvolvido, a influência exercida pela representação social hegemônica do climatério (ancorada nos signos velhice/doença) na assistência prestada às usuárias dos serviços do climatério que aqui serviram como campo de observação. É evidente que esta não é uma tarefa fácil, uma vez que as representações sociais não atuam de forma isolada, mas na complexidade dos cruzamentos das diferentes produções simbólicas e mentais. Sendo assim e considerando as limitações do delineamento da nossa pesquisa, procuraremos evidenciar como as representações se inter cruzam com o discurso institucional, a autoridade médica, a ação pedagógica.

6.1 O papel dos meios de comunicação social na demanda por serviços de assistência ao climatério

Os Programas de Assistência ao Climatério na cidade do Natal se, por um lado, têm sua origem nas mudanças das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher (em decorrência de um conjunto de fatores, dos quais falamos anteriormente), por outro lado, são também o fruto crescente da pressão das mulheres nesta faixa etária que, influenciada pelos meios de comunicação social e pelas informações circulantes nos espaços sociais onde vivem, passam a procurar a rede pública de saúde buscando usufruir dos serviços que a mesma oferece. Isto ficou bem evidenciado nas entrevistas com as profissionais da saúde, as quais afirmaram que as mulheres estão sendo cada vez mais informadas a respeito do climatério e da menopausa, principalmente, através de

revistas e da televisão. Muitas das informações veiculadas pela mídia em geral são ainda resultados provisórios de pesquisas, mas a sua divulgação antecipada estimula a curiosidade e redobra as expectativas de superação dos sinais indesejáveis do climatério. Vejamos o depoimento de uma profissional, responsável por um desses serviços:

(...)É... quando nós resolvemos fazer esse Programa foi porque , nós sabemos que a expectativa de vida da mulher tem aumentado nos últimos anos, como mostra os dados recentes de pesquisas. Então, as mulheres na realidade, elas hoje em dia, têm recebido uma carga de informação , pela televisão, pelos jornais, pelas revistas, do que é realmente o climatério, quais são os sintomas, quais são as doenças mais comuns . Então aqui , como serviço universitário, nós achamos que teríamos a obrigação de fazer esse Programa porque as mulheres estavam cada vez mais procurando informações e nós, como serviço de referência, não tínhamos um ambulatório que atendesse, de uma maneira geral, todas essas mulheres(...). (MEJC)

Na atualidade, é difícil imaginar um mundo sem a indústria midiática. Diariamente, através de livros, revistas, jornais, rádio e televisão, entre outras formas de comunicação, recebemos imagens, informações e idéias a respeito de lugares, objetos, pessoas e conduta de vida, os quais tornam-se referências “para milhões de indivíduos que podem nunca interagir um com o outro, mas que partilham, em virtude de sua participação numa cultura mediada, de uma experiência comum e de uma memória coletiva” (THOMPSON, 1995, p.219). Assim, interessou-nos saber quais as fontes de informações, sobre a menopausa e o climatério, que as mulheres por nós entrevistadas dispõem.

TABELA 1 -Distribuição das mulheres segundo o número de fontes de informação utilizadas e as instituições investigadas

Número de Fontes	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM		MEJC		CSR		OUTRAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NENHUMA	01	10,0	03	7,0	-	-	01	5,6	05	5,7
UMA	01	10,0	14	32,6	03	17,7	02	11,1	20	22,7
DUAS	02	20,0	09	20,9	04	23,5	03	16,7	18	20,4
TRÊS	05	50,0	07	16,3	05	29,4	04	22,2	21	23,9
QUATRO	01	10,0	10	23,2	05	29,4	08	44,4	24	27,3
TOTAL	10	100,0	43	100,0	17	100,0	18	100,0	88	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo

Observa-se nas Tabelas 1 e 2 que 71,6% das mulheres recebem informações de mais de uma fonte e que os serviços de saúde predominam como principal fonte de informações sobre o climatério/menopausa - o que destaca a importância dos mesmos como formadores de opinião, atitudes e representações sociais, não funcionando, portanto, apenas como espaço onde as pessoas vão à procura da cura ou do controle de doenças. Em segundo lugar vem a televisão, com 55,7% e, em terceiro, amigas, com 51,1%. Apenas 22,7% declararam receber informações apenas de uma única fonte e 5,7% de nenhuma.

TABELA 2 -Distribuição das mulheres segundo as Fontes de Informação utilizadas e as instituições investigadas.

FONTE	INSTITUIÇÕES									
	BEMFAM(10)		MEJC(43)		CSR(17)		OUTRAS(18)		TOTAL(88)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REVISTAS	07	70,0	14	32,5	07	41,2	08	44,4	36	41,3
TELEVISÃO	06	60,0	19	44,1	12	70,6	12	66,7	49	55,7
AMIGAS	07	70,0	15	34,5	11	64,7	12	66,7	45	51,1
SAÚDE	04	40,0	40	93,0	13	76,4	11	61,1	68	77,2
OUTROS	-	-	02	4,6	02	11,7	06	33,3	10	11,3
DESCONHECE	01	10,0	03	6,9	-	-	01	5,5	05	5,7

Fonte: Campo de Pesquisa

A informação através das “amigas”, aparecendo em terceiro lugar, demonstra como a informação é compartilhada entre as mulheres. Os dados empíricos oriundos das entrevistas, observação direta e grupo focal ratificam estes dados obtidos através do questionário e apontam para a existência de um intercâmbio de informações entre as mulheres, independentemente da sua posição social, quando se trata de falar de eventos biológicos como menstruação, sexualidade, gravidez, amamentação e, mais recentemente, a menopausa. Sublinhamos o advérbio recentemente porque a literatura sobre o climatério até bem pouco tempo indicava haver um certo silêncio a respeito da menopausa. Esse comportamento foi modificado com a propagação da reposição hormonal e sua crescente divulgação nos meios de comunicação social.

Na categoria *outros* estão a família, o trabalho, o lugar que mora e “nos cantos onde as pessoas comentam”. Apenas as mulheres do grupo “Outras” citaram a Internet e livros como fontes de informação. A categoria “desconhece” significa

que, segundo as informantes, nunca ouviram falar sobre o climatério e a menopausa. Apesar desse percentual ser pouco expressivo, é interessante ressaltar esta constatação, pois a mesma tem sido também encontrada em outras pesquisas nacionais e internacionais. Ora, é difícil aceitar que essas mulheres desconheçam completamente as informações sobre a menopausa e o climatério, quando as mesmas têm sido acompanhadas pelos Programas das entidades aqui referenciadas. Por esta razão, é oportuno lembrar o que diz Mankowitz (1986, p.16 e 47): o fato de muitas mulheres negarem que receberam informações a respeito do climatério/menopausa, pode ser atribuído ao “conflito entre a necessidade de saber e o medo de ficar sabendo”, fenômeno encontrado pela autora, tanto na zona rural quanto na zona urbana de diferentes estados e países. Ela explica, citando Freud, que grande parte das doenças psicológicas estão relacionadas com o medo que a pessoa tem de se conhecer. Esse medo é muito comum na menopausa uma vez que a imagem da mulher, nesse período, ainda é a de alguém que perdeu seu valor, sua fertilidade e, imagina-se, sua feminilidade. Assim, apesar de toda a difusão de informações e do contato com serviços diretamente voltados para o climatério, encontramos nesta pesquisa, assim como Mankowitz encontrou em suas investigações, mulheres que relutam em aceitar essa nova fase da vida. No nosso caso, algumas mulheres justificaram o seu desconhecimento e desinteresse pelo assunto por não sentirem os sinais do climatério e da menopausa, nem estarem preocupadas com a mesma. O mesmo aconteceu com mulheres que estavam vivenciando “problemas mais graves” (de ordem pessoal ou familiar). Em suma, não “percebem” o climatério porque não “sentem nada” ou porque justificam ter outras prioridades.

6.2 Os motivos que levam à demanda

A procura pelos serviços de saúde revela o modo como as pessoas percebem a saúde e a doença, portanto, como são representados esses objetos do mundo social. Na tabela 3 vemos alguns indícios desses conteúdos representacionais.

TABELA 3 - Distribuição da categoria motivo, segundo os grupos investigados.

Categorias	INSTITUIÇÕES							
	BEMFAM(10)		CSR (17)		MEJC(43)		TOTAL (70)	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	N ^o	%
Encaminhada	-	-	-	-	16	37,3	16	22,9
Menstruação	-	-	03	17,6	04	9,3	07	10,0
Menopausa	-	-	01	5,9	04	9,3	05	7,1
Preventivo	03	30,0	05	29,5	05	11,6	13	18,6
Indicação	04	40,0	02	11,8	05	11,6	11	15,8
Decisão Pessoal	03	30,0	-	-	04	9,3	08	11,4
Já é Cliente	-	-	02	5,9	14	32,5	16	22,8
Outros	-	-	05	29,4	02	4,6	07	10,0

Fonte: Pesquisa de Campo – Algumas mulheres emitiram mais de uma resposta

Os motivos que levaram as mulheres a procurar os serviços foram agrupados em oito categorias, conforme o tipo de resposta dada. Na categoria *encaminhada* (22,9%) predominou o encaminhamento pelo profissional da medicina que atua na rede básica de saúde. Observe-se que isto só aconteceu na Maternidade (MJEC), dado o fato de que esta é uma instituição de referência para todo o Estado do RN e é também a mais antiga no atendimento ao climatério. Outra razão para esta incidência é a demanda criada a partir dos outros serviços oferecidos pela instituição, como os de Ginecologia e Urologia que costumam encaminhar as usuárias para o ambulatório de climatério.

Quanto à categoria *menstruação*, alegaram que estavam menstruando de forma irregular (volume e espaço de tempo) ou não estavam menstruando. Neste caso, nunca os termos menopausa ou climatério foram mencionados. Já quando o termo menopausa foi mencionado alegou-se vir “tratar das agonias”, “fazer reposição hormonal”.

A categoria *indicação* aglutina as respostas das mulheres que disseram ter procurado o serviço após “ouvir falar sobre ele”, “pela boca de uma amiga”, “um parente que trabalha aqui”, “minha irmã” ou “me disseram que a médica é muito bacana”.

No que tange à *decisão pessoal* este aspecto é relevante, pois retrata um efeito maior do nível de informação e uma atitude mais consciente quanto à esta fase da vida. Neste caso, elas disseram não sentir nenhum sintoma que precisasse da intervenção médica: “vim por causa da idade, apesar de não sentir nada”; “fiz histerectomia e assisti num programa de TV um médico falando que tinha de repor hormônio”; “por causa das explicações (palestras na MEJC)”; “é sempre bom se cuidar”.

Quanto à realização de exames preventivos, observa-se que a demanda maior está centralizada no Centro de Saúde Reprodutiva (CSR) e não houve demanda para a Maternidade, apesar de ser o serviço de climatério mais antigo. Isto se deve ao fato do CSR sempre ter se dedicado ao atendimento vinculado à saúde reprodutiva (atendimento ginecológico), conforme já explicitamos no capítulo em que falamos das instituições aqui referidas. Assim, as mulheres continuam a procurar o Centro para fazer o preventivo de câncer do colo do útero e não para os possíveis problemas ligados ao climatério. Como diz uma profissional:

(..)às vezes a mulher vem só fazer o preventivo porque não consegue fazer na rede básica. Ela não apresenta queixas da menopausa, mas como tem os cabelos brancos, então a encaminham para o Programa do Climatério..(S7).

Pode-se perceber, nesta fala, uma clara demonstração de como a representação social do climatério ancorada nos campos semânticos velhice/doença encontra-se na base da produção de atitudes e ações de profissionais da saúde. O estereótipo, fruto da estrutura da representação (imagem/significado), induz este profissional, pelo simples fato de ter diante de si uma mulher de cabelos brancos, a encaminhá-la para o serviço do climatério, mesmo que essa não tenha feito qualquer menção aos sinais do climatério.

(..)vim fazer o preventivo... como já fiz histerectomia... vim só fazer o preventivo e me colocaram aqui. Eu sempre fiz preventivo aqui, e agora tem essa besteira de não poder fazer... vim só fazer o preventivo (CSR-5).

Vim para o médico de mama e me colocaram aqui (CSR-10)

Estou precisando de uma cirurgia, só não sei se estou no lugar certo (MRJC-15).

A representação social e o despreparo para lidar com a mulher no climatério provoca atitudes que, como vemos, penalizam a mulher das “classes populares”

e que depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde. Diz ainda a profissional:

(...) Os profissionais de saúde não estão habituados a tratar, na clínica, as mulheres que estão no climatério. É comum a gente receber pacientes que vêm da consulta de um ginecologista geral, encaminhada para cá sem nenhuma necessidade (...) na realidade, eu acho que a gente não precisa desse Box.. não existe nenhuma diferenciação da consulta ginecológica... só precisa o médico ter tempo, vontade e fazer o que seria correto.

Na categoria *já é cliente* encontramos as mulheres que se integraram aos Programas do climatério de modo automático, pois já freqüentam a instituição desde a primeira gravidez, como por exemplo, no caso da Maternidade Escola Januário Cicco. No caso de *Outros* estão problemas de saúde diversos não relacionados ao climatério. Destacamos ainda que algumas mulheres estão enquadradas em mais de uma categoria, ou sejam: procuraram os serviços porque já conhecem, estão na fase do climatério ou foram encaminhadas.

6.3 Os anúncios do climatério

Na Tabela 4 apresentamos o conjunto de anúncios do climatério destacados pelas mulheres da pesquisa, os quais, todavia, são vividos, também, como sintomas de certas doenças. Temos defendido aqui, todo o tempo, que a nossa principal preocupação é refletir sobre o climatério enquanto um fenômeno de ordem psicossocial e cultural, portanto, ligado ao plano do simbólico. Em conseqüência, as formas por meio das quais o fisiologismo do climatério é sentido e vivenciado não resultam de uma relação mecânica e naturalizada entre a fisiologia e o comportamento feminino, mas do trabalho de construção de sentidos para os objetos do mundo, atividade que caracteriza e particulariza os seres humanos. Com esta ressalva, chamamos a atenção para certas indicações, citadas na tabela, que dizem respeito não ao climatério, mas efetivamente a sintomas de certas doenças vividas pelas as mulheres.

TABELA 4 - Distribuição dos anúncios e sintomas referidos pelas mulheres, segundo os grupos investigados.

ANÚNCIOS E SINTOMAS	INSTITUIÇÕES									
	BEMF AM (10)		MEJC (43)		CSR (17)		OUTRAS (18)		TOTAL (88)	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Sem sintomas	7	70,0	14	32,6	9	52,9	12	66,7	42	47,7
Fogachos	-	-	11	25,6	-	-	1	5,6	12	13,6
Dores ósseas e articulares	2	20,0	9	20,1	2	11,7	3	16,7	16	18,2
Cefaléia	-	-	6	13,9	1	5,9	-	-	7	7,9
Problemas da menopausa	-	-	3	7,0	-	-	-	-	3	3,4
Pele (seca, manchas, prurido)	1	10,0	2	4,7	-	-	-	-	2	2,3
“Estou esperando”	4	40,0	9	20,1	4	23,5	5	27,8	22	25,0
Dispareunia (sexo doloroso)	-	-	2	4,7	1	5,9	-	-	3	3,4
Tontura, ansiedade	-	-	1	2,3	1	5,9	1	5,6	3	3,4
Irritabilidade, nervosismo	-	-	4	9,3	1	5,9	-	-	5	5,7
Esgotamento físico e mental	-	-	2	4,7	-	-	1	5,6	3	3,4
Problema no útero	-	-	2	4,7	1	5,9	-	-	3	3,4

Fonte: Campo de Pesquisa

Como se vê Tabela 4, as mulheres vinculadas ao Programa da Maternidade Escola apresentam um leque de sintomas maior do que as demais. Constatação que nos levou a buscar uma explicação para essa particularidade. Assim, concluímos que várias queixas, tais como, dores ósseas e articulares, cefaléia, obesidade e “problemas de menopausa” (não especificaram o tipo de problema) estavam, na verdade, relacionadas a doenças como diabetes,

hipertensão, insuficiência cardíaca, hipertireoidismo, hipotireoidismo, entre outras.

Percebemos que “Sem sintomas” e “Estou esperando” possuem percentuais que somados chegam a 72,7% e que os “Fogachos”, o sinal mais aceito como característico das mudanças hormonais, não ultrapassou 13,6%. Seguido de “Problemas de menopausa” (3,4%) não especificados.

Investigando-se as circunstâncias da incidência das doenças e sintomas podemos reduzir ainda mais os problemas considerados como decorrentes da diminuição dos hormônios. Observa-se que algumas doenças como, obesidade, nervosismo e estresse são atribuídas tanto à idade quanto ao estilo de vida. As mulheres que mais queixas apresentaram foram aquelas que sofrem de doenças crônicas degenerativas. Já aquelas cujas queixas estavam relacionadas ao útero ou ovário eram portadoras de HPV (Human Papiloma Vírus). Desta forma, podemos inferir que o risco de adoecer e, portanto, de apresentar sintomas considerados como próprio do climatério é maior nas mulheres que têm problemas de doenças pré-existentes e, também, estão expostas ao estresse. Os depoimentos de algumas mulheres permitem-nos constatar, com clareza, a relação existente entre os anúncios do climatério e as particularidades de suas trajetórias e outros problemas de saúde.

Eu digo que meus problemas é porque eu não menstruo mais, mais eu acredito que seja, também, devido meu sofrimento” (MEJC, 43).

Gastei todo meu talento cuidando dos outros. Quando eu tinha nove anos minha mãe morreu e eu tive que cuidar do meu pai e de meus irmãos. Cheguei até a ficar doente dos nervos... hoje tô acabada mais não é da idade não, é da luta” (MEJC. 37).

Calor. Agora tô melhor. Artrite nos cotovelos, dor nas pernas, nos quartos. É por isso que as médicas dizem isso (que é da menopausa) e mais porque a pessoa não tem marido, aí mexe com a pessoa. Sei lá...(MEJC, 9).

Algumas pesquisas realizadas nos Estados Unidos concluíram que 10% das mulheres norte-americanas não apresentam nenhum sintoma da menopausa; 80% percebem alguns sinais e apenas 10% têm “sintomas” incômodos e precisam de ajuda para enfrentá-los (VIVALDI, 1996; MARKHAM, 1998). Por sua vez, a endocrinologista espanhola Carme Valis Ilobet (apud VIVALDI, 1996)

afirma que 70% das mulheres do seu país, com mais de 45 anos de idade, apresentam “sintomas” típicos das mudanças biofisiológicas do climatério, destacando-se os fogachos e as dificuldades respiratórias. Outros “sintomas” destacados pela endocrinologista e que, segundo ela, tem relação com a diminuição e o desequilíbrio hormonal são as mudanças no ritmo cardíaco, secura e prurido na pele, secura vaginal e dos olhos, aumento de peso, aumento dos lipídios no sangue, entre outros. Entretanto, ela não considera, como fazem outros autores, que a insônia, a irritabilidade, a depressão e a ansiedade sejam decorrentes da diminuição do nível dos hormônios feminino, e sim, que são causados pelas condições de vida, doenças crônicas ou outros problemas de saúde. Nesta mesma direção caminha Helman (1995), quando afirma não haver uniformidade no modelo biomédico quanto à especificação do que seriam os “sintomas” do climatério e da menopausa. Ressalta ainda esta autora, que o modelo biomédico tem privilegiado os sintomas que são mais facilmente tratados com a TRH (Terapia da Reposição hormonal) e não outros.

As conclusões a que chegaram essas pesquisas servem para reforçar o que vimos sempre sugerindo neste estudo, ou seja, que devemos falar preferencialmente em “sinais” e não “sintomas” do climatério, posto que muitos dos “sintomas” reais nada têm a ver com as mudanças hormonais dessa fase da vida feminina. Acreditamos, também, no caso do universo pesquisado, que a ênfase no termo sintomas, constatados tanto junto às profissionais quanto junto às usuárias deve-se às particularidades da organização do conteúdo de suas representações em torno dos campos semânticos velhice/doença. São esses elementos centrais que, como já falamos anteriormente, orientam a construção de novos sentidos e a incorporação de novos elementos ao conteúdo representacional predominante. Da mesma forma, é a articulação desse conteúdo representacional com as estruturas cognitivas que “inscrevem duradouramente nos corpos” o poder masculino, como enfatiza Bourdieu (1999, p. 52), que está na base da produção da crença de que é a mulher quem adocece mais. Durante as entrevistas, quando perguntávamos sobre quem adocece mais, a partir de 45 anos, e quem aparenta ser mais velho nesta idade (o homem ou a mulher?) quase todas as mulheres respondiam automaticamente “*é a mulher*” e justificavam dizendo: a mulher tem mais responsabilidades, trabalha mais, tem menstruação, tem filhos, cuida da casa, dos filhos e do marido, tem mais partes, tem mais preocupação, tem muitos problemas, é mais “puxada”, é mais doente, tem a menopausa. Observe-se que não se faz aqui nenhuma associação entre um agente vivo (vírus, bactéria, bacilo, entre outros.) e o processo de instalação

de uma doença. Quase todas as respostas estão associadas a aspectos socialmente construídos, portanto vinculados a uma divisão social de tarefas e papéis fundadas na desigualdade de gênero. É a mulher quem se vê obrigada a cuidar da casa, dos filhos e do marido e, em muitos casos, ser, também, provedora do sustento familiar. Como mostra a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, no Brasil, uma em cada quatro famílias é chefiada por mulheres. Realidade que não representa nem uma conquista feminina, nem a sua emancipação, mas, pelo contrário, a “desagregação da família” e a “feminização da pobreza” (IBGE,2000).

Não é perceptível ao senso comum o fato de que são os homens que estão mais predispostos aos fatores de risco, em decorrência da “liberdade” que lhes é oferecida pelo poder masculino. O poder de desfrutar a vida com mais liberdade do que a mulher termina por colocá-los em situações com muito mais riscos para a saúde. Como afirma Helman (1995, p. 163), dependendo da cultura, os homens são estimulados a ingerir mais bebidas alcoólicas, a fumar mais e a correr mais riscos diários através das práticas esportivas e das provações públicas de virilidade e de machismo. Espera-se que o homem seja forte diante da dor, principalmente a dor psicológica (“homem não chora”), mas ao mesmo tempo, acredita-se na sua incapacidade para suportar a dor provocada por uma doença – uma dor vinda de dentro do corpo, como a dor do parto. Essa ambigüidade cultural entre força e fraqueza masculina traz prejuízos para os homens, pois os afasta dos serviços de saúde, dos exames preventivos, como também leva muito profissional da saúde, mais especificamente da medicina, a não considerar as queixas dos homens como indicadores de uma doença e, muita vezes, de uma doença grave.

6.4 – A assistência e educação para a saúde da mulher no climatério: entre o real e o ideal

A assistência à saúde da mulher no Brasil, como já mostramos em outros momentos desta pesquisa, tem se inspirado fortemente nas resoluções das Conferências Mundiais. Por sua parte, profissionais desta área, partindo das constatações que encontramos nos programas investigados, parecem estar atentas à complexidade de sua tarefa. Percebemos que são profissionais qualificadas (capacitadas em instituições de credibilidade nacional) e que reproduzem um discurso competente a respeito da assistência à saúde da mulher, particularmente, à mulher no climatério. Vejamos as falas seguintes:

Nossa ação vem de uma necessidade. É uma fase que precisa de uma assistência multiprofissional, de uma atenção bem mais... porque nem todo mundo está preparado (...) É uma ajuda, não só na parte do tratamento, mas também de conhecimento... (S1).

(..) Precisa de cuidados especiais ... com o corpo, a cabeça, alimentação (...) É uma fase muito difícil. É excelente que todas as mulheres, a camada maior da população, receba, tenha acesso a esse serviço porque todas nós precisamos (S2).

Oferecer as informações necessárias (...) Atender às expectativas delas trabalhar em grupo é uma coisa muito satisfatória porque é uma troca de experiência (S3).

Como serviço universitário nós achamos que tínhamos obrigação de fazer esse serviço para as mulheres que estão, cada vez mais, procurando informação (S4).

É muito importante trabalhar essa faixa etária com atividades voltadas para as questões psíquicas e sociais, com discussões de grupos (...) para elas refletirem sobre essa fase da vida que é uma mudança natural (S6).

Precisamos que outros profissionais nos ajudem, pois são pacientes que precisam de dieta, de psicólogo (...). Nossa proposta era de ter palestras educativas, orientações (S7).

A mulher precisa de cuidados especiais (...). É muito importante que a dieta seja equilibrada(...). O exercício é muito importante nessa época(...). Tem que se cuidar” (S10).

Pode-se perceber que, do ponto de vista da assistência, as profissionais têm consciência das suas funções e da complexidade das ações a serem desenvolvidas. O climatério é uma fase “difícil” da vida da mulher, que “precisa de muita ajuda”, de muitas informações, de cuidados especiais: uma dieta equilibrada, exercícios físicos, ajuda psicológica, ente outros. A preocupação em atender a mulher “como um todo” e não “em partes”, como elas expressaram, reflete a visão holística da saúde presente no discurso de muitos setores dessa área. Mesmo que seja um discurso restrito a certos setores ou utilizado por muitos representantes institucionais como pura retórica, essa visão surge, em todo caso, como uma esperança de resgate do ser humano em todos os seus aspectos. Como diz Tavares (1993, p. 89), é através de uma abordagem holística que podemos resgatar as dimensões simbólica e espiritual do processo saúde-doença, sem perder de vista a influência das relações econômicas e sociais. A autora define a saúde numa visão holística, como “um estado de harmonia entre o corpo, a mente e o ambiente. Nele a pessoa traz dentro de si, harmônicas e equilibradas, as duas tendências básicas do organismo: a auto-afirmativa [...] e a integrativa”, ou seja, uma pessoa ímpar, mas consciente de pertencer a um todo maior. A percepção de totalidade – ser humano e natureza - rompe com a idéia cartesiana de doença como um conjunto de sinais e sintomas que deve ser controlada ou eliminada através de tratamento clínico ou cirúrgico.

A dimensão holística da saúde recebeu impulso e credibilidade quando, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Carta Magna de 1988, foi modificado

o conceito tradicional de saúde e começou-se a difundir uma nova mentalidade a respeito do processo saúde-doença. Assim, no plano jurídico-institucional, a saúde passou a significar não mais apenas uma assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva e sim “o resultado de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinem e condicionem o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo” (CARVALHO e SANTOS, 1995, p. 21). Todavia, apesar da defesa de uma concepção holística do atendimento, constatamos, através dos relatos das profissionais, das usuárias e da observação direta, a distância entre o atendimento idealizado e o atendimento realizado. Entre as boas intenções das profissionais e a realidade institucional na qual se desenvolvem as práticas existe um grande fosso.

6.4.1 O Centro de Saúde Reprodutiva

Vejam os casos do Centro de Saúde Reprodutiva.⁴² Uma das profissionais afirma que os princípios da universalidade, equidade e integralidade são meras figuras ilustrativas. No discurso dessa instituição a assistência é destinada a homens e mulheres. Contudo, na prática, não se intervém nessa direção, mesmo sendo o CSR um Centro que também atua na qualificação de pessoal⁴³. Assim, as ações desta instituição não estão voltadas para estender a assistência a todas as mulheres, nem tampouco desenvolver um trabalho que contribua para

⁴² O Programa de Saúde Reprodutiva vem sendo implantado pelas Secretarias de Saúde dos Estados do Rio Grande do Norte e do Ceará com o apoio do FNUAP. É uma nova estratégia de intervenção nesta área que valoriza, sobretudo, as relações de gênero. O RN dispõe de três Centros: Natal, Mossoró e Caicó. Saliente-se que, pela primeira vez, o Estado do Rio Grande do Norte tem um programa específico para o climatério.

⁴³ As profissionais de saúde que atuam no Centro de Saúde Reprodutiva, além da qualificação que recebem em serviços mais avançados, como o de Ribeirão Preto, onde funciona um Programa de Assistência ao Climatério que é referência nacional, foram, também, qualificadas pelo próprio Centro.

desmistificar a relação dos homens com os serviços de saúde. Na verdade, a prioridade do Centro é a gravidez na adolescência, as DST's e a AIDS.

A dificuldade de acesso ao atendimento é igual para homens e mulheres. A preocupação é com a gravidez na adolescência e DST's (...) A mulher tem obrigação de ir uma vez ao ano ao ginecologista. O homem não (...) quando tem um diagnóstico, já vem com um diagnóstico difícil... (SI).

A distância entre o idealizado e o executado fica flagrante nas falas das profissionais. Esta será, como veremos, uma invariante no desenvolvimento da assistência, o que, sem dúvida, é decorrente das contradições do processo de elaboração das políticas públicas no Brasil. Todavia, chamamos a atenção, na fala acima, para a dimensão gênero que perpassa a assistência à saúde reprodutiva e sexual. Como diz essa profissional, a preocupação do CSR quanto à saúde reprodutiva é pontual: gravidez na adolescência ou DST's e AIDS. A preocupação com a assistência ao homem, enquanto agente ativo do processo de reprodução, é ainda “mera figura ilustrativa”. O CSR contribui, assim, de modo “sutil” para a reprodução da dominação masculina ajudando a manter a crença de que é a mulher que tem a “obrigação de ir uma vez ao ano ao ginecologista”. Imerso na crença de sua superioridade, o homem é vítima da própria cultura que o exalta e lhe dar maior liberdade: “o homem não (...) quando tem um diagnóstico, já vem com um diagnóstico difícil...”

Se não existe uma preocupação com a saúde do homem, enquanto agente do processo sexual e reprodutivo, tampouco, existe alguma atenção ao homem na fase da “andropausa” (o climatério masculino), tema, aliás, bastante controvertido na área médica. A este respeito, Kusnetzoff (1999, p. 10) é bastante enfático: “a maioria dos profissionais não está disposta a admitir que a andropausa existe como fenômeno fisiológico ...[mas] como fenômeno imaginário ou neurótico”. Segundo o autor, a andropausa não existe enquanto objeto da medicina. Dessa forma, não sendo objeto de estudo dessa ciência, a

população masculina não tem como se manter informada a respeito das mudanças do seu corpo decorrentes dessa fase, não sabe a quem se dirigir quando chegam os “sinais” e os profissionais da área da saúde não conseguem dar à andropausa a sua devida importância. O resultado final dessa realidade é, entre outras coisas, um diagnóstico tardio de câncer de próstata e uma sobrevida menor.

Quanto à parte educativa desenvolvida pelo CSR, esta apresentava muitas limitações na época da realização do trabalho de campo, posto que o Centro estava em fase de implementação de um novo modelo de assistência. Vejamos os depoimentos:

Não existe uma proposta, uma metodologia para atender às mulheres no climatério (...) A gente não tem uma proposta ainda porque eu me envolvi com outras coisas (S8).

Fomos preparadas para atuar com uma equipe multiprofissional(...) numa assistência integral... com ênfase na parte educativa (S7).

Existe um Programa só que a coisa não está funcionando. Você sabe como é serviço público! (...) Eu estava em São Paulo. Quando voltei fiquei muito empolgada, pensando que ia funcionar como o serviço de lá (...) Aqui foi dito que ia funcionar como o de lá (S9).

Como mostramos no Capítulo III, com a instalação do CSR o Rio Grande do Norte, pela primeira vez, estava tendo um programa específico para o climatério. Todavia, apesar de ser uma proposta inovadora, particularmente, no tocante à educação à saúde, não havia um projeto pedagógico definido. Segundo os princípios norteadores do CSR, que por sua vez segue os princípios do PAISM, a mulher no climatério precisa ser atendida como um todo, através de palestras informativas, grupos de discussão, espaços para reflexão, a fim de que se possa encarar o climatério como uma fase natural:

Nossa proposta de trabalho é numa linha educativa, de prevenção (...). sala de espera com vídeo, palestras, orientação medicamentosa (...) porque se enfatiza muito a reposição hormonal (S5)

Entretanto, no momento de por em prática o novo modelo de assistência que prioriza a prevenção e a promoção à saúde, o Centro passa a ser referência para a assistência terciária. Dessa forma, o desabafo, nas falas anteriores, reflete a inquietação de profissionais qualificadas para o serviço, mas que se deparavam com uma realidade bem adversa: a enfermeira que parecia ser o suporte da consulta médica assumia outra função; a assistência, que se propunha primária passa a ser terciária; não tinha demanda porque os Posto de Saúde não funcionavam a contento; não havia como registrar a mulher no Programa porque o Centro não dispunha de uma Central de Marcação; as poucas mulheres consultadas tinham dificuldade de realizar os exames laboratoriais, pois o serviço não os oferecia; dispunha-se de um mamógrafo, mas não havia profissional para operá-lo. Vê-se nas falas das profissionais, colocadas a seguir, como a própria instituição é a primeira a não valorizar o modelo de assistência que ela se propôs a aplicar:

Na prática a Secretaria colocou que teria de ser uma assistência terciária... só com o encaminhamento dos Postos de Saúde! (...) Todo mundo ficou sem saber como ia funcionar (...). Tá ainda meio solto. estamos com um pouco de dificuldade com o Programa (...) Como ainda não tem encaminhamento, nós estamos atendendo sem a triagem... (S7).

(...) o que eu fiquei sabendo é que a Secretaria de Saúde não vai estimular essas palestras (...) antigamente elas substituíam consultas... tinha produtividade para o Centro... se deixar de atender para fazer palestra o Centro fica sem receber... o financeiro (S9)

Ora, uma assistência terciária significa que houve falha no nível primário e secundário da assistência. Esses níveis são organizados de acordo com a tríade ecológica de Leavell-Clark (1978) e significa que um desequilíbrio entre o humano, o agente patogênico e o meio desencadeia um processo patológico. A evolução desse processo pode levar à cura, à morte ou a outros

estados intermediários⁴⁴. Assim justificava-se a inquietação da equipe, pois tornar-se apenas um serviço de prevenção terciária seria do ponto de vista operacional, impraticável. Como trabalhar saúde reprodutiva na perspectiva de gênero sem palestra? Como considerar uma gravidez em uma adolescente como um processo patológico? Como informar, ajudar, estimular a auto-estima de uma mulher que está enfrentando o climatério com dificuldades, apenas prescrevendo hormônio para ela tomar?

Como assistência terciária, que eles querem dar, eu reconheço que é bom porque não existe no Estado! Mas, todos nós achamos... é um tanto utópico, sabe por quê? Porque a assistência básica não está funcionando.(...) Tá sendo utópico... as pacientes vêm sem nenhuma assistência básica. A gente vai falar de hormônio, de dieta, de exercício... as mulheres ficam sem entender porque o que elas estão buscando é outra coisa: é um preventivo que há séculos não fazem; é um tratamento de um corrimento que elas estão há séculos e não acham ginecologista.... Então tem sido utópico (S9).

Diante dessa orientação institucional, não restava outra saída às profissionais senão procurar “burlar” certas ordens superiores, a fim de não ter o seu saber técnico-científico negado e nem se transformar em simples reprodutoras das políticas oficiais:

(...) Mas eu como médica e... com certeza nós vamos fazer... mas, seria extra. A gente também pensou em, de 15 em 15 dias fazer uma reunião, para discussão de casos, para melhorar a qualidade do ambulatório (...) Tem falado bem alto a questão da produção. Mas a gente, assim, como uma equipe especializada, a gente quer dar mais, a gente quer crescer” (S9).

⁴⁴ Para RESENDE (1986, p.89) a grande contribuição desta teoria é a sua aplicabilidade nas ações de saúde, segundo os níveis do processo saúde-doença. Na prevenção primária estão os dois primeiros níveis: o primeiro, chamado de fase pré-patogênica, que envolve as ações visando à promoção da saúde (de higiene ambiental, educação, lazer, etc) e o segundo, chamado de fase da proteção específica (imunização). A prevenção secundária é caracterizada pela fase patogênica, mas o diagnóstico e a terapêutica são precoces e impedem o avanço da doença. Na prevenção terciária, estão o 4º e o 5º níveis, que significa, respectivamente, limitar o processo patológico e reabilitação. Consideramos a teoria de Leavell-Clark (1978) importante, apenas, na divisão sistemática dos serviços de saúde.

Diante de todas as dificuldades aqui mencionadas seria impraticável atuar de forma multiprofissional e abordar o climatério numa perspectiva holística, como desejado. Em termos de assistência, o CSR não pôde à época desenvolver senão um atendimento convencional, puramente centrado no atendimento médico curativo. Hoje, como ressaltamos no capítulo III e pode-se verificar nos documentos dos Anexos, essa realidade parece bastante modificada.

6.4.2 A BEMFAM

A Sociedade Civil Bem-Estar Familiar na Brasil, como destacamos anteriormente, tem se destacado hoje, em Natal, pela sua atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva, na perspectiva de gênero, e pelas pesquisas realizadas nos campos social, da saúde e demográfico. Vale lembrar que, esta instituição era a única, até o período da coleta dos dados, a ter conseguido envolver os homens numa ação educativa e assistencial. Embora, ainda, em pequena escala.

Do ponto de vista do atendimento, a BEMFAM oferece vários serviços especializados voltados para a saúde sexual e reprodutiva, os quais funcionavam regularmente no período por nós observado. Todavia, o objetivo maior da instituição, conforme os relatórios anuais e o depoimento da coordenadora, é atingir sua clientela através de práticas educativas. Por esta razão, este é um traço distintivo da instituição, as suas equipes costumam trabalhar em canteiros de obras, fábricas, escolas, entre outros, desenvolvendo atividades voltadas para a educação sexual e reprodutiva.

Com relação às ações voltadas para o climatério, esta instituição, durante o período em que funcionou esse serviço (1997), trabalhou unicamente com uma metodologia participativa operacionalizada através dos grupos de discussão. Nesses, como já relatamos anteriormente, as usuárias tinham a oportunidade de receber um conjunto de informações especializadas, através de exposições, palestras, mas também, de vivenciar um processo de traça intenso com todas envolvidas nesse processo.

Os grupos de discussão funcionavam uma vez por mês, sempre com a presença de um especialista em determinada área. Esses, por sua vez, desenvolviam temas sugeridos pelas integrantes do grupo e se subdividiam aos questionamentos coletivos. Vários recursos didáticos eram usados nas exposições e, no final de cada sessão, eram distribuídos *folders* contendo informações básicas sobre o climatério.

Antes de fazermos nossas observações a respeito da metodologia utilizada pela BEMFAM vamos apresentar o caso da Maternidade Escola

6.4.3 – A Maternidade Escola Januário Cicco

Como afirmamos no Capítulo III, esta é a instituição que mais manteve uma regularidade na assistência e educação para a saúde da mulher no climatério. Dada a sua condição de instituição tradicionalmente conhecida como prestadora de serviços destinados a saúde da mulher e como instituição de ensino, servindo, portanto, de referência para todo o Estado do Rio Grande do Norte, a Maternidade possui uma grande demanda.

Também afirmamos no Capítulo III que este programa é uma atividade de extensão, que tem como objetivo: “conscientização do que é a menopausa e o

climatério; detecção e tratamento das lesões neoplásicas; tratamento específico de patologias próprias dessa fase; melhoria na qualidade de vida; que as ouvintes sejam veículos multiplicadores dos conhecimentos recebidos” (ANEXO C)

Desenvolvido por uma professora da UFRN, que é também sua coordenadora, no que tange à relação do mesmo com o ensino e a pesquisa, objetiva envolver alunos e alunas de graduação e da residência médica. Justifica a coordenadora que é preciso conscientizá-los/as da importância do atendimento global à saúde da mulher, assim como, alertar para que a paciente não seja vista apenas como portadora de patologias genitais, mas como um ser humano que precisa de ajuda. Justifica ainda o Programa, enquanto atividade de extensão dizendo que:

O climatério é uma fase na vida da mulher que vai dos 40 aos 65 anos de idade e se caracteriza pelo aparecimento de sintomas próprios, que na maioria das vezes levam a mulher a um quadro de angústia e depressão e insatisfação com a própria existência. São necessários programas de esclarecimento sobre essa fase tão importante, com ênfase na melhoria da qualidade de vida. Orientações como adequação alimentar, exercícios físicos, diminuição do tabagismo e prevenção das doenças crônicas degenerativas são importantes e da responsabilidade de cada profissional da saúde[...]

Quanto aos resultados da ação educativa:

[...] Espera-se que a ação educativa leve as pacientes a uma conscientização dessa fase tão importante na vida da mulher, com repercussão na melhoria da qualidade de vida. É importante também que o aluno entenda que a universidade só tem valor se os nossos conhecimentos forem levados, absorvidos e praticados por esta população [...]. Como mensagem multiplicadora pedimos a cada paciente que ao lerem este folder não o guardem e sim, que entregue a uma pessoa amiga para que a mesma também tome conhecimento destas orientações e assim possamos cada vez mais difundir conhecimento [...]

A entrada das mulheres no Programa do Climatério dá-se da seguinte forma: uma vez por mês é marcado o dia de distribuição das fichas para consultas. Com 15 dias ou mais de antecedência, a data e o horário são afixados na porta do consultório (ou box) e na porta do setor de arquivo da

Maternidade. No dia e hora da consulta, a médica apresenta-se às usuárias e distribui fichas para todas as mulheres que estão na fila. Em seguida, todas são convocadas para assistirem a uma palestra.

(...)Eu só marco consulta no dia da palestra... se eu marco hoje e digo que daqui a cinco dias vai ter uma palestra, elas não vêm, elas não vêm assistir. Então a gente não abre mão... Muitas vezes eu digo a elas: olha! Às vezes, é mais importante a palestra do que o remédio que eu vou passar. Porque o remédio nem sempre você pode comprar e o que eu vou lhe dizer hoje é mais importante do que tomar uma caixinha de remédio e nunca mais tomar outra (Médica).

Este é um procedimento que, segundo a coordenadora, tem surtido efeito e funcionado como agente multiplicador: uma usuária informa para outra, que convida a amiga, a vizinha, etc. Além disso, a palestra reduz o tempo da consulta: em vez de explicar tudo sobre o climatério para cada mulher, individualmente, ela apenas esclarece, durante a consulta, os pontos que não foram bem entendidos por cada usuária.

O conteúdo de cada palestra está organizado da seguinte forma: o que é climatério; o que é menopausa; os sinais e os sintomas; a importância da higiene, dos exercícios e da alimentação na prevenção das doenças crônicas degenerativas. Após cada palestra, a médica distribui um *folder* e pede que o mesmo seja lido juntamente com os familiares e repassado para outras mulheres. Em seguida, a auxiliar de enfermagem faz o aprazamento das consultas, que, dependendo da demanda, pode passar mais de um mês até a próxima distribuição de fichas. Após serem cadastradas no Programa, as mulheres não precisam mais esperar para receber uma nova ficha. O retorno é garantido mediante a apresentação da receita do primeiro ou do último atendimento ou é aprazado após a última consulta.

Para a coordenadora, o Projeto é um sucesso e atinge bem os objetivos. Uma forma de avaliar o sucesso, ressalva ela, é perguntar na hora da marcação da consulta, como a usuária tomou conhecimento do programa. Ela quase sempre responde que foi através de uma amiga, ou vizinha, que havia participado de uma palestra.

À esta altura da exposição já podemos comparar as metodologias utilizadas pelas instituições que lidam com o climatério na cidade do Natal. Na verdade, como o Centro de Saúde Reprodutiva não havia conseguido pôr em prática as suas propostas educativas para lidar com o climatério, resta-nos comparar a metodologia utilizada pela equipe da BEMFAM com a adotada no Programa de climatério da Maternidade Escola.

No caso da BEMFAM, o fenômeno educativo era entendido como processual e multidimensional. Os agentes desse processo eram tomados como ativos, uma vez que não se valorizava uma transmissão estática e unilateral do conhecimento. As mulheres aí participavam com suas emoções, cognições e culturas. Os seus saberes eram levados em conta, num processo interativo que lhes permitia fazer aproximações para reelaborações.

Na direção inversa, está a metodologia adotada no Programa da Maternidade Escola. Embora seja um trabalho desenvolvido com paixão e voluntarismo, a concepção do fenômeno educativo que o embasa reproduz as concepções tradicionais de educação, que encaram o/a aprendiz como receptor passivo diante dos conteúdos transmitidos. Reproduz, também, o discurso competente do saber médico que parte da total ignorância do saber do outro. O processo educativo perde, assim, o seu caráter multidimensional e passa a ser visto de forma linear e única. Diante desta realidade, como aceitar a perspectiva

holística? Como aceitar o trabalho multi e interdisciplinar preconizado pelas orientações das conferências internacionais?

Quando questionada sobre a importância de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para atender as mulheres no climatério, a coordenadora do Programa da Maternidade Escola disse reconhecer a sua importância, mas justificou que, no caso da UFRN, a forma individualizada como cada docente atua nas suas ações assistenciais torna inviável um Programa com atendimento multiprofissional. O papel da instituição, neste caso, reduz-se muito mais a fiscalizar a execução das ações planejadas.

Um Projeto de Extensão, uma vez estruturado e aprovado segue os objetivos propostos pela coordenadora ou coordenador, não havendo um controle sistemático da instituição, do ponto de vista de sua execução. Isto significa dizer que o modo como docentes e funcionários se organizam em torno de um Projeto, só será afetado quando houver problemas no próprio grupo. Desta forma, as dificuldades para organizar e manter um Programa que atendesse às necessidades das mulheres na fase do climatério fizeram com que, na Maternidade, a coordenadora se servisse da criatividade e aproveitasse, ao máximo, os recursos ali existentes. Assim, por exemplo, ela aconselha as diabéticas a se inscreverem no Programa de Diabetes e as hipertensas, no Programa de Hipertensão. Outra estratégia adotada foi a de vincular as palestras sobre o climatério às consultas Po e ela realizadas. Deste modo, para uma usuária receber uma ficha que lhe dará direito ao atendimento médico, é obrigatório sua participação nas palestras educativas sobre essa fase da vida da mulher.

As dificuldades para a realização de um programa centrado nas reais necessidades das mulheres revelam que, no plano da educação e da assistência, muitas variáveis se inter cruzam produzindo resultados diversos e bem diferentes do idealizado. Se por um lado, há uma força do discurso institucional que dá materialidade às relações de poder, por outro lado profissionais e usuárias podem agir, intervir na assistência, aumentando sua margem de liberdade, ou seja, têm capacidade para modificar situações e processos estabelecidos. Porém, conseguem o mínimo necessário o que nos leva a destacar aqui que as dificuldades sentidas pelo grupo de profissionais são sentidas também pelas usuárias, conforme mostram os seguintes depoimentos:

Ah! Minha filha. Falta muita coisa. A gente roda. Faz uma coisa aqui outra ali. Se o governo quisesse ele melhorava tudo (CSR).

Muitas coisas. Só que eles não oferecem, né? É a maior agonia pra gente ser atendida. Falta médico ou ele não vê... às vezes nem tem medicamento. A pessoa tá passando mal e não é atendida (MEJC).

Primeiro, mulher, eu acho que devia ser assim, como isso aqui, um negócio que explicasse melhor pra gente os problemas que a gente tem. Muitas vezes a gente entra no

consultório médico com uma dúvida e sai com várias (BEMFAM).

A gente roda muito procurando canto para fazer os exame. Hoje de tudo o médico pede um exame... e é difícil a gente fazer. (MEJC).

Vimos, ao longo deste capítulo, que o climatério, apesar de ser uma fase importante na vida da mulher, de haver uma demanda crescente por uma assistência específica, principalmente centrada na parte informativa e ajuda psicológica, ele não tem recebido a devida atenção por parte do município do Natal (municipalização da saúde) e do Estado do Rio Grande do Norte. A experiência local tem demonstrado que não basta apenas ter boa vontade, voluntarismo para fazer os serviços funcionarem. O climatério, enquanto fenômeno complexo, precisa ser encarado como tal. As usuárias desses serviços precisam ser entendidas como humanas, portanto, portadoras de particularidades subjetivas e especificidades dos sistemas culturais aos quais pertencem. A compreensão de suas representações sociais e das relações de gênero que as permeiam e permeiam também as relações com as próprias instituições de assistência à saúde são neste caso uma importante ferramenta para a intervenção. É através de uma prática educativa transformadora que os serviços de saúde podem atingir a verdadeira prevenção e promoção da saúde de homens e mulheres.



CONCLUSÕES



Todas as vezes que as mulheres expressavam que a fase do trabalho tinha terminado e que o momento era de viver, antes que a velhice chegasse, pensávamos em Prometeu (trabalho) e Dionísio (prazer). Alegoricamente a nossa visão de climatério pode ser representado por esta obra de arte de Rubens: uma **Dança Camponesa** (1636-40). Também significa o festejo, a vaidade humana de ter concluído uma obra de arte.

Procuramos, ao longo da nossa exposição, resgatar os sentidos atribuídos ao climatério pelas profissionais e usuárias de três instituições que lidam com esta fase da vida na cidade do Natal, quais sejam: a Maternidade Escola Januário Cicco, o Centro de Saúde Reprodutiva e a BEMFAM. Constatamos, então, como o signo da velhice, circulante na cultura brasileira, é apreendido e ressignificado pelos grupos investigados, a partir de suas particularidades, de inserção no espaço social e como essas representações sociais são, também, atravessadas pelas relações de gênero. O climatério é, assim, apreendido, de forma predominante, pelos campos semânticos velhice/doença que passam a constituir-se enquanto elementos organizadores e estruturadores do conteúdo dessa representação hegemônica.

A abordagem do fenômeno em questão por meio da teoria das representações sociais e da perspectiva de gênero permitiu-nos ir além de uma leitura circunscrita à sua dimensão biológica ou cultural para acrescentar uma visão psicossocial, na qual os aspectos cognitivos de construção do conhecimento adquirem também a sua devida importância.

Uma vez construídas as representações sociais vão orientar a conduta e as diferentes ações dos agentes em relação ao objeto em todos os espaços sociais. Para as profissionais da saúde, a ressignificação do signo velhice carrega as marcas do sistema identitário da classe média assalariada, mas também, do *habitus* feminino que lhes orienta a ter uma apreensão ética e estética do próprio corpo. O climatério, dessa forma, é visto como uma “fase difícil” da vida da mulher. Portanto, de uma fase natural do ciclo biológico da vida feminina, o climatério passa a ser um evento “doloroso”, muito “difícil” que “amedronta”.

Para as usuárias o signo velhice é ressignificado dando-se ênfase aos aspectos mais biológicos do climatério. Para essas mulheres, principalmente as pertencentes às chamadas “classes populares”, os conteúdos representacionais vão dar ênfase às “sensações” e “sinais” do climatério, particularmente aos “sinais” que impedem seu corpo de realizar determinadas funções básicas ligadas ao viver/sobreviver.

Constituindo-se em “guia” para a ação, as representações sociais, articuladas com as estruturas cognitivas que reproduzem a dominação masculina, vão estar presentes nas práticas voltadas para a assistência e educação para a saúde da mulher no climatério, no espaço das instituições que aqui serviram de campo de observação.

Ao longo de todo este percurso, constatamos que o climatério é um fenômeno complexo que precisa ser encarado como tal. Enquanto fenômeno cultural urge, particularmente no meio do campo da saúde, buscar meios que ajudem a combater a centralidade das representações profissionais que encaram o climatério como velhice patológica. Para autores como Bezerra (1995), Machado (1995), Pinto Neto (1995), Santos (1995), entre outros, o climatério é mais que uma doença, é uma síndrome, cujos sintomas clássicos evidenciam as repercussões metabólicas. Modernamente, como indica Pinto Neto (1995, p.13), o climatério é uma endocrinopatia. É ancorado nas ciências médicas⁴⁵ que grande parte dos/as profissionais de saúde organizam suas representações sociais sobre o climatério. Mesmo que reconheçam a significação social da doença, é a leitura biomédica que atua como núcleo estruturante.

Os autores anteriormente citados consideram que a natureza foi ingrata com a mulher e a sociedade completa o trabalho iniciado pela natureza. Montgomery (1999, p.201), por exemplo, cita que a mulher se submete a três opressores: ao homem, através do poder econômico; a sociedade, através do terrorismo moral e estético; a natureza, pelo processo da reprodução. Entretanto o autor que, como ginecologista, diz que “vem salvar a mulher de uma natureza perversa”, termina fortalecendo os outros dois opressores quando classifica o climatério como uma endocrinopatia e quando garante o vigor da juventude através de uma reposição hormonal. Ademais, essa salvação é muito limitada e elitista, pois poucas serão as mulheres “beneficiadas”. Os autores e autoras ginecologistas falam sempre de uma mulher climatérica, externando sua sexualidade, trocando até o “orangotango” por um melhor companheiro (Montgomery, 1999, p. 203). Esta é outra limitação da sociedade de “gênero” que vivemos. Observamos que, tanto no discurso das profissionais de saúde quanto no discurso das usuárias que, na prática, os homens preferem as mulheres mais jovens e, esse companheiro, essa troca, esse novo olhar masculino que carimba nossa existência está cada vez mais difícil, a ponto de fazer com que as mulheres percebam, como colocou Wolf (1992), em “O mito da beleza”, que o olhar masculino não é mais essencial para que uma mulher sint-se viva.

⁴⁵ Aqui entendidas como a medicina propriamente dita, a fisiologia, anatomia e bioquímica.

A própria posição de muitos médicos, quanto ao procedimento a ser adotado diante do climatério, faz com que as mulheres vivenciem ambivalências, contradições, que refletem, em certa medida, o que elas sentem, o que elas presenciaram em outras mulheres, o que elas recebem através dos meios de comunicação social. Na ânsia de estar “cientificamente correto” ou até mesmo de expor sua posição diante de um diagnóstico e tratamento, o profissional médico expressa, como observamos no discurso de Hygea (rmg.53), que não se responsabiliza pelo que possa ocorrer, caso a mulher faça opção pela não reposição hormonal. De qualquer forma a mulher tem que arriscar e arrisca naquilo em que suas representações estão melhor ancoradas e que suas possibilidades econômicas permitam. Um número muito reduzido de mulheres toma decisões sobre seu corpo sem a interferência do outro. Essa relação entre as mulheres e profissionais da saúde nos remete a uma frase do texto de Collim (1993), sobre o trágico do sujeito: “[...] a segurança do ‘penso logo existo’ o eco responde, três séculos mais tarde: penso logo não existo”. A referência a esta frase serve apenas para traduzir a nossa idéia de que, ao verbalizar o que sentimos tornamo-nos para o/a especialista um conjunto de sintomas manipuláveis.

Das entrevistas, questionários, grupos focais de discussões e observações em filas de espera, percebemos que, de certo modo, há uma distancia significativa entre a mulher climatérica sobre a qual os cientistas da saúde constroem seus modelos de assistência e aquelas que procuram essa assistência. O que observamos como invariante é o modo como as mulheres por nós investigadas se colocam no mundo: diferente da adolescente que busca descobrir o mundo, a mulher de meia-idade quer “estar no mundo”. Ela se descobre no mundo e percebe que o momento é de viver para si, momento do prazer. Caso não consiga o seu desejo é transformado em dores: a “dor que anda pelo corpo”, “que deixa escangalhada”, “que deixa sem forças para estender um pano”. Aquela dor considerada “normal da idade”, sinal de envelhecimento, mas que pode está camuflando a falta de realização pessoal.

Nem todas as mulheres conseguiram se libertar de modo a deixar fluir seu lado dionisíaco. Assim como numa versão mais antiga do mito Prometeu que, livrando-se das correntes que o prendia ao rochedo, teve que usar um anel de ferro como lembrete de que continuava acorrentado (RASCHE, 1997, p. 78), algumas mulheres continuam acorrentas aos preconceitos, aos domínios dos laços familiares e aos serviços de saúde. Acreditam estas mulheres que, por “ter mais

partes”; por “menstruar e deixar de menstruar”; “engravidar, ter filhos e amamentar”, por ter que “cuidar da casa, do marido e dos filhos” são mais doentes e “gastam-se” na própria missão do seu sexo. Quando procuram os serviços de saúde elas têm a confirmação, explícita ou implícita, de que são doentes porque são mulheres. Quase nada é dito à mulher que seu corpo é sua experiência histórica, que suas dores são o reflexo das relações de gênero que foram determinadas e mantidas mesmo antes do seu nascimento, sobrecarregando-as com trabalhos reprodutivo e produtivos, próprios da sociedade prometética, cuja felicidade é sempre adiada (MAFFESOLI, 1996).

De acordo com os princípios do PAISM os programas destinados às mulheres na fase do climatério, devem ser organizados numa base multiprofissional de modo a atendê-las em todas as suas necessidades de serviços de saúde, uma vez que os objetivos que norteiam as ações educativas para a saúde envolvem a ação de uma equipe que trabalha no sentido de promover a saúde e eliminar os obstáculos que interferem no bom funcionamento dessas ações. Mas, a exemplo do que foi observado nos programas investigados, concordamos com Costa (1978, p.324), quando a mesma afirma que no trabalho em equipe nos serviços de saúde, as ações educativas são prejudicadas devido “o individualismo, o tradicionalismo e o autoritarismo”.

Organizar um plano ou programa de assistência ao climatério na perspectiva de gênero é compreender a saúde enquanto processo da vida cotidiana, assim como perceber a complexidade do ser humano e a impossibilidade de apreendê-lo em sua totalidade. É perceber o climatério como um período vivido num caleidoscópio de situações que reflete bem a especificidade de cada mulher.

O uso da teoria de gênero e das representações sociais no campo da saúde vem ampliando o debate sobre a equidade, a integralidade, e enriquecendo a própria compreensão do significado de saúde e doença. Entretanto, essas teorias representam um grande afrontamento uma vez que buscam quebrar as formas hegemônicas de se entender e de se realizar ações de saúde. Usando, por exemplo, o princípio da integralidade, como indica Schraiber (1999, p. 18) cada profissional de uma determinada instituição ou programa rompe com sua independência e as ações técnicas compartilhadas passam a ser trocas intersubjetivas, comunicação e momento de interação entre os profissionais. Além disso, essa interação permite uma reflexão crítica sobre o fazer profissional, sobre a instituição e, conseqüentemente, sobre as políticas públicas.

Como as representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade que governa as relações das pessoas com o seu ambiente social e físico (ABRIC, 1994a) elas servem como guias para a prática de profissionais da saúde e podem ajudar à elaboração de um planejamento baseado na, real, necessidade da população assistida. Sem o desenvolvimento de uma prática centrada nas representações sociais e relações de gênero, problemas tão comuns como os

expressos a seguir passariam despercebidos uma vez que seriam “tratados” com substâncias químicas.

...além disso eu vivo num desgosto muito grande(...). Não posso trabalhar... sinto uma dor de cabeça que é abrindo a cabeça... eu invento de fazer qualquer coisa que eu me sinta bem. Aí eu melhora...
(AlfazemaHorbean – mng.54).

...tem dias que já acordo cansada... quando penso em fazer tudo de novo... aquilo passa assim na minha cabeça: acordar cedo, preparar o café, arrumar a casa, trabalhar, trabalhar, trabalhar... não termina nunca?(...). Acho que a dor nas juntas que a gente sente é, ou para sair correndo, desenferrujar como dizem, ou para ficar acamada sem fazer nada em casa... (BEMFAM 3- Grupo Focal).

Concluimos, pois, que um programa para as mulheres que estão na fase do climatério deve ser, como referiram as profissionais, organizado de modo que a assistência seja de forma integral. Esta deve priorizar o modelo holístico, pelo menos na concepção da palavra⁴⁶, de modo que crie nas mulheres, assim como no

⁴⁶ Nesse sentido significa que consideramos o todo maior do que a soma das partes. A pessoa não é considerada um “objeto”, nem seu corpo uma máquina que precisa de concerto. Entretanto reconhecemos que viver holisticamente (holopraxis) é uma tarefa quase impossível, uma vez que esse viver “se situa num domínio que transcende a linguagem e o raciocínio lógico (BRANDÃO e CREMA, 1991, p. 35).



REFERÊNCIAS



Diana (Ártemis na mitologia grega), pintada por Rubens, é a deusa das mulheres, da lua, das florestas. Como caçadora pode alegoricamente representar nossa busca ao vasto material bibliográfico para a elaboração desta Tese.

ABRIC, Jean-Claude. Methodologie de recueil des représentations sociales. In: ABRIC, Jean-Claude (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994a. p. 59 – 82.

ABRIC, Jean-Claude. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: _____. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994b, p. 11-35.

ABRIC, Jean-Claude. L'étude expérimentale des représentations sociales. In: JODELET, Denise (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUC, 1989. p.187-203.

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia. S. P; OLIVEIRA, Denise. C. de (Org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-46.

AGUIAR, Neuma (Org.). **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1997.

ALLOUFA, Jomalia M. L.; MADEIRA, Margot. C. Representação social e educação: que relação é esta? In: **COLÓQUIO FRANCO BRASILEIRO EDUCAÇÃO E LINGUAGEM**, 2, 1995. Natal. *Anais...* Natal: EDUFRN, 1995. p.11-5.

ALMEIDA, Áurea B. et al. **Climatério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ALMEIDA, Áurea B. Reflexões sobre o climatério. In. ALMEIDA, Áurea B. et al. **Climatério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 11-22.

ALMEIDA, Maria da Piedade E. de. Mito: metáfora viva? In: MORAIS Regis de (Org.) **As razões do mito**. Campinas, SP: Papyrus, 1988. p.59-67.

ALMEIDA, Marlise M. de M. **Pierre Bourdieu e o gênero: possibilidades e críticas**. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1997. (Série Estudos, 94).

ALSINA, Joaquín C.; GASULL, Misericordia G.; ROCA, Beatriz. Endocrinología de la mujer perimenopáusica y del período postmenopáusico. **Climaterio y menopausia**. Madrid, p.16-29, 1993. (Fascículo 1).

ALVES, Auristela. Climatério e menopausa: prevenção e tratamento da osteoporose. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.1, p.15, 1995.(Suplemento 1).

ALVES, Maria Branca; PITANGUI, Jacqueline. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

ALVES, Maria Dalva S. **Mulher e saúde: representações sociais no ciclo vital**. Fortaleza: UFC/FCPC, 1997.

ALVES-MAZZOTTI, Alda J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Em Aberto**, Brasília, ano 14, n. 61, p. 60-78, jan./mar. 1994.

ALVES-MAZZOTTI, Alda J.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ALVES, Paulo Cesar; RABELO, Miriam C. Significações e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, Aurea M.da R. (Org.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: ABRASCO, 1995. p. 217-35.

ANDRADE, Maria Antonia A. **As representações sociais da prática: por uma redefinição do conceito de cultura política**. Brasília, 1995. 276. Tese (Doutorado em sociologia). Universidade de Brasília. Brasília, 1995.

ANDREWS, Lynn. **A mulher no linear de dois mundos: a jornada espiritual da menopausa**. São Paulo: Ágora, 1995.

ANGIER, Natalie. **Mulher**. Uma geografia íntima. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

APOSTOLIDES, Thémis. **A propósito da contribuição de Satirokopoulou e Breakwell nos estudos de representações sociais**. Texto traduzido pelos pós-graduandos em educação da UFRN, 1998 (Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais, Paris, França.).

AQUINO, Estela M. L. de; ARAÚJO, T. V. B. de; MARINHO, L. T. B. **Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica**. Salvador: UFBA, 1997.

ARRUDA, Ângela M. S. O estudo das representações sociais: uma contribuição à psicologia social no nordeste. **Psicologia**. Fortaleza: UFC, v.1, n.1, p.5-14, jan./dez. 1993.

AUAD, Sylvia M. Von Atzingen V. **Mulher**. Cinco séculos de desenvolvimento na América – capítulo Brasil. Belo Horizonte: Federação Internacional de Mulheres de Carreira Jurídica, CREZ/MG. Centro Universitário Newton Paiva, IA/MG, 1999.

BACALTCHUK, Jaques. As doenças cardiovasculares e o climatério. In: ALMEIDA, Áurea B. et al. **Climatério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 129-144.

BACHELARD, Gaston. **Epistemologia: textos escolhidos**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, [198?].

BACHMANN, Gloria A. Influence of menopause on sexuality. **International Journal of fertility and menopausal studies**. Washington, p.16-22, 1995. (Supplement 1)

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elisabeth. Um é o outro: relações entre homens e mulheres. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BADINTER, Elisabeth. O que é uma mulher. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

BADINTER, Elisabeth. XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BANDEIRA, Lourdes; SIQUEIRA, Deis. Apresentação. Sociedade e Estado. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 223-34, dez./jun. 1997 (Revista semestral de Sociologia).

BANDEIRA, Lourdes. A perspectiva feminista no pensamento moderno e contemporâneo. Sociedade e Estado. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p.263-84, dez./jun. 1997 (Revista semestral de Sociologia).

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999. p. 180-97.

BARBIERI, M. Teresita. Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. Estudios Básicos de Derechos Humanos. Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1998 (Tomo IV).

BARBIERI, M. Teresita. Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico- metodológica. Recife: S O S Corpo. 1993.

BARBOSA, Regina M. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard., BARBOSA, Regina. M. (Org.). **Sexualidade brasileira.** Rio de Janeiro: Relume – Dumará. 1996. p. 160-72.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARSTED, Leila de A. L. A revisão da modernidade a partir do olhar crítico da mulher. In: BRANDÃO, Margarida L. R.; BINGEMER, Maria Clara L. **Mulher e relações de gênero.** São Paulo: Loyola, 1994. p.57-61.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: 1-Fatos e Mitos.** 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.[197-?] (Lê deuxième sexe. Editions Gallimard, 1949)

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: 2- A experiência vivida.** 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.[197-?] (Lê deuxième sexe. Editions Gallimard, 1949)

BECKER, H. **Metodologia de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

BEMFAM- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR DO BRASIL.
Informe Anual 1997. Rio de Janeiro, 1998.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde: PNDS/1996.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

BEMFAM. **Pesquisa de caracterização da clientela.** Clínica própria. Natal Maio. 1998.

BEMFAM. **Informe anual 1998.** Rio de Janeiro, 1999.

BEMFAM. **Relatório analítico e estatístico de 1997 e 1998.** Natal, 1999.

BEMFAM. **Informe anual 1999.** Rio de Janeiro, 2000.

BENHABIB, Seyla; CORNELL, Drucilla (Coord.). **Feminismo como crítica da modernidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987.

BERENSTEIN, Eliezer. **A tensão pré-menstrual e o tempo para mudanças**. São Paulo: Editora Gente, 1995.

BERGER, Maurice. **Prática das entrevistas familiares**. Campinas, SP: Papyrus, 1989.

BERGER, Peter I; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1983.

BERQUÓ, Elza. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, Elisabete D.; ROCHA, Maria Isabel B. de (Org.) **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: Temas e Problemas. São Paulo: 34. 1998. p. 23-38.

BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita L.; DEBERT, Gita G. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1999. p. 11-40

BEZERRA, Ivis. Climatério e menopausa: propedêutica básica. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n 1, p.13, 1995.(Suplemento 1).

BEZERRA JUNIOR, Benilton. **A noção do indivíduo: reflexões sobre um implícito pouco pesado**. Rio de Janeiro:UERJ, 1982

BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. **A enquête e seus métodos**: a entrevista (Tradução para uso didático do texto: **L'enquête et ses méthodes**: l'entretien. Paris: Nathan, 1992, p. 91-115).

BOLEN, Jean S. **As deusas e a mulher**: nova psicologia das mulheres. São Paulo: Paulus, 1990.

BOLTANSKI, Luc. **Les cadres**. Paris: Minuit, 1989.

BOMBASSARO, Luiz Carlos. **As fronteiras da epistemologia**: como se produz o conhecimento. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

BOURDIEU, Pierre. Esquisse d'une théorie de la pratique. **Genève: Droz, 1972**

BOURDIEU, Pierre. **Habitus, code et codification**. . Actes de la recherche em science sociales. **Paris, 1980, p. 42**.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL, 1989.

BOURDIEU, Pierre. La domination masculine. Actes de la recherche em science sociales, n.84. Paris, 1990, p. 2-31.

BOURDIEU, Pierre. As contradições da herança. In: LINS, Daniel (Org.). Cultura e subjetividade: saberes nômades. Campinas, SP: Papirus, 1997. p. 7-17.

BOURDIEU, Pierre. Sobre a televisão. Rio de Janeiro: Zahar. 1997

BOURDIEU, Pierre. Conferência do Prêmio Goffman: a dominação masculina revisitada. In: LINS, Daniel (Org.). A dominação masculina revisitada. Campinas, SP: Papirus, 1998. p.11-27.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999

BOZON, Michel; LERIDON, Henri. As construções sociais da sexualidade. [Tradução para uso didático do texto: Les constructions socialis de la sexualité *Population*, Paris, n.5, p.1173-96, 1993.]

BRANDÃO, Helena H. N. **Introdução a análise do discurso.** Campinas: EUNICAMP, 1991.

BRANDÃO, Margarida L. R.; BINGEMER, Maria Clara L. (Org.). **Mulher e relações de gênero.** São Paulo: Edições Loyola, 1994.

BRASIL.MS/SAS/CNS. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.(Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao Climatério.** Brasília: COMIN, 1994.

BRENNAN, Teresa. **Para além do falo:** uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos. 1997.

BRITO, Luciane. Climatério e menopausa: esquemas terapêuticos. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.1, p.16, 1995.(Suplemento 1).

BRONSTEIN, Marcello Delano. Climatério: o papel do endocrinologista. ARS CVRANDI Climatério. São Paulo, p.113-16, 1995. (Suplemento especial climatério 4).

BRUSCHINI, Cristina; SORJ, Bila (Org.). **Novos olhares:** mulheres e relações de gênero. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Marco Zero, 1994.

BRUSCHINI, Cristina. Mulher e mundo do trabalho: ponto de vista sociológico. In: BRANDÃO, Margarida L. R; BINGEMER, Maria Clara L. (Org.) **Mulher e relações de gênero.** São Paulo: Edições Loyola,1994. p. 115-129.

BUTLER, Judith. Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In: BENHABIB Seyla; CORNELL, Drucilla. Feminismo como crítica da modernidade. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987. p. 139-54.

CABOT, Sandra. A menopausa e você. São Paulo: Paulinas, 2000.

CAMARGO Jr, Kenneth R. de. **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS.** Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1994.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CANÔAS, Cilene S. **O olhar feminino sobre 2010.** São Paulo: Novotexto, 1997.

CARDOSO, Reolina S. (Org.). **É uma mulher...** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

CARVALHO, Anésia de S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica.** 2. ed. Rio de Janeiro: AGIR, 1991.

CARVALHO, Antonio I. de. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n.1, p.104-121, 1996.

CARVALHO, Guido I.; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CARVALHO, Maria do Rosário de F. de. **O outro lado do aprender. Representações sociais da escrita no semi-árido norte-riograndense.** Natal RN. Tese (Doutorado em Educação). Programa de pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1997.

CASTELO-BRANCO, Camil. Piel, envejecimiento y menopausia. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.113-18, 1993. (Fascículo 2).

CASTRO, José A. S. de. Osteoporose na menopausa: conceitos e conduta preventiva. In: ALMEIDA, Áurea B. et al. **Climatério.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 145-52.

CEÑO, Carmen M.; GIL-ANTUÑANO, Santiago P. Mama y hormonas sexuales . **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.184-9, 1993. (Fascículo 3)

CHARTIER, Roger. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, n.4, p.37-48, 1995.

CHATAIGNIER, Gilda; REIS, Léa M. A. Nova idade: 50 anos é o máximo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

CHAUÍ, Marilena. Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHIOZZA, Luis. Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas, Sp: Papyrus, 1987.

CHODOROW, Nancy. Estrutura familiar e personalidade feminina. In ROSALDO, Michelle Z.; LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 65-90.

CHOMBART DE LOUWE, Paul H. Imagens da mulher na sociedade. São Paulo: Senzala, 1967.

CHRISTIANSEN, Claus. Manuseio da massa óssea no climatério. Jornal SOBRAC, São Paulo, ano 3, n.1, p.8-11, 1997.

CIORNAI, Selma. Da contracultura à menopausa: vivências e mitos da passagem. São Paulo: Oficina de Textos, 1999.

CIDADANIA, climatério e comunicação de massa. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.11, n.1, p.3, jan./mar. 1996.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 2. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1998.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. Promover a vida. Lisboa: Damaia/Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989.

COLLIN, Françoise. Praxis da diferença: notas sobre o trágico do sujeito. Recife: S.O. S Corpo, 1993.

CORRÊA, Sonia. **PAISM: uma história sem fim.** Recife, Pe: S O S Corpo. 1993.

CORRÊA, Mariza. A natureza imaginária do gênero na história da antropologia. Cadernos Pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, n. 5, p.109-30, 1995.

COSTA, Ana Alice A . As donas do poder: mulher e política na Bahia. Salvador: NEIM/UFBa – Assembléia Legislativa da Bahia. 1998.

COSTA, Jurandir F. Ordem médica e norma familiar. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1989.

COSTA, Jurandir F. Sexo e amor em Santo Agostinho. In LOYOLA, Maria Andréa. (Org.). **A sexualidade nas ciências sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p.133-73.

COSTA, Albertina O.; BRUSCHINE, Cristina. (Org.). **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo Fundação Carlos Chagas, 1992.

COSTA, Maria José Chaves. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Rev. Bra. Enf.**, Brasília DF, a. 31, n. 3, p. 321-339, 1978

COSTA, Moacir (Org.). **Amor, sexualidade e revolução dos preconceitos.** 3. ed. São Paulo: Editora Gente, 1998.

COSTA, Suely G. Saúde, gênero e representação social. In: MURARO, Rose M.; PUPPIN, Andréa B. **Mulher, gênero e sociedade.** Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2001. p. 112-123.

COSTA, Vittorio. Sexo e Maturidade: uma psicopedagogia da sexualidade para uma época de transição. Porto Alegre: Grafosul, 1977.

COUTINHO, Elsimar. Menstruação, a sangria inútil: uma análise da menstruação para as dores e o sofrimento das mulheres. 2. ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

COUTINHO, Maria Lúcia. Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

CROSE, Royda. Por que as mulheres vivem mais que os homens?: e o que eles podem aprender com elas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1999.

CUNHA, Della. **Eros oprimido:** a ideologia da repressão sexual feminina. Natal: Editora Universitária, 1989.

CURIEL, Manuel D. Fisiopatología de la osteoporosis postmenopáusica. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.119-28, 1993. (Fascículo 2)

DALLARI, Sueli G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: HUCITEC. 1995.

DANTAS, Helena Cunha et al. Representação social e educação: uma perspectiva de análise. In: **COLÓQUIO FRANCO BRASILEIRO EDUCAÇÃO E LINGUAGEM**, 2, 1995, Natal. *Anais...* Natal: EDUFRN, 1995, p. 59-63.

BARROSO, Carmen; BRUSCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: **LABRA, Maria Eliana (Org.)** Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 223-40.

DEBUS, Mary. **Manual para excelencia en la investigacion mediante grupos focales.** Washington: Academia para el desarrollo educativo. 1995.

DEL PRIORI, Mary. **Ao sul do corpo:** condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: EDUNB, 1993.

DEL PRIORI, Mary. Magia e medicina no Brasil Colônia: o corpo feminino. In: _____. (Org) . **História das mulheres no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Contexto. 1997. p.78-114.

DOISE, Willem. Lês représentations sociales: definition d'um concept. In: DOISE, Willem; PALMONARI, A. (ED.). **L'étude des représentations sociales.** Paris: Delachous&Niestré, 1986, p. 81-91.

DOMINGOS SOBRINHO, Moises. "Habitus" e Representações Sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: MOREIRA, Antonia S. P.; OLIVEIRA; Denise C. de (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: AB, 1998. p.117-30.

DOMINGOS SOBRINHO, Moises. Capital simbólico e representações sociais: “classe média” e educação na cidade do Natal/RN. In: MOREIRA, A.S.P. (Org.). Representações Sociais – Teoria e Prática. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / Autor Associado, 2002.

DOMINGOS SOBRINHO, Moises. Classe média assalariada e representação social da educação. In: MADEIRA, Magot. Representação social e educação (Ensaio). Natal: EDUFRN, 1998 (Coleção PPGEd)

DOMINGOS SOBRINHO, Moises. La classe moyenne salariée brésilienne: l’invention d’un modèle cultural? Tese (Doutorado em Sociologia). Louvain-la-Nueve, Université Catholique de Louvain, 1994.

DOWLING, Colette. **O complexo da loba: uma redefinição da juventude.** 2. ed. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1996.

DURKHEIM, Émile. **Lições de sociologia: a moral, o direito e o estado.** São Paulo: Quatroz/EDUSP, 1983.

ENRIQUEZ, Eugène. A ordem dos sexos. In: _____. **Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social.** 2. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1990. p. 182-207.

ERRAZTI, Aurelio R. Bases de la profilaxis y tratamiento de la osteoporosis. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.137-41, 1993. (Fascículo 2)

FAERSTEIN, Eduardo; AQUINO, Estela M. L. de; RIBEIRO, Dóra Chor de S. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA, Maria Eliana (Org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 163-83.

FALCI, Miridan K. Mulheres do sertão nordestino. In: DEL PRIORI, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 241-77.

FARGANIS, Sandra. O feminismo e a reconstrução da ciência social. In: JAGGAR, Alison M.; BORBO, Susan R. **Gênero, corpo e conhecimento.** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 224-40.

FARIA, Nalu et al. (Org.). **Gênero e educação.** São Paulo: SOF, 1999.

FERNANDES, César Eduardo; WEHBA, Salim; MELO, Nilson Roberto de. Fisiopatologia da osteoporose pós-menopausa. **Reprodução & Climatério,** São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.4, p.153-9, out./dez. 1995.

FERNÁNDEZ, Servando S. Patología endometrial y menopausia. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.173-83, 1993. (Fascículo 3).

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. .
In JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, P. (Org.). Textos em Representações Sociais. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994. p. 31-59.

FERREIRA, Maria Cristina. Estereótipos de gênero: estrutura interna e conteúdo. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v. 45, n. 1/2, p. 42 – 54, jan./jun. 1993.

FERREIRA, Maria Cristina. Masculinidade, feminilidade e sistema de valores. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v. 45, n. 3 / 4, p. 126-36, jul./ago. 1993.

FERREIRA, Maria Cristina . Masculinidade, feminilidade e auto-estima. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v. 46, n. 3 / 4, p. 183-91, jul./dez. 1994.

FILELLA, Montserrat C. Aspectos clínicos en la menopausia. Climatério y menopausa. Madrid, p. 64-68, 1993 (Fascículo 1)

FIRKEL. Eva. A mulher e o seu destino. Lisboa: Herder, 1962

FISKE, Marjorie. Meia idade: a melhor época da vida? São Paulo: Harper & Row do Brasil , 1981.

FLAMENT, Claude. Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: ABRIC, Jean-Claude (Org.). **Pratiques sociales et représentations.** Paris: PUF, 1994. p. 37-57.

FONSECA, Maria G. **Gênero, trabalho e subjetividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

FONSECA, Paulo T. Menopausa: para sempre mulher. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FORMIGA FILHO, José F. N. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999. p 151-162.

FORMIGA, Maria Célia de Carvalho; RAMOS, Paulo César Formiga; CUNHA, Maria Helena Spyndes. Características sócio-demográficas do idoso Norte-Riograndense. Belo Horizonte: ABEP, 1996.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres.** 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade III: o cuidado de si**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREITAS Fernando; WENDER, Maria Celeste O. Câncer de mama e hormonioterapia de reposição: um julgamento médico. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.11, n.3, p.110-113, jul./set. 1996.

FREITAS, Fernando M de et al. Climatério e menopausa: endométrio e terapêutica da reposição hormonal. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.10, n.1, p.14, 1995.(Suplemento 1).

FREITAS, Fernando M de et al. Hormonioterapia de reposição e câncer de mama. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.10, n.1, p.16-20, jan./mar. 1995.

FREITAS, Patrícia de. Menopausa: uma nova fase para mais conquistas. **Estudos Feministas**.CFH/UFSC, v.8, n.1, p. 248-250, 2000.

FREIXAS, Anna. Hermosamente maduras. Mujeres y Salud. Barcelona, n. 3, p.1, Febrero, 1999.

FRENCH, Marilyn. A guerra contra as mulheres. São Paulo: Nova Ed. Cultural, 1992.

FUNARI, Pedro P. A. Romanas por elas mesmas. **Cadernos Pagu**. Campinas, SP: UNICAMP, v.5, p. 179-200, 1995.

FURLANI, Lúcia Maria T. **Fruto proibido: um olhar sobre a mulher**. São Paulo: Pioneira, 1992.

GALVÃO, L.oren; DÍAZ, Juan (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999.

GEBARA Ivone. **As incômodas filhas de Eva na igreja da América Latina**. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 1990.

GEMPERLI, Rolf; FARIA, José Carlos M. de. Cirurgia plástica; climatério. ARS CVRANDI Climatério. São Paulo, p.117-120, 1995. (Suplemento especial climatério 4).

GERGEN, Mary M. Rumo a uma metateoria e metodologia feminista nas ciências sociais. In: _____ . (Ed.). O pensamento feminista e a estrutura do pensamento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ Edunb, 1993. p.110-28.

GIDDENS, Anthony; TURNER, Tonathan (Org.). Teoria social hoje. São Paulo: Editora UINESP, 1999.

GIDDENS, Anthony. Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GIKOVATE, Flávio. Homem: o sexo frágil? São Paulo: M G Editores. 1989.

GIL, Antonio C. Métodos e técnicas de pesquisa social. **4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.**

GIL-ANTUÑANO, Nieves P. Alimentación y nutrición en la mujer postmenopáusicas. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.294-307, 1993.(Fascículo 4).

GIL-ANTUÑANO, Nieves P. Alteraciones del tracto genito-urinario bajo y menopausia. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.105-12, 1993 (Fascículo 2).

GIL-ANTUÑANO, Nieves P. Farmacología de los estrógenos. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p. 204-18, 1993. (Fascículo 3).

GIL-ANTUÑANO, Nieves P. Farmacología de los progestágenos. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p. 219-31, 1993. (Fascículo 3).

GIL-ANTUÑANO, Nieves P. Pautas terapéuticas y vigilancia de la mujer menopáusicas. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p. 263-70, 1993. (Fascículo 4).

GIL-ANTUÑANO, Santiago P.; CEÑO, Carmen M. Epidemiología, clínica, diagnóstico y screening de la osteoporosis postmenopáusicas. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.129-36, 1993. (Fascículo 2).

GILLESPIE, William H. A mulher e seus descontentamentos: uma reavaliação das opiniões de Freud sobre a sexualidade feminina. In: KOHON, Gregório (Org.). A escola britânica de psicanálise. Porto Alegre: Artes médica, 1994. p. 254-266.

GILLIGAN, Carol. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GIRARD, René. A violência e o sagrado. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

GOFFMAN, Erving. A representação do eu na vida cotidiana. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOLDANI, Ana Maria. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec/ Population Council. 1999. p.25-69.

GOMES, Alcio Luiz. Sete vezes mulher: os segredos dos ciclos femininos sob a ótica da tradicional medicina chinesa. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1996.

GOMES, Gerusa de M. A experiência do vazio: significado da educação para migrantes de retorno em Pernambuco. Recife: Massangana., 1990.

GOMES, Romeu. O corpo na rua e o corpo da rua: a prostituição infantil feminina em questão. São Paulo: Unimarco Editora. 1996.

GONZALEZ-CAMPOS, Oscar. Efeitos metabólicos dos estrogênios. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.11, n.1, p.115-6, jul./dez. 1996.

GONZÁLEZ-MERLO, Jesús. Ventajas e inconvenientes del tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia: indicaciones y contraindicaciones. **Climaterio y menopausia**. Madrid, p.241-62, 1993. (Fascículo 4).

GOVEIA, Maria Helena. **Adoráveis mulheres outonais**. São Paulo: Editora Gente, 1999.

GREER, Germaine. Sexo e destino: a política da fertilidade humana. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

GREER, Germaine. Mulher: maturidade e mudança. São Paulo: AUGUSTUS, 1994.

GREER, Germaine. A mulher inteira. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GROSSI, Miriam P. Feministas históricas e novas feministas no Brasil. Sociedade e Estado. **Brasília, DF**, v. 12, n. 2, p.285-307, dez./jun. 1997 (Revista semestral de Sociologia).

GROSSI, Miriam P. Estudo sobre mulheres ou de gênero? Afinal o que fazemos. In: SILVA, Alcione R. da; LAGO, Mara C. de S.; RAMOS, Tânia R. O. (Org.). Falas de gênero. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 329-344.

GUARESCHI, Pedrinho. Representações Sociais: alguns comentários oportunos. In: SCHULZE, Clélia M. N. Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: ANPEPP, v.1, n. 10, p. 9-36. 1996.

GUATTARI, Felix. Revolução molecular: pulsões políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUIMARÃES, Alba Z. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

GURGEL, Almerinda Holanda et al. Relacionamento afetivo sexual da mulher na menopausa. R. Baiana de Enfermagem. Salvador: UFBA, v.9, n.1, p.93-112, abril. 1996 (Número Temático).

GUTIÉRREZ, Edda. Mulher na menopausa: declínio ou renovação? Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

HAGUETTE, Teresa M. F. Metodologias qualitativas na sociologia. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes 1992.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudo de gênero/UNICAMP, n. 5, p. 7-41. 1995.

HARRIS, Maria. Celebrando os 50 anos: reflexão sobre as mulheres, o espírito e a terceira idade. São Paulo: Paulinas, 2000.

HEGENBERG, Leônidas. Etapas da investigação científica: observação, medida, indução. São Paulo: EPU/EUSP, 1976.

HEGG, Roberto; PINOTTI, José Aristodemo. Cirurgia ginecológica: climatério. ARS CVRANDI Climatério. São Paulo, p.107-12, 1995. (Suplemento especial climatério-4).

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica. In: IBAM/UNICEF. Mulher e políticas públicas. Rio de Janeiro, 1991, p.6-10

HEILBORN, Maria Luiza. Usos e abusos da categoria de gênero. In: HOLLANDA, Heloisa B. de (Org.) Nosotras, latino-americanas? São Paulo: Memorial da América Latina, 1992. p. 39 -44.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. Estudos Feministas. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 50-58, 1993.

HEILBORN, Maria Luiza. Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil. In: COSTA, Albertina de O., BRUSCHINI, Cristina. (Org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 93-126.

HELMAN, Cecil. G. Culture, Health and Illness . 3. ed. London: Butterworth- Heinemann. 1995.

HESSEN, Johannes. Teoria do conhecimento. 8. ed. Coimbra: Arménio Amado, 1987.

HITA, Maria Gabriela; SILVA, Maria das Graças da. Esterilização feminina no nordeste brasileiro: uma decisão voluntária? In: BILAC, Elisabete D. ROCHA; Maria Isabel B. de (Org.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: 34, 1998..p. 291-333.

HORMÔNIO: é melhor tomar cuidado. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p 3-4, set., 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

HUDELSON, Patricia M. Qualitative research for health programmes. **Geneva: World Health Organization, 1994.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem Populacional 1996. **Natal: IBGE, 1996.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio (PNAD). **Censo demográfico 2000. IBGE, 2001.**

IWAMOTO, Valdemar M. Comportamento do volume ovariano pela ultra-sonografia em mulheres na pós-menopausa. Reprodução. **São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, v.4, n.2, p.75-8. 1994.**

JACOB, S. W., FRANCONI, C. A. Anatomia e fisiologia humana. 3. ed. **Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.**

JACQUES, Maria da Graças. Identidade. In: **STREY, Marlene N.(Org.).** Psicologia social contemporânea – livro texto. 2. ed. **Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, p. 159-67.**

JAGGAR, Alison M.; BORBO, Susan R. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997.

JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JIMENEZ, Martha P. P. Trabalho, poder e sexualidade: história e valores femininos. **Cadernos Pagu.** Campinas, SP: UNICAMP, v.5, p.201-276. 1995.

JODELET, Denise. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: **MOSCOVICI, Serge. Psychologie Sociale.** Paris: PUF, 1984. p.357-78.

JODELET, Denise. Le sein laitier: plaisir contre pudeur? **Communication**, n. 46, p. 356-78, 1987

JODELET, Denise. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: _____. (Dir.). **Les représentations sociales.** Paris: PUF, 1989a, p.31-61.

JODELET, D. Folies et représentations sociales. **Paris: PUF, 1989b.**

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: **JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (Orgs.)** Textos em Representações Sociais. **Petrópolis, Rj: Vozes, 1994. p. 63-85.**

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. **Petrópolis, Rj: Vozes, 2000.**

-
- JUNG, Mo Sung; SILVA, Josué C. da. Ética e relações de gênero. In: JUNG, Mo Sung; SILVA, Josué C. da. Conversando sobre ética e sociedade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. p.95-107.**
- KÉPÈS, Suzanne; THIRIET, Michèle. Mulheres de 50 anos: como viver plenamente esta nova idade. Porto Alegre: L&PM, 1995.**
- KOFES, Suely. Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. Cadernos Pagu. Campinas: UNICAMP, v. 1, p 19-30, 1993.**
- KOSS, Monika Von. Feminino + masculino: uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades. São Paulo: Escrituras, 2000 (Coleção Ensaio Transversais).**
- KRAHE, Cláudio; GUARAGNA, Kátia B. de A. A terapia da reposição hormonal no climatério. In: ALMEIDA, Áurea B. et al. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 161-71.**
- KRÜGER, Helmuth. Crenças e sistemas de crenças. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v. 45, n. 1 / 2, p. 3-15, jan./jun. 1993.**
- KRÜGER, Helmuth. Ação e crenças. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v. 45, n. 3 / 4, p. 3-11, jul./ago. 1993.**
- KUSTHNIR, Luiz. Masculino, como ele se vê; feminino, como o homem vê a mulher. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.**
- KUSNETZOFF, Juan Carlos. Andropausa. A sexualidade masculina aos 50 anos. São Paulo: Gente, 1996.**
- LABRA, Maria Eliana.(Org.). Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes. 1989.**
- LAMAS, Marta. La antropología feminista y la categoría "gênero". Nueva antropologia. México, v.8, n.30, p. 173-98, 1986.**
- LANDAU, Carol; CYR, Michele G; MOILTON, Anne W. O livro completo da menopausa. São Paulo: J. Olympio, 1998.**
- LANE, Eduardo; VIEIRA, Maria José N.; MAIA, Celi A . T. Como enfrentar a menopausa. Campinas, SP: Unicamp; São Paulo: Ícone, 1986.**
- LANE, Silvia T. M., CODO, Wanderley (Org.). Psicologia social: o homem em movimento. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.**
- LANE, Silvia T. M. Linguagem, pensamento e representação social. In: LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley (Org.). Psicologia social:**

o homem em movimento. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992. p. 32-9.

LANE, Silvia T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, Mary Jane (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.58-72.

LAPLANTINE, François. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

LAPLANTINE, François. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. In: JODELET, Denise (Ed.). Les représentations sociales. Paris, PUF, 1989. p. 276-98.

LEAVELL, Hugt; CLARK, Gurney. **Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: FENAME/ Mcgraw-Hill do Brasil, 1978.

LEE, Rita. Menopower. **Rita Lee.** São Paulo: Som Livre, 1993.

LEFEVRE, Fernando. **Mitologia sanitária: saúde, mídia e linguagem.** São Paulo: USP, 1995

LERNER, B. R. Introdução ao estudo da fisiologia humana. 8. ed. São Paulo: Nobel, 1986.

LEROI, Pierre. Aspects de l'endocrinologie, In: LEROI-GOURHAN, André et al. Originalité biologique de l'homme. Paris: Arthème Fayard. 1957. p. 118-32.

LESCURA, Yara; MAMEDE, Marli, V. Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: SARVIER, 1990.

LINS, Daniel (Org.). A dominação masculina revisitada. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

LINTON, Rhoda. Rumo a um método feminista de pesquisa. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. Gênero, corpo, conhecimento. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1997. p. 293 – 314.

LIPOVETSKY, Gilles. A terceira mulher: permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LOBATO, Josefina. P. Amor, desejo e escolha. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

LOPES, Gerson P. Sexualidade: climatério. ARS CVRANDI Climatério, p. 46 –48., mar. 1995 (Suplemento Especial 2).

LOPES, Marta Julia. M; MEYER, Dagmar. E; WALDOR, Vera. R. (Org.). Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOS RIOS, Rebeca de; GOMEZ, Elsa. A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo. **Organização Pan-americana de Saúde [199?], (Representação do Brasil).**

LOURO, Guacira L. Nas redes do conceito de gênero. In: **LOPES, Marta Julia M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOR, Vera R. (Org.).** Gênero e Saúde. **Porto Alegre: Artes Médicas. 1996, p.7-18.**

LOURO, Guacira L. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. **Petrópolis: Vozes, 1997.**

LOURO, Guacira L.(Org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. **Belo Horizonte: Autêntica, 1999.**

LOURO, Guacira L. Por que estudar gênero na era dos *cyborgs*? In: **FONSECA, Tânia Mara G.; FRANCISCO, Deise J. (Org.).** Formas de ser e habitar a contemporaneidade. **Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 121-128.**

LUCA, Lourival, A. de. Climatério: mitos e verdades. **ARS CVRANDI Climatério. São Paulo, p.121-26, 1995. (Suplemento especial climatério 4).**

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **São Paulo: EPU, 1986.**

MACEDO, Carmem. A reprodução da desigualdade. **São Paulo: Hucitec. 1979.**

MACHADO, Lucas V. Climatério e menopausa: fisiopatologia. **Reprodução & Climatério, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.1, p.12, 1995.(Suplemento 1)**

MADEIRA, Margot C. Representações Sociais: pressupostos e implicações. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. Brasília, v.72, n. 171, p. 129-44, mai./ago., 1991.**

MADEIRA, Margot C.; CARVALHO, Maria do Rosário de F. (Org.). Educação e Representações Sociais. **Natal: EDUFRN, 1997.(XIII Encontro de Pesquisa Educacional do Nordeste, Coleção EPEN, v. 17).**

MAFFESOLI, Michel. A conquista do presente. **Rio de Janeiro: Rocco, 1984.**

MAFFESOLI, Michel. O conhecimento do cotidiano. **Lisboa: Vega, 1988.**

MAFFESOLI, Michel. A contemplação do mundo. **Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed., 1995.**

MAFFESOLI, Michel. No fundo das aparências. **Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.**

MAFFESOLI, Michel. A transformação do político: a tribalização do mundo. **Porto Alegre: Sulina, 1997.**

-
- MAFFESOLI, Michel.** Elogio da razão sensível. **Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.**
- MAGALHÃES, Mauro; KOLLER, Sílvia H.** Relação entre narcisismo, sexo e gênero. *Arquivo Brasileiro de Psicologia.* **Rio de Janeiro: Imago, v. 46, n. 3 / 4, p. 77-93, jul./dez. 1994.**
- MALDONADO, Maria Tereza; GOLDIN, Alberto.** Maiores de 40: guia de viagem para a vida. 5. ed. **São Paulo: Saraiva, 1997.**
- MALUF, Sônia W.** Gênero, poder feminino e narrativas de bruxaria. In: **COSTAS, Albertina . de; BRUSCHINI, Cristina (Org.).** Entre a virtude e o pecado. **Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ Fundação Carlos Chagas, 1992. 191-212.**
- MANKOWITZ, Ann.** Menopausa: tempo de renascimento. 3. ed. **São Paulo: Paulinas, 1986.**
- MANN, P. H.** Métodos de investigação sociológica. 3. ed. **Rio de Janeiro: Zahar, 1975.**
- MARKHAM, Úrsula.** O estresse feminino: um guia prático de controle de estresse da mulher atual. **São Paulo: Editora Angra, 1998.**
- MARQUES, Vera Regina B.** A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico. **Campinas, SP: UNICAMP, 1994.**
- MARTINS, Aldineia A.** Menopausa sem mistério: as mais recentes descobertas. **Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1996.**
- MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida V.** A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. **São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.**
- MASSI, Marina.** Vida de mulheres: cotidiano e imaginário. **Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992.**
- MATALLO Jr, Heitor.** O problema do conhecimento. In: **CARVALHO, Maria Cecília. (Org.).** Metodologia científica. Fundamentos e técnicas. 6. ed. **Campinas, SP: Papyrus, 1997a. p. 12-38.**
- MATALLO Jr, Heitor.** A exploração científica. In: **CARVALHO, Maria Cecília (Org.).** Metodologia científica: fundamentos e técnicas. 6. ed. **Campinas, SP: Papyrus, 1997b. p. 39-62.**
- MATOS, Sônia M de.** Repensando Gênero. In **AUAD, Sylva M . V. (Org.).** Cinco séculos de desenvolvimento na América: capítulo Brasil.

Belo Horizonte: Federação Internacional de Mulheres de Carreira Jurídica, CREZ/ MG, 1999. p. 19-57.

MATEU, Vicente S. Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. . *Climaterio y menopausia*. Madrid, p.69-104, 1993. (Fascículo 2).

MEAD, Margaret. Macho e fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1971.

MEAD, Margaret. *Sexo e temperamento*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

MEDICI, André C. Uma década do SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, Loren. ; DÍAZ, Juan. (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999. p. 104-150.

MEYER, Dagmar. E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, Marta J.M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOR, Vera R. (Org.). Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-54.

MELO, J. A. C. de. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos CEDES: educação e saúde. São Paulo, n.4, p.28-43, 1984.

MENDONÇA, Eliana. A. P. Menopausa, envelhecimento, sexualidade. In: SILVA, Dayse de P. M. (Org.). Novos contornos no espaço social: gênero, geração e etnia. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999, p. 81-94.

MENEGON, Vera M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p.215-41.

MENÉNDEZ, Ignacio M.; LOZANO, Ricardo S. Medidas no estrogénicas en el tratamiento de la mujer menopáusica. *Climaterio y menopausia*. Madrid, p.271-93, 1993. (Fascículo 4).

MENEZES, Margareth Régia de L.; CARVALHO, Ediane G de. Referências bibliográficas: NBR 6023. Natal: Cooperativa Cultural, 1999.

MEUNIER, Mário. Nova mitologia clássica. A lenda dourada. História dos deuses heróis da antiguidade. 8. ed. São Paulo: IBRASA, 1997.

MICHELAT, Guy. Sur l'utilisation de l'entretien nondirectif en sociologie. Revue Française de Sociologie, XVI, 1975.

MIGLIAVACCA, Eva Maria. O universo dos mitos e a compreensão psicanalítica. Psicoterapia e Estudos Psicossociais, a. VI, n. 10, p. 139-150, 1998 (Saúde e psicoterapia psicanalítica)

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994 a

MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994b.

MIRANDA, Orlando P. A trajetória do conceito de identidade. São Paulo: Universidade de São Paulo [ca.1980].

MITCHELL, Juliet. A questão da feminilidade e a teoria da psicanálise. In: KOHON, Gregório (Org.). A escola britânica de psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 280-304.

MITOLOGIA. Baco. São Paulo: Abril, n.3, 1973.

MONTE, Cristina. Desenho de intervenções educacionais em saúde: aspectos metodológicos. Fortaleza: UFC, 1997. (Texto produzido para o curso Projetos em saúde reprodutiva, apoio Fundação Mac Arthur).

MONTEIRO Marli P. Feminilidade: o perigo do prazer. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

MONTGOMERY, Malcolm. Mulher: o negro do mundo. Uma visão científica e humana do universo feminino. 4 ed. São Paulo: Editora Gente, 1997.

MORAIS João F. R. de. Ciência e perspectiva antropológicas hoje. In CARVALHO, Maria Cecília M de. Metodologia científica, fundamento e técnica. 6. ed. Campinas, SP: Papirus, 1997. p.87-94.

MORAIS Regis de. A Consciência mítica: fonte de resistência do sagrado. In: _____. As razões do mito. Campinas, SP: Papirus, 1988. p. 69-80.

MOREIRA, Maria Ignez C.; RIBEIRO, Sônia F.; COSTA, Karine F. Violência contra a mulher na esfera conjugal: jogo de espelhos. In: COSTAS, Albertina de O.; BRUSCHINI, Cristina. (Org.). Entre a virtude e o pecado. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ Fundação Carlos Chagas, 1992, 169-190.

MOREIRA, Antonia S. P. A epilepsia e a AIDS na concepção do conhecimento cotidiano. Ribeirão Preto, SP. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1998.

MOSCOVICI, Serge. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1978.

MOSCOVICI, Serge. L'ère des représentation sociales. In: DOISE, W. et PALMONARI, A (Dir.). L'étude des Représentations sociales – Textes de base en psychologie. Paris: Delachaux & Niestlé, 1986. p. 34-80.

MOSCOVICI, Serge. Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In.: JODELET, Denise. (Dir.). Les représentations sociales – Sociologie d'aujourd'hui . Paris: PUF, 1989. p. 62-86.

MOSCOVICI, Serge. A máquina de fazer deuses. Rio de Janeiro: Imago. 1990.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (Org.). Textos em Representações Sociais. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994. p. 7-16.

MOSCOVICI, Serge. Psicologia de las minorias activas. 2. ed. Madrid: Morata, 1996.

MUGGIATI, Anna. Adúlteras por natureza. Revista Manchete. , Rio de Janeiro: Bloch, n. 2325, p. 64-5,1996.

MURARO Rose Marie. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.

MURARO Rose Marie. A repressão dos valores femininos no mundo e na igreja. In: RIBEIRO, H. et al. Mulher e dignidade: dos mitos à libertação. São Paulo: Paulinas, 1989. p.11-24.

MURARO Rose Marie. Os seis meses em que fui homem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1990.

MURARO Rose Marie. A mulher no terceiro milênio. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

MURARO, Rose M.; PUPPIN, Andréa B. (Org.). Mulher, gênero e sociedade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

MURRAY, Michael T. Menopausa: uma abordagem natural. São Paulo: Campos, 1998.

MUSACCHIO, Ana de A. A longevidade feminina e a menopausa. O Poti, Natal, 4 fev. 1996. Caderno Jornal da família. p. 7.

NACHTIGALL, Lila et al. Depois dos 40 anos: as mais novas tecnologias sobre a saúde da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/ Record, 1997. p. 199-200.

NASCIMENTO, Enilda R. do. Gênero e enfermagem. Salvador, Bahia, 1996.

NASCIMENTO, Enilda R. Política de atenção a saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina. Revista Baiana Enf. Salvador, Ba, v.5, n.1, p. 78-86, out. 1992.

NÓBREGA, Sheva M. da. O que é representação social. École des Hautes en Sciences Sociales: Paris,1990.

NÓBREGA, Sheva M. da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia S. P.(Org.) Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001, p. 51-80.

NUNES, Sílvia A. A mulher, o masoquismo e a feminilidade. In: BRUCHINI, Cristina, HOLLANDA, Heloísa B de. (Org.). Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: FCC/34. 1998. p. 225-48.

NYE, Andrea Teoria Feminista e as filosofias do homem. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos,1995.

OLIVEIRA Maria Francinete de. Perfil de atendimento a população feminina nos serviços públicos de saúde. Natal. 1995.

OLIVEIRA, Eleonora M. de. A prática feminista e o gênero na construção do conhecimento. Sociedade e Estado. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p.329-40, dez./jun. 1997 (Revista semestral de sociologia).

OLIVEIRA Maria Coleta. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: NERI, Anita L.; DEBERT, Guita G. (Org.).

Velhice e Sociedade. Campinas: Papyrus, 1999. p. 69-86.

OLIVEIRA, Fátima O de ; WERBA, Graziela C. Representações Sociais. In: STREY, Marlene N. et al Psicologia Social Contemporânea. 1998, p. 104 –17.

OLIVEIRA, Fátima. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção polêmica).

ORDAZ, Olga; VALA, Jorge. Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. In MOREIRA, Antonia S. P. ; OLIVEIRA, Denize C de. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998. p. 87- 114.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF, Brasil, 1979.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, Michelle Z.; LAMPHERE Louise. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p.95-120.

PAGANINI-HILL, Annlia. The risks and benefits of estrogen replacement therapy: leisure world. **International Journal of fertility and menopausal studies.** Washington, p.54-62, 1995. (Supplement 1)

PAIVA, Vera. Evas, Marias e Liliths. São Paulo: Brasiliense, 1990.

PARKER, Richard G. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

PEDRO, Joana M.; CROSSI, Mirian p. (Org.). Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade. Florianópolis, 1998

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, 3ª idade... In: MORAES, M, BARROS, L. (Org). **Velhice ou Terceira Idade?** Estudo antropológico sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. 1998.

PENNA, Lucy. Corpo sofrido e mal-amado: as experiências da mulher com o próprio corpo. São Paulo: Summes, 1989.

PERAL, José H.; MUÑOZ, Emilia V. Climaterio: modificaciones lipídicas y riesgo cardiovascular. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.147-65, 1993. (Fascículo 3)

PEREIRA, Maria L. da C.; PIMENTEL, Regina, M. C. de B.; FONTES, Mariana C. de O. Mulher 40 graus à sombra: reflexões sobre a vida a partir dos 40 anos. Rio de Janeiro: Objetiva, 1994.

PÉREZ, Juan Luis L.; LÓPEZ, Luis Carlos T.; MARTÍN, Maria José V. Contracepción en la perimenopausia. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.54-63, 1993. (Fascículo 1).

PERROT, Michelle. Escrever uma história das mulheres: relato de uma experiencia. Cadernos pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudo de Gênero/UNICAMP, v.4, p.9-28, 1995.

PERRUCCI, Artur. Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez; Recife: Editora Universitária, 1995.

PESSINE, Suzana A. Efeito do exercício físico sobre a densidade óssea. In: ALMEIDA, Áurea B. et al. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 153-60.

PINHO NETO, João Sabino. Climatério e menopausa: tratamento de reposição hormonal (TRH). **Reprodução & Climatério,** São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.1, p.13, 1995.(Suplemento 1).

PINHO NETO, João Sabino. O uso da tibolona para tratamento do climatério: efeitos sobre sintomatologia, perfil lipídico e endométrio. . **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.4, p.180-2, out./dez. 1995.

PONTES, Olney. L. **Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença**. Piracicaba, Sp: Unicamp, 1995.

POU FERRARI, Ricardo. Menopausa hoje: um guia para a mulher madura viver plenamente. Porto Alegre: L & PM, 1996.

RAGO, Margareth. O prazer no casamento. Idéias. Campinas, Sp: UNICAMP, v. 2, n. 2, p. 69-88, jul./dez. 1995.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: Del PRIORI, Mary. (Org.) . **História das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p.11-44.

RASCHE, J. Prometeu: a luta entre pai e filho. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

RESENDE, Ana Lucia. M. de. A sedução dos mitos da saúde: a doença na telenovela. In: BICUDO, M. A . V.; ESPÓSITO, V. H. C. (Org.) **Pesquisa qualitativa em educação**. 2. ed. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1997. p.115-57

RESENDE, Ana Lucia. M. de. **Saúde, dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

RESENDE, Ana Lucia. M.; RAMOS, Flávia Regina S.; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: UFSC,1995.

RESENDE, Ana Lucia. M. Pós-modernidade: o vitalismo no “chaos”. In: RESENDE, Ana Lucia. M.; RAMOS, Flávia Regina S.; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: UFSC, 1995. p. 17-34.

RICOEUR, Paul. O si-mesmo como um outro. Campinas, SP: Papirus, 1991.

RIDENTI, Marcelo. Classes Sociais e Representações. São Paulo: Cortez, 1994.

RIETH, Flávia. Ficar e namorar. In: BRUCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa B de. (Org.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: FCC/34. 1998. p 111-34.

ROAZZI, Antonio A . Categorização, formação de conceitos e processos de construção do mundo: procedimento de classificação múltiplas para o estudo de sistemas conceituais e sua forma de análise através de métodos multidimensionais. **Cadernos de psicologia**, n.1, p.1-27. 1995.

RODRIGUES, Dinab. Yoga-terapia-hormonal para menopausa. São Paulo: MADRAS, 1998.

RODRIGUES, Cláudia. Menopausa masculina é só emocional. Manchete. Rio de Janeiro: Bloch, n. 23111, jul. 1996 (Encarte Saúde , n. 168, p. 5).

RODRIGUES, Jane de Fátima S. As ciências sociais e a construção dos estudos sobre mulheres: apontamentos para uma abordagem historiográfica. Espaço feminino. São Paulo: USP, n.37, p. 25-35. 1994.

RODRIGUES, José A. Emile Durkheim – Sociologia. 7. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

RODRIGUES JÚNIOR, Osvaldo M. et al. Avaliação da ejaculação prematura: inventário I.H.E da sexualidade masculina. Revista Brasileira de sexualidade Humana. São Paulo: Iglo, v. 3, n.1, p. 70-85. Jan./Jun. 1992.

RODRIGUES, Núbia; CAROSO, Carlos A. Idéia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, Luiz F. D.; LEAL, Ondina F. (Org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 137-150.

ROSA, Mersal. Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

ROSALDO, Michelle Z.; LAMPHERE Louise. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

ROSENFELD, Suely. A mulher e os serviços de saúde. In: LABRA, Maria Eliana.(Org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 241-68.

ROZENBERG, Serge et al. Compliance to hormone replacement therapy. *International Journal of fertility and menopausal studies.* Washington, p.23-32, 1995. (Supplement 1).

SÁ, Celso. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In SPINK, Mary Jane. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 19-45.

SÁ, Celso. P. de. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SÁ, Celso. P. de. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUEJR, 1998.

SÁ, Marcos Felipe S. de et al. Associação valerato de estradiol/acetato de ciproterona na terapia de reposição hormonal- experiência clínica brasileira: dados preliminares.

Reprodução & Climatério, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.11, n.1, p.34-6, jan./mar. 1996.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Relações de gênero: violência masculina contra a mulher. In: RIBEIRO, Helcion et al. Mulher e dignidade: dos mitos à libertação. São Paulo: Paulinas, 1989. p.25-42.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Rearticulando gênero e classe social. In COSTA, Albertina de O. ; BRUSCHINI, Cristina.(Org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 183-215.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (Org.). Mulher brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: NIPAS. 1994, p.151- 186.

SAFOUN, Moustapha. O fracasso do princípio do prazer. Campinas, SP: Papirus, 1988.

SALES, Luis C. O valor simbólico do prédio escolar. Teresina: EDUFPI, 2000.

SAMSIOE, Göran. Hormone replacement therapy: aspects of bleeding problems and compliance. . **International Journal of fertility and menopausal studies.** Washington, v.41, n. 1, p.11-5, jan./feb. 1996.

SÁNCHEZ, Antonio C. Conceptos de receptores esteroideos: receptores de estrógenos, progestágenos y andrógenos en los tejidos femininos. **Climaterio y menopausia.** Madrid, p.30-46, 1993. (Fascículo 1).

SAND, Gayle. Está quente aqui ou sou eu? : um exame pessoal dos fatos, equívocos e sensações da menopausa. São Paulo: Summus, 1995.

SANDAY, Pegge R. A penetração do patriarcado na antropologia feminista. In: GERGEN, Mary M. (Ed.). O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos: Edunb.1993. p. 70-90.

SANTAELLA, Lúcia. Teoria geral dos signos. São Paulo: Ática, 1995.

SANT'ANNA, Afonso Romano. A mulher madura. 3 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

SANTOS, Antonio R. Metodologia científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

SANTOS, Roberto R. de O. Climatério e menopausa: alterações urogenitais. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBORAGE, v.10, n.1, p.14, 1995.(Suplemento 1).

SANTOS FILHO, J. C., GAMBOA, S. S. (Org.). **Pesquisa educacional: quantidade X qualidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SARDENBERG, Cecília; COSTA, Alice A. A. Feminismos, feministas e movimentos sociais. In: BRANDÃO, Margarida L. R. & BINGEMER, Maria Clara L. (Org.). Mulher e relações de gênero. São Paulo: Loyola, 1994, p. 81 - 114.

SARDENBERG, Cecília, M. B. De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica. Estudos feministas. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, v.2, n.2, p. 314-43. 1994.

SATIRAKOPOULOU, Karina P; BREAKWHEEL. **O uso de diferentes abordagens metodológicas nos estudos de representações sociais**. Great Britain: Universidade de Surrey [ca 1990]. (Texto traduzido pelos doutorandos do curso de pós-graduação em educação, núcleo de representações sociais, no ano de 1998).

SCAVONE, Lucila. Mulheres pesquisando mulheres: uma experiência na área de saúde. In: LABRA, Maria Eliana.(Org.). Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 277-96.

SCHOTT, Robin May. Eros e os processos cognitivos: uma crítica da objetividade em filosofia. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1996.

SCHNEIDER, I. A. Metodologia, métodos, técnica, modelo, paradigma: um problema de definição. Rev. Comunicarte, Campinas, SP, v. 4, n. 8, p.20-27. 1996.

SCHNEIDER, Hermann P. C.; BIRKHAUSER, Martin. Does HRT risk of gynecological cancers? . **International Journal of fertility and menopausal studies**. Washington, p.40-53. 1995. (Supplement 1)

SCHRAIBER, Lilia Blima. Desafios atuais da integralidade em saúde. **Jornal da Redesaúde**, n. 17, p. 17-9, maio 1999.

SCHULZE, Clélia N. (Org.). Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: ANPEPP, 1996. (coletâneas ANPEPP; 10)

SCOTT Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1992.

SCOTT Joan. Prefácio à gender and politics of history. Cadernos pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudo de Gênero/UNICAMP, n.3, p.11-28. 1994.

SCOTT Joan. Experiência. In: SILVA, Alcione L. de; LAGO, Mara C. de S.; RAMOS, Tânia R. O. (Org.). Falas de gênero. Florianópolis: Mulheres, 1999a. p. 21-55.

SCOTT Joan. Igualdade *versus* diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. Debate Feminista: cidadania e feminismo. São Paulo: Melhoramento, 1999b. p. 203-222.

SCOTT Joan. “La querelle des femmes” no final do século XX. Estudos Feministas. CFH/CCE/UFSC, v.9, n.2, p. 367-388, 2001.

SEGATO, Rita L. Os percursos do gênero na antropologia e para além dela. Sociedade e Estado. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p.235-262, dez./jun. 1997. (Revista semestral de sociologia).

SEVELHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais da saúde e da doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.349-63, jul./set. 1993.

SHEEHY, Gail. Menopausa: a passagem silenciosa. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

SHEEHY, Gail. Novas passagens: um roteiro para a vida inteira. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

SICUTERI, Roberto. Lilith a lua negra. 5. ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1990.

SILVA, Dayse de P. M. Hierarquias de gênero no campo profissional da medicina. In: _____. (Org.). Novos contornos no espaço social: gênero, geração e etnia. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999, p. 129-144.

SILVEIRA, Gustavo Py G. da. Tumores do útero e da mama no climatério. In: ALMEIDA, Áurea B. de et al. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 77-105.

SIMÕES, Rosana D.; BARACAT, Edmund C. Climatério: mitos e realidades. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan.(Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999. p. 366-84.

SIMON, James. Uso racional dos andrógenos como co-terapêutica na hormonioterapia de reposição. Jornal SOBRAC, São Paulo, ano 1, n.1, p.7, 1997.

SOARES, Neusa, E. et al. O conceito de representação social em Durkheim. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro: Imago, v.47, n.3, p.113-18. abr./jun. 1995.

SOIHET , Rachel. Violência simbólica: saberes masculinos e representações femininas. Estudos Feministas. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, v. 5, n. 1, p.7-29. 1997a.

SOIHET , Rachel. História, mulheres, gênero: contribuições para um debate. In: AGUIAR, Neuma. **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres.** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997b. p. 95-114.

SOIHET , Rachel. História das mulheres e história de gênero: um depoimento. Cadernos Pagu. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, v.11, p.77-88. 1998

SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, Albertina de O., BRUSCHINI, Cristina. (Org.). **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 15-23

SOUCASAUX, Nelson. Os órgãos sexuais femininos: forma, função, símbolo e arquétipo. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SOUSA FILHO, Edson A. de. Análise de representação Social. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.109-45.

SPINK, Mary. J. P. O discurso como produção de sentido. In: SCHULZE, C. M. N. Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: [s.n.], 1996, p.37-46. (Coletâneas as ANPEPP; 10).

SPINK, Mary. J. P. A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In: _____. (Org.). A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-104.

SPINK, Mary. J. P. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINOLA, Aracy W. de P. et al. Pesquisa social em saúde. São Paulo: Cortez, 1992.

STACK, Carol B. O comportamento sexual e estratégias de sobrevivência numa comunidade negra urbana. In: In ROSALDO, Michelle Z.; LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 141- 162.

STEKEL. Wilhelm. A mulher fria: estudo minucioso da frigidez feminina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1953.

STEPHANIDES, Menelaos. Dionísio: um deus alegre. In: _____.
Factonte. 2. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998. p. 19-36.

STEWART, Maryon. Vença a menopausa sem terapia da reposição hormonal. **São Paulo: Paulinas, 1999.**

STREY, Marlene N. Gênero. In: _____. et al. **Psicologia social contemporânea: livro texto. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, p. 181-98.**

SUÁREZ, Mireya. A problematização das diferenças de gênero e a antropologia. In: AGUIAR, Neuma. **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres.** Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1997. p. 31-48.

SUPLICY, Marta. Condição da mulher: amor, paixão, sexualidade. **3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.**

SUPLICY, Marta. Reflexões sobre o cotidiano. **Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.**

SWAIN, Gladys et al. O feminino: aproximações. **Rio de Janeiro: Campus, 1986.**

SWAIN, Gladys. A alma, a mulher, o sexo e o corpo. In: _____ et al. **O feminino: aproximações. Rio de Janeiro: Campus, 1986, p. 13-35.**

SZWARCWALD, Célia L.; CASTILHO, Euclides A. de. Características da mortalidade da mulher brasileira. In: **LABRA, Maria Eliana (Org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 136-161.**

TABOADA, Leonor. La prevención no debe hacerse com medicamentos. *Revista Mujeres y salud.* **Barcelona, n. 3, p.3.,feb. 1999.**

TAYLOR, S. J. ; BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. **Barcelona: Ediciones PAIDÓS, 1992.**

TAVARES, Clotilde. **Iniciação a visão holística:** Rio de Janeiro: Record, 1993.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. 2. ed. Belém, Pa: Grapel, 2000.

TELES, Amélia de A.; RODRIGUES, Regina M. É possível evitar a histerectomia? **Enfoque Feminista.** São Paulo, a. VI, n. 10, p. 41-3. Maio, 1997.

THIOLLENT, Michel J. M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. **5. ed. São Paulo: Polis, 1987.**

THOMPSON, John B. Ideologia e cultura moderna. **Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.**

TIEFER, Leonore. Uma perspectiva feminista sobre sexologia e sexualidade, In: GERGEN, Mary. M. (Ed.). O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: Edunb. 1993. p. 37-47.

TILLY, Louise A. Gênero, história das mulheres e história social. Cadernos Pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, v.3, p. 29-62. 1994

TOLOSA, Hérbene. A menopausa. São Paulo: Contexto, 1998.

TRIEN, Susan F. Menopausa: a grande transformação. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. Normas para apresentação de trabalhos. 4. ed., Curitiba: Ed. Da UFPR, 1994.(8 v.).

ULIZAR, Javier A. Definición y epidemiología de la menopausia. *Climaterio y menopausia*. Madrid, p. 9-15. 1993. (Fascículo 1).

VAITSMAM, Jeni. Biologia e história (ou, Porque a igualdade é possível). In: LABRA, Maria E. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, p.25-38.

VAITSMAM, Jeni. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: MURARA, Rose M.; PUPPIN, Andréa B. Mulher, gênero e sociedade. Rio de Janeiro: RELume Dumará, 2001. p. 13-20.

VAITSMAN, Heliete. O risco dos hormônios na menopausa. O Poti, Natal, 25 jun. 1995. Caderno Jornal da família, p.2.

VALA, Jorge. As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. In: CAMINO, L. (Org.). Conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social. João Pessoa: Editora Universitária. 1996.

VALA, Jorge. Representações Sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In. VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. (Org.). Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353 – 84.

VALA, Jorge. Análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. (Org.). Metodologia em ciências sociais. Porto: Afrontamentos, 1986. p. 101-128.

VAN GENNEP, Arnold. *Os ritos de passagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1978.

VARIKAS, Eleni. Gênero, experiência e subjetividade: a propósito do desacordo Tilly-Scott. Cadernos Pagu. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de gênero/UNICAMP, n.3, p.63-84, 1994.

VERGÉS, Pierre. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie. Paris:PUF, 1989, p. 387-405.

VICTORA, Ceres G. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: LEAL, Ondina Fachel. (Org.). Corpo e significado: ensaios da antropologia social. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p.78-100.

VIEIRA, Balbina O. Metodologia do serviço social: contribuição para a sua elaboração. 3. ed. Rio de Janeiro: AGIR, 1985.

VIEIRA, Sonia. Como escrever uma tese. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William S. Pesquisa médica: a ética e a metodologia. São Paulo: Pioneira, 1998.

VILLELA, Wilza V.; BARBOSA, R. M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria (Org.). Sexualidade brasileira. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1996. p. 189-99.

VILLORIA, Eduardo F.; TRAMULLAS, Ana R. Menopausia y sociedad. . *Climaterio y menopausia*. Madrid, p.1-8, 1993. (Fascículo 1).

VIORST, Judith. Perdas necessárias. São Paulo: Melhoramentos, 1988.

VISCOMI, Francesco A. Patologias endometriais: o papel da histeroscopia. ARS CVRANDI Climatério. São Paulo, p.101-06, 1995. (Suplemento especial climatério 4).

VIVALDI, Maria Isabel M. Mulheres depois dos 40 anos. Uma perspectiva de gênero. Enfoque Feminista. São Paulo, ano VI, n 10, p. 27-32, Maio 1997.

WALDOW, Vera R. Cuidado humano: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WEHBA, Salim; IWAMOTO, Valdemar M.; PIATO, Sebastião. Repercussões endometriais da hormonioterapia de reposição no climatério. Reprodução. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, v.4, n.2, , p.90-3. 1989.

WEHBA, Salim et al. Progestogênios: terapêutica de reposição hormonal (TRH) no climatério. Reprodução. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, v.7, n.1, jan./mar., p.34-40, 1992.

WEHBA, Salim et al. Rastreamento do hipotireoidismo subclínico em mulheres na menopausa. Reprodução. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, v.9, n.1, jan./mar., p.130-2. 1994.

WEHBA, Salim et al. Radicais livres e climatério. Reprodução. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, v.9, n.3, jul./set., p.130-2. 1994.

WEHBA, Salim et al. Climatério e a doença de Alzheimer. **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.11, n.3, p.125-7, jul./dez. 1996.

WEIL, Pierre. **Mística do sexo**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.

WHITMONT, Edward C. **Retorno da deusa**. São Paulo: Summus, 1991.

WILLIAMS, Suzanne (Org.). Manual de formação em gênero da Oxfan. **Recife: Oxfan GB; SOS Corpo. 1999**

WOLF, Naomi. O mito da beleza. **Rio de Janeiro: Rocco, 1992.**

WOLFFERS, Ivan, HARDON, Anita, JANSSEN, Janita. O marketing da fertilidade. **São Paulo: HUCITEC, 1991.**

YAZLLE, Marta Edna H. D. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). **Reprodução & Climatério**, São Paulo: SOBRAC/SOBRAGE, v.10, n.1, p.55, jan./mar. 1995.

YOUNG-EISENDRATH, Polly. A pessoa do sexo feminino e como falamos dela. In: **GERGEN, Mary M. (Ed.)**. O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. **Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Edunb., 1993. p. 177- 198.**

XAVIER, Dulcinéia; ÁVILA, Maria Bethânia; CORREA, Sônia. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: **LABRA, Maria Eliana.(Org.)**. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. **Petrópolis: Vozes, 1989. 203-22.**

ZICHELLA, Lucio. The importance of life style after menopause. **International Journal of fertility and menopausal studies**. Washington, p.9-15. 1995. (Supplement 1).

AMOEDO, Carlos. Próstata: evite os problemas. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 165, p. 90-99, jun. 1997.

AYALA, Luci. A revolução dos hormônios. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 132, p.75-82, set. 1994.

BASTA de controle sobre o corpo da mulher. Mulher e Saúde. São Paulo, n., 23, p. 15, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres)

BOCCIA, Patrícia. Reposição hormonal masculina: a hora de trocar a pilha. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 162, p. 41-51, mar. 1997.

BOCCIA, Patrícia. Câncer de mama. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 161, p. 22-32, fev. 1997.

BOCCIA, Patrícia; PORRO, Patrícia. Osteoporose: boas notícias. Saúde é vital. São Paulo: Azul/Abril, n. 151, p. 99-107, abr. 1996.

CÂNCER: risco mais grave. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 7, setembro, 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

CIGARRO alerta para as mulheres. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 59, ago. 1988.

CINCO milhões de brasileiras sofrerão de osteoporose até o ano 2000. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 164, mar. 1997.

COLESTEROL, na menopausa. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 135, p.99-100, set. 1994.

DESPERTAI! São Paulo: Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, v.79, n.11, jun. 1998.

DIETA para fortalecer os ossos. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 144, p.99-100, set. 1995.

DIETA da menopausa. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 118, p. 76. 1993.

DOBRADINHA para as mulheres. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 167, p.99-100, ago. 1997.

HORMÔNIOS, estrogênio X progesterona. Remédios caseiros. Rio de Janeiro: Ediouro, ano 3, n.20, p. 23-5. 1996.

HORMÔNIOS: os pós e os contras da reposição hormonal, a terapia que garante o bem-estar na menopausa. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 163 p. 83-9, abr. 1997.

LONGEVIDADE: avaliação diante do espelho. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 184 p.21, jan. 1999.

LONGEVIDADE: olho nas mulheres. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 163 p.22-3, abr. 1997.

LONGEVIDADE: risco para as mulheres. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 157, p.24, out., 1996.

LONGEVIDADE: câncer de mama. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 152, p.54, maio. 1996.

LUDIVIG, Mônica M. Estrógeno: as duas faces do hormônio da juventude. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 156, p. 28-42, set. 1996.

LUDIVIG, Mônica M. Dieta contra a ferrugem. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 155, p. 24-38, ago. 1996.

MOLINARI, Davi. SOS útero. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n., 163 p. 83-9, abr. 1997.

MULHER a grande mudança no Brasil. Veja. São Paulo: Abril, ago./set., 1994. (Edição Especial).

MUSACCHIO, Amanda de Athayde. A longevidade feminina e a menopausa. O Poti. Natal, 4 fev. 1996. Caderno Jornal da Família, p.7.

O QUE é bom para os lucros dos laboratórios. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 5, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

O COMÉRCIO de hormônios nos últimos 60 anos. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 10, set.1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

O PAPEL do médico na hora da decisão. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 14, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

OS TRUQUES de vendas da indústria farmacêutica. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p 3-4, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

PROLAPSO de útero. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 162, p.104-5, mar. 1997.

QUEM não pode tomar hormônio de jeito nenhum. Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 6, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres)

SERÁ que os hormônios têm benefícios comprovados? Mulher e Saúde. São Paulo, n. 23, p. 8-9, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres)

SEXO depois dos 40; muito prazer. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 49, p.40-48, out. 1997.

TAKIUTI, Albertina D. Saúde da mulher: sexo depois dos 50. Saúde é vital. São Paulo: Abril, n. 6, p. 41-51, fev. 1989.

TAVARES, Helena. Terapia da reposição hormonal: a preocupação com o câncer. Manchete. Rio de Janeiro: Bloch, n.2324, p.10-13, out. 1996(Encarte Saúde, n.181).

_____ . Como evitar e tratar ossos frágeis na 3ª idade. Manchete. Rio de Janeiro: Bloch, n.2339, p.14, fev., 1997(Encarte Saúde, n.196).

TOMAR hormônio ou não tomar? Mulher e Saúde. São Paulo, n., 23, p.3, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres)

TORANTINO Mônica ; FREIRE, Rita. Abaixo o menopânico. Bárbara. São Paulo: Símbolo, ano 1, n.3, p. 56-8, jun. 1996.

UMA menopausa, duas interpretações. Mulher e Saúde. São Paulo, n., 23, p. 4, set. 1999. (Boletim da AOF na luta pela saúde das mulheres).

VAITSMAN, Heliete. O risco dos hormônios na pós-menopausa. O Poti. Natal, 25 jun. 1995 Caderno Jornal da Família, p.2.



APÊNDICES E ANEXOS



Para representar alegoricamente os Apêndices e os Anexos escolhemos **Vênus, Cupido, Ceres e Baco**, quadro pintado por Rubens, entre 1613 a 1615.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS: PROFISSIONAIS DA SAÚDE

TEMA: Representações sociais, relações de gênero e programas de assistência e educação à saúde da mulher no climatério em Natal/rn.

1- Dados de identificação dos (as) entrevistados (as):

- a. Sexo
- b. Religião
- c. Idade
- d. Profissão
- e. Tempo de formado
- f. Tempo de trabalho no Programa Climatério

2 – Teste de associação livre de palavras

A palavra climatério lembra o que?

3 – Frases geradoras

Como é trabalhar com mulheres que estão na fase do climatério?

Como é a metodologia da assistência e da educação para a saúde?

APÊNDICE B

**ROTEIRO DE COLETA DE DADOS JUNTO AS MULHERS
USUÁRIAS**

QUESTIONÁRIO

TEMA: Representações sociais, relações de gênero e programas de assistência e educação à saúde da mulher no climatério em Natal/rn.

1 - IDENTIFICAÇÃO

Idade.....Estado civil..... N° de
União.....
Escolaridade.....
.....
Instituição.....Registro.....Fone.....
.....

2- CONDIÇÕES SOCIO-ECONÔMICA

Profissão/ocupação..

Participação no mercado de
trabalho.....

Renda familiar.

3 - ANTECEDENTES MENSTRUAIS E GINECOLÓGICOS

Menarca (data/ idade).....
Ciclo.....
Fluxo menstrual(quantidade) : antes..... no momento.....
final

Última menstruação (data/ano)..... normal cirúrgica.....
.....

Idade gestação: Primeira Última.....Nunca
engravidou.....

Gesta.....Para.....Aborto.....Gravidez
natural.....Gravidez com tratamento.....

Métodos contraceptivos: coito interrompido - camisinha - tabela.... -
comprimido
- DIU - Diafragma - outros

Observações.....
.....

.....
.....
Sexualidade: 1 relação (idade)..... Vida sexual ativa sim não -
outros....

.....
Libido: -presente... -ausente..... -aumentada -
diminuída.....

.....
Relação com o uso do preservativo;

- preservativo masculino - usa preservativo feminino

não usa preservativo: - não gosta confia no parceiro..... - o parceiro não
aceita usar..... - não usa, mas se preocupa com as doenças.

.....

Cirurgias. Sim Qual(is).....

Não.....

Preventivo:

(Tempo).....

Auto-exame de mama (tempo)..... Nunca

faz.....

Observação.....

.....

4 - RELAÇÃO DA MULHER COM O TEMA ESTUDADO

Participa do Programa do climatério - sim..... - não..... - já participou

Por quê procurou o

programa.....

.....

.....

.....

Informação sobre o climatério e a menopausa

- revistas - Jornais..... - livros..... - Televisão..... -
rádio.....

- amigas..... família..... - serviços de
saúde.....

-

outros.....

.....

O que é climatério?.....
..
.....
.....
.....

O que é menopausa?.....
....
.....
.....
.....

Climatério lembra o que?.....
.....
.....

Menopausa lembra o que?.....
.....
.....
.....

Quais os problemas de saúde que você tem e acha que é devido a idade?.....
.....
.....
.....

E quais os problemas de saúde que você tem que acha que é devido a outras doenças que você tem?.....
.....
.....
.....

Quem aparenta ser mais velho após os 45 anos de idade, o homem ou a mulher?.....
Por quê?.....
.....

Quem é mais doente a partir dos 45 anos de idade, o homem ou a mulher?.....
Por quê?.....
.....

Como é viver com a idade que você tem?.....

.....
.....
.....

Seu conselho para se viver com saúde.....

.....
.....
.....

O que se deve fazer para melhorar o programa do climatério?.....

.....
.....
.....

Um sonho a ser realizado.....

O futuro.....

.....

MENOPAUSA é a fase da vida da mulher caracterizada pela interrupção permanente da menstruação. Nesta fase, ocorrem várias mudanças no funcionamento físico e psicológico da mulher.

CLIMATÉRIO corresponde ao período de mudanças da fase reprodutiva à fase não reprodutiva na vida da mulher.

SINTOMAS (aparecem gradualmente):

- ondas de calor (fogachos)
- fadiga
- cabelos mais finos e frágeis
- obesidade
- cistite crônica (inflamação da bexiga)
- encurtamento dos ciclos menstruais (até cessarem)
- ressecamento da mucosa vaginal
- diminuição das mamas
- medo da velhice
- sensação de inutilidade (dependência familiar)

CUIDADOS

- alimentação pobre em gordura e rica em vitaminas e minerais.
- exercício físico orientado
- atividades em grupo (integração social e valorização da mulher)
- controle médico dos sintomas hormonais
- prevenção das doenças dos ossos (osteoporose)

Sempre ao lado da mulher

A BEMFAM


MENOPAUSA / CLIMATÉRIO

MULHERES NA
ASSISTÊNCIA ÀS

ASSISTÊNCIA

A BEMFAM oferece assistência especializada às mulheres no climatério/ menopausa:

- acompanhamento ginecológico
- terapia de reposição hormonal
- exames de citopatologia
- colposcopia e microscopia a fresco
- sistema de referência para diagnóstico:
 - dosagens hormonais
 - ultrassonografia
 - densitometria óssea
- atividades em grupo para valorização social da mulher

 **BEMFAM**
INSTITUTO BEMFAM DE SAÚDE

ANEXO B

FOLDER Centro de saúde reprodutiva

O QUE É O CENTRO DE SAÚDE REPRODUTIVA ?

* É uma unidade ambulatorial de referência em saúde reprodutiva que atende a todo o Rio Grande do Norte.

* Funciona também como unidade de treinamento em saúde reprodutiva, para profissionais da Capital e do interior do estado, de segunda a sexta feira, no horário das 7:00 às 19:00 horas.

* Desenvolve ações de:

- Assistência ao adolescente.
- Planejamento familiar
- Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS).
- Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
- Endocrinologia, ginecologia, climatério e esterilidade.
- Mastologia.
- Patologia do trato genital inferior (PTGI).
- Urologia.
- Atendimento a gestante de alto risco.
- Disque adolescente.

* Oferece os serviços :

- Laboratório de análises.
- Farmácia.
- Mamografia
- Ultra-som
- Cardiotocografia.

* Atendimento paralelo junto aos laboratórios:

- Laboratório de anatomia patológica do RN
- Laboratório de Cito-histopatologia

QUEM DESENVOLVE E APOIA ESTAS AÇÕES ?

* Médicos, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, psicólogos técnicos de nível médio e elementar estão empenhados em oferecer um atendimento de qualidade aos usuários.

* Apoiam esta unidade o Governo do Estado do RN, Projeto Nordeste e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP).

QUANDO ?

* O Centro de Saúde Reprodutiva Prof. Leide Moraes, começou a funcionar em maio de 1998.

ONDE ?

* Na capital, o Centro de Saúde Reprodutiva Prof. Leide Moraes funciona na Rua Fonseca e Silva, 1129 antigo Centro de Saúde do Alecrim.

* No interior estão sendo estruturados os centros: de Mossoró, Unidade da Secretaria Estadual de Saúde Caicó, Secretaria Municipal de Saúde.

COMO ?

* A clientela é referenciada através das unidades básicas de saúde locais em contato com a Central de Encaminhamento de Consultas e Internamentos (CECI).

POR QUE ?

* O Centro de Saúde Reprodutiva Prof. Leide Moraes foi criado, devido à carência de serviços de referência de maior complexidade na área de saúde reprodutiva.

PAC – Programa de Assistência ao Climatério

Objetivo:
Sensibilizar as mulheres nas questões de saúde da mulher, sexualidade e direito humanos numa perspectiva de gênero (relação entre mulheres e homens) e cidadania (direitos e responsabilidades pessoais)

Metodologia:
Participativa, aprendizagem, trocas afetivas, idéias e projetos.

DATAS	PROGRAMAÇÃO TARDE
16/10	Técnica de relaxamento e auto-estima
23/10	Aparelho reprodutor masculino e feminino
01/11	Climatério /Orientação Nutricional
06/11	Planejamento Familiar e Métodos Anticoncepcionais
13/11	Saúde da Mulher e Prevenção
20/11	Interrupção da Gestação
27/11	DST/ AIDS
04/12	Distúrbios F.R.H. e Disfunções
11/12	Encerramento
20/12	<i>Deu De Beleza e Encerramento</i>

Trabalho com diário

Equipe Multiprofissional:

- Médicos,
- Enfermeiros
- Assistentes Sociais -
- Especialistas em Educação Sexual
- Nutricionista
- Sexólogo

FIQUEM ATENTOS VENHA, PARTICIPE



JUSTIFICATIVA

O Climatério é uma fase da vida da mulher que vai dos 40 aos 65 anos de idade e se caracteriza pelo aparecimento de sintomas próprios que na maioria das vezes levam a mulher a quadro de angústia, depressão e insatisfação com a própria existência. São necessários programas de esclarecimento desta fase tão importante com ênfase a melhoria da qualidade de vida. Orientações como adequação alimentar, exercícios físicos, diminuição do tabagismo e prevenção de doenças crônicas degenerativas são importantes e da responsabilidade de cada profissional de saúde.

O projeto será coordenado pela Doutora Maria DaGua de Medeiros Garcia, Médica da Maternidade Januário Cicco, responsável pelo atendimento no Ambulatório de Climatério, com média de atendimento diário de 12 pacientes. O referido ambulatório recebe diariamente para atividades de ensino Médicos Residentes da Toco-Ginecologia, alunos do curso de graduação do curso de Medicina como também alunos do 9o. período do curso de Medicina, todos são supervisionados pela coordenadora do projeto.

7. OBJETIVOS

- Conscientização do que a Menopausa e o Climatério
- Detecção e tratamento de lesões neoplásicas
- Tratamento específico de patologias próprias desta fase
- Melhoria da Qualidade de vida
- Que as ouvintes sejam veículos multiplicadores dos conhecimentos recebidos.

METODOLOGIA DE EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Os curso(s) e/ou evento(s) incluído(s) no Projeto deverão ser apresentados em formulário específico

Serão usados como material:

- Palestras educativas pelos membros que compõem a equipe de trabalho
- Album seriado
- Distribuição de folhetos educativos

A cada 2 meses serão avaliados os objetivos do trabalho, quanto a repercussão à nível individual e geral.

II. ARTICULAÇÃO DO PROJETO COM O ENSINO E A PESQUISA (Relevância acadêmica)

O projeto envolverá estudantes do curso de graduação e da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, procurando conscientizá-los da importância do atendimento global a saúde da mulher. É necessário este alerta para que a paciente não seja vista apenas como portadora de patologias genitais, mais sim como um ser humano que precisa de ajuda em setores que muitas vezes não faz parte de sua especialidade.

III. RESULTADO FINAL ESPERADO (Relevância social)

Esperamos que esta ação educativa leve às pacientes a uma conscientização desta fase tão importante na vida da mulher, com repercussões na melhoria da qualidade de vida. É importante também que o aluno entenda que a Universidade só tem valor se os nossos conhecimentos forem levados, absorvidos e praticados por esta população.

X. ORÇAMENTO/ RESUMO DOS CUSTOS

Especificar em folha anexa: os custos por elemento de despesa e contrapartida) recebidas

DISCRIMINAÇÃO	SUBTOT./L.
Material de consumo	
Passagem/locomoção	
OST/Pessoa física	
OST/Pessoa jurídica	
TOTAL	

data 01 / 03 / 1997

Ilana de Fátima de Medeiros Farias
Coordenador

RESERVADO À PROEX

data ____/____/____ Aprovado em ____/____/____
financiado () Sim () Não Agência Financiadora:
data:

METODOLOGIA

Todas as segundas feiras serão realizadas as marcações de consultas para o Box do Climatério. Serão marcadas 12 consultas para cada dia (de segunda a sexta-feira). Após a distribuição das consultas todas as pacientes agendadas para a semana, como também as que estão na sala de espera do ambulatório de ginecologia, ouvirão uma palestra educativa ministrada pela equipe que faz parte deste projeto.

Usaremos como recursos audio-visuais: Álbum seriado, manequim de tecido para palestras do exame das mamas e no final da palestra distribuiremos FOLDER educativo com o conteúdo básico da palestra. Como mensagem multiplicadora pediremos a cada paciente que ao leram este Folder não o guardem e sim que entreguem a uma pessoa amiga para que a mesma também tome conhecimento destas orientações e assim possamos cada vez mais difundir conhecimentos. Pedimos que as que não sabem ler peçam a outra pessoa para lerem para as mesmas, e que também divulguem nos seus lares estes conhecimentos para a família, que também deverá ser envolvida neste processo. Acreditamos em uma Universidade que difunde os conhecimentos para a sua população, tentando assim melhorar como um todo a qualidade de vida.

No final sortearemos entre as mulheres presentes camisetas que tem um slogan " CLIMATÉRIO - POR UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA " UFRN-MEJC. Estas camisetas foram doadas pela indústria farmacêutica e não tem propaganda de qualquer medicação.

corpo profissional, uma consciência de gênero. Longe de ser um atendimento centrado na medicina e no seu discurso de falência, de desagregação e de reposição, necessário se faz um ajuste também à preparação para a aposentadoria, para criar novas formas de participação social, assim como para estimular a realização dos desejos que ficaram adormecidos durante a fase reprodutiva.
