

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam
com a Ginecologia Natural**

Caroline Gurgel Lima

Pelotas, 2024

Caroline Gurgel Lima

**Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam
com a Ginecologia Natural**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita Maria Heck

Coorientadora: Profa. Dra. Liamara Denise Ubessi

Pelotas, 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

L732p Lima, Caroline Gurgel

Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural [recurso eletrônico] / Caroline Gurgel Lima ; Rita Maria Heck, orientadora ; Liamara Denise Ubessi, coorientadora. — Pelotas, 2024.

118 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2024.

1. Autoatenção. 2. Climatério. 3. Ginecologia natural. 4. Atenção primária. I. Heck, Rita Maria, orient. II. Ubessi, Liamara Denise, coorient. III. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Caroline Gurgel Lima

Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com
a Ginecologia Natural

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra
em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de
enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 30/09/2024

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rita Maria Heck (Orientadora)

Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa
Catarina

Profa. Dra. Suele Manjourany Silva Duro

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Teila Ceolin

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Caroline Vasconcellos Lopes

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Resumo

LIMA, Caroline Gurgel. **Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural**. Orientadora: Rita Maria Heck. 2024. 118 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

O climatério é uma fase biológica importante na vida de uma mulher e que compreende o período de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, sendo a menopausa uma das fases que o compõe. A biomedicina é o modelo de cuidado à saúde preponderante na sociedade ocidental, caracterizada pela abordagem hegemônica, generalizante e mecanicista, esse modelo contribui para a alienação da mulher sobre a sua própria condição de saúde nos seus processos de saúde e doença. De forma a contrapor esse modelo de cuidado, atualmente, desenvolveu-se na América Latina a Ginecologia Natural, um movimento sociocultural contra hegemônico que valoriza as terapêuticas naturais e denuncia a relação que há entre a ginecologia moderna e colonialismo, preconizando a autonomia feminina e correlacionando os saberes científicos aos naturais e tradicionais, o qual converge para o modelo de autoatenção de Eduardo Menéndez. A presente pesquisa tem como objetivo conhecer as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa que se correlacionam com a ginecologia natural. Participaram da pesquisa cinco mulheres a partir de 40 anos, usuárias no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)-Areal localizado na zona urbana da cidade de Pelotas-RS. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que utilizou a Roda de Conversa na coleta de dados que aconteceu em julho de 2024, tendo como base teórica o modelo de cuidado de autoatenção de Eduardo Menéndez e a Ginecologia Natural. Os dados transcritos foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme delineada por Minayo, obtendo-se três núcleos temáticos: 1) Caracterização das participantes, 2) Vivências da menarca e a percepção do climatério e menopausa e 3) Autoatenção realizada no climatério e menopausa. Os resultados deste estudo trazem que as mulheres no período do climatério e menopausa buscam um cuidado mais natural para seus desconfortos e patologias e realizam uma prática de autoatenção que se assemelham ao que propõe a Ginecologia Natural a saber: utilização de fitoterápicos, exercício físico, alimentação adequada e utilização de planta medicinal, o que possibilitou evidenciar que as práticas utilizadas pelas mulheres no período do climatério e da menopausa estão ao encontro dos preceitos da Ginecologia Natural, na contramão da abordagem biomédica.

Palavra-chave: autoatenção; climatério; ginecologia natural; atenção primária.

ABSTRACT

LIMA, Caroline Gurgel. **Self-care practices in the climacteric and menopause that correlate with Natural Gynecology**. Supervisor: Rita Maria Heck. 2024. 118 f. Master's Dissertation (Postgraduate Program in Nursing) - Federal University of Pelotas, Pelotas, 2024.

The climacteric is an important biological phase in a woman's life, encompassing the transition period between the reproductive and non-reproductive stages, with menopause being one of its phases. Biomedicine is the predominant health care model in Western society. Characterized by a hegemonic, generalizing, and mechanistic approach, this model contributes to women's alienation regarding their own health conditions during processes of health and illness. To counteract this health care model, Natural Gynecology has developed in Latin America as a counter-hegemonic sociocultural movement that values natural therapies and critiques the relationship between modern gynecology and colonialism. This movement promotes female autonomy and correlates scientific knowledge with natural and traditional wisdom, in line with Eduardo Menéndez's model of self-care. The present research aims to understand the self-care practices developed by women during the climacteric and menopausal periods that correlate with Natural Gynecology. The study involved five women over 40 years old who are users of the Social Assistance Reference Center (CRAS)-Areal, located in the urban area of Pelotas, RS. It is a qualitative study that utilized the Conversation Wheel for data collection in July 2024, based on Eduardo Menéndez's self-care model and Natural Gynecology. The transcribed data underwent thematic content analysis according to Minayo's method, yielding three thematic cores: 1) Characterization of the participants, 2) Experiences of menarche and perceptions of the climacteric and menopause, and 3) Self-care in the climacteric and menopause. The results indicate that women in the climacteric and menopausal periods seek more natural care for their discomforts and pathologies, engaging in self-care practices aligned with the principles of Natural Gynecology, such as using phytotherapeutics, physical exercise, proper nutrition, and medicinal plants. This demonstrates that the practices employed by women in these stages align with the tenets of Natural Gynecology, contrasting with the biomedical approach.

Key words: self-care; climacteric; natural gynecology; primary care.

RESUMEN

LIMA, Caroline Gurgel. **Prácticas de autoatención en el climaterio y la menopausia que se correlacionan con la Ginecología Natural**. Supervisora: Rita Maria Heck. 2024. 118 f. Tesis de Maestría (Programa de Postgrado en Enfermería) - Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2024.

El climaterio es una fase biológica importante en la vida de una mujer y comprende el período de transición entre el periodo reproductivo y el no reproductivo, siendo la menopausia una de sus fases. La biomedicina es el modelo de atención a la salud preponderante en la sociedad occidental. Caracterizado por un enfoque hegemónico, generalizador y mecanicista, este modelo contribuye a la alienación de la mujer respecto a su propia condición de salud en sus procesos de salud y enfermedad. Para contrarrestar este modelo de atención, en América Latina se ha desarrollado la Ginecología Natural, un movimiento sociocultural contrahegemónico que valora las terapias naturales y denuncia la relación entre la ginecología moderna y el colonialismo. Este movimiento promueve la autonomía femenina y correlaciona los conocimientos científicos con los saberes naturales y tradicionales, en convergencia con el modelo de autoatención de Eduardo Menéndez. La presente investigación tiene como objetivo conocer las prácticas de autoatención desarrolladas por mujeres en el periodo de climaterio y menopausia que se correlacionan con la ginecología natural. En la investigación participaron 5 mujeres mayores de 40 años, usuarias del Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS)-Areal, ubicado en la zona urbana de la ciudad de Pelotas-RS. Se trata de un estudio cualitativo, que utilizó la Rueda de Conversa para la recolección de datos en julio de 2024, basado en el modelo de cuidado de autoatención de Eduardo Menéndez y la Ginecología Natural. Los datos transcritos fueron sometidos a un análisis de contenido temático, según el método de Minayo, obteniendo tres núcleos temáticos: 1) Caracterización de las participantes, 2) Vivencias de la menarquia y percepción del climaterio y la menopausia, y 3) Autoatención en el climaterio y la menopausia. Los resultados muestran que las mujeres en el periodo de climaterio y menopausia buscan un cuidado más natural para sus malestares y patologías, realizando prácticas de autoatención alineadas con los principios de la Ginecología Natural, tales como el uso de fitoterápicos, ejercicio físico, alimentación adecuada y plantas medicinales. Esto evidencia que las prácticas utilizadas por las mujeres en el climaterio y la menopausia se alinean con los preceptos de la Ginecología Natural, en contraste con el enfoque biomédico.

Palabras clave: autoatención; climaterio; ginecología natural; atención primaria.

Lista de Figuras

Figura 1	Quadro dos saberes e formas de atendimento de acordo com Eduardo Menéndez.....	58
Figura 2	Cartaz de divulgação da Roda de Conversa.....	63
Figura 3	Desenho dos órgãos genitais femininos internos e externos utilizado na Roda de Conversa.....	66
Figura 4	Tabela de caracterização das participantes.....	72
Figura 5	Desenhos com a identificação das participantes.....	73

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GN	Ginecologia Natural
MS	Ministério da Saúde
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMNPC	Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS- SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1	Introdução.....	12
2	Objetivos.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	Revisão de literatura.....	20
3.1	O questionamento do modelo Biomédico e o ressurgimento do interesse pelas Medicinas Integrativas e Complementares.....	21
3.2	Mudanças da mulher advindas do climatério e da menopausa.....	28
3.3	A saúde da mulher no período do climatério e da menopausa, na atenção primária.....	32
3.4	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para a mulher no climatério e menopausa X Modelo Biomédico.....	36
3.5	Ginecologia Natural: movimento contra-hegemônico no cuidado com a saúde da mulher.....	44
3.6	Medicina Natural e a saúde da mulher no período de climatério e menopausa.....	50
4	Marco Conceitual.....	54
4.1	Modelo de abordagem antropológica da Autoatenção, de Eduardo Menéndez.....	54
4.2	Reconhecendo a Ginecologia Natural como uma forma de autoatenção à saúde da mulher no climatério e menopausa.....	61
5	Método.....	65
5.1	Caracterização do estudo.....	65
5.2	Local do estudo.....	66
5.3	Participantes do estudo.....	67
5.4	Divulgação dos resultados.....	68
5.5	Coleta dos Dados.....	68
5.6	Análise dos Dados.....	73
5.7	Princípios Éticos.....	74
6	Resultados e Discussão.....	77
6.1	Caracterização das participantes.....	77
6.2	Vivências da menarca e a percepção do climatério e da menopausa.....	84

6.3	Autoatenção realizada no climatério e na menopausa.....	89
7	Considerações Finais.....	95
	Referências.....	97
	Apêndice.....	120

1 Introdução

A produção de conhecimentos científicos a respeito das abordagens do feminino na sociedade ocidental vem apresentando questionamentos que interconectam as discussões de gênero, saúde com outras perspectivas que enquanto movimento ainda estão em construção. Entre estas abordagens situamos a Ginecologia Natural (GN) que é um movimento que busca valorizar práticas terapêuticas de autonomia das mulheres sobre seu corpo, reprodução, sexualidade. Assim interligam a abordagem de gênero com outras dimensões sociais, políticas, da autogestão do cuidado em relação ao corpo da mulher.

Com isso entendemos que este trabalho se coloca como desafio pessoal e ao mesmo tempo científico de ampliar os registros da prática e teoria a respeito do tema.

As ideias científicas estão permeadas por pressupostos culturais predominantemente do continente europeu, que colonizou e sobrepôs suas verdades, conceitos como padrões universais. Há pouco tempo estamos percebendo esta influência, para não dizer condicionamento sobre a saúde e o corpo da mulher. Diante disso focamos nosso interesse de compreender o olhar científico contemporâneo sobre temas como menstruação, menopausa, concordando que é necessário entender o passado como referência para compreender esse processo (MARTIN, 2006).

Ao tratar de saúde da mulher é importante considerar não só as suas representações sociais em nossa sociedade, que atua desde a perspectiva da diferença biológica entre os sexos como também é necessário atentar para o contexto histórico sobre o qual a ginecologia foi construída.

O surgimento da ginecologia enquanto especialidade médica se deu no século XIX, sendo constituída sobre a lógica de que o corpo feminino é potencialmente patológico e propício a desordens e perturbações, sendo necessário estudar sua normalidade e oferecer cuidados constantes devido a sua fisiologia inerentemente patológica (ROHDEN, 2001).

Baseada em hipotéticos dados naturais, a ciência ginecológica passou a ser responsável por descrever e prescrever os papéis sociais que eram adequados para cada gênero, ou seja, determinava o comportamento das mulheres, que constantemente eram associadas à maternidade e à docilidade, legitimando uma visão na qual as mulheres eram mais apropriadas para a esfera da vida privada, desempenhando o papel de mãe e esposa enquanto o homem estava destinado ao mundo público (ROHDEN, 2001).

O enfoque na diferença entre os sexos se tornou um dos argumentos principais, em torno do qual a ginecologia se desenvolveu. As fases da vida feminina (da menarca à menopausa) passaram a ser vista como passível a desordens e perturbações, exigindo um cuidado constante. A mulher passa então, a ser determinada por sua natureza patológica e por sua função sexual, fatores estes que influenciam diretamente no comportamento feminino, refletindo negativamente nos seus aspectos morais e sociais (ROHDEN, 2001).

O modelo vigente atual de assistência, reflexo deste contexto histórico, é predominantemente biomédico e tecnocrata, que supervaloriza as instituições e o tecnicismo, modelo esse incapaz de suprir todas as demandas no que se refere à saúde da mulher (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Muitas críticas vêm sendo feitas à essa perspectiva patológica da saúde da mulher e uma tendência à ruptura do sistema de autoridade vem sendo expressa em textos científicos e populares (MARTIN, 2006).

A ampliação do olhar em relação à saúde da mulher se torna necessário para a prestação de um cuidado que a contemple para além da sua fase reprodutiva, afinal a saúde feminina não está relacionada apenas à maternidade. Este tipo de assistência subvaloriza às necessidades das mulheres (MACHADO, 2021).

É importante ressaltar que as mulheres são a maioria da população brasileira (IBGE, 2022) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), pois buscam atendimento não só para si, mas para sua rede de cuidado. São consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a espinha dorsal do sistema de saúde (OMS, 2011). Apesar desta realidade, sabe-se que os serviços de saúde existentes não estão atendendo às necessidades de saúde desta população, sendo necessário assegurar o acesso universal aos serviços

de saúde sexual e reprodutiva e promover a equidade no acesso universal aos serviços e tecnologias disponibilizados pelo SUS para esta população (BRASIL, 2023).

No Brasil, até a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 2004, as políticas públicas da atenção à saúde da mulher eram todas voltadas para o grupo materno-infantil, tema este que segue sendo o mais enfatizado nas políticas de atenção à saúde da mulher.

A atenção à saúde da mulher só foi incorporada pelo Ministério da Saúde (MS) a partir do século XX, como consequência das reivindicações pelos direitos femininos. Inicialmente limitou-se à saúde materna e aos agravos que poderiam estar associados à reprodução (BRASIL, 2016).

Foi com a implementação das Políticas: Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS (BRASIL, 1999), Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004); com a publicação do Caderno de Atenção Básica - Controle de Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2006a) e o advento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b); que começou o incentivo a uma assistência à saúde da mulher que promova, proteja, assista e recupere a saúde através de ações a serem realizadas pelo SUS. Para contemplar esta assistência que inclui todas as áreas da saúde da mulher, desde a área ginecológica (incluindo climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, entre outras necessidades) ao pré-natal, parto e puerpério, foi necessário o desenvolvimento de uma assistência que incluísse ações de educação em saúde, prevenção e diagnóstico, entre outros (MACHADO, 2021).

É importante ressaltar que além de ser a maioria da população brasileira, as mulheres vivem mais que os homens, o que representa uma parcela crescente da população idosa no país (OMS, 2011). Somado a isto, a expectativa de vida tem aumentado significativamente nas últimas décadas, havendo uma projeção de que a população global com 65 anos ou mais irá dobrar em 2050 e as mulheres, nessa faixa etária, representarão 54% da população global (UNITED NATIONS, 2019), refletindo em um número cada vez maior de pessoas tendo a oportunidade de passar pela maturidade. No Brasil, até um quinto da população feminina pode vir a vivenciar esta etapa da vida estima-se que em

2060 o percentual da população com 65 anos ou mais compreenderá 25,5% da população (IBGE, 2018a). Diante dessa realidade e levando em consideração que as mulheres brasileiras são as que mais vivem no país, possuindo uma expectativa de vida de quase 7 anos a mais que os homens (IBGE, 2018b), evidencia-se a importância de compreender, também, o fenômeno da maturidade feminina (MORI; COELHO, 2004).

Apesar de esta vivência ser um fenômeno comum a todas as mulheres que chegam à maturidade, ela possui diversas formas culturais de ser vivenciada e é importante destacar que a cultura tem uma influência direta na percepção que a mulher tem sobre a menopausa.

A nossa cultura ocidental, vincula, há muitos anos, o envelhecimento com a menopausa, colocando um fim à vida da mulher quando ela vivencia o fim da sua fertilidade, pois há uma enorme supervalorização da jovialidade e da fertilidade feminina. Esta perspectiva influencia diretamente na identidade social da mulher, tornando a menopausa, período no qual a juventude e a fertilidade começam a declinar, em um momento no qual há perda de *status* social e uma desvalorização estética do corpo, o que impacta negativamente a vivência deste período (MORI; COELHO, 2004; COSTA; GUALDA, 2007).

O amadurecimento precisa ser encarado para além de um evento cronológico, pois impacta, através das mudanças corporais, na autoimagem da mulher que está transitando neste processo, podendo desencadear inclusive sofrimento emocional (MORI; COELHO, 2006).

O climatério constitui um período de transição importante na vida da mulher e é composto pela pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa (SANTOS *et al.*, 2021) e é definido pela OMS não como um processo patológico, mas uma fase biológica da vida da mulher, que compreende o período de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, sendo a menopausa uma das fases que o compõe podendo ser reconhecida após 12 meses da ocorrência do último ciclo menstrual (BRASIL, 2008).

Desta forma, se faz necessário que nossa sociedade e os serviços e profissionais que prestam assistência a este público, preparem-se para assistir às questões associadas ao processo de envelhecer feminino (OMS, 2011).

Considerando que a porta de entrada das mulheres no SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), nível primário de atenção que oferece uma assistência de baixa complexidade e propõe a percepção integral do sujeito, incluindo seus aspectos subjetivos, sua realidade sociocultural, sua singularidade, integralidade e complexidade (BRASIL, 2017a), torna-se este um nível de atenção de grande relevância na atenção à saúde da mulher no período de climatério e menopausa.

Neste contexto de saúde, observa-se o modelo de autoatenção como uma possibilidade de compreender a saúde da mulher de uma maneira mais ampliada e contextualizada à realidade sociocultural dessa parcela da população brasileira. Segundo Menéndez (2003) a compreensão da autoatenção valoriza a experiência e a identidade da mulher, construída a partir da sua interação social. A partir das práticas e representações desses sujeitos, é possível observar a estreita relação que há entre os modelos de atenção utilizados, desde uma abordagem antropológica.

Isso diverge do proposto no modelo biomédico, que comumente desconsidera este saber, já que relaciona o indivíduo a um número e uma patologia, tornando a identidade e a autoatenção realizados como fatores antagônico ao saber científico (MENÉNDEZ, 2003).

A autoatenção tem um papel decisivo na reprodução biossocial dos microgrupos, como também é relevante para o desenvolvimento de alternativas contra hegemônicas (MENÉNDEZ, 2009). Compreender esse processo permite, por exemplo, o questionamento das interpretações médicas, bem como evidenciar as mudanças no conhecimento popular, ações essas que podem ser observadas na GN, que através do seu caráter contra hegemônico, questiona a exclusividade do modelo de cuidado biomédico sobre o corpo da mulher e propõe uma alternativa que correlaciona conhecimentos com este modo de cuidado. Também é possível conhecer e demonstrar o crescente interesse que um determinado microgrupo de mulheres latino-americanas possui na transformação do cuidado à saúde da mulher.

Para este estudo será adotado o modelo de autoatenção, proposto por Menéndez (2009), ao invés de autocuidado, pois o autor destaca que o autocuidado está relacionado a um modelo de saúde positivista e individualista,

que critica a prática de automedicação e representa práticas preventivas de certos padecimentos, logo possuindo conceito diferente de autoatenção.

Segundo o autor supracitado a autoatenção compreende as práticas de cuidado a saúde desenvolvidas pelos sujeitos a partir da relação entre os modos de cuidado construídos a partir das suas representações sociais (MENÉNDEZ, 2009). Corroborando com essa ideia, a GN possui uma perspectiva de cuidado da saúde da mulher semelhante, que constrói uma autogestão da saúde e do gozo corporal feminino, através da correlação entre os conhecimentos científicos e os naturais e tradicionais, sendo amplamente divulgada através de diversos meios de comunicação (manuais, fanzines e páginas na internet) e que estimulam o empoderamento feminino (SALA, 2020).

Segundo Sala (2020) a GN é uma expressão de uma parte da sociedade e cultura latino-americana, típica de um ambiente ocidentalizado e de classe média. O debate deste movimento possui, como elementos centrais, a defesa da reapropriação dos saberes e poderes corporais femininos, considerados expropriados pela biomedicina; o autoconhecimento, a auto exploração, como também a crítica e denúncia aos abusos de poder na ginecologia moderna.

Esse movimento enraíza-se em memórias ancestrais e incentiva a autogestão gerando um conhecimento que cria uma relação entre a modernidade e a tradição. Apesar dessa perspectiva ser desenvolvida por um microgrupo, que quando comparado a dimensão populacional da América Latina, é pequeno, está contribuindo para pequenas e importantes mudanças do tecido sociocultural (SALA, 2020).

Partilhamos destas perspectivas de cuidado à saúde da mulher, pois acreditamos que a Enfermeira possa desempenhar um importante papel na assistência à saúde da mulher durante o período do climatério e da menopausa, oferecendo uma abordagem natural e integral para lidar com os sintomas e promover a saúde geral da mulher que está amadurecendo, como também ampliar a compreensão dos modelos de cuidado, contribuindo para o desenvolvimento do direito de escolha e autonomia do cuidado feminino.

Acredita-se que a relevância desta perspectiva para a assistência à saúde da mulher no período de climatério e menopausa se dá através da contribuição

na construção de um modelo mais amplo e humanizado no atendimento à saúde da mulher (SILVA; VARGENS, 2013).

Logo, a pesquisa se torna uma oportunidade de reforçar o tema no campo acadêmico e científico, aportando um novo olhar acerca da saúde da mulher no período do climatério e menopausa. Acredita-se que este conhecimento poderá expandir para além da perspectiva terapêutica, possibilitando a construção dum novo modelo de cuidado.

A relevância deste estudo se dá a partir do entendimento de que o cuidado é essência da saúde, logo a produção de um conhecimento que não seja apenas teórico, mas que contribua para a ampliação dessa percepção de cuidado é primordial para a qualidade da saúde da população feminina.

Espera-se que este estudo contribua para o enriquecimento e ampliação do olhar sobre a saúde da mulher no período do climatério e menopausa, enfatizando um conhecimento que além de atender as necessidades de cuidado, valoriza e fortalece às mulheres através de uma atenção integral. Acredita-se que esta pesquisa possibilitará o desenvolvimento de outros estudos sobre o tema e disponibilizará conhecimento acerca da GN, ofertando um novo modelo de cuidado da saúde da mulher.

Parte-se do pressuposto de que as mulheres que estão no período de climatério e menopausa possuem conhecimentos e realizam práticas de autoatenção que se correlacionam com a GN. Logo, a nossa pergunta orientadora é: **Quais as práticas de autoatenção que são desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural**

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa.

Correlacionar as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa com a Ginecologia Natural.

3 Revisão de literatura

A etapa da revisão de literatura tem como característica a análise e síntese das informações disponíveis sobre um determinado assunto, proporcionando uma explicação acerca do conhecimento existente (MANCINI; SAMPAIO, 2006) que possibilita a compreensão bem como a identificação de lacunas de conhecimento que ainda não foram estudadas (POPAY *et al.*, 2006). Foi desenvolvida uma revisão narrativa a respeito do tema. Esse tipo de revisão permite a descrição e discussão teórico-reflexiva dos estudos já publicados a respeito de um tema relevante e atual e que ainda não há possibilidade de realização de uma análise sistemática, o que viabiliza o acesso e o processamento do conhecimento e de ideias novas acerca da temática abordada (POPAY *et al.*, 2006).

Apesar de não possuir um método previamente definido com critério de seleção e obtenção de informações, a revisão narrativa permite uma fundamentação teórica que inclui diferentes tipos de informações, oriundas de diversas fontes, considerando o processo histórico e o avanço do tema, bem como identifica, seleciona e torna acessível métodos, referências e técnicas que podem servir para futuras pesquisas sobre o tema, permitindo a aquisição e atualização de conhecimentos (ZILLMER; DÍAZ-MEDINA, 2018).

Amparado na literatura científica objetivamos os principais temas que listamos a seguir: o questionamento do modelo Biomédico e o ressurgimento do interesse pelas Medicinas Alternativas e Complementares; mudanças da mulher advindas do climatério e menopausa; a saúde da mulher no período do climatério e menopausa na atenção primar; práticas Integrativas e Complementares em saúde para a mulher no climatério e menopausa X Modelo Biomédico; contextualização da Ginecologia Natural: movimento contra-hegemônico no cuidado com a saúde da mulher; Medicina Natural e a saúde da mulher no período de climatério e menopausa.

3.1. O questionamento do modelo Biomédico e o ressurgimento do interesse pelas Medicinas Integrativas e Complementares

Desde a antiguidade se utiliza princípios naturalistas para compreender a existência humana bem como manter o seu bem-estar (TORRES *et al.*, 2022). Há registro que apontam que no ocidente, os egípcios e sumérios desenvolveram práticas naturalistas, que incluíam o uso de argilas, plantas e alimentos no tratamento de suas doenças. Os primeiros filósofos gregos criaram teorias que relacionavam elementos naturais com processo de saúde-doença (WORLD NATUROPATHIC FEDERATION, 2017).

Hipócrates, considerado o pai da medicina, já considerava importante a qualidade da alimentação, do ar, da água, das plantas e do exercício físico para a saúde, como também acreditava na premissa do vitalismo (TORRES *et al.*, 2022).

O paradigma vitalista, compreende o corpo humano como uma totalidade bioenergética e tem como premissa que o processo do adoecimento é um desequilíbrio da energia vital que pode ser restituído através da tomada de consciência e autotransformação do indivíduo (NASCIMENTO, 2012), sendo o médico responsável apenas por auxiliar na recuperação deste corpo, concepção que permanece central até hoje na Medicina Natural (TORRES *et al.*, 2022).

Esta perspectiva do vitalismo permaneceu presente na cultura ocidental por muito tempo, principalmente nas profissões de curandeiros e botânicos. Porém com a entrada do pensamento racional cartesiano, entre os séculos XV e XVIII, outras formas de compreender o corpo foram adotadas, através da utilização do experimento científico rígido (TORRES *et al.*, 2022).

A partir dessa influência do paradigma cartesiano sobre o conhecimento médico, surgiu o modelo biomédico, alicerce da medicina moderna ocidental (KOIFMAN, 2001). Segundo Camargo Jr. (2005), a medicina ocidental contemporânea pode ser denominada de biomedicina por esta ser uma nomenclatura que está vinculada ao conhecimento científico produzido pelo campo da biologia e que contribuiu para o conceito moderno de doença, na sua diagnose e terapêutica. A racionalidade da biomedicina está atrelada ao conceito da mecânica clássica, possuindo um caráter mecanicista.

Esse modelo interpreta o corpo humano como uma máquina complexa, que possui partes que se inter-relacionam e obedecem a leis perfeitas e pressupõem que essas partes necessitam de constante avaliação por parte de um especialista, como se inevitavelmente a máquina tem ou terá problemas que só podem ser diagnosticados por um especialista. Dentro deste modelo, os tratamentos médicos consistem em esforços legítimos para a reestruturação da saúde e do funcionamento do corpo (KOIFMAN, 2001).

Suas principais características estruturais e dominantes são: o individualismo, biologismo, mercantilismo, pragmatismo e a exclusão das condições históricas e sociais na explicação processo do adoecimento, cumprindo quatro funções básicas que são: curar e prevenir, normatizar, controlar e legitimar (MENÉNDEZ, 2005).

Menéndez (2005) aponta que modelo médico atual da sociedade ocidental, influenciado pela biomedicina, exclui e/ou torna secundário os aspectos políticos e ideológicos das problemáticas de saúde e doença. Destaca-se que apesar de quase todas as sociedades tratarem seus padecimentos através de uma variedade de formas de cuidado, a perspectiva biomédica considera o tratamento das enfermidades como um conhecimento exclusivo do saber médico o que implica em uma hegemonia do conhecimento e das instituições médicas em relação aos outros saberes que existem simultaneamente no que se refere às doenças.

Este olhar reducionista do saber médico, no qual exclui as relações e causas sociais e culturais que existem e influenciam no processo da saúde e doença, faz com que a doença seja explicada por si mesma e o objetivo médico passa a ser unicamente tratar a doença (MENÉNDEZ, 2005).

No que diz respeito a determinados problemas de saúde, as ações exclusivamente biomédicas são um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de condições sociais que aumenta a morbimortalidade do mesmo problema. O papel dos sujeitos e suas características e condições sociais, econômicas e culturais são ignoradas e por vezes negada no desenvolvimento do conhecimento e cuidado biomédico, que se baseia apenas em critérios científicos e técnicos que reduzem a doença à sintomas e diagnósticos baseados em indicadores biológicos. Essa abordagem biomédica

separa o conhecimento médico, o paciente e a sua doença de suas relações sociais concretas (MENÉNDEZ, 2005)

Logo, a medicina ocidental contemporânea, também conhecida por biomedicina, está vinculada a essa racionalidade da mecânica clássica, que possui um caráter generalizante, mecanicista e analítico. Essas características produzem discursos que propõem modelos e leis de aplicabilidade geral, que não atentam para casos particulares; naturalizam as máquinas e tecnologias humanas, percebendo o “Universo” como uma máquina que está submetida à princípios lineares e mecânicos e abordam teórica e experimentalmente a partir do pressuposto de que para que o todo funcione é necessário a soma das partes, o que justifica o isolamento das mesmas (CAMARGO JR., 2005).

Essa perspectiva analítico-mecanicista da racionalidade médica ocidental traz implícita a ideia de que a saúde é a ausência de doenças, sendo a normalidade caracterizada pelo oposto à patologia, possuindo como técnicas terapêuticas: medicamentosa (administração de um ou mais fármacos), cirúrgica (manipulação direta do corpo), física (exercícios, radiações...) e dietética, tendo como objetivo final remover as causas e a própria doença (CAMARGO JR., 2005), consolidando uma abordagem técnica do cuidado da saúde que em alguns casos foi bem sucedida, como no desenvolvimento de métodos sofisticados para remover ou concertar alguma parte específica do corpo (KOIFMAN, 2001).

O fato de a biomedicina compreender a doença como um agente externo, também contribui para a alienação do sujeito sobre a sua própria condição de saúde, gerando no mesmo uma inconsciência e falta de responsabilidade. Isso retira do indivíduo a oportunidade de se autoconhecer e se autotransformar, oportunidades que o processo saúde-doença podem oferecer (LUZ; BARROS, 2012).

A medicalização se tornou um movimento que surgiu a partir desse modelo biomédico e CARVALHO *et al.* (2015) destacam sua contribuição para o aumento de práticas de cuidado biomédicas utilizadas de formas desnecessárias e que são potencialmente danosas aos seus usuários, práticas essas que vão desde procedimentos assistenciais a terapêuticas e diagnósticos.

No que se refere à saúde da mulher, foco desse estudo, esse modelo compreende o processo que envolve a menstruação, desde a menarca à menopausa, como um distúrbio, atribuindo-o como algo exclusivo da mulher e visto como uma função patológica (MARTIN, 2006).

A menstruação é vista como algo debilitante, com impactos negativos na vida e nas atividades femininas e consequentemente a menopausa, função que também não há equivalente masculino, é patologizada e considerada uma crise que contribui para o aumento do surgimento de doenças, sendo metaforicamente comparada como um negócio comercial (corpo) que está em prejuízo (MARTIN, 2006).

A tendência que a medicina tem em considerar a menopausa como um estado patológico está associada aos estereótipos sociais negativos acerca do envelhecimento e a percepção do corpo como um sistema hierárquico de processamento de informações. Essa visão tem como a essência do “problema” a inutilidade, que está associada a falência, decadência e atrofia de todo os sistemas feminino. Dessa forma a menopausa é compreendida como uma falha da estrutura de autoridade do corpo, sendo descrita por vários autores como uma falha dos ovários em produzir estrogênio (MARTIN, 2006).

Essa perda é percebida como fundamental na vida de uma mulher, enfatizando os aspectos negativos dessa “falha” de produção hormonal, reforçando a percepção negativa sobre ela (MARTIN, 2006).

Corroborando com essa reflexão, Valls-Llobet (2010) denuncia o fato de as mulheres serem, muitas vezes, invisíveis aos cuidados de saúde e diagnósticos e tratamentos de muitas doenças, tendo comumente seus sintomas minimizados ou mal diagnosticados e suas queixas constantemente associadas a causas psicológicas ou psicossomáticas, fato esse que traz o questionamento sobre qual o embasamento teórico a medicina utiliza para aprender sobre os problemas de saúde femininos.

Essa desigualdade também se reflete através dos avanços das especialidades médicas, que apresenta poucos dados de pesquisa que demonstrem as diferenças entre os sexos nas causas e efeitos de certas patologias. Por muitos anos as mulheres foram excluídas dos ensaios clínicos, que utilizavam apenas homens, replicando os resultados automaticamente para

as mulheres ou conferindo a elas uma proteção natural sem nenhum embasamento científico, o que demonstra o preconceito da ciência biomédica, que invisibiliza as condições de adoecimento das mulheres e gera desigualdade em saúde (VALLS-LLOBET, 2010).

Esse preconceito de gênero, no que se refere ao tratamento de doenças, expressa-se de três maneiras: na ausência de mulheres nos ensaios clínicos; na medicalização excessiva dos processos naturais, como por exemplo a menopausa; e no não atendimento dos processos biológicos e/ou sociais causadores de desconforto e fadiga (VALLS-LLOBET, 2010).

Valls-Llobet (2010) afirma que um exemplo paradigmático dessa invisibilidade feminina, tem sido a terapia de reposição hormonal oferecida e aplicada às mulheres que estão vivenciando o climatério e menopausa. Apesar dessa terapêutica aumentar os riscos para doenças cardiovasculares e câncer de mama, foi apresentada, na década de 90, como método de prevenir o envelhecimento e a osteoporose. Essa medicalização da mulher sem bases científicas também está refletida no consumo massivo de fármacos psicotrópicos e o aumento das cirurgias estéticas.

O questionamento desse modelo médico surgiu depois da Segunda Guerra Mundial, quando houve uma expansão da cobertura de diversas possibilidades de segurança social e com o surgimento, na década de 60, de indicadores que demonstraram a falta de eficácia que o modelo biomédico tinha em relação ao enfrentamento de problemas de saúde relevantes, como também a indicação de uma atuação médica que tinha mais relação com o controle do que com a cura propriamente dita (MENÉNDEZ, 2005)

Justo (2010) aponta que o declínio desse modelo de prestação de cuidados vem acontecendo desde a década de 70, e tem múltiplas razões entre elas esta: o seu alto custo, o que gerou uma vulnerabilidade às restrições orçamentais e uma crise do modelo cartesiano biomédico e as evidências das limitações da sua eficácia que se tornaram mais claras a partir da segunda metade do século XX, com as alterações do padrão epidemiológico das doenças.

A publicação do estudo canadense “A new Perspective on the Health of Canadians”, em 1974, pelo então ministro Marc Lalond, passou a servir de referência para todas as políticas de saúde, precedendo uma mudança

epistemológica dos saberes e dos modelos de prestação de cuidados em saúde, pois manifesta as limitações do modelo de cuidado biomédico, que apesar de intervir unicamente sobre a doença, não garante sua erradicação, principalmente no que se refere às doenças crônicas, pois estas possuem complexos fatores multicausais que necessitam de uma abordagem multidisciplinar e multisetorial (JUSTO, 2010).

Na América Latina, a gestão da saúde por regimes populistas e as estratégias de atenção primária, que inclusive aprovaram a inclusão da medicina tradicional nos serviços de saúde pública, contribuíram para esse questionamento do modelo biomédico, afinal, não é sustentável para os cuidados de saúde a imposição de um olhar médico profissional, que se fundamenta unicamente em critérios técnicos e científicos e de forma excludente, pois ao se trabalhar com pessoas e grupos, é inevitável que o profissional e as instituições precisem lidar com os aspectos sociais e ideológicos inerentes a cada sujeito (MENÉNDEZ, 2005; MENÉNDEZ, 1994).

No Brasil, observou-se que certas mudanças no cenário da saúde foram fundamentais para o início do rompimento com a tradição médico-hospitalar regida pelo modelo biomédico. Entre essas mudanças estão a conquista da saúde pública como um direito social fundamental em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), que a configurou como um direito de todos os cidadãos (art. 196) e garantiu um atendimento integral (art. 198), como também a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), que instituiu o SUS (BRASIL, 1990a) e a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) que dispõe sobre a participação social na gestão desse sistema e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde (RAIMUNDO; SILVA, 2020).

A partir da implementação do SUS, foram afirmados, através de seus princípios e diretrizes, um formato democrático, humanista e federalista, resultado de um processo político. Os princípios da universalidade, equidade e igualdade articulados com as diretrizes de descentralização, participação da comunidade e regionalização e hierarquização representam a base do sistema de saúde brasileiro (MACHADO, 2021).

O princípio da integralidade, especificamente, possibilitou a ampliação da visão de cuidado, passando a considerar fatores antes desconsiderados como

por exemplos os culturais e socioeconômicos, estimulando nos profissionais da saúde conhecer não só saberes técnicos do processo saúde-doença, como também considerar aspectos subjetivos antes citados, auxiliando não só na cura dos usuários dos serviços, mas também no fortalecimento do protagonismo dos mesmos (BRASIL, 2010b).

Uma das contribuições que esse princípio trouxe para a crítica ao modelo reducionista biomédico, foi a concepção de um processo saúde e doença baseadas na noção de integralidade da atenção, com um conceito de saúde ampliado, que além de compreender o sujeito como um todo, compreende os diversos fatores que influenciam na produção da saúde e da doença no Brasil, abandonando o reducionismo da descrição biológica. Compreende a necessidade de políticas públicas de saúde (baseadas na integralidade) direcionando a atenção à grupos específicos (como por exemplo a saúde da mulher). Representa, também, uma ruptura histórica e institucional da dicotomia entre ações preventivas e curativas, estimulando um processo educativo para os profissionais da saúde, que possua como eixo norteador saberes e práticas que reconheçam a integralidade (MATTA, 2010).

Diante desse contexto, é possível observar, na última década, o retorno do interesse em relação às terapias naturais, recuperando a atenção do público em geral o que pode ser demonstrado pelo crescente número de novas pesquisas acerca do tema (LUCARIELLO; CÍCIA; CAPASSO, 2021).

O uso da medicina considerada complementar tem aumentado tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. A globalização levou a intercâmbios interculturais, como também ao uso generalizado de técnicas e produtos terapêuticos, sendo responsável por uma grande parte dos cuidados de saúde prestados em todo o mundo (WHO, 2005)

Uma das razões para este crescente interesse e utilização da medicina tradicional está na tendência à adoção de abordagens mais proativas em relação à própria saúde por parte das pessoas, que buscam diferentes formas de autocuidado (WHO, 2005)

WHO (2013) afirma que em todo o mundo as medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) constituem um importante modelo de cuidado à saúde, sendo a base dos cuidados de saúde em alguns países, em

outros servem como uma forma complementar ao cuidado convencional. Em alguns países a medicina tradicional ou não convencional pode ser denominada de medicina complementar.

O uso das MTCl foi reconhecido por 170 Estados Membros da OMS e, desde o ano 2018, 50% dos 194 Estados Membros da OMS possuem política nacional de medicina tradicional e complementar e 124 desses estados possuem regulamentos para medicamentos fitoterápicos (OPA; OMS, [S.d.]).

Os sistemas médicos e recursos terapêuticos da MTCl possuem uma abordagem de cuidado que tem por objetivo estimular as formas naturais de recuperar e prevenir agravos da saúde e possuem como características em comum: a escuta terapêutica, utilização de tecnologias eficazes e segura, construção do vínculo terapêutico, possuem uma perspectiva mais ampla do processo saúde-doença, que integra o ser humano com o meio ambiente e a sociedade e promove globalmente um cuidado humano, especialmente o autocuidado (BRASIL, 2006c).

Os modelos de saúde interculturais, como é o caso da MTCl, contribuem para a autodeterminação, o empoderamento e o autocuidado através de uma abordagem centrada no indivíduo (WHO, 2005).

Apesar de estimularem a promoção e recuperação da saúde através de mecanismos naturais, estes sistemas podem ser desenvolvidos junto à medicina alopática, fato este estimulado pela OMS.

Também é relevante reconhecer que o processo saúde/doença possui ações e explicações que não se restringem apenas aos profissionais da saúde, mas que incluem outros grupos sociais. Isto permite que haja uma legitimação de uma perspectiva não profissional da doença, na qual o conhecimento médico deixa de ser visto como a totalidade do processo de cuidado e prevenção da doença, e torna-se apenas uma parte (fundamental) do mesmo (MENÉNDEZ, 2005).

3.2 Mudanças da mulher advindas do climatério e da menopausa

Para compreender a lógica atual de determinados valores relativo ao gênero feminino na fase de climatério e menopausa, se faz necessário

compreender o processo histórico da própria sociedade. A associação entre a mulher e a reprodução e maternidade, com o enfoque na diferença entre os sexos foram os conceitos sobre os quais a ginecologia foi criada, com a lógica de que era necessário estudar a “normalidade” da mulher, pois esta é, por sua natureza, patológica (ROHDEN, 2001).

Quando a ciência ginecológica surgiu, baseada em hipotéticos dados naturais, marcou uma distinção em relação à obstetrícia e passa a ser responsável por descrever e prescrever os papéis sociais que eram adequados para cada gênero, ou seja, determinava o comportamento das mulheres, constantemente associando a mulher à maternidade e à docilidade, papel social bem distinto ao proposto ao homem (ROHDEN, 2001).

A ginecologia legitimou uma visão na qual as fases da vida feminina (da menarca à menopausa) é vista como passível a desordens e perturbações, exigindo um cuidado constante. A mulher passa então, a ser determinada por sua fisiologia inerentemente patológica e por sua função sexual influenciam diretamente o seu comportamento, refletindo nos seus aspectos morais e sociais (MARTIN, 2006).

Ao vivenciar a fase da menopausa, a mulher precisa lidar com os preconceitos e tabus existentes, pela falta de entendimento que há sobre o tema além de enfrentar as lacunas que há na assistência à saúde da mulher, especificamente nesta fase (KANTOVISCKI, 2010) muitos como consequência do contexto histórico supracitado.

A Menopausa é um termo derivado de duas palavras gregas: mens e pausa que significam, respectivamente, mês e parada. Este termo teve origem em meados de 1812, resultante de estudos, realizado por C.P.L Gardanne, sobre esta fase da vida da mulher. Em geral, os autores definem a menopausa como o último período menstrual do ciclo reprodutivo de uma mulher, após 12 meses de cessar a menstruação (MORI; COELHO, 2004) e é uma das fases do climatério que é composto pela pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa, período de transição importante na vida da mulher (SANTOS *et al.*, 2021).

Este é um período da vida da mulher que costuma ser marcante devido as mudanças que o acompanham. Estas mudanças se manifestam tanto

biologicamente como subjetivamente, complexidade esta, pouco reconhecida socialmente (SOUZA; ARAÚJO, 2015).

Os conceitos negativos sobre o tema constroem sentimentos fragilizantes frente às mudanças, sintomas e possíveis patologias que podem vir a se manifestar neste período (SOUZA; ARAÚJO, 2015).

Estes preconceitos sociais em relação à mulher que amadurece, só dificultam a forma de encarar o envelhecimento, que apesar de iminente ainda não é vivenciado, tornando-as mais frágeis no que se refere ao envelhecimento do corpo e ao tema da finitude da vida (MORI; COELHO, 2004).

Mori e Coelho (2004) e Costa e Gualda (2007) afirmam em seus estudos que a supervalorização social da beleza e da juventude, com consequente desvalorização do envelhecimento, transforma o enfrentamento desta fase da vida em um processo doloroso, podendo influenciar tanto na vida como no psicológico da mulher.

Isso gera uma dupla vulnerabilidade, a discriminação por ser mulher e por ser “velha”, já que há a valorização da tríade feminina: beleza, jovialidade e fertilidade (MORI; COELHO, 2006).

A associação entre a menopausa e a velhice é a crença que mais estereotipa esta fase, gerando sentimentos negativos entre as mulheres, como depressão ansiedade e medo (HERMOSA; MEJÍA, 2014).

Autoras como Mori, Coelho e Estrella (2006) e Debert (1994) comentam que muitas mulheres associam diretamente as mudanças pessoais e corporais próprias deste período, ao processo de envelhecer, o que acaba interferindo negativamente na percepção de si mesma. A supervalorização social da beleza e da juventude, com consequente desvalorização do envelhecimento, transforma o enfrentamento desta fase da vida em um processo doloroso, podendo influenciar tanto na vida como no psicológico da mulher (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006; DEBERT, 1994).

Alguns estudos revelam a resistência que há entre as mulheres quando o assunto é a menopausa. KANTOVISCKI (2010) demonstrou como os preconceitos, tabus e sofrimentos são percebidos pelas mulheres nesta fase, resultando em uma sensação de envelhecimento e desfeminização, influenciada pela desvalorização da mulher infértil, na sociedade e cultura atuais.

Os conflitos vivenciados pela mulher neste período de vida vão para além das manifestações clínicas desconfortáveis da síndrome climatérica, engloba os aspectos subjetivos que incluem desde sua família à suas emoções (VALENÇA; GERMANO, 2010).

O estilo de vida e o estado geral de uma mulher influem em sua percepção e desconfortos da menopausa, tanto quanto a redução da produção hormonal. As dimensões psicológicas, sociais e espirituais possuem uma influência direta no surgimento, intensidade e tempo de permanência dos desconfortos do climatério. Somado a isto, há a desinformação sobre esta fase, o que dificulta ainda mais a vivência positiva deste momento (VALENÇA; GERMANO, 2010).

O aumento da irritabilidade, insônia e impaciência, a irregularidade menstrual e a percepção de esta ser uma fase desfavorável, são aspectos comumente vivenciados e associados à tratamentos desnecessários (PEREIRA *et al.*, 2008).

Ao transformar suas queixas em sintomas, devido à ignorância acerca do tema, a mulher se torna mais vulnerável à medicalização, pois passa a associar as mudanças e sintomas dessa fase à processos patológicos, perdendo a oportunidade de vivenciar este como mais um ciclo a ser vivido no processo de ser mulher, (PEREIRA *et al.*, 2008). Estes sintomas físicos são geradores de adoecimento mental, podendo provocar ou intensificar ansiedades e sofrimentos (SOARES *et al.*, 2015).

É desafiador segundo Gutierrez, Soto, Valdes (2006), tanto para as mulheres como para os profissionais, a oferta de um cuidado de qualidade, tornando indispensável que estas mulheres possuam acesso à uma informação em saúde capaz de fazê-las compreender que as mudanças advindas com o climatério não são patológicas e nem significam o fim de sua produtividade, vitalidade ou sexualidade (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Segundo Bernardes (2014) o conhecimento que as mulheres têm acerca da menopausa e climatério são baixos e embora busquem se informar, nem sempre encontram as devidas orientações ou encontram informações divergentes.

Em geral, o conhecimento que possuem acerca do tema foi construído e aprendido através das suas antepassadas, que percebem esta fase da vida de

forma negativa, compreendendo-a principalmente através de suas queixas e mal-estares (BISOGNIN *et al.*, 2022).

Devido a este desconhecimento acerca do climatério e da menopausa, as mulheres entram neste período sem estarem preparadas e sem um planejamento para que mantenham sua qualidade de vida (BERNARDES, 2014).

Percebe-se, desta forma, a necessidade de manter a qualidade de vida e garantir um envelhecimento saudável e ativo às mulheres que estão vivenciando, como também as que vivenciarão o climatério e a menopausa (SOARES *et al.*, 2018). Faz-se necessário, também, um maior conhecimento acerca deste grupo social específico, para que se possa construir, através do diálogo e das relações, a elaboração de formas de cuidado que proporcionem um maior conhecimento e autonomia sobre seu corpo, seus processos, sua sexualidade e cidadania (ARAÚJO *et al.*, 2013).

A produção científica acerca do tema ainda está muito embasada na sintomatologia clínica da menopausa, apesar de haver uma crescente tendência de pesquisas mais interessadas em promover saúde, prevenir doenças e manter a qualidade de vida (SOARES *et al.*, 2018). Apesar de haver esta tendência teórica relevante, não há evidência científica que comprove uma mudança real nas práticas assistenciais (BERNARDES, 2014).

Com isso entendemos que o tema apresenta lacunas conforme a discussão dos autores e a Enfermagem têm diferentes espaços de inserção para investigação e ampliação das propostas de cuidado em diálogo com as mulheres.

3.3 A saúde da mulher no período do climatério e da menopausa na atenção primária

O sistema de saúde brasileiro é organizado em níveis de atenção e assistência à saúde, estabelecidos em 2010 pela Portaria 4.279, de acordo com a complexidade do serviço de saúde oferecido é estruturado em: atenção primária, atenção secundária e terciária, buscando, desta forma, aperfeiçoar o funcionamento do SUS e cumprir seus princípios e diretrizes que são: garantir o acesso universal ao serviço, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2010a).

A APS é compreendida como primeiro nível de atenção, que atua na resolução dos cuidados primários dos problemas de saúde mais comuns, como também é responsável por integrar, realizar e coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção, representando, desta forma, a “porta de entrada” do sistema SUS, constituindo o primeiro contato que o usuário tem com o sistema, tornando o serviço acessível e iniciando um processo contínuo de atenção em saúde (BRASIL, 2017a).

Promover a saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir possíveis danos e sofrimentos que possam vir a comprometer um modo de vida saudável é um dos eixos do que é caracterizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por um conjunto de ações de saúde que tem por objetivo prevenir os agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017a).

AAPS se desenvolve por meio do trabalho em equipe que utiliza práticas gerenciais e sanitárias democráticas ofertadas à população que habita os territórios delimitados. Seu modelo de atenção à saúde propõe considerar o sujeito em suas singularidades, complexidades, integralidade e realidade sociocultural e é orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, coordenação, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

Diante dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) que demonstraram que entre 2012 e 2021, houve um envelhecimento populacional, no qual aumentou a razão de dependência de idosos (subiu de 11,2 para 14,7) e diminuiu a dos jovens (reduziu de 34,4 para 29,9 por 100 pessoas em idade ativa). E levando em consideração que em 2021, as mulheres totalizam 51,1% da população residente no Brasil (108,7 milhões), apresentando um padrão mais velho que a população masculina, devido à mortalidade dos homens serem maior que a das mulheres, revela-se o número expressivo de mulheres que estão vivenciando ou vivenciarão a menopausa e seu impactos biopsicossociais.

Logo, o cuidado integral destas mulheres se torna uma nova demanda em saúde, já que esta viverá mais tempo a sua fase de vida que vai do climatério à pós-menopausa. Esta fase representa cerca de um terço da vida de uma mulher,

impactando diretamente na qualidade de vida pessoal e do seu contexto sociocultural (GUTIERREZ; SOTO; VALDES, 2006; CURTA; WEISSHEIMER, 2020).

Pereira *et al.* (2016) demonstram que os profissionais da saúde que prestam assistência às mulheres no período de climatério e menopausa na atenção primária, além de possuírem um conhecimento restrito no que se refere a este período, realizam uma assistência médico-centrada com pouco interesse na realização de atividades interdisciplinares de educação.

Os autores supracitados destacam então a necessidade de uma abordagem mais aprofundada do climatério nos cursos de formação e educação dos profissionais da saúde, como também a necessidade de valoração dos princípios da APS pelos profissionais, que incluem a humanização, integralidade da ação e vínculo como norteadores do processo de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2016).

Reconhece-se, também, a importância de uma escuta qualificada destas mulheres por parte dos profissionais que as assistem, considerando não só suas queixas físicas, mas criando espaço para que expresse seus sentimentos, dificuldades e percepções do seu processo de envelhecimento. Isto permite que esta mulher receba informações e acolhimento que vão além das questões unicamente fisiológicas (DE LORENZI, 2009).

Ao permitir que a mulher expresse seus pensamentos e sentimentos quando vivência a passagem de sua fase reprodutiva para a não reprodutiva a torna protagonista da sua vivência, possibilitando um envelhecimento com qualidade (SOARES *et al.*, 2015).

É necessário que se evite abordagens mecanicistas e reducionistas, permitindo a expressão da subjetividade da mulher e aproximando o saber da sensibilidade. Este acolhimento adequado permite uma assistência que seja planejada de acordo com a necessidade de cada mulher, evitando, desta forma, intervenções desnecessárias (DE LORENZI, 2009).

Diante deste contexto, os profissionais da saúde devem buscar conhecer as mudanças gerais do climatério, menopausa e pós-menopausa, como também seus aspectos subjetivos, possibilitando um cuidado que abranja as necessidades fisiológicas e psicológicas que as mulheres possam vir a

demandar e que considere os múltiplos fatores envolvidos na subjetividade e na qualidade de vida de cada sujeito (GUTIERREZ; SOTO; VALDES, 2006).

A reflexão e a busca de uma compreensão mais ampla acerca dos sintomas desagradáveis e das mudanças próprias do período da menopausa são de suma importância para que os profissionais possam desenvolver uma assistência integral que forneça educação, suporte emocional e um trabalho participativo (KANTOVISKI, 2010).

A medicalização do corpo feminino, em prol de um “bem-estar” é uma prática comum na medicina e a atual abordagem medicalizante da menopausa foi um processo construído historicamente sobre a ideia negativa deste período. Este tipo de assistência busca tratar e não a compreender que esta é uma fase da vida e como tal, fisiológica (KANTOVISKI; VARGENS, 2010).

Os serviços de saúde parecem estar sendo ineficientes frente às necessidades das mulheres que estão vivenciando seu climatério ou menopausa. Por ser um período de instabilidades, a preparação antecipada no que se refere a acesso à informação, educação em saúde e escuta ativa pelos serviços de saúde, facilitaria a vivência desta fase da vida feminina (BERNARDES, 2014).

É neste sentido que a educação em saúde no climatério e menopausa, fornecida através de uma abordagem que tenha significado para a mulher, também se torna uma estratégia para que os profissionais da saúde possam desenvolver junto às mulheres uma nova perspectiva sobre esta fase da vida (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Ao serem informadas e educadas acerca do climatério e menopausa a partir de uma perspectiva natural, que perceba este fato como uma fase da vida e não como uma patologia a ser enfrentada, respeita-se o corpo e a autonomia da mulher, possibilitando que estas cuidem de si mesma e sejam protagonistas de suas próprias histórias (KANTOVISKI; VARGENS, 2010).

Entretanto, ainda é escassa a realização de educação em saúde para as mulheres que estejam centradas em seus ciclos vitais (HERMOSA; MEJÍA, 2014) pois a abordagem em saúde para a mulher no climatério/menopausa ainda carece de uma fundamentação teórica rigorosa, como também de uma educação permanente atualizada para os profissionais (BANAZESKI *et al.*, 2021).

O contexto do atual de transformações acerca do feminino, em suas mais variadas esferas, torna-se um desafio para a saúde. Realizar uma abordagem individualizada, considerando os fatores socioculturais, psicológicos e fisiológicos de uma mulher, torna-se essencial para um cuidado alinhado à nova perspectiva de atenção à mulher no climatério/menopausa (DIAS, 2014).

Para que se possa ofertar um cuidado integral é necessário que inclua, além da detecção e tratamento das patologias, uma abordagem que perceba a mulher para além do seu corpo e da sua capacidade reprodutiva (BERNARDES, 2014).

Silva e Vargens (2013), acreditam que a relevância desta perspectiva se dá através da contribuição na construção de um modelo mais humanizado no atendimento à saúde da mulher. Segundo SOARES *et al.* (2015), esta perspectiva permite a ampliação do enfoque biomédico.

Apesar de atualmente, os estudiosos estarem criando diversas propostas e conceitos que buscam oferecer uma alternativa aos métodos tradicionais de assistência, que prioriza os aspectos biológicos dos sujeitos em relação aos outros mais subjetivos (RUIZ; POMPA, 2013), a produção científica no Brasil, sobre o tema são consideradas limitadas e com enfoque nos aspectos fisiopatológicos do climatério e menopausa (CURTA; WEISSHEIMER, 2020).

Diante desta realidade, faz-se necessário a ampliação da perspectiva da saúde da mulher no climatério e menopausa (RUIZ; POMPA, 2013), possibilitando uma forma de cuidado e assistência às mulheres mais humana e autêntica, tornando-se um recurso de apoio real e acessível (PEREIRA; CÁRDENAS, 2019).

O que demonstra, também, a necessidade de uma maior produção científica acerca do tema, proporcionando aos profissionais da saúde, em particular o da enfermagem, um conhecimento que possibilite outros modelos de cuidado à saúde da mulher no período de climatério e menopausa.

3.4 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para a mulher no climatério e menopausa X Modelo Biomédico

Segundo o MS, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, direcionados à prevenção de diversas patologias e podem ser usadas como tratamento paliativo em algumas doenças crônicas (BRASIL, 2015) e a OMS as denominam como Medicina Alternativa/Complementar, Medicina Tradicional e Não Convencional (WHO, 2022).

As PICS são descritas por BEZERRA *et al.* (2020) como tratamentos não farmacológicos, de baixo custo, em geral com poucas contraindicações e que proporcionam sensação de bem-estar para o corpo e mente. Além de favorecer a prevenção, auxiliam para uma reabilitação mais rápida e com menos efeitos colaterais, contribuindo, desta forma, para o equilíbrio das despesas do SUS, pois reduzem o consumo excessivo e muitas vezes desnecessários de medicamentos, procedimentos e internações.

Assis *et al.* (2018) as caracteriza como práticas e ações terapêuticas que não são ofertadas pela biomedicina. Buscam uma nova perspectiva no paradigma mecanicista e biomédico comumente utilizado na atenção à saúde e defendem o cuidado integral, considerando a tríade corpo-mente-espírito.

Nas últimas duas décadas houve um aumento considerável na utilização das PICS em todo o mundo, em detrimento ao estímulo que a OMS realizou ao elaborar e publicar uma normativa destina a seus países membros, que visa regulamentar e desenvolver a utilização destas práticas nos serviços de saúde, bem como ampliar o acesso e avaliar a segurança e eficácia através de pesquisa científica (RUELA *et al.*, 2019).

Atualmente a MTCl nos sistemas nacionais de saúde das Américas é integrada de diversas formas, que incluem além de iniciativas governamentais, a atuação de variadas entidades que organizam e regulam as formações, pesquisas, serviços e ofertas em MTCl. Além do Brasil, países como Argentina, Bolívia, Peru e Equador, possuem normas e/ou legislações que regulamentam a MTCl (OPA; OMS, [S.d.]).

A institucionalização dessa abordagem apesar de ter se desenvolvido de forma descontinuada, tem marcos internacionais e nacionais importantes que incluem: a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde

e a Declaração de Alma-Ata em 1978, que reconhece a importância da medicina tradicional para a saúde da população, sugerem as primeiras recomendações para implementação das mesmas e objetivavam ampliar o acesso e os cuidados à população em situação de vulnerabilidade (TELESI JR., 2016; BRASIL, 2002). Na década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, que visava políticas para a área (BRASIL, 2005). Desde essa iniciativa, a OMS segue com o compromisso de incentivar seus Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas que integrem a MTCTI em seus sistemas nacionais de atenção à saúde, como também incentiva a produção científica sobre o tema, para uma maior compreensão acerca da segurança, eficácia e qualidade dessa abordagem (BRASIL, 2006c).

O processo de legitimar e institucionalizar essa abordagem no Brasil ocorreu a partir da década de 80, de forma conjunta ao surgimento do SUS (BRASIL, 2005).

A descentralização e a participação popular proposta, permitiu aos estados e municípios autonomia para definir suas políticas e práticas em saúde, o que colaborou para a implantação de ideias pioneiras (BRASIL, 2006b).

A partir da Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde e pela Declaração de Alma-Ata em 1978, surgiram as primeiras recomendações para implementação das medicinas tradicionais e práticas complementares. Tinham por objetivo de ampliar o acesso e os cuidados à população em situação de vulnerabilidade. No Brasil, foi a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 que o movimento tomou força e a partir de então, vem se expandindo (TELESI JR., 2016).

A partir do relatório final produzido nesta conferência foi deliberado, no Brasil, a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 12), o que possibilitou ao usuário a escolha democrática de escolher a terapêutica que mais lhe agrada e incluiu no currículo de ensino em saúde o conhecimento acerca das práticas alternativas (BRASIL, 1986).

Como reflexo desse contexto histórico, surgiu início da década de 90, o grupo de pesquisa “Racionalidades em Saúde” na Universidade do Estado de Rio de Janeiro, liderado por Madel T. Luz, e que abordavam em seus estudos a

hipótese de que distintas racionalidades médicas coexistem na cultura atual, hipótese essa que ia de encontro com o pensamento biomédico dominante na cultura médica ocidental, que atribui a si mesmo a racionalidade científica. De início o grupo comparou as medicinas homeopática, tradicional chinesa, ayurvédica com a medicina ocidental contemporânea (biomedicina), identificando dimensões comuns a todos que incluem: morfologia humana (estrutura e organização do corpo humano); dinâmica vital humana (movimento da vitalidade, equilíbrio e desequilíbrio no corpo); doutrina médica (definição do processo saúde-doença); sistema de diagnóstico (determina a presença, causas e curas de um processo mórbido); sistema terapêutico (formas de intervenção) e cosmologia (ênfase teórica e simbólica em outras dimensões) (NASCIMENTO, 2012).

Segundo Luz (2012), racionalidades médicas é todo o sistema médico complexo constituído pelas seis dimensões supracitadas, que, ao serem aplicadas à realidade possibilitam a construção de estudos que analisam ou comparam sistemas médicos complexos originários de contextos culturais distintos.

O conceito de racionalidades médicas desnaturaliza a superioridade do conhecimento científico ocidental, possibilitando a análise dos demais sistemas médicos que coexistem no mundo no mesmo patamar de análise da medicina ocidental contemporânea (LUZ; BARROS, 2012).

Essa ferramenta teórica possibilitou o estudo das relações que ocorrem entre os diferentes sistemas médicos, como também compreender as suas representações de corpo, do processo saúde-doença, as formas de terapêuticas e a aplicabilidade das práticas integrativas dentro dos serviços de saúde (LUZ; BARROS, 2012).

Apesar dos debates e das mudanças supracitadas estarem acontecendo já algum tempo, foi apenas em 2005 que o MS apresentou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), visando garantir a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Esta política surge para atender a necessidade de conhecer melhor as PICS que já vêm sendo desenvolvidas, como também apoiar a sua incorporação e implementação nos serviços, atuando tanto na prevenção de agravos como na

promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para a continuidade da implantação do SUS, já que favorece o cumprimento de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005). Porém, a MTCI só foi institucionalizada no SUS em 2006, pela Portaria GM/MS nº. 971 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que tem por objetivo incorporar e implementar as PICS no SUS com ênfase da Atenção Básica (AB), buscando fortalecer o cuidado integral em saúde. A PNPIC define as responsabilidades para a implementação das práticas, além de orientar estados, município e distrito federal a instituir suas próprias práticas que atendam às necessidades particulares de cada região (BRASIL, 2006c).

No início, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, as plantas medicinais e fitoterapia, a medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia eram as únicas ofertadas, no entanto, com o crescente interesse e aplicação de outras práticas baseadas em conhecimentos tradicionais; foi sendo realizadas atualizações na portaria, como também foram integradas novas práticas. A Portaria nº 849 passou a oferecer em 2017 mais 14 práticas e no ano seguinte a portaria nº 702 incluí mais 10 práticas (BRASIL, 2017b). Atualmente, a população tem acesso a 29 PICS, ofertadas pelo SUS principalmente na APS, de forma integral e gratuita. Porém, é importante ressaltar que as PICS são práticas de um cuidado transversal, que pode ser realizada na AB, média e de alta complexidade (BRASIL, 2018a).

Fazem parte do rol de práticas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, medicina tradicional chinesa, acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, plantas medicinais – fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo social/crenoterapia e yoga (BRASIL, 2018a).

Esse fato permitiu que o Brasil se tornasse um dos pioneiros a integrar as práticas integrativas em sistemas universais de saúde; tornando a PNPIC reconhecida internacionalmente como referência em implantação das medicinas

tradicionais e complementares no sistema nacional de saúde, estando documentada em relatórios da OMS (BRASIL, 2018a).

A PNPIC cumpre com os objetivos primordiais da OMS que são: integrar essas práticas ao sistema oficial de saúde, desenvolver legislação/normatização para que sejam ofertados serviços e produtos de qualidade, propiciar a construção de conhecimentos na área e qualificar os profissionais de saúde que utilizam as práticas complementares (BRASIL, 2018b).

Ao normatizar e institucionalizar as experiências com essas práticas na rede pública, a Política trouxe avanços para a saúde no Brasil, e estimulou a elaboração de políticas, programas e legislação nas três instâncias do governo, o que gerou, após sua aprovação, um aumento nas ações, programas e políticas nos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2018a)

No ano de 2016, houve o registro da oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, o que envolveu mais de 5 milhões de brasileiros (BRASIL, 2018a).

Em 2017, 19% (8.200) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma PIC, estando distribuída em 3.018 municípios (54% do total), presente em 100% das capitais, graças a iniciativa dos gestores locais (BRASIL, 2018a).

As PICS podem ser desenvolvidas por diferentes profissionais de saúde que prestam assistência à saúde da mulher nos serviços de saúde, entre eles o enfermeiro (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011). Infelizmente nem todos os profissionais possuem a qualificação necessária para desenvolver estas atividades, em contrapartida são os que mais buscam conhecimento, de forma autônoma, para ofertar esta prática em sua assistência (DE ANDRADE *et al.*, 2018) através de formações de especialização, pós-graduação e/ou formação complementar (GONTIJO; NUNES, 2017).

A busca por este conhecimento por parte dos profissionais tem acontecido de forma progressiva, porém, lenta, o que justifica os poucos profissionais que conhecem e praticam as terapias na sua promoção de cuidado às usuárias dos serviços de saúde (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011)

Diniz (2020) identificou que no ano de 2020 (fevereiro), o estado do Rio Grande do Sul (RS) possuía 338 serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que ofertavam no mínimo uma PIC. No

mesmo ano, Diniz *et al.* (2022), realizaram um estudo na cidade de Pelotas/RS, com o objetivo de identificar as Práticas Integrativas e Complementares que eram desenvolvidas pelos profissionais da saúde nas Unidades Básicas de Saúde da cidade. Identificaram que na época em que o estudo foi realizado, 16 profissionais de saúde (enfermeiras, técnicas de enfermagem, nutricionistas e agentes comunitárias) que atuavam em cinco UBS da cidade, realizavam PICS que incluíam: auriculoterapia, reiki, plantas medicinais e arteterapia.

As PICS objetivam a oferta de um cuidado alternativo e holístico, que promova a saúde de uma forma que seja possível associar o conhecimento tecnológico, científico e humanizado. Por meio destas práticas é possível que se realize uma assistência que compreenda o sujeito de forma ampla, estimulando-o ao autocuidado (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011).

As mulheres vêm utilizando essas práticas em diferentes contextos de sua vida, que incluem os fisiológicos como: gestação, parto, pós-parto, climatério e menopausa, como também em casos de patológicos (neoplasias) ou psicológicos (estresse e ansiedade). Estas práticas são capazes de proporcionar, além do bem-estar, conforto e melhora dos sintomas biológicos, o empoderamento feminino no que se refere à sua saúde (MARTINS; VIEIRA, 2018) processo visto como positivo devido ao estímulo que proporciona às mulheres para a desenvolvimento da sua autonomia e responsabilização pela sua saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Desta forma, as PICs atuam como uma forma de proporcionar bem-estar e alívio a estas mulheres, trazendo conforto principalmente para os desconfortos biológicos, proporcionado uma forma de cuidado que atende à mulher de uma forma holística e humanizada (MARTINS; VIEIRA, 2018).

Com o aumento da longevidade das mulheres, o manejo da menopausa e da saúde da mulher no período pós-reprodutivo da sua vida tem sido tema de crescente relevância devido ao potencial que possui para ajudar na promoção da saúde da mulher (NEVES-E-CASTRO *et al.*, 2015).

Diante desse contexto, muitas mulheres têm optado por utilizar a medicina complementar e alternativa para alívio dos sintomas relacionados à menopausa, apesar de não discutirem sobre o tema com os profissionais da saúde que as acompanham (POSADZKI *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que a terapia cognitivo-comportamental (YUKSEL *et al.*, 2021), o uso de fitoterápicos (SILVA; SIOCHETTA; BERLEZIM, 2020) e isoflavonas (FRIGO *et al.*, 2021), a hipnose (JOHNSON; ROBERTS; ELKINS, 2019); a acupuntura tradicional (MALLHI *et al.*, 2018) e a aromaterapia com lavanda (SALEHI-POURMEHR *et al.*, 2020; KAZEMZADEH *et al.*, 2016) possuem efeitos benéficos na melhora de sintomas vasomotores e com bons resultados para o tratamento alternativo desses sintomas.

Algumas evidências sugerem que a inalação de aromaterapia, em especial com a lavanda, pode melhorar os sintomas da menopausa, incluindo o desejo sexual e função sexual (NIKJOU *et al.*, 2018; SALEHI-POURMEHR *et al.*, 2020) atuando como agentes sedativo e ansiolíticos (FARSHBAF-KHALILI; KAMALIFARD; NAMADIAN, 2018; SALEHI-POURMEHR *et al.*, 2020) e melhorando na qualidade do sono (LUCENA *et al.*, 2021; SALEHI-POURMEHR *et al.*, 2020; (GÜRLER; KIZILIRMAK; BASER, 2020) dessa forma, a qualidade de vida das mulheres, reduzindo a gravidade das complicações e os sintomas físicos e psicológicos (BAKHTIARI *et al.*, 2019).

Nesse contexto, também foi visto que os exercícios físicos em geral, acupuntura, hidroterapias, o uso de plantas medicinais, ioga, alimentação balanceada, musicoterapia e imaginação guiada são alternativas para a melhora dos sintomas da menopausa como: depressão, ondas de calor, autoestima, ressecamento vaginal, distúrbios do sono, ansiedade, entre outros, além de estarem associados à poucos efeitos adversos (ARAUJO; CHAGAS; LIMA, 2020).

A acupressão auricular também confirmou eficácia na fadiga, distúrbios de sono e diminuição dos níveis de cortisol das mulheres menopausadas (RYU; CHOI, 2020).

Também Silva, Siochetta e Berlezi (2020) evidenciaram a partir de revisão sistemática plantas medicinais utilizadas para o tratamento de distúrbios associados à menopausa. Concluíram que algumas plantas medicinais demonstraram melhoras significativas nos sintomas fisiopatológicos associados à menopausa, com diferentes mecanismos de ação, demonstrando serem uma alternativa que além de possuir efetividade é de baixo custo e com reduzido efeito colateral.

Com estes achados se apresentam estudos que intencionam comprovar a eficácia da MTCTI nos desconfortos em saúde da mulher no climatério e menopausa, porém observamos poucos que discutam sobre os benefícios subjetivos de tal abordagem para este período.

Essas evidências sugerem que a terapias alternativas são uma opção de cuidados à saúde da mulher, contribuindo para a promoção da saúde, tendo a enfermagem um papel essencial na contribuição para a realização e efetividade desses tratamentos (ARAUJO; CHAGAS; LIMA, 2020).

É importante ressaltar que ainda há um número pequeno de estudos o que limita as evidências, sendo necessário pesquisas mais rigorosas para que as limitações atuais sejam superadas, como também estudo que abordem uma perspectiva mais subjetiva da menopausa.

3.5 Ginecologia Natural: movimento contra-hegemônico no cuidado com a saúde da mulher

Na última década, os movimentos feministas e da diversidade corporal e sexual têm contribuído, de maneira significativa, para o debate acerca da atenção ginecológica prestada pelo poder médico moderno, que utilizam um modelo de cuidado que possui uma abordagem biomedicalizante, patologizante e hegemônica, priorizando a doença, a medicalização e as intervenções excessivas em relação aos processos de saúde das mulheres e pessoas menstruantes (SALA, 2019).

Esse modelo surgiu a partir das reivindicações liberais e da Revolução Francesa no século XVIII, quando houve a descredibilização da ordem social determinada pela ordem natural. Depois de 1800, as áreas das ciências biológicas e sociais afirmaram a superioridade masculina através da determinação dos papéis sociais pelo corpo, construindo uma ordem social na qual os homens eram destinados a trabalhar fora do lar, na esfera pública, assalariados e as mulheres (exceto as de classe social baixa) destinada à esfera domiciliar, ao matrimônio, a maternidade e a moralidade (MARTIN, 2006).

Muitas críticas vêm sendo feitas à essa perspectiva patológica dos processos de saúde das mulheres, e uma tendência à ruptura do sistema de

autoridade vem sendo expressa em textos científicos e populares (MARTIN, 2006).

Indo ao encontro dessas mudanças, é possível identificar atualmente na América Latina consideráveis transformações em seu contexto sociocultural, entre as quais está a mudança no discurso e compreensão acerca da saúde sexual feminina, com debate de temas antes considerados apenas do ambiente privado da mulher (SALA, 2019).

Em meio a esse cenário latino-americano observa-se o surgimento da GN, caracterizado por SALA (2019) como um emergente movimento sociocultural e político, reflexo das transformações e debates supracitados.

Perante o modelo biomédico de cuidado presente na saúde ginecológica moderna, esse movimento afirma-se como contra hegemônico, valorizando as terapêuticas naturais e denunciando a relação que há entre a ginecologia moderna e colonialismo, preconizando a “decolonização” dos corpos femininos através da autonomia feminina e do acesso ao conhecimento sobre seus corpos e aos tratamentos naturais para afecções ginecológicas comuns (MEINERZ; SANTOS, 2023).

A perspectiva decolonial analisa o processo de colonialismo, iniciado em 1492, com o evento conhecido como descobrimento da América, o que marginalizou a América Latina, colocando a Europa como centro e criou um sistema de dominação baseado na ideia de raça, na qual os europeus, a partir de supostas condições biológicas, seriam superiores às outras raças não europeias, incluindo os latino-americanos, o que resultou em um imenso genocídio do povo indígena e negro, bem como impôs o conceito de que o europeu era moderno e avançado, enquanto que os outros conhecimentos e povos eram considerados como atrasados, deslegitimando todo o saber que não fosse produto europeu (QUIJANO, 2005).

Isso resultou em uma estrutura de poder que segundo Grosfoguel (2011) está no centro da ordem mundial e é racialmente hierarquizada, imperialista, colonialista euro-americana, heteronormativa, cristã, além de ser violenta e está presente na modernidade.

Logo, compreender a colonialidade como estrutura global que interfere no poder, bem como no ser e saber, torna-se imprescindível para os debates atuais das ciências da saúde (BEZERRA; CAVALCANTI; MOURA, 2023).

A percepção acerca da saúde da mulher proposta pela GN, orienta-se a partir da perspectiva do *Self Help ou autoajuda*, nascido do Movimento de Libertação das Mulheres de Genebra que surgiu na década de 70, no norte mundial (SALA, 2019).

O “self-help” especificamente teve sua origem em Los Angeles, em um cenário no qual o aborto era ilegal em quase todos os estados do E.U.A. Este era um tema muito debatido entre as mulheres e os movimentos feministas, quando Carol Downer, junto a outras ativistas e feministas, reuniram-se para debater acerca da possibilidade de abortarem sozinhas (MURPHY, 2004).

Nesta busca para conhecerem mais sobre o corpo feminino e compreenderem com maior profundidade a atenção sanitária disponível para as mulheres e o controle hegemônico e patriarcal sobre suas vidas reprodutivas, surgiu o “self-help”, resultado da troca de experiências e saberes sobre o próprio corpo e os processos corporais femininos, resultantes da observação direta de si mesmas (MURPHY, 2004).

Desta forma, tornou-se um movimento de conscientização, que enfatiza a utilização da espécule vaginal para o autoexame e o autoconhecimento, ressignificando este instrumento e permitindo que a mulher conheça partes do seu corpo geralmente vistas e permitidas somente aos médicos, como: sua vagina, colo do útero, suas secreções, fisiológicas ou não, recuperando um conhecimento que tem sido negado pela medicina ginecológica moderna (MURPHY, 2004), possibilitando a superação do desconhecimento e tabus associados a estes órgãos. (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Ao conhecer os discursos da GN, é possível identificar similaridades na sua forma de transmissão de conhecimento e outros elementos de debates e discussões propostos pelo *self-help*, como também se encontra livros e autores da época, nas referências bibliográficas de muitos escritos que tratam de GN (SALA, 2019).

Apesar deste saber ter como influência um movimento feminista norte-americano, é na América Latina que toma força, tendo como ponto de partida um

projeto denominado *Ginecosofia. Sabiduría Ancestral de las Mujeres*, idealizado pela antropóloga e parteira tradicional chilena Pabla Pérez San Martín e que trouxe ampla visibilidade ao tema após a publicação de livros acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, desde a perspectiva da GN. (SALA, 2020) e que se tornaram referências relevantes para o tema (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Atualmente essa temática se popularizou e está sendo ofertada em uma série de livros, cartilhas, manuais, fanzines, nas redes sociais e em vivências presenciais principalmente no ambiente terapêutico, que acabou transformando este saber em uma indústria para o consumo “alternativo”, mercado que está em ascensão atualmente. É importante ressaltar que esta perspectiva vai de encontro com seu contexto contra cultural de origem (SALA, 2019).

Apesar da diversidade de textos e informações sobre esta temática, que pode assumir vários nomes, há um caráter que converge e é comum a todos: o informativo e pedagógico. Dissemina-se, de forma acessível, um conhecimento horizontal, feminista e decolonizante, que estimula a experiência corporal e enfatiza a importância do autoconhecimento e do autocuidado como ferramenta para reapropriação de um saber expropriado, recuperando saberes e epistemologias ancestrais, que foram desconsiderados pela biomedicina (SALA, 2019).

Sala (2019, p. 63) afirma que há seis categorias que podem ser consideradas como definidores e comuns do movimento da GN: “a vontade política e pedagógica; a disputa de saber/poder médico-farmacêutico; o empoderamento; a experiência corporal; os saberes horizontais, feministas e descolonizadores e o autocuidado”.

Pode-se dizer que a valorização do autoconhecimento e da autonomia feminina, atrelado ao conhecimento acerca de sua anatomia e fisiologia é um dos objetivos da GN. Para atingir tal objetivo há o estímulo claro para domínio de conhecimentos que incluem: medicamentos naturais para afecções ginecológicas, anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, além da utilização de espelho e espéculo vaginal para a realização do autoexame ginecológico (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Preconiza-se a partir da vivência destes conhecimentos, tratamentos e consequente autonomia ofertados, a “decolonização dos corpos”, denunciando, desta forma a relação que há entre a ginecologia e o colonialismo (MEINERZ; SANTOS, 2023).

No Brasil, a GN tem ganhado força na última década, principalmente no ambiente virtual no qual são debatidos práticas e teorias que buscam promover uma nova forma de vivenciar a saúde e o corpo da mulher, a partir de uma perspectiva crítica ao modelo da medicinal convencional à saúde da mulher e a “colonização” dos corpo femininos, promovida pela ciência ocidental ao longo da sua história, adotando um caráter contra hegemônico e decolonial, no qual se destaca a necessidade das mulheres se reapropriarem dos seus corpos através da autogestão de sua saúde (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

No que se refere à produção científica acerca do assunto, apesar da saúde reprodutiva ser um tema bem consolidado na área da pesquisa, observa-se que apenas recentemente o mundo acadêmico vem despertando o interesse em pesquisar os processos de saúde, patologias e atenção à mulher desde uma ótica antropológica e feminista (RODRÍGUEZ; GALLARDO, 2017).

Estas pesquisas estão sendo desenvolvidas, em sua maioria, na área da antropologia da saúde com perspectiva de gênero e discorrem acerca dos processos que envolvem o ciclo menstrual, desde a menarca à menopausa, e as possíveis patologias que podem surgir durante este período da vida da mulher. (RODRÍGUEZ; GALLARDO, 2017).

Sala (2019) afirma que também é possível encontrar alguns estudos que possuem uma perspectiva sociocultural e política, para além das questões técnicas e antropológicas, trazendo temas que envolvem o ativismo menstrual contemporâneo, novas tecnologias menstruais, ressignificações e experiências cotidianas da menstruação, entre outros.

Porém há uma escassez relevante de produção científica acerca do tema.

No que se refere ao climatério e menopausa, a GN possui uma abordagem que valoriza a perspectiva ancestral de antigas culturas, que consideram essa uma etapa venerada da vida, na qual as mulheres se voltam para si e recebem a missão de guardiãs da sabedoria e de sua transmissão às mulheres mais jovens. Encara as possíveis modificações desta etapa como

respostas naturais à redução da produção hormonal, típica desta fase. Oferece também alternativas naturais para os desconfortos e estimula um posicionamento positivo e naturalizante desta fase (MARTÍN, 2015).

Diante do exposto, percebe-se como a GN vem colaborado com a visibilização de assuntos que, geralmente, são julgados como assuntos “de mulher” e pouco importantes, alicerçando um olhar mais transversal e plural da ginecologia, no qual se debate não só questões técnicas e científicas, como também sociocultural e política e que articulam saberes que incluem questões políticas pedagógicas, disputa pelo poder/saber médico-farmacêutico e o empoderamento feminino através do autoconhecimento.

Dessa forma percebe-se a importância de pesquisar e trazer maior visibilidade científica acerca do tema, colaborando com o debate acerca dos impactos negativos que a cultura, a moral e os padrões de beleza impõem sobre a mulher no período do climatério e menopausa e propondo uma nova forma de cuidado à essas mulheres, visando a autonomia e a integralidade.

Bem como é importante ressaltar o potencial de seu caráter educacional, que corrobora com as ideias de uma educação emancipatórias de Freire, tornando-se uma possibilidade do exercício de uma prática educativa crítica, que está comprometida com princípios democráticos e de cidadania e que proporciona as mulheres autonomia e emancipação, tornando-as capaz de opinar nas decisões da saúde, constituindo-se em uma forma de intervenção no mundo que rejeita todas as formas de discriminação e dominação (FREIRE, 2007).

Logo essa forma de educação se torna, ao mesmo tempo, em um ato político, um ato de conhecimento e um ato criador, com potencial de transformação da realidade, na qual o sujeito está inserido através da socialização das informações e das redes sociais de apoio entre os profissionais e a população funcionem de forma entrelaçadas, conjugando o saber empírico com o científico, através de uma ação dialógica (FREIRE, 2007).

A partir dessa perspectiva, também é reconhecido o potencial de contribuição para a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), que propõe uma prática político-pedagógica que visa não só a recuperação da saúde, mas também a sua proteção e promoção

através do diálogo entre os diversos saberes e da valorização dos saberes ancestrais e populares, bem como o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e sua inserção no SUS (BRASIL, 2013).

3.6 Medicina Natural e a saúde da mulher no período de climatério e menopausa

O MS do Brasil define a medicina natural e as práticas complementares como sendo compostas por diversos tipos de sistemas médicos e recursos de tratamento, que possuem uma perspectiva holística do cuidado e que atua a partir de um modelo de cuidado que considera o sujeito de forma global, atentando, simultaneamente, para sua individualidade no que se refere aos processos de saúde e doença, contribuindo para a integralidade da atenção à saúde e fortalecendo um dos principais princípios do SUS (BRASIL, 2005).

A medicina natural é composta por intervenções médicas que normalmente não são utilizadas na medicina convencional (biomedicina) e frequentemente são utilizados outros termos para descrever essa abordagem de cuidado como: complementar, holística, popular, tradicional e integrativa (ERNST; POSADZKI, 2015).

Considerando que a OMS preconiza o reconhecimento e incorporação das medicinas tradicionais e complementares nos sistemas nacionais de saúde, denominadas pelo MS do Brasil como Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2018b), a utilização dessa abordagem na assistência à saúde da mulher na menopausa possui grande relevância.

No mundo, a utilização dessas medicinas naturais e a consulta à profissionais especializados difere muito de acordo com cada país e realidade, podendo variar de 9,8% a 76% para a sua utilização e de 1,8 a 48,7% para consultas à especialistas (HARRIS *et al.*, 2012).

No Brasil, há uma prevalência de 6,13% no uso de alguma PICS (GARCIA-CERDE *et al.*, 2023), porém, esse uso difere de acordo com a região, cultura e com a oferta e acesso aos serviços de saúde no país, havendo uma maior prevalência da utilização de fitoterápicos nas regiões Norte e Nordeste, sendo as mulheres e adultos de meia-idade a população que mais utiliza as

medicinas naturais (alternativas e complementares) em geral (BOCCOLINI *et al.*, 2022; GARCIA-CERDE *et al.*, 2023).

O grau de escolaridade, o poder aquisitivo e o acesso aos planos de saúde privados também são fatores que influenciam no acesso e na escolha dessas medicinas; pois, enquanto a população mais rica, com maior escolaridade e com acesso aos planos de saúde privados recorrem mais às medicinas naturais (alternativas e complementares) que utilizam insumos e profissionais de saúde especializados (acupuntura e homeopatia), a população que não tem o mesmo acesso utiliza com mais frequência os fitoterápicos e as ervas medicinais, devido ao fácil acesso e a possibilidade da utilização sem uma orientação profissional (BOCCOLINI *et al.*, 2022; GRACIA-CERDE *et al.*, 2023).

Apesar da crescente procura pelas medicinas naturais, é necessário não só uma ampliação da oferta dessas práticas como também o conhecimento dos aspectos relacionados ao acesso, efetividade e custos para a implementação efetiva desse cuidado no SUS (GARCIA-CERDE *et al.*, 2023), ampliando a promoção da saúde à população brasileira.

No período do climatério e menopausa, as mulheres recorrem a essas práticas para a melhora dos incômodos relacionados a essa fase da vida e são percebidas como eficazes em grande parte dos casos; sendo as mais populares: a fitoterapia e as práticas mentais e corporais, como a hipnose (JOHNSON; ROBERTS; ELKINS, 2019; ERNST; POSADZKI, 2015).

Apesar da menopausa ser um evento natural e fisiológico, a redução hormonal de estrógeno e progesterona bem como aspectos psíquicos e culturais relacionados principalmente a preocupação com a autoimagem e o medo do envelhecimento, como também fatores não relacionados a menopausa (desemprego, tabagismo...) podem gerar e/ou agravar repercussões físicas desconfortáveis nas mulheres em transição menopáusica (SHEA; WOLFMAN; SOARES, 2021; ROCHA; PEREIRA; CARNEIRO, 2018), levando-as a buscar profissionais da saúde devido à preocupação que possuem em relação aos incômodos vasomotores, distúrbios do sono, alterações de emocionais e de humor, dores articulares, osteoporose e problemas vaginais (DEPREE *et al.*, 2023; NEVES-E-CASTRO *et al.*, 2015).

Atualmente a biomedicina tem a hormonioterapia à base de estrogênio como a estratégia mais eficaz e de primeira linha para lidar principalmente com os sintomas vasomotores, com a síndrome geniturinária e com a prevenção da perda óssea e fratura comuns ao climatério e menopausa (NAMS, 2022; MEHTA; KLING; MANSON, 2021; SAHNI *et al.*, 2021), oferecendo, principalmente possibilidades farmacológicas para o tratamento dos desconfortos associados a este período.

É importante ressaltar que existem algumas preocupações quanto a segurança dessa terapia e que a sua aplicabilidade se limita às mulheres sintomáticas antes dos 60 anos ou dentro de 10 anos após a menopausa e sem contraindicações (que são diversas), além de não ser recomendado o uso a longo prazo (NAMS, 2022; MEHTA; KLING; MANSON, 2021; SAHNI *et al.*, 2021) e não ser eficaz contra doenças crônicas, como diabetes ou declínio cognitivo (MEHTA; KLING; MANSON, 2021).

Dessa forma, nem todas as mulheres são candidatas ao uso da hormonioterapia, principalmente aquelas com risco aumentado de doença cardiovascular, doença tromboembólica e/ou mulheres com risco aumentado de certos cânceres hormônios dependentes (SAHNI *et al.*, 2021). Logo, devido aos riscos para a saúde associados com a terapia hormonal, muitas mulheres não podem utilizá-la ou optam por tratamentos não hormonais ao considerarem os riscos associados (DEPREE *et al.*, 2023; NAMS, 2022; MEHTA; KLING; MANSON, 2021; SAHNI *et al.*, 2021).

Logo, muitas mulheres optam por utilizar as medicinas naturais, considerando-a eficaz para o tratamento dos desconfortos da menopausa, porém, a busca de informações sobre o tema se dá em sua maioria através da internet, evidenciando que os profissionais da saúde não estão sendo considerados como uma fonte de informações para essas mulheres, apesar delas os considerarem confiáveis para este tipo de orientação (JOHNSON; ROBERTS; ELKINS, 2019; ERNST; POSADZKI, 2015; POSADZKI *et al.*, 2013) o que demonstra a importância de os profissionais da saúde desenvolverem interesse e adquirirem conhecimento acerca dessas práticas, além de estimular e oferecer a sua utilização.

É relevante também que se compreenda as diferenças nas preferências e acesso aos tratamentos da menopausa e como isso afeta o bem-estar geral, para haja o desenvolvimento de um melhor cuidado às de mulheres neste período de vida (CHRISTMAS *et al.*, 2022).

Ainda são necessários estudos de maior qualidade com um número maior de populações para determinar a eficácia e a segurança de todas as possibilidades de medicinas naturais para os sintomas da menopausa, que atualmente são inúmeras, porém nem todas são eficazes e seguras, sendo fundamental o acesso a informações sobre os possíveis riscos e benefícios (JOHNSON; ROBERTS; ELKINS, 2019).

É importante ressaltar que os aspectos psíquicos e culturais possuem importante influência no agravamento aos desconfortos físicos e psicológicos desse período e que há uma lacuna no conhecimento em relação à influência desses aspectos subjetivos.

4 Marco conceitual

Os conceitos que constituem o marco teórico geral terão como objetivo fundamentar teoricamente o presente estudo que utilizará o Modelo de Autoatenção de Eduardo Menéndez (2009), presente na Antropologia Médica. Justifica-se esta escolha devido ao objeto da presente pesquisa buscar conhecer outras formas de cuidado além da biomedicina, utilizadas pelas mulheres no período do climatério e menopausa. Organizamos o conteúdo em subtemas os quais discutiremos a seguir.

4.1 Modelo de abordagem antropológica da Autoatenção de Eduardo Menéndez

Eduardo Menéndez, professor do Centro de Pesquisa e Estudos Adicionais em Antropologia Social (CIESAS-DF/México), é um antropólogo argentino grande contribuinte para os estudos relacionados à autoatenção, modelo médico, epidemiologia sociocultural, mídia e saúde. É antropólogo pela Universidade de Buenos Aires (UBA), mestre em Saúde Pública (Escola de Saúde Pública/México), doutor em antropologia social (UBA) e recebeu o título de *Doutor Honoris Causa* da Universidade *Rovira i Virgili* (Tarragona, Espanha) e da Universidade Nacional de Rosário (Santa Fé, Argentina).

Escreveu inúmeros artigos e livros durante sua trajetória, que se concentra na epidemiologia cultural e nos processos de saúde, doença e cuidados; no desenvolvimento teórico de materiais etnográficos, no alcoolismo e relações com a violência no México, bem como os problemas da antropologia do século XX (BARCELÓ-PRATS, 2011).

Eduardo Menéndez possui uma visão (global e holística) da evolução da antropologia médica crítica internacional muito própria, que se expressa em seus textos a partir da forma relacional de fazer antropologia, nos quais os processos são descritos e analisados através das suas articulações e não de suas oposições. Seu pensamento sofre influência de corrente de pensamentos

contemporâneos como o interacionismo simbólico e o feminismo (BARCELÓ-PRATS, 2011).

Para Menéndez, os processos de saúde e doença constituem potenciais questionamentos tanto das instituições médicas como da sociedade na qual estão inseridos, logo, também são um processo político, fato constantemente mascarado pelo modelo médico, baseado na biomedicina (MENÉNDEZ, 2005).

Atualmente, nas sociedades latino-americanas, coexistem, junto à biomedicina, outras formas de cuidado a doenças (MENÉNDEZ, 2018).

Assim como a biomedicina está em um processo contínuo de expansão e mudanças tecnológicas, o saber popular também está em um processo de constante transformação, no qual está inserido saberes e práticas de diferentes conhecimentos, incluindo o biomédico (MENÉNDEZ, 1994).

Logo, ao discorrer acerca das particularidades e funções da biomedicina, bem como as outras possibilidades de formas de cuidado, é possível descrever e analisar, também, os diferentes setores sociais de uma determinada sociedade, que se relacionam com o processo saúde/doença (MENÉNDEZ, 2005).

Esse estudo trabalha nesse sentido: ao demonstrar a forma como histórico e politicamente a biomedicina construiu o modelo atual de cuidado à saúde da mulher no período do climatério e menopausa, torna-se possível a compreensão não só da forma como esse setor da sociedade lida com a sua saúde reprodutiva e com o envelhecimento, como também permite entender o contexto sociocultural no qual a GN surgiu, enquanto movimento contra hegemônico, sendo essa uma das formas de conhecer e reconhecer os saberes que estão operando na sociedade latino-americana atualmente.

Na América Latina o processo saúde/doença/atenção é um campo sociocultural heterogêneo, que reflete as formas de desigualdade e estratificação social e as relações hegemônica e de exploração econômica, a nível de sujeitos, instituições e grupos sociais (MENÉNDEZ, 1994).

A crise do modelo médico hegemônico, o surgimento de novos estilos de vida, as modificações dos comportamentos cotidianos desencadeados pelo aumento das condições crônico-generativas, entre outros, foram fatores que, desde a década de 60, conduziram ao questionamento do modelo biomédico e

ao resgate de concepções e práticas curativas, que contribuem para o questionamento acerca da eficácia como também da ideologia da medicina científica (MENÉNDEZ, 1994).

Porém, há uma tendência acadêmica, ideológica e política em definir as práticas e representações médicas tradicionais como não científicas, sendo consideradas como diferente e antagônicas da medicina científica, tendendo a ser vista como algo que pouco ou nada se modifica, subentendendo-se que são passíveis de desaparecer por incompatibilidade com os processos dominantes da sociedade (MENÉNDEZ, 1994).

Logo, faz-se necessário não só compreender, mas reconhecer as práticas e representações populares e científicas da saúde a partir do campo social no qual se desenvolvem, como também as suas relações entre os diferentes saberes. Ao perceber a forma como um grupo articula os conhecimentos médicos e de outros setores é possível compreender o seu tipo de conhecimento, que não pode ser definido em termos de tradicional ou moderno nem como científico ou não científico (MENÉNDEZ, 1994).

Fato esse que torna desafiador definir o conhecimento da GN enquanto tradicional ou científico, pois apesar do resgate de conhecimento ancestral, a valorização do autoconhecimento e da autonomia feminina, esses objetivos estão atrelados ao conhecimento científicos da anatomia e fisiologia do corpo feminino (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Menéndez aponta que a medicina tradicional deve ser analisada a partir do sistema cultural no qual está inserida, as suas representações e práticas produzidas além e partir do conhecimento médico. Fato este que questiona o olhar antropológico dominante nas pesquisas que tendem a descrever apenas as doenças e os curadores tradicionais, tendendo a ignorar o papel direto e indireto das instituições e saberes biomédicos das etnografias (MENÉNDEZ, 1994).

O conceito de autoatenção surge diante desse contexto de aparente incompatibilidade das concepções de doença e cura que há entre os conhecimentos tradicionais e os biomédicos, como um elo fundamental para compreender a articulação que os sujeitos e/ou microgrupos criam entre essas diferentes formas de atenção à saúde, sendo essa uma das formas de cuidado

de doenças mais frequentemente utilizada (MENÉNDEZ, 2018) e pouco reconhecida.

Ao refletir sobre a capacidade que os sujeitos e microgrupos possuem para intervir com autonomia, seja ela relativa ou total e com considerável eficácia e imediatismo sobre as suas condições de saúde, a autoatenção se torna parte do processo de adoecer, geralmente iniciado sem a influência direta de um profissional da saúde ou curador e acompanha a trajetória de autonomia dos tratamentos propostos por profissionais da saúde, por parte dos usuários (MENÉNDEZ, 2018).

Essa capacidade tem sido negada pela biomedicina, que possui uma visão crítica e estigmatizante da autoatenção, destacando com frequência as suas consequências negativas, principalmente no que se refere a automedicação, afinal os sujeitos se apropriam de um dos principais instrumentos curativos/paliativos da medicina que são os medicamentos (MENÉNDEZ, 2018).

A automedicação é uma atividade muito frequente no marco da autoatenção e inclui além do consumo autônomo de fármacos, o uso de outras as substâncias e práticas (chás medicinais, substâncias psicoativas, PICS...) que são decididas pelo sujeito/comunidade, sem a intervenção dos profissionais de saúde, para encorajar práticas e hábitos que auxiliam no processo de algum padecimento que esteja sendo vivenciado.

O autocuidado é outro conceito que está implicado na autoatenção e se refere às ações que o sujeito realiza para a prevenção de padecimentos que possam comprometer a sua saúde e estilo de vida e que são desenvolvidas a partir da indicação dos seus curadores e não incluem a automedicação, não devendo ser confundidas (MENÉNDEZ, 2018)

As práticas de automedicação e autocuidado fazem parte do conceito amplo e integrador da autoatenção, um processo que está em constante e permanente mudança. O modelo biomédico costuma confundir esses termos como algo equivalente, além de questionar as práticas de autoatenção como a automedicação, percebendo-a como uma prática negativa realizada devido a ignorância e falta de conhecimentos dos sujeitos em algum tipo de vulnerabilidade social, no entanto, contraditoriamente, estimula práticas de

autoatenção como o autocuidado desde que não haja a automedicação (MENÉNDEZ, 2009).

Menéndez aponta a visão dicotômica que o setor da saúde e a biomedicina tem sobre a autoatenção, pois apesar das críticas, propõem o autocuidado e ressaltam a importância do sujeito no diagnóstico de seus próprios problemas, com a condição de que o exercício da medicação siga sob o domínio médico exclusivo. Dessa forma a automedicação é constantemente criticada e estigmatizada, havendo a separação, sem qualquer relação, entre os grupos de autocuidado e autoajuda (MENÉNDEZ, 2018).

Ao invés de assumir a automedicação como uma forma de cuidado, articulando-se com ela, a biomedicina a vê como um importante concorrente profissional, apontando que (pelo menos) nos países latino-americanos a população, em geral, se automedica de forma incorreta, fazendo mal-uso ou uso indevido de medicações, o que acarreta problemas individuais e coletivos (MENÉNDEZ, 2018).

Porém, é necessário reconhecer que os sujeitos tendem, inevitavelmente, a se automedicar e se apropriar de saberes médicos e conhecimentos de cura (MENÉNDEZ, 2018).

Os processos de autoatenção, incluindo a automedicação e a autoajuda, implicam a existência de sujeitos ativos que operam com recursos materiais e imateriais que dispõem, o que expressa a capacidade que os setores sociais subalternos de se apropriar e aprender os conhecimentos considerados eficazes e úteis. Logo, a autoatenção é eficaz não só no tratamento de doenças, mas também se torna um espaço de resistência, de exercer o empoderamento e um posicionamento contra hegemônico (MENÉNDEZ, 2018).

Encontra-se neste conceito a justificativa da utilização da terminologia autoatenção ao invés de autocuidado, pois no movimento da GN é possível observar o estímulo tanto para a automedicação como para o autocuidado, práticas que fazem parte do conceito da autoatenção. Na GN essas práticas são estimuladas através do uso alternativas naturais para os possíveis mal-estares femininos (incluídos os da menopausa), com indicações para a utilização de plantas medicinais e outras substâncias. Apesar de serem apresentadas de forma muito semelhante ao modelo científico, no que se refere a colheita,

preparo, consumo e indicação específica para cada desequilíbrio ginecológico, diferencia-se na perspectiva do conhecimento, que é realizada desde uma dimensão que valoriza o autoconhecimento, a autoobservação e a particularidade de cada caso, corpo e indivíduo (SALA, 2019).

Menéndez afirma que autoatenção se refere à todos os conhecimentos e representações sociais que um microgrupo ou sujeitos usam para diagnosticar, explicar, cuidar, controlar, aliviar, apoiar curar, resolver ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários que prejudicam a manutenção da saúde, sem a intervenção direta do cuidado dos profissionais da saúde, ainda que haja a sua influência para a realização da autoatenção, implicando em uma auto prescrição e utilização de tratamentos de forma autônoma, ainda que já indicado pelos curadores das diversas formas de cuidado. Dependendo da realidade e das condições socioeconômica dos sujeitos ou microgrupos, as auto prescrições influenciam numa maior autonomia da utilização terapêutica (MENÉNDEZ, 2018).

Ainda segundo o autor supracitado, a autoatenção pode ser vista em dois níveis: o amplo e o restrito. Enquanto um é composto por todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e microgrupos (especialmente o doméstico) e inclui não só práticas de cuidado e prevenção de enfermidades, mas também a utilização de recursos corporais e ambientais de acordo com as normas culturais de cada grupo, como por exemplo, as atividades de preparo, distribuição e consumo de alimentos, hábitos de higiene com a casa e corpo, obtenção e uso da água, despejo dos excrementos, entre muitas outras coisas (MENÉNDEZ, 2009; MENÉNDEZ, 2018).

O segundo nível se constitui pelas ações planejadas especificamente ao processo de saúde, doença e assistência (MENÉNDEZ, 2009; MENÉNDEZ 2018) e é sobre esse nível que esse estudo será desenvolvido, apesar de não ser simples a diferenciação entre os dois níveis, pois, em ambos, ainda que a autoatenção apareça fenomenalmente nos indivíduos, sempre se refere a microgrupos e grupos (MENÉNDEZ, 2018).

O processo da autoatenção em relação às doenças está baseado, principalmente, em dois fatos: o de que as doenças (aguda ou crônica) são um

dos acontecimentos mais recorrentes do cotidiano do ser humano, logo, o campo da saúde, doença e assistência se torna uma das áreas em que as sociedades mais criam representações e práticas sociais e o segundo fato se refere às ações imediatas e permanentes que os indivíduos e seus microgrupos (de todas as classes e setores sociais) precisam realizar para a resolução (total ou provisória) de seus problemas de saúde e fazem isso através da autoatenção (MENÉNDEZ, 2018).

A partir do pressuposto de que a presença ou ausência de alguma patologia é o que define o estado de normalidade dos sujeitos de nossa sociedade, gera-se no indivíduo a necessidade de desenvolver ações destinadas a prevenção e resolução desses problemas em saúde presente em sua trajetória, através do que se denomina por autoatenção e que está profundamente influenciada pelo fato de que nem sempre as pessoas buscam ajuda da biomedicina (médica) para os seus episódios de adoecimentos, sendo, muitas vezes, atendidos ou solucionados pelos próprios sujeitos (por escolha e/ou pela negligência do sistema de saúde biomédico) (MENÉNDEZ, 2018).

Esse fato vem sendo reforçado atualmente nas sociedades devido ao aumento da expectativa de vida, o que reitera a escolha do período do climatério e menopausa como ciclo de vida a ser pesquisado, pois, apesar da experiência de cada mulher na transição da menopausa ser única e natural, ou seja, não é uma doença, mas uma etapa/fase fisiológica da vida, sabe-se que a mesma pode ter um impacto considerável na qualidade de vida e que uma grande parcela de mulheres poderá apresentar algum desconforto, que poderá ser vivenciado de forma constante e a longo prazo (HAMODA *et al.*, 2020) principalmente os sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna), visto que sua prevalência chega a 85% das mulheres na menopausa e está associado à um impacto negativo no bem-estar físico e mental dessas mulheres (PATEL; DHILLO, 2022).

Porém, apesar da alta prevalência e impacto negativo dos desconfortos, a biomedicina ainda os considera subtratados (KHAN *et al.*, 2023), sendo a principal razão para a não-procura pelos serviços de saúde biomédicos a compreensão, por parte das mulheres, de que esses desconfortos são naturais dessa fase da vida e que não necessitam de atenção médica (PEDRO *et al.*, 2002).

Logo, se pressupõe que a não procura por serviços associado à alta prevalência dos desconfortos comuns à transição da menopausa deva gerar ações de autoatenção por parte dessa população, pois, essa se constitui o primeiro nível real de cuidado, prevenção e compreensão das doenças, sendo, quase sempre, a primeira atividade que o indivíduo e/ou microgrupo realizam (MENÉNDEZ, 2018) e é que é o que se busca conhecer nesse presente estudo.

4.2 Reconhecendo a Ginecologia Natural como uma forma de autoatenção à saúde da mulher no climatério e menopausa

Atualmente, presume-se que, além do modelo biomédico, existem diversas formas de atenção a enfermidades sendo desenvolvidas nas sociedades latino-americanas, que possuem como foco a prevenção, o controle, o tratamento e alívio, com diferentes processos de saúde-doença, prevalecendo um pluralismo médico, no qual a maioria da população utiliza diversas formas de atenção para atender não só vários problemas como para um mesmo problema de saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Ao referir essas diversas formas de atenção, deve-se evitar fazê-lo focando apenas na eficácia, eficiência e/ou qualidade, mas buscar, também, o reconhecimento de sua existência, que frequentemente é negada, ignorada e/ou marginalizada apesar de serem frequentemente utilizadas pelos diferentes setores sociais (MENÉNDEZ, 2003).

Essas formas de atenção sofrem influência étnica, religiosa, econômica, política e científica e comumente possuem determinadas concepções e valores bem distintos da biomedicina, porém, apesar de existirem essas diferenças, que muitas vezes são vistas, analisadas e reforçadas como antagônicas pelos pesquisadores, existem articulação e um caráter relacional entre essas formas de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Em realidade, há uma tendência maior em integrar as diferentes formas de atenção, do que de antagonizá-las ou negar uma em função da outra, como erroneamente costuma acontecer. É importante compreender que a recuperação de saberes e práticas da medicina popular e a indicação de medicamentos alternativos não são apenas reações contra a biomedicina; ainda que haja

críticas a medicina alopática, esse não é o principal fator para o desenvolvimento desse tipo atenção (MENÉNDEZ, 2003).

Diante disso, são percebidas inúmeras aproximações entre a GN e a perspectiva de Menéndez, pois ambas são pautadas no paradigma relacional dos modos de atenção. A GN, caracterizada como um movimento (latino-americano) sociocultural, político e pedagógico, apesar de propor uma ginecologia autônoma e política que questiona a aliança médico-farmacêutica e resgata saberes ancestrais, reivindicando o autoconhecimento como uma forma de empoderamento pessoal e feminino não pretende se opor à ciência nem aos conhecimentos biomédicos, mas sim, posiciona-se contra a patologização, medicalização e comercialização tão presentes no processo de cuidado à saúde da mulher atuais (SALA, 2019).

Dessa forma, ao propor um olhar integral aos processos de saúde e doença femininos, que considera não só os aspectos físicos, mas também inclui as dimensões mentais, emocionais e energéticas do ser, a GN passa a compor mais um sistema de cuidado entre os vários existentes, que se complementam e não exercem hegemonia um sobre o outro (OLIVEIRA; MEDONÇA, 2023).

Nesse contexto, surge a autoatenção, que se estabelece a partir das relações que os sujeitos e microgrupos criam com outras formas de cuidado, apropriando-se dos conhecimentos mais acessíveis e transformando-os em autoatenção. Essas relações evidenciam a articulação que há entre o cuidado profissional e a autoatenção, indo contra o pensamento dominante do cuidado biomédico que compreende a autoatenção como algo negativo (MENÉNDEZ, 2018).

Dessa forma, a GN pode ser considerada como uma forma de autoatenção que surgiu e está sendo desenvolvida por um microgrupo de mulheres como reflexo da realidade sociopolítica e cultural da América Latina (SALA, 2019).

Para identificar e descrever as formas de autoatenção, deve-se iniciar através da descrição do que os sujeitos e grupo sociais fazem para atender seus padecimentos e não a partir dos curadores, sejam eles biomédicos, tradicionais ou alternativos, pois, só assim é possível identificar a variedade de articulações que são realizadas a respeito das diferentes formas de atenção que intervêm em

um contexto específico, que dificilmente conseguiriam ser percebidas se partisse dos curadores, pois a maioria dessas ações são geradas através do que os sujeitos realizam para prevenir ou solucionar seus problema em saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Dessa forma os sujeitos são considerados como os principais atores sociais no processo de autoatenção, emergindo uma valorização da autonomia, pois todo esse processo implica em uma decisão e comumente em uma auto prescrição que, semelhante a automedicação, fazem parte do processo da autoatenção (MENÉNDEZ, 2018).

Logo, os atores sociais que praticam a autoatenção ressignificam e decentralizam a prática médica e o conhecimento científico, podendo ser considerado um ato de empoderamento e contra hegemonia (MENÉNDEZ, 2003).

Esse fato é mais uma das aproximações entre o conceito de autoatenção e a GN, pois a mesma propõe o resgate do protagonismo feminino a partir da autonomia e participação ativa das mulheres em seu processo de saúde, visando uma saúde integral (entre pessoas, comunidade e o planeta), questionando a tendência patologizadora e medicalizante da biomedicina, adotando, dessa forma, um caráter empoderador e contra hegemônico (SALA, 2019).

Apesar de estarmos enfatizando uma abordagem que busca compreender o período do climatério e menopausa como algo fisiológico e não patológico e a autoatenção ser uma das primeiras atividades que os sujeitos os microgrupos realizam em relação às suas enfermidades, o conceito de autoatenção se encaixa, pois, ainda há um grande desconhecimento acerca das mudanças que ocorrem no organismo feminino durante o climatério, o que influencia na compreensão que as mulheres têm acerca desse período, resultando numa falta de autopercepção que sofre influência de vários fatores como a baixa renda e escolaridade, o autocuidado deficiente e a falta de autonomia, o que impacta negativamente a qualidade de vida das mulheres (SANTOS *et al*, 2021) e que gera uma percepção de adoecimento em relação às mudanças desse período, tendendo a encará-las como doença e sintomas (BISOGNIN *et al.*, 2022).

Assim como a autoatenção, possui um papel relevante no desenvolvimento de alternativas contra hegemônicas e pela importância que tem

na reprodução biossocial dos microgrupos, a GN corrobora com essa contribuição, logo, pesquisar acerca desse processo poderá contribuir para a execução do princípio constitucional da integralidade dentro da atenção primária, prerrogativa para um cuidado que valoriza as necessidades mais abrangentes do ser humano, que valoriza as atividades tanto preventivas como assistenciais.

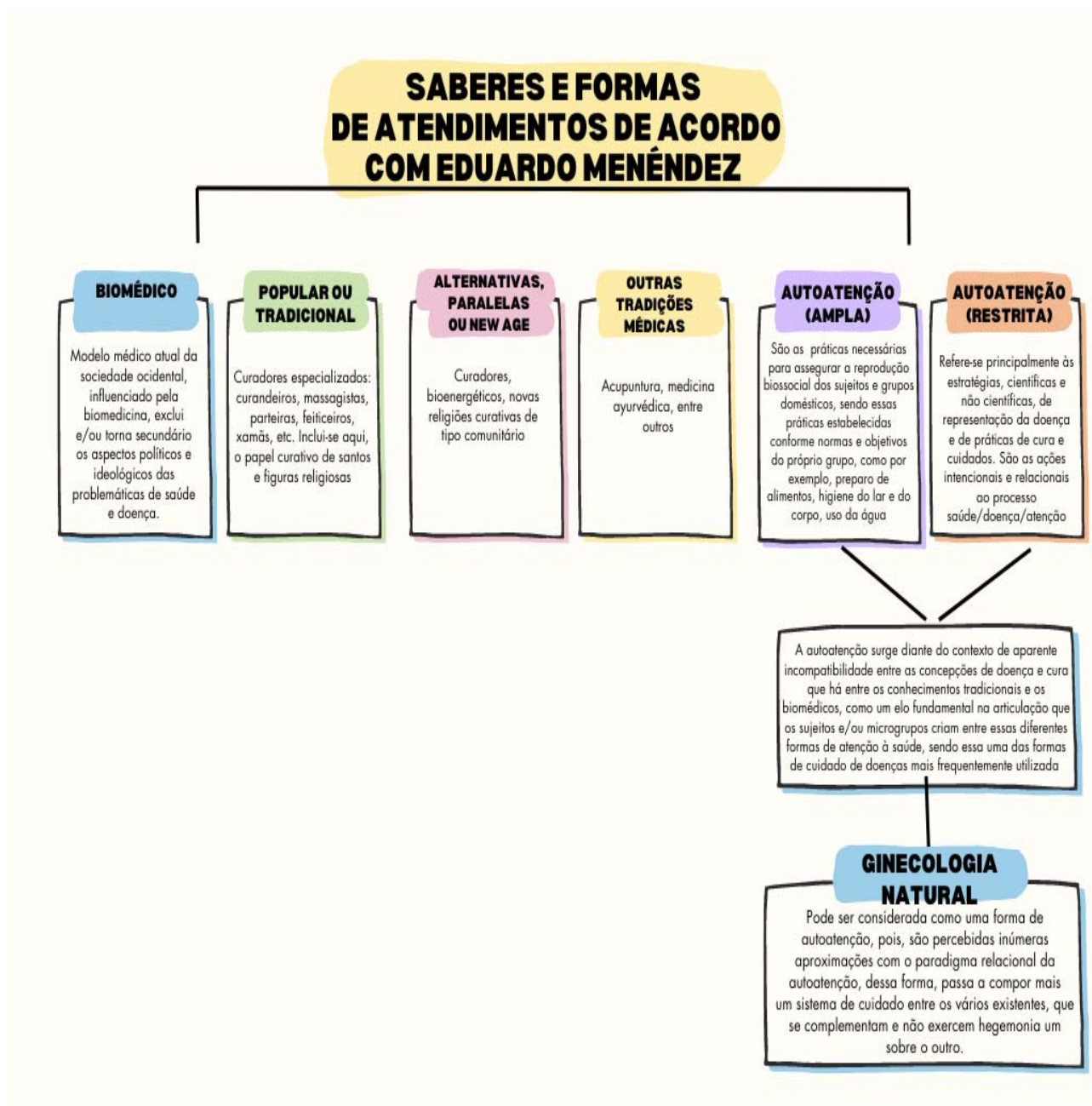


Figura 1 – Quadro dos saberes e formas de atendimento de acordo com Eduardo Menéndez.
Fonte: Adaptação elaborado pela autora da pesquisa, 2024

5 Método

5.1 Caracterização do estudo

O presente vale-se do pressuposto que as mulheres que estão no período de climatério e menopausa possuem conhecimentos e realizam práticas de autoatenção que se correlacionam com a GN.

O mesmo possui uma abordagem qualitativa, no qual se descreve as atividades realizadas, tendo inspiração no Círculo de Cultura, proposta por Paulo Freire, entre mulheres no período de climatério e menopausa como ferramenta para a construção de um espaço dialógico. Buscou-se produzir um ambiente acolhedor para compreender as ações que elas realizam em relação ao climatério e menopausa, a sua perspectiva de autoatenção e da GN, bem como o compartilhamento de práticas de autogestão da saúde.

As pesquisas qualitativas possuem interesse na dimensão sociocultural expressa nas crenças, opiniões, costumes, práticas, entre outros aspectos que não podem ser reduzidos à quantificação ou à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2017). Estes estudos possibilitam reconhecer como ciência os aspectos “subjetivos” da saúde e da doença, compreendendo não apenas sua repercussão física, como também, os seus aspectos subjetivos, ou seja, considerando científico, também, os princípios, a conduta, preceitos morais...das pessoas que receberão os cuidados técnicos de saúde (MINAYO, 2013).

Nesse contexto, o Círculo de Cultura serviu como inspiração de intervenção, por ser um método que consiste na criação e viabilização de um espaço sistemático de escuta e trocas, onde as mulheres poderão se expressar e escutar, a si mesmas e às outras. Dessa forma é possível compreender a autonomia dos sujeitos através da troca de informações e reflexão para a ação (FREIRE, 2002).

Houve uma adaptação do Círculo de Cultura para uma Roda de Conversa; essa escolha sustentou-se na possibilidade de tornar viável a participação das mulheres na pesquisa, já que não possuíam disponibilidade de tempo para um segundo encontro, bem como tornar favorável a fala sobre menstruação,

menopausa, sexualidade, entre outros assuntos comumente considerados tabus social e moralmente, permitindo que haja questionamentos, pensamento crítico e reflexivo, bem como, a desconstrução de mitos que envolvem esses temas.

A Roda de Conversa vem sendo desenvolvida a partir do referencial teórico e metodológico da Educação Popular desenvolvida por Paulo Freire, como também do que se propõe nos Círculos de Cultura, que busca oferecer uma forma de ensino-aprendizagem libertadora, emancipatória e dialogal capaz de transformar o indivíduo em um agente participativo da construção de sua própria história de forma autônoma, com liberdade, diálogo e amor (FREIRE, 2002; FREIRE, 2007).

Nessa metodologia não há ensinamento unilateral, mas sim um aprendizado recíproco, pois não há uma professora ou professor, se não que uma coordenadora ou coordenador que informa e propicia condição para a execução da dinâmica em grupo, devendo intervir o mínimo possível no curso do diálogo (FREIRE, 2002).

Esses espaços contribuem para a valorização, bem como o conhecimento das questões socioculturais de cada grupo pesquisado, possibilitando a construção de vínculos entre os participantes e o pesquisador (MONTEIRO *et al.*, 2013).

A utilização desse tipo de método vem tornando viável a atuação da enfermeira como pesquisadora ao possibilitar a união da produção de conhecimento com a intervenção em saúde, resultando um trabalho produzido em coletividade pelos participantes que são protagonistas na ação educativa. (MONTEIRO *et al.*, 2013).

Essa perspectiva permite a construção do conhecimento através da prática da dialogicidade e que no caso, valoriza o saber das mulheres nas suas práticas de autoatenção.

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Pelotas-RS, localizado na região Sul do estado do RS, Brasil. O território de Pelotas/RS está dividido em

seis (6) Distritos Sanitários, sendo estes: Colônia, Fragata, Centro/Porto, Areal/Praias, Três Vendas I e Três Vendas II (PELOTAS, 2022a).

A coleta de dados foi realizada presencialmente, junto a um grupo de mulheres, através de uma Roda de Conversa que foi ofertada no dia 05 de julho de 2024 no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade referida, localizado bairro Areal, zona urbana de Pelotas. O CRAS realiza atividades intersetoriais, no diálogo com outros serviços de base territorial, como é o caso das Unidades Básicas de Saúde (UBS's): Navegantes, CSU Cruzeiro (1 Estratégia de Saúde da Família (ESF)), Leocádia (1 ESF), Areal I (3 ESF) que contam com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que são referências em saúde para as mulheres que acessam o CRAS-Areal e por conseguinte ao grupo.

O CRAS é uma unidade pública municipal, que se localiza nas áreas que apresentam maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Está destinado à articulação e execução de serviços, projetos e programas socioassistenciais que visam a proteção básica às famílias do seu território de abrangências (PELOTAS, 2022b), sendo alguns de forma articulada com a Atenção Primária em Saúde.

Esses espaços contam com instalações compatíveis com os serviços neles ofertados, incluindo espaços para trabalhos em grupo (art.15), logo o estudo foi realizado em um espaço cedido pela instituição, com as mulheres que aceitaram o convite e compareceram no período da presente pesquisa (PELOTAS, 2022b).

O CRAS ao contribuir para enfrentar as situações de vulnerabilidade e risco social atua de forma intersetorial na promoção da saúde.

5.3 Participantes do estudo

As participantes do presente estudo são mulheres com idade a partir 40 anos, usuárias do CRAS citado no item anterior e delimitadas para o estudo.

As participantes foram escolhidas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser mulher com idade a partir de 40 anos, permitir a utilização do gravador, demonstrar interesse pela temática e aceitarem participar da Roda de Conversa, por se identificarem com as condições e perspectivas do estudo em todas as suas etapas.

E como critério de exclusão: mulheres que não se comunicam em português e mulheres que desistirem de sua participação até o fim das atividades.

5.4 Divulgação dos Resultados

Os resultados deste estudo integraram a dissertação de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, serão entregues ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio de um relatório, a dissertação ficará disponível na página do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel e do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES)

A divulgação também se dará por meio da construção de artigos científicos em periódicos nacionais, assim como resumos em eventos científicos, juntamente com a orientadora e coorientadora, no intuito de visibilizar o tema.

Do mesmo modo, a devolução dos resultados da pesquisa ao público será, conforme solicitado pelas participantes, em uma atividade de grupo de mulheres que acontecem no CRAS Areal.

5.5 Coleta dos Dados

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa os dados foram coletados por meio da realização de um encontro em que foi realizado uma Roda de Conversa. Apesar da intenção inicial do estudo ter sido a realização de dois Círculos de Cultura, o contato pontual com as participantes, sem a possibilidade de uma continuidade para a realização de um segundo encontro presencial, devido aos demais afazeres das integrantes, impediu avançar nesse sentido, optando-se, então, pela adaptação e realização de apenas um encontro no qual foi realizado uma Roda de Conversa.

Todo embasamento do Círculo de Cultura foi útil no planejamento da pesquisa, no entanto pelos motivos já apresentados nos aproximamos mais do descrito por Minayo e Costa (2019) como Roda de Conversa que seria a discussão em grupo que se vale da contribuição espontânea de ideias por parte

de todos os participantes, no intuito de dialogar sobre um interesse comum o da GN no período do Climatério e Menopausa.

A Roda de Conversa segundo Minayo e Costa (2018) é uma técnica de grupo orientada para gerar novas informações e promover o pensamento criativo, sobre temas específicos, também juntando poucos participantes” sendo que o grupo pode se reunir especificamente para discutir um tema:

(...) num processo interativo de grupo não estruturado, essa técnica gera mais e melhores ideias do que quando as pessoas trabalham individualmente. Ela tem múltipla utilidade: para definir o tema de um trabalho, para discutir conceitos novos (...) (MINAYO; COSTA, 2018, p:144)

Para pôr em ação, foi aliado com a coordenadora do CRAS-Areal a data para a realização da Roda de Conversa, sendo apresentada a sua metodologia, abaixo descrita.

Para o convite das participantes, inicialmente foi realizado, de forma presencial, a apresentação da pesquisa às enfermeiras das UBS'S: Cruzeiro, Navegantes, Leocádia e Areal I, que divulgaram entre as usuárias e no grupos que haviam mulheres com mais de 40 anos, bem como foi deixado um cartaz impresso em cada unidade (fig. 2), com as informações referentes a data, local e contato para informações da Roda de Conversa, com o objetivo de facilitar o recrutamento das mulheres acima de 40 anos, grupo alvo desta investigação.



Figura 2 – Cartaz de divulgação da Roda de conversa.
Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa, 2024.

O local em que aconteceu a roda de conversa foi uma sala reservada, isolada das demais atividades que acontecem no CRAS, com disposição de apoios como mesa, cadeiras os quais foram organizados em círculo. Também a pesquisadora organizou um pequeno lanche e bebida para compor o cenário e oferecer um acolhimento às integrantes do grupo.

Na medida que as integrantes chegavam foram se apresentando e se sentando na roda. Algumas iniciaram conversas entre si, outras permaneceram caladas.

A pesquisadora, junto à responsável pela observação da Roda de Conversa, na medida que as participantes chegavam anotava-se o nome e perguntava a procedência. Também foi conversado do termo de consentimento livre esclarecido como detalharemos nos aspectos éticos.

A informação acerca da pouca disponibilidade de tempo logo foi logo verbalizada por uma integrante que estava interessada, mas também atuava em uma empresa de limpeza terceirizada. Com a fala dela outras verbalizaram sobre as suas jornadas de trabalho e a organização para estar ali e a impossibilidade que conseguir, novamente, um tempo disponível em suas rotinas para um segundo encontro presencial.

A ação consistiu na aplicação de uma roda de conversa em uma única oportunidade e a sua sequência trabalhou a partir das seguintes questões orientadoras: 1) Como percebo a minha relação com o meu corpo e com a minha menstruação? 2) Como percebo o meu processo de menopausa? Quais ações realizo para compreender/lidar/tratar/cuidar as modificações e incômodos que surgiram nessa fase?

A roda de conversa foi planejada e organizada a partir dos temas geradores que foram observados e desenvolvidos a partir de etapas consecutivas e interrelacionadas. Inicialmente foi a pesquisadora conduziu uma dinâmica de apresentação, na qual, em roda, onde todas as participantes se viam e se escutavam, foi solicitado que cada uma, incluso a pesquisadora, se apresentasse, informando nome, idade, profissão e se ainda menstruava. Dessa forma, buscou-se a aproximação da pesquisadora e das participantes, o que favoreceu a construção de um ambiente acolhedor e propiciando uma construção coletiva. Também foi realizada a apresentação da pesquisa e sua

metodologia de roda de conversa, a partir da qual foi autorizada a gravação da conversa por um *smartphone* que foi colocado gravando em cima da mesa de apoio. As falas gravadas foram transcritas na íntegra mantendo-se o anonimato das participantes através da identificação das falas pela letra P. seguido do número correspondente à sequência da realização das falas. Desta forma, a primeira a falar foi denominada de P. 1 e, assim, sucessivamente.

A partir de então, a conversa começou a se desenvolver depois que foi distribuído um papel impresso com o desenho de uma vulva (figura 3), que possuía várias setas (sem nomes) indicando: Glândula do clítoris, clítoris, uretra, glândulas vestibulares maiores e menores, lábios internos e externos e vagina; e abaixo um desenho incluindo canal vaginal, útero e tubas uterinas, locais que deveriam ser reconhecidos (ou não), indicando quais setas elas conheciam e quais desconheciam, com o lápis de cor distribuído previamente.

Dessa forma, buscou-se o conhecimento prévio do grupo a cerca da anatomia e fisiologia feminina. Inicialmente as participantes estavam hesitantes em falar devido ao desconhecimento de certas partes, mas, aos poucos, com o compartilhar do desconhecimento das outras participantes, a conversa começou a fluir naturalmente e os conhecimentos, dúvidas e questionamentos começaram a serem compartilhados naturalmente. Na sequência, foi pedido verbalmente que as participantes compartilhassem a experiência que tiveram com a primeira menstruação. A pesquisadora iniciou falando, como uma forma de conduzir e desconstruir o tema, que muitas vezes pode ser visto como tabu, o que possibilitou a troca de experiências de forma íntima e fluída. Os relatos acabaram trazendo à tona outros temas, vivências e sentimentos pessoais como patologias que vivenciaram, experiências negativas dos partos vaginais que tiveram e sobre sexualidade.

Logo, foi possível conhecer, a partir das narrativas das mulheres, os conhecimentos que possuem sobre a fisiologia do corpo feminino e a percepção e vivência de vida relacionada à menarca e os temas que se correlacionam subjetivamente.

A seguir, após a compartilhamento dessas experiências, foi solicitado às mulheres que falassem sobre como cada uma sente ou sentiu o processo de climatério e menopausa, destacando possíveis desconfortos ou tratamentos

utilizados, partindo do pressuposto que eram mulheres que estavam vivenciando ou já haviam vivenciado esta fase.

Dessa forma, a realidade e vivência que as mulheres tinham acerca do tema pôde ser conhecida, como também o seu universo vocabular, o que possibilitou o diálogo e a troca de saberes com foco na valorização do saber que essas mulheres possuíam, bem como nas suas experiências e modos particulares de lidar com a transição do climatério e menopausa e as ações relacionais de saberes que elas utilizam/utilizaram para os possíveis desconfortos e/ou mudanças.

Por fim, com o propósito se concluir e encerrar a roda de conversa foi solicitado que elas expressassem como havia sido a experiência da sua participação, com um retorno positivo e agradecimento de todas as participantes e logo em seguida foi realizado o convite para todas fossem à mesa que estava posta com o lanche comer e conversar livremente.

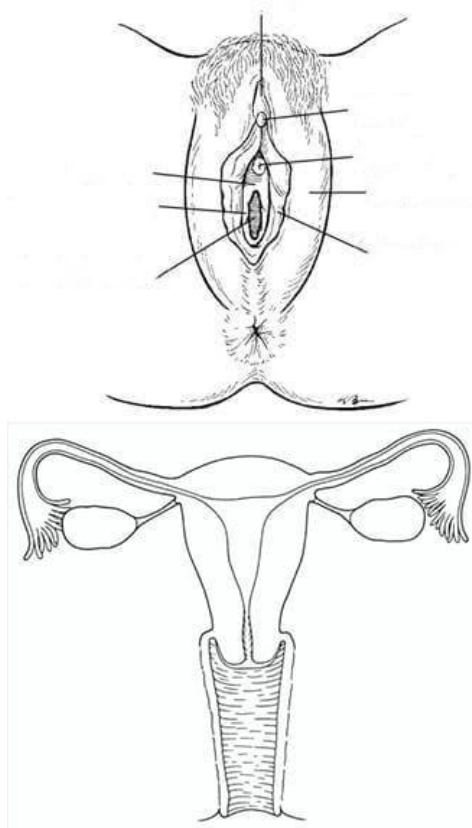


Figura 3 – Desenho dos órgãos genitais femininos internos e externos utilizado na Roda de Conversa.

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa, 2024.

5.6 Análise dos Dados

Para a realização da análise dos dados, primeiramente foram transcritas na íntegra as gravações em documentos do Microsoft Word, em seguida os dados foram ordenados, classificados e analisados, de acordo com a análise que propõe Minayo (2013), constituída por três fases: a ordenação, a classificação e a análise final dos resultados.

Foi utilizada a análise de conteúdo, através da qual pode se encontrar respostas, bem como confirmar, ou não, os pressupostos iniciais do estudo. Para a realização dessa técnica, realiza-se a decomposição do conteúdo da mensagem, podendo utilizar a palavra como unidade, trabalhando com algumas ou todas as palavras de um texto, de acordo com a finalidade do estudo (MINAYO, 2013).

Os dados transcritos foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme delineada por Minayo, que consiste em identificar os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação, de acordo com sua presença e frequência, percebendo o possível significado para o objetivo do estudo (MINAYO, 2013). Através da análise também é possível ir além das aparências do que se está sendo comunicado, possibilitando a descoberta do que pode estar oculto nos conteúdos manifestados. Nesta pesquisa, os núcleos de sentido foram compreendidos como ideias base em torno das quais há outras ideias.

Análise de conteúdo temática, nesta pesquisa, ocorreu em cinco fases distintas: primeiramente foi realizada a leitura inicial, para uma compreensão geral do material. Na segunda fase, foi realizada, através da exploração do material, a identificação das unidades de significado que surgiram nas falas das participantes. Logo após, na terceira etapa, foi feita a comparação das diferentes unidades de significado, seguindo, na quarta etapa, pela identificação dos núcleos de sentido, através dos quais foram construídas as representações, finalizando na quinta etapa que se constituiu pela discussão dos núcleos de sentidos identificados.

Buscou-se trabalhar com três núcleos de sentido identificados a partir dos temas geradores a saber: 1) Caracterização das participantes, 2) Vivências da menarca e a percepção do climatério e menopausa e 3) Autoatenção realizada

no climatério e menopausa. Estes serão detalhados na apresentação e discussão dos dados.

5.7 Princípios éticos

Após a qualificação do projeto de pesquisa em banca instituída pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel e logo que os ajustes sugeridos foram realizados, o presente estudo foi encaminhado para a coordenação do CRAS envolvido no estudo.

Após parecer favorável, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e somente após a aprovação (APÊNDICE B), se deu início ao trabalho de campo.

Após aprovação do CEP, nº: 6.905.301, CAAE: 79086224.2.0000.5316 (Apêndice B), as mulheres foram convidadas a participar do estudo, e no dia da aplicação da realização da Roda de Conversa foram explicados os objetivos da pesquisa, colocados os preceitos éticos que obedece aos princípios éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigos 89, 90 e 91) e às proibições (artigos 94 e 98) (BRASIL, 2017c); a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos assegurando a proteção dos grupos vulneráveis e autonomia dos participantes (BRASIL, 2012), assim como o Ofício Circular Nº 2 de 2021, que orienta sobre procedimentos em pesquisas realizadas em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

De acordo com a Resolução nº 466 de dezembro de 2012, item V, toda pesquisa com seres humanos pode causar diversos tipos de riscos. Não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, mas, como toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos em tipos e gradações variados. Os riscos relacionados a pesquisa são mínimos e todos ligados a eventuais desconfortos que podem ser experimentados durante a participação na Roda de Conversa como cansaço, aborrecimento, desconforto ou

constrangimento, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre as possíveis condições restritivas do climatério e menopausa, bem como, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre aspectos da sexualidade feminina, logo, se for da vontade da participante, a sua participação poderá ser interrompida e cancelada, se assim desejar. Nestes casos, se houver verbalização de interesse de acompanhamento de uma das mulheres participantes serão encaminhadas as suas respectivas Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento e encaminhamento psicológico adequado.

Em relação aos benefícios, esse estudo proporcionará às mulheres um momento de reflexão acerca da sua saúde no período do climatério e menopausa, no qual serão apresentadas informações que poderão auxiliar em suas práticas de autoatenção realizadas para os desconfortos desse período de vida, bem como oportunizará que os seus saberes pessoais sejam reconhecidos e valorizados.

Mediante aceite positivo, foi solicitada a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), ficando uma via com a participante e outra com a pesquisadora, iniciando assim, o processo de coleta dos dados.

Após a finalização do trabalho de dissertação, será realizado *download* dos dados digitais e armazenados em um *pendrive* que ficará sob responsabilidade da pesquisadora e os impressos ficarão arquivados na Faculdade de Enfermagem da UFPel, por um período de cinco (5) anos, a contar da data de publicação dos mesmos. Ao término deste período, os dados digitais serão deletados e os impressos incinerados.

Para manter o anonimato das envolvidas na pesquisa, as participantes foram identificadas por meio da letra “P” acrescido do número cardinal, exemplo “P.1” e elas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como a metodologia utilizada e os possíveis riscos e benefícios do estudo.

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas e informadas pela pesquisadora sobre a não obrigatoriedade em participar e a liberdade de desistir a qualquer momento durante a realização da mesma, sem

que isso lhe causasse prejuízos. Foi lido em voz alta em conjunto às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitado a assinatura em duas vias, uma via ficou com a participante e outra com a pesquisadora.

6 Resultados e Discussão

A apresentação e discussão das informações deste estudo serão organizados em três momentos.

Inicialmente iremos fazer uma caracterização das participaram desse estudo, que inclui cinco mulheres, com idades entre 40 e 65 anos. Duas das participantes ainda menstruavam e três já haviam entrado na menopausa. As participantes do estudo trouxeram, para compor a roda de conversa, diálogos a partir do contexto de vida, sobre a qual tentaremos situar o leitor, ressaltando a complexidade do viver e ser mulher em diferentes fases da vida.

Posteriormente apresentaremos dois núcleos de sentido: Vivências da menarca e a percepção do climatério e da menopausa e, autoatenção realizada no climatério e na menopausa. São tentativa de valorizar os diálogos que emergiram em relação ao climatério e menopausa e, as associações possíveis que tecemos entre a GN e o referencial teórico.

6.1 Caracterização das participantes

Os interesses e papéis da mulher na sociedade contemporânea estão marcados por uma grande diversidade e refletem as profundas transformações sociais, econômicas e culturais das últimas décadas. Atualmente a mulher não se limita mais aos papéis tradicionalmente atribuídos, como os cuidados com a casa e a família (TEDESCHI, 2012) e a maior liberdade de escolha já não as restringem mais ao papel, antes imposto, da maternidade, possibilitando uma atuação mais abrangente e integrada em diferentes esferas da vida que incluem áreas de carreira, educação, sexualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Sobre estes temas as mulheres dialogaram, cada uma de acordo com a sua realidade, conduzidas a partir da temática geradora do encontro, que era entender e conversar sobre o climatério e a menopausa, desde a perspectiva da GN.

Em palavras mais simples é falar sobre a integração da pessoa aos ciclos da natureza e aos conhecimentos ancestrais, que geralmente é repassado culturalmente, isto é, no dia a dia sem que gere reflexão. Querendo despertar para este sentido, apresentei no dia 05 de julho, dia em que houve mudança de lua e início da fase nova que na GN significa:

A Lua Nova é o início do ciclo, quando ela está alinhada entre o Sol e a Terra e não a vemos no céu. É o momento indicado para rituais de início de algo novo ou mudanças em sua vida. As pessoas costumam se recolher fisicamente e psicologicamente. Apesar de ser uma fase de introspecção, a Lua Nova representa o período ideal para dar início a tudo o que for novo em nossa vida (Souza *et al.*, 2017. p. 15).

Muitas dali não tinham associado o dia à fase lunar, mas comentaram sobre verbalizando: “a lua era um saber dos antigos”, “eu só gosto de observar a lua”, “a lua me faz sentir paz”, “eu consulto a lua para plantar as verduras”.

Percebe-se que a interação com a lua apresentou diversos sentidos que podemos compreender em: “o saber dos antigos”, que demonstra a relação que havia no conhecimento e cultura ancestral com os modos de interagir com os ciclos da natureza. “Me faz sentir paz”, traz o valor da observação e integração com a natureza, através da arte da contemplação. “Consulto para plantar”, evidencia a influência do ciclo lunar no fazer, o que proporciona autonomia e conhecimento para tal.

Observamos que as mulheres não se afastaram da lua, mas a percebem distante do seu corpo, parecendo uma utilidade antiquada.

A GN busca trazer a consciência acerca da natureza cíclica feminina, associando-a com o movimento constante da lua. Evidencia-se a natureza cíclica do ciclo menstrual (pré-menstrual, menstrual, pré-ovulatória e ovulatória até a chegada na menopausa) e da produção dos hormônios sexuais femininos (estrógeno, progesterona, FSH e LH), demonstrando que a ciclicidade feminina e lunar possui o mesmo significado (MARTÍN, 2015). Ao associar as transformações de cada uma dessas etapas às fases da lua, torna-se perceptível à mulher estes saberes que podem ser utilizados para se autoconhecer.

Na dinâmica de apresentação, foi possível conhecer informações (Figura 4), relativas à idade, profissão, quantidade de filhos e presença (ou não) do ciclo menstrual, descritas no quadro a abaixo:

Participante	Idade	Profissão	Filhos	Presença do ciclo menstrual
P.1	40	Serviços Gerais (higienização)	2	Sim
P.2	51	Educadora	0	Sim
P.3	55	Cadastradora do CADUNICO	2	Não
P.4	65	Dona de casa	3	Não
P.5	59	Educadora	2	Não

Figura 4 – Quadro de caracterização das participantes.

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa, 2024.

Para o movimento da G.N, além da ciclicidade do sangue menstrual, o corpo também possui considerável relevância, sendo considerado uma ferramenta de resistência à ignorância que as mulheres são submetidas acerca dos seus processos de saúde e doença (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Ao perceber o corpo como território político, que foi “usurpado” e “colonizado” pelo patriarcado e pela medicina e, o impacto que essa influência tem sobre o autoconhecimento e autogestão da saúde feminina, a G.N busca recuperar a autodeterminação das mulheres sobre seus processos de saúde e doença e os saberes ancestrais e tradicionais como forma de “descolonizar” esse corpo território e criar uma nova percepção de corpo, da natureza feminina, dos processos saúde e doença e do cuidado que se pode ter consigo (LIMA; GAUDENZI; JANNOTTI, 2023).

Dessa forma, a G.N, propõe a descolonização dos corpos e da ginecologia, a partir da mudança de certas práticas, no intuito de resgatar o que se denomina por conhecimentos ancestrais, apagados da memória da América Latina pela violência da colonização espanhola e portuguesa, e de transformar as relações hierárquicas da ginecologia institucional (MEINERZ; SANTOS, 2023).

Uma das ferramentas utilizadas para essa valorização e recuperação da autonomia feminina é a oferta de saberes sobre o corpo feminino, no qual é estimulado o conhecimento sobre anatomia e fisiologia, através da exposição de imagens e esquemas representando o sistema reprodutor feminino (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Esse conhecimento é apresentando através de uma proposta de “decolonização” na qual há uma crítica às nomenclaturas científicas do sistema reprodutor feminino, que possuem origens depreciativas, como a palavra vagina, errônea e comumente usada para se referir a vulva, que tem uma origem do latim que significa “bainha”, uma cobertura para cobrir a “espada”, ou seja, reduz-se a vagina à funcionabilidade de cobertura do pênis. Ressalta-se também a nomenclatura de certas estruturas “batizadas” com nomes masculinos (trompas de Falópio, glândulas de Skene, Glândulas de Bartholin...) referente aos “descobridores” dessas partes, o que acaba gerando uma ignorância e a redução da sexualidade feminina à função reprodutiva, omitindo toda a potência de conhecimento e desfrute que pode entregar à mulher (MARTÍN, 2015).

Dessa forma, busca-se ressignificar o corpo feminino bem como problematizar a relação que as mulheres possuem com seus corpos, através da renomeação com palavras simples e que buscam uma valorização a partir de uma analogia amorosa (LIMA; GAUDENZI; JANNOTTI, 2023).

Na intenção de entender o quanto as mulheres se conheciam, foi apresentado uma impressão da imagem do sistema reprodutor feminino para que pudessem escrever ou perguntar, pela identificação no papel, o que conheciam (ou não). O resultado das imagens é apresentado na Figura 5. Sendo que também oportunizou a pesquisadora conversar sobre o desconheciam, se queriam perguntar focado na perspectiva da GN.

“Eu também, não sei se eu estou me assustando (risos). Aqui eu consegui identificar o canal urinário. O clitóris. Aqui é o canal vaginal, né?” P.4

“Eu tenho dúvida nessa parte interna aqui. Que eu também não sei todos esses detalhamentos. Botei aqui mais ou menos, mas eu não sei.” P. 5

A partir dos desenhos, foi possível observar que nenhuma mulher soube reconhecer a localização nem as funcionalidades das glândulas vestibulares menores, nem das maiores, responsáveis pela lubrificação durante a excitação sexual (GILROY, 2024). Como também não conseguiram reconhecer os lábios internos e, apenas a P.5 conseguiu reconhecer o orifício vaginal. O canal vaginal só foi reconhecido pelas participantes P.3 e P.5. O útero, ovários e tubas uterinas foram as partes mais reconhecidas pelas mulheres, exceto pela participante P.2. A participante P.3 relatou que possuía o conhecimento acerca dos ovários e das tubas uterinas, devido a um problema de que teve, apesar de não entender muito bem o que havia acontecido e saber apenas os nomes:

“E esse aqui eu sei o que é. Até porque eu tive um problema grande com isso. Que é os ovários e as trompas, né?” P.4

Nenhuma foi capaz de identificar todas as estruturas apresentadas, o que demonstrou o desconhecimento que as mulheres possuem acerca das estruturas e funcionalidades que compõem a sua vulva, como evidenciado pelo G.N.

Alguns estudos com adolescentes corroboram com o encontrado, demonstrando que a desinformação e baixo nível de conhecimento sobre anatomia e funcionamento do próprio corpo ainda segue atualmente (CARVACHO; PINTO e SILVA; MELLO, 2008; GOMES *et al.*; 2002)

Esta falta de conhecimento acerca do corpo feminino, revela e influencia em muitos aspectos, que podem ser desde o corpo físico, podendo ser um preditor de doenças do trato urinário e vulvo vaginites, por influenciar na prática de higiene íntima (MINARDI *et al.*, 2011), bem como, aponta a GN, no desconhecimento de si mesma, contribuindo para os tabus e mistérios que seguem rondando o corpo e a sexualidade feminina (MARTÍN, 2015).

Durante todo o decorrer da roda de conversa, foi dado espaço para falas e dúvidas, mesmo sabendo que nem sempre é fácil para as mulheres terem perguntas objetivas. Essa liberdade em relação a fala das participantes acabou gerando abertura para o surgimento e questionamentos de outros assuntos, relacionados subjetivamente às experiências vividas durante o ciclo reprodutivo como: violência familiar, gestação, parto e sexualidade, como evidenciado a seguir:

“Eu queria te perguntar, sobre a gravidez da menopausa? Os riscos aumentam ou não?” P.3

“Você pode explicar sobre a gravidez nas trompas? Eu tive, a dor é horrível e ninguém achava.” P.4

“Eu apanhava de relho. Sabe como é filha adotiva, adota só para dizer que eu sou boazinha. Eu não conseguia falar nada.” P.4

“Eu apanhava de criança assim. Apanhava todo dia, de malandra. De alguma coisa que nós tínhamos feito. Meu pai dizia que a minha mãe era muito nervosa. E por isso que nós apanhávamos. Nós íamos chorar com ele e ele nunca batia. Só consolava.” P.5

“A última gravidez que eu tive, já não teve mais a depilação na hora de parir, mas fizeram no primeiro (parto). Fazia a gente se preocupar muito com aquele material, então a gente levava junto porque não queria que utilizassem aquele material. Então, tanto raspava os pelos como fazia o enema também, né?” P.5

“Eu sempre assumi dentro do meu casamento a sexualidade, mais a responsabilidade (por não engravidar) por exemplo...Meu marido nunca se preocupou muito. Não queria filho, mas não tomava providência. Então isso sobrou pra mim.” P.5

Sugiro trazer artigos para dialogar com os relatos das participantes...

Essa abertura e confiança em expor aspectos pessoais da vida, demonstraram que o ambiente e condução proporcionaram às participantes um espaço para compartilhar assuntos considerados, muitas vezes, como pessoais e que

raramente são compartilhados, o que se confirmou ao final, com o agradecimento e intimidade entre as participantes e a pesquisadora.

6.2 Vivências da menarca e a percepção do climatério e da menopausa

No conjunto das falas das participantes, as percepções relacionadas à menarca e ao climatério e menopausa, foram classificadas em dois núcleos de sentido: (1) “desconhecimento” e (2) “medicalização”.

Conforme Rohatsch (2013) a menstruação é um impacto inicial que somado a estrutura de silêncio que a rodeia, podem afetar a relação da menina com seu próprio ciclo menstrual, principalmente diante dos primeiros sangramentos se acentuando a sensação de vergonha e concepção negativa da menstruação como é relatado por uma participante:

“Eu fui com 11 anos (menarca), mas na minha casa tudo era tabu. Minha mãe não falava nada. Ela falava com a minha irmã mais velha, mas eu era criança e não podia saber nada. Eu sabia que a minha irmã menstruava porque eu era curiosa e eu ia espiar. E aí quando eu vi que a calcinha estava suja de sangue, naquela época não existia absorvente. Eu rasguei lençol da minha mãe. Eu fiz uma trouxa e coloquei. Aí elas viram perguntaram que eu naquilo. E eu não conseguia falar com medo. Acabou que eu peguei uma surra e depois de contar, a surra parou. E o problema é que até aí, nunca mais consegui lembrar. Aí depois como eu te disse. Apagou. Apagou e eu não quero mais lembrar...” P.4

O “tornar-se mulher” em nossa sociedade tem um marco definidor: a menarca (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021) e este costuma ser um conhecimento que é transmitido pela mulher mais velha para a mais nova, estando intimamente ligada ao parentesco entre as mulheres, o que mantém esse tema no âmbito privado, bem como banalizado (SALA, 2020), o que pode ser percebido nos discursos a seguir:

“Eu tinha 12 anos, eu contei pra minha irmã que também não tinha muita experiência, ela tinha 13 pra 14 anos. Foi mais ou menos isso, minha mãe me deu absorvente e se vira. Não tive muito (conhecimento), eu fui saber depois.” P.1

“Foi de 12 pra 13 anos (menarca). Tive que falar pra mãe, louca de vergonha, né? Não sabia, mas tinha que contar porque saía sangue. Aí eu lembro que a mãe mandou eu tomar banho. Tinha que lavar a

cabeça, porque senão eu ia ficar sempre sem poder lavar a cabeça. Como aconteceu com ela. Porque ela nunca lavava a cabeça durante a menstruação, né? E ela me disse: “vai tomar banho, porque é pro corpo acostumar. E aí foi isso que aconteceu. Ela mandou lavar a cabeça. Só isso.” P.2

“A menstruação começou com 13 anos, e eu me lembro que eu passei um dia muito ruim, com desconforto, não sabia se era dor de barriga, dor do estômago, doia tudo. Aí eu fui tomar banho e aí começou a descer. Chamei a minha irmã que já menstruava e as informações que tinha pela minha irmã, que é dez anos mais velha do que eu.” P.3

Sosa Sánchez, Lerner; Erviti (2014) comentam que a primeira menstruação e a menstruação em si, são uma parte importante do repertório de mudanças corporais e de eventos incorporados bem como são condicionantes das desigualdades de gênero. O relato de uma participante comenta sobre o ser menina:

“Eu menstruei com 9 anos. Bem jovem... eu sou a décima, eu sou a última criança. O que teve mais assim foi essas coisas de não poder mais brincar com meninos, jogar bola. “Tu já é menina”. A minha mãe, ela noticiou que eu tinha menstruado. E aí com essa função eu também comecei de barganhar coisas. Então não queria mais apanhar (...). Mas então teve essa coisa assim: “agora tu é menina”. Como se não fosse. Eu acho que eu era uma criança. (mas) Também queria ser menina. Comecei a negociar, “pode parar de bater.” P.5

Para o movimento da G.N, o corpo e o sangue menstrual possui considerável relevância, sendo considerado como uma forma de resistência, já que se reconhece uma negação do valor político e público da menstruação (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021). É um assunto que costuma permanecer no âmbito individual e doméstico (SALA, 2020) o que dificulta, inclusive, a construção de políticas públicas direcionadas a este tema; há também a imposição do saber biomédico considerado como único verdadeiro, o que acaba negando outros saberes de origem popular e espiritual. (DIEGUEZ; ALZUGUIR; NUCCI, 2021).

Menéndez (2005), também reconhece o potencial que esses processos de saúde possuem enquanto questionadores tanto das instituições médicas como da sociedade na qual estão inseridos, logo, são considerados um processo político, fato que é constantemente mascarado pelo modelo biomédico predominante. Desta forma, torna-se importante a compreensão e reconhecimento das representações populares acerca do tema, a partir do

campo social no qual estão inseridas e onde se desenvolvem, bem como as relações que estabelecem entre os diferentes saberes considerados como populares e científicos (MENÉNDEZ, 1994).

Ao final do ciclo reprodutivo e menstrual da mulher, iniciado no climatério, é comum que as mulheres apresentem algum tipo de sintomatologia (BRASIL, 2008), que embora sejam comuns, ainda há muito desconhecimento que as impedem de identificar a maioria das alterações hormonais, fisiológicas e emocionais resultantes da diminuição hormonal e término do ciclo menstrual (VALENÇA; GERMANO, 2010) e que podem incluir desde irregularidade menstrual, cólicas, dor de cabeça, ondas de calor, entre outros (BRASIL, 2008). As queixas que mais tendem a ter impacto na qualidade de vida são as de origem psicossocial e afetiva, como tristeza, cansaço, diminuição do desejo sexual, podendo gerar autopercepções negativas como perda da feminilidade, produtividade e desconfortos (BRASIL, 2008). Demonstrando que, como a menarca e todos os temas que envolvem a sexualidade feminina, esse também é um tema tabu, o que faz com que muitas vezes as mulheres o vivenciem sozinhas e em silêncio (MARTÍN, 2015).

Comumente não se cria a relação das experiências e conhecimentos adquiridos durante a menarca e o desconhecimento presente no período do climatério e menopausa, como sugere a G.N., porém, nas falas da participante ficou claro não só a influência do âmbito domiciliar, da banalização e envolvimento do parentesco na perpetuação deste saber, como também percebeu-se que apesar das mulheres saberem o que era o climatério e menopausa, o conhecimento era vago sobre o tema, sendo recorrente a relação entre más experiências, no período da menarca e do ciclo menstrual, e o “alívio” que a ausência do ciclo menstrual, característica da menopausa, proporcionou, conforme evidenciado abaixo:

“Foi bem tranquilo assim (primeira menstruação), não tive cólica, nada, agora que de vez em quando me dá umas cólicas, mas nunca tive muita cólica assim, não. Mas eu não sei por que, eu não gostava de menstruar, eu achava incomodo. Quando eu parei de menstruar a vida pra mim, ficou melhor. A relação sexual pra mim ficou melhor, porque tu não tinha aquela coisa assim. Ai eu posso engravidar... ou isso e aquilo... Então Pra mim foi tudo de bom.” P.1

“E assim, meu (ciclo menstrual) sempre foi (...) mais ou menos regulado, ela sempre atrasou, sempre de 38, 39 dias, 36 dias, sempre assim, né? E sempre no final, sempre tive bastante cólica. Agora eu não tenho tido mais. A minha vida inteira eu tive cólica no final, na menstruação. Mas eu não gosto de menstruar, não vejo a hora de entrar na menopausa...Eu não gosto, não tem opção de escolha. Eu não vejo isso como natureza. É que o teu período, quando tu tá menstruada muda toda a função da vida. Tem dias que você tá mais revoltada, outros mais chorona...” P.2

“E eu tinha um problema que aqui no frio eu não menstruava... No inverno sempre teve esse problema de parada da menstruação (...). Mas eu tinha cólica. Tinha dores abdominais. Então eu não sei se eu confundia com vermes(...). Eu tinha que ir pra cama. Eu tinha que ficar quente. Tinha que várias coisas. Então eu tive umas fases bem ruins assim. Aí quando foi parar (a menstruação), dava a mesma coisa. Eu fiquei meio complicada assim no final, para saber como é que eu ia me cuidar para não engravidar, porque daí quando começava a esquentar eu menstruava de novo... E eu acho que quando começou a fase. O processo do climatério e da menopausa ali, eu tive muita dor de cabeça. Eu tive crise de dor de cabeça. Eu achava que ia enlouquecer. Parar (de menstruar) foi um alívio.” P.5

Os discursos da G.N também são marcados pela crítica à medicalização e à excessiva intervenção médica sobre os corpos e a sexualidade feminina. Aponta-se uma dominação do corpo biológico feminino através de um discurso e atuação de autoridade da prática médica que usualmente exerce um protagonismo que retira da mulher a autonomia no cuidado consigo mesma e a possibilidade de autoconhecimento (LIMA; GAUDENZI; JANNOTTI, 2023).

Percebeu-se, também, que o desconhecimento além de estar vinculado às experiências e à qualidade das informações recebidas, também sofre influência da medicalização do período menstrual e menopausa, muitas vezes tirando a percepção do momento em que o climatério e menopausa iniciaram, como evidenciado nos discursos abaixo:

“Quando eu tinha 38 anos quando eu tive uma disfunção(...), parecia uma torneira aberta. Muito sangramento. Aí fui no gineco, me examinou, disse que não tinha nada. Me deu uma medicação para tomar. Eu tomei acho que foi uns três ou quatro comprimidos. Parou, aí ele “agora tu aguarda 30 dias que vai voltar a menstruação”, não voltou.

Aí eu voltei lá, então eu comecei a tomar um anticoncepcional, aí eu voltei a tomar um anticoncepcional e normalizou... Aí o meu gineco disse que quando eu parasse o anticoncepcional eu não ia sentir nada de novo (na menopausa). E aí não senti nada. Nem calorão, Nada... Só que ele faleceu, aí eu vim procurar outro gineco. Eu era pra ter parado com 56, mas aí ele faleceu e com 58 eu criei coragem para procurar outro gineco. Aí era a aluna dele e ela pegou e disse: “Pode parar o anticoncepcional”. E eu menstruava normal, tomava o

anticoncepcional e terminava, menstruava três ou quatro dias. Era normal assim, não tinha cólica, não tinha nada. A única coisa que incomodava era que eu menstruava ainda. 58 (anos) parei. Aí ela (ginecologista) pegou e disse que eu já estava na menopausa há muito tempo. “Pode parar. Pode parar. Não toma mais”. Não tomei mais não senti nada, nem calorão. Pessoal diz que tem calorão, dor de cabeça. Nada. Cólica, nada.” P.3

“(A menopausa) Foi forçada né. Eu estava com 45 e tive uma disfunção hormonal que parecia uma hemorragia, era horrível. Aí fiz ultrassom e aquelas coisas, para ver se não tinha outro problema. Não tinha. Eu fui no posto ali. E aí, não sei falar o nome do médico, ele me deu um remédio para cortar (a menstruação). E eu tomei e aquilo foi como tirar com a mão. Nunca mais. Desde os 45, secou assim... E eu menstruava uma semana, normal e era um fluxo muito forte. Aí começou essa disfunção. Aí ele me deu essa medicação. Era três comprimidos que eu tomava. Eu não comprei a caixinha, mas era três comprimidos. Um por dia. Eu tomei um dia, no outro já não tinha mais nada. Até meu marido falou assim: “mas como?”. Pois não. O troço que secou. Foi uma coisa muito estranha”. P. 4

Apesar das mudanças desse período poderem resultar em questões físicas que podem incluir desde irregularidade menstrual à cólicas, dores de cabeça, ondas de calor, entre outros (PEIXOTO *et al.*, 2015), as queixas que mais tendem a ter impacto na qualidade de vida são as de origem psicossocial e afetiva (BRASIL, 2008).

Como afirma Martín (2015), a maioria das mulheres chega a esse momento do ciclo da vida feminina apenas com a informação de que o sangue menstrual irá desaparecer, e essa desinformação possui impacto na forma como as modificações físicas e emocionais irão se manifestar. A forma como se vive e as experiências da sexualidade feminina, que inclui seu ciclo reprodutivo e menstrual, também possuem grande impacto.

Esse desconhecimento e desvalorização do climatério e da menopausa, comum em nossa cultura ocidental, retira a oportunidade da mulher de perceber a complexidade e poder dessa etapa. Em outras culturas e tradições, o término da fertilidade representa uma renovação da energia e oportunidades na vida de mulher, sendo uma etapa venerada na qual é o momento de se voltar para o seu centro e espiritualidade. É a etapa em que se recebe a missão de ser guardiãs da sabedoria que deve ser repassada para as mais jovens, tornando-se as sábias e conselheiras das tribos. Porém, em nossa sociedade contemporânea, os estereótipos femininos e a supervalorização da juventude possuem grande influência na percepção dessa fase (MARTÍN, 2015).

Perceber a relação entre as experiências e conhecimentos adquiridos durante a menarca e o ciclo reprodutivo e o desconhecimento presente no período do climatério e menopausa, como sugere a G.N., foi fundamental para identificar, nas falas da participante, a influência do âmbito domiciliar, do parentesco e da banalização na construção deste saber, como também percebeu-se que apesar das mulheres saberem o que era o climatério e menopausa, o conhecimento era vago sobre o tema, sendo recorrente a relação entre más experiências, no período da menarca e do ciclo menstrual, e o “alívio” que a ausência do ciclo menstrual.

Para a G.N, a menopausa é um processo fisiológico e potente que como tal deve ser vivenciado (MARTÍN, 2015), porém, nenhuma participante apresentou um olhar fisiológico e natural do processo de menopausa e autopercepção.

6.3 Autoatenção realizada no climatério e na menopausa

Uma forma de ter acesso às práticas de autoatenção realizadas na menopausa, é por meio das percepções que as mulheres têm acerca das mudanças que este período provoca, bem como os cuidados realizados ou não para tais, considerando os conhecimentos e vivências expostos anteriormente. Foi classificado um núcleo de sentido: “práticas realizadas”.

O conhecimento com o qual a mulher chega na fase do climatério e menopausa, evidenciado nos discursos analisados anteriormente, afeta as suas escolhas pessoais e a sua autonomia, devendo ser considerado e valorizado a consciência do estado de saúde que a mulher possui e as formas de tratamento adotadas (BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que até o século XX a menopausa era considerada um tabu, um mistério que só foi desmistificado e visibilizado nas últimas décadas, porém ganhando um sentido patológico, baseado nos efeitos da redução da produção estrogênica característica dessa fase (MUCIDA; 2006) essa ideia tem a terapia de recomposição hormonal como resposta principal para prevenir, tratar e curar essa “doença” (BELKIS, SANTOS; 2005), desconsiderando os outros tipos de conhecimento.

Diante desse contexto, nossa cultura apresenta diferentes discursos sobre o climatério e menopausa, que contribuem tanto para o desconhecimento em relação a essa fase, como também pressupõem que as questões relacionadas à menopausa e envelhecimento se apresentam da mesma forma entre as mulheres, desconsiderando fatores como condições: física, psíquica, social, econômica e cultural (BELKIS, SANTOS; 2005).

A qualidade de vida no climatério e menopausa ainda é pouco explorada no Brasil, apesar da sua importância na atualidade (DE LORENZI, 2009) e como esta é uma fase que comumente é alvo de mau entendimento, somado a uma compreensão precária sobre o tema, é importante que se conheça o modo como suas modificações são percebidas e explicitadas de acordo com a individualidade e realidade de cada mulher (GONÇALVES, 2012)

Frente a isso, buscou-se conhecer das participantes as práticas de autoatenção realizadas que trouxeram qualidade de vida e melhoras dos possíveis incômodos. Percebeu-se, então, que outras patologias e sintomatologias não associadas ao climatério e menopausa, mas vivenciadas nesse período, foi o que levou aos cuidados e práticas que acabaram tendo impactos positivos nos desconfortos do período, apesar de não ter havido uma busca de cuidado específico para tal.

Estas falas evidenciam que o desconhecimento acerca do climatério e menopausa, influência diretamente na busca de ajuda profissional nesse período, como demonstrado a seguir:

“No início dessa mudança (climatério) cada vez intercalou mais esse período de menstruação... Eu tive um problema de disfunção orgânica, eu fui parar num especialista, num endócrino, o cara me disse que eu tava lá com uma síndrome devido tireoide, várias disfunções do corpo. Eu fiquei com um processo que eu engordava sem estar comendo mais. Não sabia o que que tava...

Ficava bem mal assim, não tive calorão mas tinha sensações, essas coisas de dor de cabeça. Então eu ficava mal mesmo com tudo que eu tinha. Quando fui nesse endócrino ele queria entrar com medicação; Aí eu digo para ai só um pouquinho, porque eu tô sentindo tanta coisa, tu vai me entrar com medicação, me dá um tempo, me dá seis meses, pedi.

Aí o cara não me deu, me deu quatro (meses)... Então o que que eu fiz? Mudei minha dieta e uma das coisas como era a disfunção de tireoide que tava eu tirei tudo que era de soja. E passei a ler tudo. Até o que que botam no presunto...Então tive que tirar, tirar, tirar. Voltei lá quatro meses depois e não tinha mais o diagnóstico.” P.5

“Eu tinha cistos nos seios. E aí uma médica...me ensinou. Depois de dois ou três meses que eu ia notar a diferença. Eu não precisaria tomar remédios da farmácia. Eu usaria o óleo de prímula. E aí ela me indicou e eu tomo sempre. Aí depois, um outro médico, ele disse “minha filha, se a mulher soubesse o bem que faz óleo de prímula tomaria sempre, porque ele é muito benéfico, ele termina com os cistos se tiver no corpo. E realmente, mesmo dos seios, nunca tive, nunca tive mais nada disso.” P. 2

Conforme comenta Saad *et al.* (2009) há relatos que o óleo de prímula (*Oenothera biennis* L.) possui um importante papel no alívio dos sintomas da TPM, isso se explica cientificamente devido a presença de ácido γ -linolênico (AGL), um ácido graxo essencial que é convertido em compostos análogos a hormônios (prostaglandinas), que regulam várias funções corporais. Dessa forma atuando positivamente, também, nos desconfortos da menopausa relacionados à redução estrogênica.

“Uma vez só eu comecei com os calorões, mas é que teve outra coisa, eu tava hipertensa e eu não sabia... Aí eu comecei a tomar um remédio, aí melhorou... comecei a entrar com clifenin. O clifenin é um fitoterápico, só porque ele é de ervas, aí eu tomei uns dois meses e parei, não senti nada”. P. 3

Clifenin é um fitoterápico feito a partir do rizoma da planta cimiçífuga (*Actaea Racemosa*) e é indicado para o alívio e atenuação dos sintomas da pré e pós-menopausa, como: rubor, ondas de calor, suor excessivo, palpitações e alterações depressivas de humor e do sono (WUTTKE *et al.*, 2003), em seu estudo duplo-cego demonstrou a melhora dos sintomas do climatério em mulheres tratadas com a planta, evidenciando uma melhora na frequência e intensidade dos sintomas.

“Eu tive enxaqueca, eu tive muito tempo enxaqueca e aí fiz tratamento com o Ricardo (médico) que foi quem curou minhas enxaquecas e ele dizia que 70% da minha enxaqueca era de fundo hormonal, eu tomei remédios (naturais) (...) mas eu tomei por outra coisa então isso tá, não me lembro não botei reparo nessa questão do tempo.” P.4

Menéndez (1994) afirma que ao conhecer a articulação realizada entre os conhecimentos médicos e os conhecimentos adquiridos através de outros meios, por um grupo específico, torna-se possível compreender qual é o seu tipo de conhecimento, que não pode ser classificado enquanto tradicional ou moderno, nem como científico ou não científico.

Nesse contexto, os profissionais da área da saúde são essenciais na ressignificação desse processo, bem como na transmissão de conhecimento, já que assistência a mulheres nesse período é quase inevitável (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007).

Nas falas a seguir, demonstra-se a influência dos médicos na prescrição e indicação de tratamento não hormonais (fitoterápicos) que trouxeram benefícios nesse período:

“Dois médicos indicaram óleo de prímula. Eu tomo há muitos anos. Então eu acho que me ajuda bastante. E não tem esse grande ressecamento. Eventualmente, claro, por conta da menstruação é natural que fique. Mas no transcorrer da vida sempre foi assim. Então eu não notei grandes mudanças ainda.” P.2

“Na época (tomei) isoflavona e tinha uma outra aquela capsula parece um ômega, óleo de prímula eu tomei. Me disse o Ricardo (médico) que isso ajudou nos calorões a diminuir né...” P. 3

A isoflavona é um fito estrógeno, que está presente no gérmen de soja. É um composto natural que liga aos receptores estrogênicos com atividade estrogênica. As evidências indicam, que ela diminui a intensidade e frequência das ondas de calor (sintomas vasomotores) em mulheres no período do climatério e menopausa. (HAN *et al.*, 2002; NAHÁS *et al.*, 2003).

Nenhuma das participantes relatou o uso de terapia de reposição hormonal, prática biomédica comum para os tratamentos dos sintomas, e que é duramente criticada pela G.N, que alerta para sua ampla divulgação sem a conscientização acerca dos seus efeitos colaterais, bem como seus efeitos apenas a curto e médio prazo (MARTÍN, 2015).

Percebe-se o crescente interesse das mulheres na utilização das terapias naturais, bem o interesse médico em tal abordagem, como demonstra Valadares (2008), ao afirmar que os médicos estão se mostrando confortáveis ao prescrever medicamentos não hormonais (fitoterápicos/homeopáticos) devido aos poucos riscos que podem trazer à saúde.

Este cenário cria um espaço ideal para o reconhecimento da utilização dos conhecimentos da GN, mesmo que de modo indireto, pois o movimento estimula a conscientização não só da naturalidade desse processo como

também da utilização de práticas naturais para a redução dos desconfortos como exercício físico, alimentação adequada e direcionadas para cada sintoma (sementes, frutas, leguminosas...) consumo de vitaminas, plantas medicinais, infusões, entre outros (MARTÍN, 2015), o que pode ser observado na prática das participantes.

No discurso de uma participante foi possível perceber que intuitivamente ela realizava exercício (caminhada) para o alívio de seus sintomas:

“Eu achava que eu tinha enxaqueca. Que era mais lateral. Então eu tinha que caminhar, Caminhar muito. Quando eu tinha essa dor de cabeça eu não podia comer. Eu tinha vontade de vomitar. Então eu não queria tomar tanta medicação. Eu tinha que caminhar pra passar...” P.5

O conhecimento ancestral, muito valorizado pela G.N na transmissão de saberes, também foi identificado na fala da mesma participante, evidenciando, também, a influência positiva da alimentação na melhora dos sintomas desse período:

“Minha sogra (...) ela dizia que tinha que tomar ou comer radite. Então eu comecei a introduzir o suco verde que eu boto o radite. Radite chama almeirão também. Ou então que também serve, mas é muito mais amargo, aquilo que a gente chama de dente de leão. Então esses calorões, eu não senti calorões. Eu precisava todo dia. Cada dois dias, três dias que eu não tomava esse suco verde com as ervinhas amargas, eu não conseguia ficar bem. Eu tinha alguma coisa, que o meu estômago tava embrulhado, ou eu tinha essa dor de cabeça que tinha voltado do lado, alguma coisa não tava legal se eu não tomasse...” P.5

O almeirão (*Cichorium intybus L.*) possui atividade estrogênica capazes de amenizar os sintomas do período do climatério e menopausa. Um estudo realizado por Garcia *et al.* (2010) em ratas com menopausa cirúrgica, comprovou a ação estrogênica da planta.

A G.N também aponta que cada mulher irá viver a transição do período fértil para o não fértil de maneira particular e que o preparo, conhecimento, saúde física e emocional são fundamentais nessa percepção (MARTÍN, 2015).

Santos, Borges, Santana (2010) afirmam que quando se conversa a respeito das alterações ou até mesmo qual o significado de menopausa, muitas mulheres mostram desconhecer sintomas e tratamentos, esquivando-se à discussão sobre o tema.

Pode-se perceber essa falta de clareza no que se refere à percepção das modificações desconfortos corporais foi constatado através das palavras “acho”, “não sei”, “não senti nada” como demonstrado a seguir:

“Eu acho que quando começou o processo do climatério e da menopausa eu achava que eu tinha...Como se diz aquilo que...Enxaqueca.” P.5

“Mas assim não tenho grandes mudanças ainda. Assim pêlo normal. Não tem grande ressecamento. Não sei se o óleo de primula ajuda muito.” P.2

“Eu olho e já tenho bastante mudança. Os fios (pelos corporais) já diminuíram bastante, embranqueceram também, parece que não, que é mentira, mais embranquece. Só que não dá pra pintar (risos). Então a gente vai vivendo com isso ne, mas não senti nada...” P.3

Diante do exposto, percebe-se que apesar das mulheres apresentarem um certo grau de desconhecimento em relação ao seu processo de climatério e da menopausa e ao reconhecimento das mudanças e desconfortos dessa fase, as mesmas estão abertas para uma melhor compreensão e correlacionam os saberes adquiridos através da medicina convencional, que se mostrou receptiva às abordagens naturais e alternativas, com seus saberes intuitivos e ancestrais, gerando um modo de autoatenção que permeado por saberes empíricos, trouxe resultados positivos para os desconfortos desse período da vida feminina.

7 Considerações Finais

Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres no período do climatério e menopausa buscam um cuidado mais natural para seus desconfortos e patologias e realizam uma prática de autoatenção que se assemelham ao que propõe a GN.

Porém, como aponta a GN, apesar do interesse demonstrado, percebeu-se que a conceituação, anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais, assim como os sinais, sintomas e terapêuticas utilizadas nesse período foram superficialmente descritos pelas mulheres. Apesar de algumas modificações corporais e sintomas terem sido reconhecidos pelas participantes, observou-se que não houve uma busca direcionada para os cuidados do climatério e menopausa, se não que, outras patologias vivenciadas nesse período acabaram levando ao consumo de fitoterápicos como: óleo de prímula, clifenin e isoflavona, em sua maioria por indicação médica, que trouxeram benefícios, também, para os desconfortos desse período.

Esses resultados obtidos contribuem para demonstrar o interesse cada vez maior em terapias naturais por parte das mulheres, bem como a abertura dos profissionais da área da saúde para essa nova forma de abordagem à saúde feminina, demonstrando a importância dos profissionais da saúde na construção desse saber, que se correlaciona com os outros que a mulher adquire ao longo da sua vida, criando sua forma de autoatenção.

Apesar dos fitoterápicos supracitados não terem sido prescritos diretamente para as possíveis sintomatologias do climatério e da menopausa, foi relatado melhora nesses quadros por parte das mulheres, como a GN já vem demonstrando

Observou-se também a realização de outras práticas estimuladas pela GN para este período da vida como: exercício físico (caminhadas), alimentação adequada e uso de plantas medicinais (Almeirão). Essas práticas foram realizadas de modo instintivo e após serem repassadas por pessoas mais velhas

(sogra), aportando alívio e benefícios nos desconfortos vivenciados nesse período

Além disso, relacionou-se as vivências da menarca e da medicalização vivenciadas ao longo do período reprodutivo com a percepção que as mulheres possuem do climatério e da menopausa, como propõe o pensamento da G. N. Percebeu-se, então, que apesar desses aspectos raramente serem levados em conta nas pesquisas sobre o tema, as falas demonstraram que possuem influência na percepção e relação dessas mulheres consigo e com o seu processo de climatério e menopausa.

Este estudo demonstra a complexidade da relação entre as vivências e conhecimentos que a mulher recebe ao longo da sua vida, com a compreensão e consciência do processo que é o climatério e a menopausa, evidenciando a necessidade de abordagens à saúde da mulher que contemplem esse período, ofertando um conhecimento capaz de gerar autonomia no climatério e na menopausa.

Compreender as formas de autoatenção da mulher no climatério e menopausa possibilitou reconhecer caminhos e saberes que possam agregar autonomia e saúde, como o que propõe a GN, contribuindo para a visibilidade da temática e uma maior discussão sobre o tema.

O referencial utilizado de autoatenção possibilitou evidenciar que as práticas utilizadas pelas mulheres estão ao encontro dos preceitos da GN na contramão da abordagem biomédica.

Como limites do estudo entende-se que o período de coleta de dados (após viver uma situação de enchente catastrófica), horário (expediente de trabalho), podem ter interferido no número de participantes mulheres, bem como a indisponibilidade de tempo para continuidade da roda de conversa. Portanto sugerimos que outros estudos sejam realizados para ampliar a discussão em consonância com o público interessado.

E por fim dizer que o estudo atingiu o objetivo de conhecer as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa sendo que estas avaliaram como positivo entender sobre a GN. E que o tema não se esgota com esta dissertação, mas contribui para ampliar o conhecimento sobre a GN na atenção primária de saúde.

Referências

ARAUJO, Aline Rodrigues de; CHAGAS, Rayane Kelly Ferreira das, LIMA, Israel Coutinho Sampaio. Terapias alternativas para os cuidados dos sintomas da menopausa: delineando possibilidades e desafios. **Revista Fun Care**, [S.l.], v. 12, p. 1267-1273, jan./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7967>. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7967/pdf_1. Acesso em: 27 jan. 2024.

ARAÚJO, Ivonete Alves de; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; Moura, Maria Aparecida Vasconcelos; PENNA, Lúcia Helena Garcia. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 114-122, mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j4wr57C9WfBdRfBC654gCnS/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2023.

ASSIS, Wagner Couto; BRITTO, Flávia Rocha; VIEIRA, Larissa de Oliveira; SANTOS, Eluzinete Sales dos; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; DUARTE, Ana Cristina Santos. Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-6, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7575>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7575>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BAKHTIARI, Soheila; PAKI, Somayeh; KHALILI, Arash; BARADARANFARD, Fereshteh; MOSLEH, Sorour; JOKAR, Mozhgan. Effect of lavender aromatherapy through inhalation on quality of life among postmenopausal women covered by a governmental health center in Isfahan, Iran: A single-blind clinical trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [S.l.], v. 34, p. 46-50, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.11.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388118303244>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BANAZESKI, Ana Claudia; LUZARDO, Adriana Remião; ROZO, Ana Júlia; SINSKI, Kassiano Carlos; PALOMBIT, Mateus Rodrigo; CONCEIÇÃO, Vander Monteiro da. Percepções de enfermeiros sobre a atenção ao climatério. **Revista de enfermagem UFPE online**, Pernambuco, v. 15, n. 1, p. 1-11, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245748>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/245748/37521>. Acesso em 22 ago. 2023.

BARCELÓ-PRATS, Josep; MENÉNDEZ, Eduardo L. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. **Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 273-276, 2011. Disponível em: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/248595>. Acesso em: 10 set. 2023.

BELKIS,Trench; SANTOS, Claudete Gomes dos. Menopausa ou Menopausas. Saúde e Sociedade, São Paulo, n. 14, v.1, jan.-abr. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WJgGfLxdL9rWM5jsQpWSYbv/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2024.

BERNARDES, Maria Marisa Gameiro. **Transição para a menopausa: das condições aos fatores sensíveis aos cuidados de enfermagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Faculdade de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, mar. 2014. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=I1dXABiQ>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; LUZ, Maria Hecker; KOHLRAUSCH, Sheila Cristina. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 60, n.3, p. 299-306, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a10.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2024.

BEZERRA, Danielle Rachel Coelho; PAULINO, Érica Tex; SANTO, Fátima Helena do Espírito; MAGALHÃES, Rafael da Silva; SILVA, Vanderson Garcia da. Uso das Práticas Integrativas e Complementares no período de isolamento social da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. 01-34, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9718>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9718>. Acesso em: 25 ago. 2023.

BEZERRA, Patricia Araújo; CAVALCANTI, Pauline, MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 01-17, mai. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rw4fbt4QXGdWFnJhgTrwG5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

BISOGNIN, Priscila; PRATES, Lisie Alende; PEREZ, Rhayanna de Vargas; BORTOLI, Cleunir de Fatima Candido de; WILHELM, Laís Antunes; SCHIMITH, Maria Denise. Saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 12, n. 2, p. 01-18, abr. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1415800/1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BOCCOLINI, Patrícia de Moraes Mello; BOCLIN, Karine de Lima Sírío; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira Boccolini. Prevalence of complementary and alternative medicine use in Brazil: results of the National Health Survey, 2019. **BMC Complementary Medicine and Therapies**. [S.l.], v. 22, n. 205, p. 01-11, ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03687-x>. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-022-03687-x>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BORGES, Maritza Rodrigues; MADEIRA, Lélia Maria; AZEVEDO, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2011. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS**: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 220 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/046pndstaid.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

Acesso em 15 de jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicina natural e práticas complementares PMNPC**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf. Acesso em: 20 de jun. de 2023

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

Acesso: 20 de jun. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em:

https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção a Mulher no**

Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:

https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 3 ago. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 de jun. de 2023

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.** Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 544, de 9 de maio de 2017.** Revoga a Resolução Cofen nº159/1993. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2017c. Disponível em: Acesso em: 04 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático:** práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Ofício circular Nº 2/2021**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em: 05 jan. 2024.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BmZ6PN6vDQyXgntsPXqWrRL/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CARVACHO, Ingrid Espejo; PINTO E SILVA, João Luiz; MELLO, Maeve Brito de. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [Internet], v. 54, n. 1, p. 29–35, jan. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/VWJ7BKCWd6ZyzfF4PZHSpJh/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CARVALHO, Sérgio R.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício D. da; ANDRADE, Henrique S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxvBQq/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

COSTA, Gabriela Maria C.; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 81-89, jun. 2007. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3913/art_GUALDA_Conhecimento_e_

significado_cultural_da_menopausa_para_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jun. 2023.

CHRISTMAS, Monica; JANSSEN, Imke; JOFFE, Hadine; UPCHURCH, Dawn; SANTORO, Nanette; KRAVITZ, Howard M. Menopause hormone therapy and complementary alternative medicine, quality of life, and racial/ethnic differences: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). **Menopause**, [S.l.], v. 29, n. 12, p. 1357-1364, dez. 2022. DOI: 10.1097/GME.0000000000002087. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9901179/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CURTA, Julia Costa; WEISSHEIMER, Anne Marie. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 41, p. 1-9, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PNXLw4JH78y8T64t6fRQ6NB/?lang=pt#>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DE ANDRADE, Leonardo Prates; MORAIS, Karla Cavalcante Silva de; SILVA, Carla Pequeno; TAVARES, Felix Meira. Percepção dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [S.l.], v. 12, n. 42, p. 718-727, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1483>. Disponível em: <https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/1483/2115>. Acesso em: 10 ago. 2023.

DEBERT, Guita Grin. Gênero e envelhecimento. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/%25x>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16288/14829>. Acesso em: 10 jul. 2023.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares de *et al.* Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-293, abr. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cyjGG4CsVRcZqzRtvZTHTSd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 03 ago. 2023.

DEPREE, Bárbara; HOUGHTON, Katherine; SHIOZAWA, Aki; ESTERBERG, Elizabeth; KING, Deanna D; KIM, Janet; MANCUSO, Shayna. Treatment and resource utilization for menopausal symptoms in the United States: a retrospective review of real-world evidence from US electronic health records. **Menopause**. [S.l.], v. 30, n. 1, p. 70-79, jan. 2023. DOI: 10.1097/GME.0000000000002095. Disponível em: https://journals.lww.com/menopausejournal/fulltext/2023/01000/treatment_and_resource_utilization_for_menopausal.11.aspx. Acesso em: 19 jan. 2024.

DIAS, Olinda Maria Graça Lopes. **Cuidar em enfermagem de saúde materna e obstetrícia: a sexualidade da mulher em fase de menopausa/climatério.**

2014. Relatório de estágio (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém/Portugal, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1400539>. Acesso em: 10 ago. 2023.

DIEGUEZ, Roberta Siqueira Mocaiber; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi; NUCCI, Marina Fisher. “Descolonizar o nosso corpo”: ginecologia natural e a produção de conhecimento sobre corpo, sexualidade e processos reprodutivos femininos no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 01-24, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21211a>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/tbhTVSyXCjhXhcqLJsSVSHv/#>. Acesso em: 10 set. 2023.

DINIZ, Fernanda Rodrigues. **Práticas integrativas e complementares ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde de Pelotas**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2020.

DINIZ, Fernanda Rodrigues; CEOLIN, Teila; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; CECAGNO, Diana. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 21, mar. 2022. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v21i0.60462. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/361500196_Praticas_integrativas_e_complementares_na_atencao_primaria_a_saude_Integrative_and_complementary_practices_in_primary_health_care. Acesso em: 10 jan. 2024.

ERNST, Edzard; POSADZKI, Paul. Alternative therapies for the management of menopausal symptoms. *In*: PANAY, Nick; BRIGGS, Paula; KOVACS, Gab. **Managing the menopause: 21st century solutions**. [S.l.]: Cambridge University Press, 2015. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=I0pLCgAAQBAJ&lr=&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s. Acesso em: 24 jan. 2024.

FARSHBAF-KHALILI, Azizeh; KAMALIFARD, Mahin; NAMADIAN, Mahsa. Comparison of the effect of lavender and bitter orange on sleep quality in postmenopausal women: A triple-blind, randomized, controlled clinical trial. **Women & Health**, [S.l.], v. 58, n. 8, p. 851-865, set. 2018. DOI: 10.1080/03630242.2017.1353575. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28749734/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FRIGO, Maiara; BARROS, Evayne de; SANTOS, Paola Cristine de Bortoli dos; KOEHNLEIN, Eloá Angélica. A Isoflavonas como tratamento alternativo na sintomatologia climatérica: uma revisão sistemática. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, v. 80, p. 1-14, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.53393/rial.2021.v80.37249>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/RIAL/article/view/37249>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra. 2007.

GARCIA-CERDE, Rodrigo; MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel de; SILVA, Leonardo F.; VALENTE, Juliana Y.; ANDREONI, Solange; SANCHEZ, Zila M.; REZENDE, Leandro F. M. Use of integrative and complementary health practices by Brazilian population: results from the 2019 National Health Survey. **BMC Public Health**. [S.l.], v. 23, n. 1, p. 02-12, jun. 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16083-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10268350/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GARCIA, Ramirys C.; LOUREDO, Valquíria F.; MATTEDI, Wanessa C.; JR., Robison P. Garcia. Ensaios biológicos do almeirão-roxo (*cichorium intybus* L.) e barbatimão (*stryphnodendron barbatiman martius*) em ratas com menopausa cirúrgica. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Goiânia, v. 7, n.1, p.16, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/9596/6652>. Acesso em: 10 set. 2024.

GILROY, Anne M., **Anatomia: texto e atlas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2024.

GOMES, Waldelene de A.; COSTA, Maria Conceição O.; SOBRINHO Carlito L.N.; SANTOS, Carlos Antonio de S.T.; BACELAR, Eloísa Barreto. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p.301-308, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/C4cyWtDhrd6k8wW4yYZ97KC/?format=pdf>. Acesso em: 03 ago. 2024.

GONÇALVES, Sheila Aparecida. **Climatério percepção das mulheres nessa nova fase da vida**. Tese de Especialização em atenção básica em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5007>. Acesso em: 10 ago. 2024.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES, Maria de Fátima. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 301-320, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00040>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zq6d5V4fFXMVz7n9qsScffG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 25 ago. 2023.

GROSGOUEL, Ramón. Decolonizing post-colonial studies and paradigms of political-economy: Transmodernity, decolonial thinking, and global coloniality. Transmodernity. **TRANSMODERNITY: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World**, Califórnia, v. 1, n. 1, mai. 2011. DOI:

10.5070/T411000004. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/21k6t3fq>. Acesso em: 03 fev. 2024.

GÜRLER, Meryem; KIZILIRMAK, Aynur; BASER, Mürüvvet. The Effect of Aromatherapy on Sleep and Quality of Life in Menopausal Women with Sleeping Problems: A Non-Randomized, Placebo-Controlled Trial. **Complementary Medicine Research**, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 421-430, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1159/000507751>. Disponível em: <https://karger.com/cmr/article-pdf/27/6/421/3897758/000507751.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2024.

GUTIERREZ, Alejandra Araya; SOTO, Maria Teresa Urrutia; VALDES, Baltica Cabieses. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar segun la etapa del periodo. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 12, n. 1, p. 19-27, jun. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441792003.pdf>. Acesso em 27 jul. 2023.

HAMODA, Haitham; PANAY, Nick; PEDDER, Hugo; ARYA, Roopen; SAVVAS, Mike. The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. **Post Reproductive Health**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 181-209, out. 2020. DOI: 10.1177/2053369120957514. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2053369120957514>. Acesso em: 20 jan. 2024.

HAN, Kyung K.; JR., Jose M Soares; HAIDAR, Mauro A; LIMA, Geraldo Rodrigues de; BARACAT, Lima Edmund C. Benefits of soy isoflavone therapeutic regimen on menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*. [Internet]. v. 99, n. 3, p. 389- 394, mar. 2002 Mar;99(3):389-94. DOI: 10.1016/s0029-7844(01)01744-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029784401017446?via%3Dihub>. Acesso em: 10 set. 2024,

HARRIS, Philip E; COOPER, K. L.; RELTON, C.; THOMAS, K. J. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population:a systematic review and update. **International Journal of Clinical Practice**. [S.l.], v. 66, n. 10, p. 924-939, out. 2012. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x>. Acesso em: 22 fev. 2024.

HERMOSA, Alicia Botello; MEJÍA, Rosa Casado. Menopausia y estereotipos de gênero: importancia del abordaje desde la educación para la salud. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 182-186, mar./abr., 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/13562>. Acesso em: 12 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população 2018:** Número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. [S.l.], 25 jul. 2018a. Agência de notícia IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 04 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** [S.l.], 26 abr. 2018b. Agência de notícia IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 04 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características gerais dos moradores 2020-2021.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 115 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957>. Acesso em 19 set. 2023.

JOHNSON, Alisa; ROBERTS, Lynae; ELKINS, Gary. Complementary and Alternative Medicine for Menopause. **Journal of Evidence-Based Integrative Medicine**, [S.l.], v. 24, p. 1-14, jan./dez. 2019. DOI: 10.1177/2515690X19829380. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2515690X19829380#bibr9-2515690X19829380>. Acesso em: 22 fev. 2024.

JUSTO, Cipriano. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal, v. 28, n. 2, p. 117-118, dez. 2010. DOI: 10.1016/S0870-9025(10)70001-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262658753_A_crise_do_modelo_biomedico_e_a_resposta_da_promoção_da_saúde. Acesso em: 18 ago. 2023.

KANTOVISCKI, Andréia Lara Lopatko. **A vivência do processo de menopausa para mulheres:** uma contribuição para a enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/11245/1/Andreia_Lara_Lopatko_Kantoviscki.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

KANTOVISKI, Andréia Lara Lopatko; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 567-570, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.7589>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7589/7878>. Acesso em: 23 jun. 2023

KAZEMZADEH, Rafat; NIKJOU, Roya; ROSTAMNEGAD, Masoumeh; NOROUZI, Hosein. Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial. **Journal of the Chinese Medical**

Association. Taiwan, v. 79, n. 9, p. 489-492, set. 2016. DOI: 10.1016/j.jcma.2016.01.020. Disponível em: https://journals.lww.com/jcma/fulltext/2016/09000/effect_of_lavender_aromatherapy_on_menopause_hot.5.aspx. Acesso em: 15 fev. 2024.

KHAN, Saira J.; KAPOOR, Ekta; FAUBION, Stephanie S.; KLING, Juliana M. Vasomotor Symptoms During Menopause: A Practical Guide on Current Treatments and Future Perspectives. **International Journal Womens Health**. [S.l.], v. 15, p. 273-287, fev. 2023. DOI: 10.2147/IJWH.S365808. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9938702/#_. Acesso em: 17 jan. 2024.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49–69, mar. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wbJxmgpRcpNXYjChnxzVWps/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2023.

LIMA, Luanda de Oliveira; GAUDENZI, Paula; JANNOTTI, Claudia Bonan. Manuais de Ginecologia Natural: associações, tensões e construção das concepções de saúde e cuidado no século XXI. **Global Academic Nursing Journal**, [Internet], v. 4, n. 1, p. 01-09, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200348>. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/398/714>. Acesso em: 05 ago. 2024.

LUCARIELLO, Giuseppe; CICIA, Donatella; CAPASSO, Raffaele. Pharmacological Studies on Traditional Plant-Based Remedies. **Biomedicines**, Switzerland, v. 9, n. 3, p. 01-04, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/biomedicines9030315>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9059/9/3/315>. Acesso em 13 set. 2023.

LUCENA, Leandro dos Reis; JUNIOR, Jair Guilherme dos Santos; TUFIK, Sergio; HACHUL, Helena. Lavender essential oil on postmenopausal women with insomnia: Double-blind randomized trial. **Complementary Therapies in Medicine**. [S.l.], v. 59, p. 01-09, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102726>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229921000674>. Acesso em: 12 jan. 2024.

LUZ, Madel Therezinha; BARROS, Nelson Filice de. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACHADO, Alessandra Vieira de Mello Bueno. **A competência da enfermeira para o cuidado ginecológico à mulher na Atenção Primária à Saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/71864/R%20->

%20D%20-
%20ALESSANDRA%20VIEIRA%20DE%20MELLO%20BUENO%20MACHAD
O.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 jun. 2023

MALLHI, Tauqeer Hussain; KHAN, Yusra Habib; KHAN, Amer Hayat; MAHMOOD, Qaisar; KHALID, Syed Haroon; SALEEM, Mohammad. Managing hot flushes in menopausal women: A Review. **Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan**, [S.l.] v. 28, n. 6, p. 460-465, jun. 2018. DOI: 10.29271/jcpsp.2018.06.460. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325445201_Managing_Hot_Flushes_in_Menopausal_Women_A_Review. Acesso em 16 abr. 2023.

MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 1, out. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552006000400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/4SXvxPYFB3GWs4V4s3vz7kN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

MARTINS, Géssica Faria; VIEIRA, Lucas Gabriel. Práticas integrativas e complementares para o bem estar da gestante. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**. [S.l.], v. 6, n. especial, p. 01-04, abr. 2018. Disponível em: <http://jornalold.faculadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/772/37>. Acesso em: 16 ago. 2023.

MARTÍN, Pabla Pérez San. **Manual introductorio a la Ginecologia Natural**. Buenos Aires: Ginecosofia ediciones, 2015.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (org.). **Na corda bamba da sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 340. Disponível em: <https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.

MEHTA, Jaya; KLING, Juliana M.; MANSON, JoAnn E. Risks, benefits, and treatment modalities of menopausal hormone therapy: Current concepts. **Frontiers in Endocrinology**, [S.l.], v. 12, p. 01-14, mar. 2021. DOI: 10.3389/fendo.2021.564781. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2021.564781/full>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MEINERZ, Nadia Elisa; SANTOS, Jhulia Nelly Dos. Ginecologia e colonialidade: intersecções de raça e sexualidade. **Interseções: Revista De Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 446-471, fev. 2023. DOI: 10.12957/irei.2022.73135. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/intersecoes/article/view/73135>. Acesso em: 13 set. 2023.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, México, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>. Acesso em: 10 set. 2023.

MENÉNDEZ, **Eduardo L.** Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/#>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MENÉNDEZ, Eduardo L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. **Salud colectiva**, Lanús, v. 1, n. 1, p. 9-32, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2023.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos, saberes e formas de atenção dos padecimientos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, Eduardo L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 442.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. **Desacatos**, Ciudad de México, n. 58, p. 104-113, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2023.

MINARDI, Daniele; D'ANZEO, Gianluca; CANTORO, Daniele; CONTI, Alessandro; MUZZONIGRO, Giovanni. Urinary tract infections in women: etiology and treatment options. *International Journal of General Medicine*, [Internet], v. 4, p. 333–343, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2147%2FIJGM.S11767>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108201/>. Acesso em 07 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 07 out. 2023

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n.40, p:139-153, 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia**: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia, 2019.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; CAVALCANTI, Ana Márcia Tenório Souza; AQUINO, Jael Maria de; SILVA, Rosalia Daniela Medeiros da; LIMA, Luciane Soares de. Círculo de cultura como metodologia para coleta de dados de pesquisa em enfermagem na interface com a educação em saúde. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte. **Anais eletrônicos** [...]. Disponível em: https://portal.eventosaben.org.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0630po.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 2, p. 177-187, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/RMLkMfGS8kgbvKnSFkWp9zn/?lang=pt>. Acesso em: 20 de jun. 2023.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e Políticas Públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, set. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/496GhNS9KLy9dtGBv5zHX8S/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de jun. 2023.

MUCIDA, Angela. O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice. Autêntica: Belo Horizonte (MG). 2006.

MURPHY, Michelle. Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement. **Feminist Studies**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 115-147, spring 2004. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3178561>. Acesso em 10 set. 2023.

NAHÁS, Eliana Aguiar Petri; NETO, Jorge Nahás; DE LUCA, Laurival A.; TRAIMAN, Paulo; PONTES, Anaglória Pontes; DALBEN, Ivete. Efeitos da isoflavona sobre os sintomas climatéricos e o perfil lipídico na mulher em menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [Internet], v. 25, n. 5, p. 337–343, jun. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HBfQRvzBcnTTDWv6CFZ9yTt/#>. Acesso em: 14 ago. 2024.

NASCIMENTO, Marilene Cabral de. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. *In*: LUZ, Madel Therezinha; BARROS,

Nelson Filice de. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 452.

NEVES-E-CASTRO, Manuel; BIRKHAUSER, Martin; SAMSIOE, Goran; LAMBRINOUDAKI, Irene; PALACIOS, Santiago; BORREGO, Rafael Sanchez; LLANEZA, Placido; CEAUSU, Iuliana; DEPYPERE, Herman; EREL, C. Tamer; PÉREZ-LÓPEZ, Faustino R.; SCHENCK-GUSTAFSSON, Karin; VAN DER SCHOUW, Yvonne T.; SIMONCINI, Tommaso; TREMOLLIÈRES, Florence; REES, Margaret. EMAS position statement: The ten point guide to the integral management of menopausal health. **Maturitas**, [S.l.], v. 81, n. 1, p. 88-92, mai. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512215000511>. Acesso em: 20 jan. 2024.

NIKJOU, Roya; KAZEMZADEH, Rafat; ASADZADEH, Firoozeh; FATHI, Razzag; MOSTAFAZADEH, Farideh. The Effect of Lavender Aromatherapy on the Symptoms of Menopause. **Journal of the National Medical Association**. [S.l.], v. 110, n. 3, p. 265-269, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2017.06.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0027968417300640>. Acesso em: 18 jan. 2023.

OLIVEIRA, Daiane Rocha de; ROCHA, Daniela Silveira; COLISSI, Janaína Colombo; SIFUENTES, Maúcha. A mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Anais da VI mostra científica do CESUCA**. Nova Cachoeirinha, RS, v. 1, n. 7, p. 01-12. 2013. Acesso em: 6 de ago. 2024.

OLIVEIRA, Daniele Calaça de; MENDONÇA, Maria Olívia Lima. Autoconhecimento e autocura na perspectiva da ginecologia natural. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. [S.l.], v. 18, n. 45, p. 01-09, dez. 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3853](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3853). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3853>. Acesso em: 24 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde**: evidências de hoje agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/mulheres-saude-evidencias-hoje-agenda-amanha.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPA); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. OPA; OMS, [S.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 10 out. 2023.

PATEL, Bijal; DHILLO, Waljit S. Menopause review: Emerging treatments for menopausal symptoms. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**. [S.l.], v. 81, p. 134-144, mai. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.010>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693421001668>. Acesso em 10 fev. 2024.

PEDRO, **Adriana Orcesi**; PINTO-NETO, Aarão Mendes; COSTA-PAIVA, Lúcia; OSIS, Maria José; HARDY, Ellen. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 484-490, ago. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NNjW7xJDSdZLZ34F8gQfNHw/#>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PEIXOTO, Lara Nery; ARAUJO, Mariane Fatima da Silva; EGYDIO, Carolina Andrade; RIBEIRO, Fernanda Elisa; FREGONESI, Cristina Elena Prado Teles; CARMO Edna Maria do. Perfil e intensidade de sintomas de mulheres no climatério avaliadas em unidades básicas de saúde de Presidente Prudente. **Colloquium Vitae**, [Internet] n. 7, v.1, p. 85-93, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5747/cv.2015.v07.n1>. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/issue/view/97>. Acesso em: 08 ago. 2024.

PEREIRA, Ângela Bete Severino; MARTINS, Cleusa Alves; PEREIRA, Milca Severino; LIMA, Jacqueline Rodrigues de; SILVA E SOUZA, Adenícia Custódia; REAM, Priscilla Santos Ferreira. Atenção ao climatério realizada por profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.13122>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v24n1/0104-3552-reuerj-24-01-e13122.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

PEREIRA, Magaly del Carmen; CÁRDENAS, María Hilda. Visión filosófica del cuidado humano en la mujer en la etapa del climatério. **Revista Enfermería: Cuidados Humanizados**, Montevideo, v. 8, n. 1, p. 22-34, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1795>. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000100022. Acesso em: 23 jul. 2023.

POSADZKI, P.; LEE, M.S.; MOON, T.W.; CHOI, T.Y.; PARK, T.Y.; ERNST, E. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by menopausal women: a systematic review of surveys. **Maturitas**, [S.l.], v. 75, n. 1, p. 34–43, mai. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.005>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23497959/>. Acesso em: 10 set. 2023.

POPAY, Jennie; ROBERTS, Helen; SOWDEN, Amanda; PETTICREW, Mark; ARAI, Lisa; RODGERS, Mark; BRITTEN, Nicky; ROEN, Katrina; DUFFY, Steven. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme. **ESRC Research Methods Programme**, Manchester, v. 1, p. 01-92, abr. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233866356_Guidance_on_the_conduct_of_narrative_synthesis_in_systematic_reviews_A_product_from_the_ESRC_Methods_Programme. Acesso em: 04 jan. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS (Pelotas). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022/2025. Pelotas, 2022a. Disponível em: https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

PREFEITURA DE PELOTAS (PELOTAS). **Lei n 7.122, de 11 de novembro de 2022**. Dispõe sobre a Política Pública de Assistência Social no âmbito do Município de Pelotas, e dá outras providências. Pelotas, 2022b. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/pelotas/lei-ordinaria/2022/713/7122/lei-ordinaria-n-7122-2022-dispoe-sobre-a-politica-publica-de-assistencia-social-no-ambito-do-municipio-de-pelotas-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 20 jan. 2024.

PROGIANTI, Jane Márcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-197, ago. 2004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder**, Eurocentrismo e América Latina. Buenos Aires: CLACSO. 2005.

RAIMUNDO, Juliana Soares; SILVA, Roberta Barbosa da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 109-116, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184>. Acesso em: 13 ago. 2023

ROCHA, Bruna Maria de Almeida; PEREIRA, Maria do Socorro Vieira; CARNEIRO, Jefferson Queiroz. Terapias complementares: fitoterapia como opção terapêutica no climatério e menopausa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. [S.l.], v. 16, n. 1, p. 16-25, abr. 2018. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/26>. Acesso em: 24 jan. 2024.

RODRÍGUEZ, Maribel Blázquez; GALLARDO, Eva Bolaños. Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 13, n. 2, p. 253-265, fev. 2017. DOI: [10.18294/sc.2017.1204](https://doi.org/10.18294/sc.2017.1204). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2017.v13n2/253-265>. Acesso em: 10 set. 2023.

ROHATSCH, Magdalena. ¿Estás venida? Experiencias y representaciones sobre menstruación entre niñas de 12 a 15 años. **AVATARES de la comunicación y la cultura**, [Internet], n. 6, p. 01-15, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.62174/avatares.2013.4813>. Disponível em:

<https://publicaciones sociales.uba.ar/index.php/avatares/article/view/4813/0>. Acesso em: 05 ago. 2024.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

RUELA, Ludmila de Oliveira; MOURA, Caroline de Castro; GRADIM, Clícia Valim Côrtes; STEFANELLO, Juliana; IUNES, Denise Hollanda; PRADO, Rogério Ramos do. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 4239-4250, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DQgMHT3WqyFkYNX4rRzX74J/?lang=pt>. Acesso em 20 de jun. de 2023

RUIZ, Elia del Carmen Martínez; POMPA, Carlos Alberto Tello. El cuidado de sí. consecuencias para la enfermería en la salud de la mujer en etapa de climatério. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería**, México/Peru, v. 3, n. 2, p. 35-40, mai. 2013. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/69/el-cuidado-de-si-consecuencias-para-la-enfermeria-en-la-salud-de-la-mujer-en-etapa-de-climaterio/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RYU, Eun Jin; CHOI, So Eun. The Effects of Auricular Acupressure Therapy on Sleep Disorder and Fatigue in Menopausal Women. **Research in Community and Public Health Nursing**, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 447-458, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2020.31.4.447>. Disponível em: <https://www.rcphn.org/journal/view.php?id=10.12799/jkachn.2020.31.4.447>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SAAD, Glaucia; LÉDA, Paulo Henrique; SÁ, Ivone; SEIXLACK, Antonio. **Fitoterapia Contemporânea: tradição e ciência na prática clínica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

SALEHI-POURMEHR, Hanieh; OSTADRAHIMI, IREZA; EBRAHIMPOUR-MIRZAREZAEI, Mehdi; FARSHBAF-KHALILI, Azizeh. Does aromatherapy with lavender affect physical and psychological symptoms of menopausal women? A systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [S.l.], v. 39, mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101150>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388120300220>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SAHNI, Sabrina; LOBO-ROMERO, Angie; SMITH Taryn. Contemporary Non-hormonal Therapies for the Management of Vasomotor Symptoms Associated with Menopause: A Literature Review. **Touch REVIEWS in Endocrinology**, [S.l.], v. 17, n. 2, p.133-137, nov. 2021. DOI: 10.17925/EE.2021.17.2.133. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8676100/#R7>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SALA, Núria Calafell. La ginecología natural en América Latina: un movimiento sociocultural del presente. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 59-78, set./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.04.a>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/xKk3mxv5Rt8nMRVB5sKN7KP/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SALA, Núria Calafell. Menstruación decolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-13, mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157907>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/sgNRqkpqRgWjfv56ywQYxpp/#>. Acesso em: 24 de ago. 2023.

SANTOS, Camila Damasio de Souza; BORGES, Bertha Lúcia Costa; SANTANA, Valdecir S. Assistência de enfermagem a mulheres no processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. [Internet], v. 7, n. 3, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.742>. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/742>. Acesso em: 05 set. 2024.

SANTOS, Mariana Alvina dos; VILERÁ, Aline Nascimento; WYSOCKI, Anneliese Domingues; PEREIRA, Flávia Helena; OLIVEIRA, Deíse Moura de; SANTOS, Vinícius Batista. Qualidade do sono e sua associação com os sintomas de menopausa e climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 74, n. 2, p. 01-07, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1150>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xyzpVC5jKNZc4nXxN6TxDgG/?lang=en#>. Acesso em: 4 jan. 2024.

SHEA, Alison K.; WOLFMAN, Wendy; SOARES, Claudio N. Guideline No. 422c: Menopause: Mood, Sleep, and Cognition. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Canada, v. 43, n. 11, p. 1316-1323, nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.009>. Disponível em: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(21\)00688-5/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(21)00688-5/abstract). Acesso em: 23 jan. 2024.

SILVA; Brenda da; SIOCHETTA, Thailene Martins; BERLEZI, Evelise Moraes. Plantas medicinais utilizadas para o tratamento de distúrbios associados à menopausa. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 19, n. 1, p. 147–161, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v1i1.33914>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/33914>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Estratégias para Desmedicalização na consulta de Enfermagem Ginecológica. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 127-130, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/6446. Acesso em: 11 nov. 2023.

SILVA, Maria Edna Bezerra; TORRES, Quitéria Silva do Nascimento; SILVA, Thaline Barbosa e; ARAÚJO, Cleide de Sousa; ALVES, Tayse Lopes. Práticas Integrativas e vivências em Arteterapia no atendimento a pacientes oncológicos em hospital terciário. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 721-731, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4458/3720>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SOARES, Glaucimara Riguete de Souza; CORTEZ, Elaine Antunes; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; SÁ, Selma Petra Chaves; SIMOES, Sonia Mara Faria. O cuidar em saúde mental: contribuições fenomenológicas acerca de mulheres trabalhadoras em situação de climatério. **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v. 31, n. 2, abr./jun. 2015. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000200006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2023.

SOARES, Glaucimara Riguete de Souza; SÁ, Selma Petra Chaves; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; SOUZA, Ivis Emília Oliveira; PENNA, Lucia Helena Garcia; ZVEITER, Marcele. O conhecimento produzido acerca de climatério, família e envelhecimento. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-6, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.32588>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/32588/26838>. Acesso em 23 jul. 2023.

SOSA SÁNCHEZ, Itzel A.; LERNER, Susana; ERVITI, Joaquina. Civilidad menstrual y género en mujeres mexicanas: un estudio de caso en el estado de Morelos. **Estudios Sociológicos**, Distrito Federal: México, v. 32, n. 95, p. 355-383, mai.-ago. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59840008005>. Acesso em: 04 ago.2024.

SOUZA, L.; ALMEIDA, J.; COELHO, M.; FLORE, L. Manual de Ginecologia Natural e Autônoma. Distribuição e acesso gratuito. Ed 1. Salvador - Bahia, Brasil, 2017.

SOUZA, Natália Lemes Siqueira Aguiar de; ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 149-165, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26430/18952>. Aceso em: 23 jun. de 2023.

TEDESCHI, Losandro Antonio. **As mulheres e a história: uma introdução teórico metodológica**. Dourados, MS: UFGD, 2012.

TELESI JR., Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, jan./abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 de jun. de 2023.

THE NORTH AMERICAN MENOPAUSA SOCIETY (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. **Menopause**, [S.l.], v. 29, n. 7, p. 767-794, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>. Disponível em: <https://www.menopause.org/docs/default-source/professional/nams-2022-hormone-therapy-position-statement.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

TORRES, Brena Cerqueira; REIS, Eduardo; PINTO, Lorene; SANTOS, Danielle; SERAFIM, Karina; LOPES, Maria Carolina; SANTOS, Rafael. História da Medicina Natural na Bahia. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **História da Medicina**: história das especialidades médicas clínicas. Salvador: EDUFBA, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36329>. Acesso em: 10 ago. 2023.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **World population ageing 2019**: Highlights. New York, USA: United Nations, 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3846855>. Acesso em: 03 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos**. Pelotas: Ed. da UFPEL, 2023. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/sisbi/normas-da-ufpel-para-trabalhos-academicos/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 161-171, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12315>. Acesso em: 23 jul. 2023.

VALLS-LLOBET, Carme. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. **Aequalitas: Revista Jurídica de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres**, [S.l.], n. 26, p. 38-45, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3212133>. Acesso em 10 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines**: report of a WHO Global survey. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241593237>. Acesso em: 10 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em:

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506096>. Acesso em: 12 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO international standard terminologies on traditional Chinese medicine**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/352306>. Acesso em: 10 ago. 2023.

WORLD NATUROPATHIC FEDERATION. **Naturopathic historical reference**. Canadá: World Naturopathic Federation, 2017. Disponível em: https://worldnaturopathicfederation.org/wp-content/uploads/2021/12/WNF_White_Paper_June-2017.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

WUTTKE, Wolfgang; JARRY, Hubertus; HAUNSCHILD, Jutta; STECHER Guenter, SCHUH, Markus; SEIDLOVA-WUTTKE Dana. The non-estrogenic alternative for the treatment of climacteric complaints: Black cohosh (Cimicifuga or Actaea racemosa). **The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology** [Internet], v. 139, p. 302-310, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.02.007>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23459142/>. Acesso em: 02 set. 2024.

YUKSEL, Nese; EVANIUK, Debra; HUANG, Lina; BLAKE, Jennifer; WOLFMAN, Wendy; FORTIER, Michel. Guideline No. 422a: Menopause: Vasomotor Symptoms, Prescription Therapeutic Agents, Complementary and Alternative Medicine, Nutrition, and Lifestyle. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Canada, v. 43, n. 10, p. 1188-1204, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.003>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-34390867>. Acesso em: 17 jun. 2023.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; DÍAZ-MEDINA, Blanca Alejandra. Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. **Journal of Nursing Health**, Pelotas, v.8, n. 1, p. 01-02, mai. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13654>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/13654>. Acesso em: 10 jan. 2024.

APÊNDICE

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem**

Pesquisa: “Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural”.

Pesquisadora: Mestranda Caroline Gurgel Lima

Telefone: (53) 981174593 E-mail: esmeraldadedalos@gmail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a. Rita Maria Heck

Telefone: (53) 981350950 E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-la a participar da pesquisa intitulada Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as práticas de autocuidado que são realizadas pelas mulheres no período de climatério e menopausa, informações que irão contribuir para a realização desta pesquisa. Para isso estou realizando dois encontros com mulheres a partir 40 anos e que frequentem o CRAS-Areal. Os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas.

Os dois encontros para coleta dos dados ocorrerão logo após a afirmativa para a participação da pesquisa e serão realizadas no CRAS-Areal, com data previamente estabelecida e informada. O conteúdo dos encontros será gravado e posteriormente transcrito e analisado. As cópias ficarão guardadas comigo e serão utilizadas somente por mim e a Prof.^a Dr.^a Rita Maria Heck.

As informações fornecidas serão mantidas em anonimato e sua identidade não será revelada em nenhum momento e você tem a liberdade de retirar seu consentimento em participar do estudo em qualquer momento sem prejuízo, mesmo após ter assinado este consentimento.

De acordo com a Resolução n° 466 de dezembro de 2012, item V, toda pesquisa com seres humanos pode causar diversos tipos de riscos. Não será realizado nenhum procedimento invasivo e/ou doloroso, mas, como toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos em tipos e gradações variados, os riscos desta pesquisa são mínimos e todos ligados a eventuais desconfortos que podem ser experimentados durante a participação dos encontros como cansaço, aborrecimento e/ou constrangimento, desconfortos provocados por relembrar memórias ou pela compreensão das possíveis restrições provocadas pelo climatério e menopausa, bem como, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre aspectos da sexualidade feminina, logo, se for da sua vontade, a participação poderá ser interrompida a qualquer momento. A participação poderá ser cancelada, se assim desejar. Nestes casos, se for do seu interesse,

encaminharemos o seu caso para a Unidade Básica de Saúde de referência para acompanhamento e encaminhamento psicológico adequado.

Esse estudo poderá trazer como benefício a possibilidade de participar de um momento de reflexão sobre a saúde da mulher no período do climatério e menopausa, no qual serão apresentadas informações que poderão auxiliar no autocuidado deste período da vida, bem como oportunizará que os seus saberes pessoais sejam reconhecidos e valorizados.

Pelo presente consentimento informada, declaro que fui esclarecida, de forma

clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. As pesquisadoras responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de

Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando

uma em meu poder e a outra com a pesquisadora responsável pela pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar mestrande Caroline Gurgel Lima no telefone (53) 981174593, e-mail esmeraldadedalos@gmail.com, a professora orientadora Profa. Dra. Rita Maria Heck, (53) 981350950, e-mail rmheckpillon@yahoo.com.br, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel (Telefone: (53) 3284-3822; cepfen@ufpel.edu.br).

Ciente disto, eu _____, aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ 2024

Participante da Pesquisa

Enf.^a Caroline Gurgel Lima

Prof^a Dr^a Rita Maria Heck

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de autoatenção no climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural.

Pesquisador: Rita Maria Heck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79086224.2.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.905.301

Apresentação do Projeto:

Estas informações foram retiradas na versão 2, submetida à Plataforma Brasil no dia 19 de junho de 2024. "Este Projeto de Dissertação de Mestrado que objetiva conhecer as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa que se correlacionam com a ginecologia natural na atenção primária à saúde. Participarão da pesquisa mulheres a partir de 40 anos, usuárias no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)-Areal localizado na zona urbana da cidade de Pelotas-RS. O estudo de abordagem qualitativa, utilizará a metodologia dos Círculo de Cultura de Paulo Freire e promoverá dois Círculos de Cultura para a sua coleta de dados, tendo como base teórica o modelo de cuidado de autoatenção de Eduardo Menéndez e a Ginecologia Natural."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Conhecer as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa que se correlacionam com a Ginecologia Natural na atenção primária à saúde."

Objetivos Secundários:

"Identificar as práticas de autoatenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa na atenção primária à saúde."

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3822

E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

**FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL**



Continuação do Parecer: 6.905.301

Correlacionar as práticas de auto atenção desenvolvidas pelas mulheres no período de climatério e menopausa na atenção primária à saúde com a Ginecologia Natural."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "os riscos desta pesquisa são mínimos e todos ligados a eventuais desconfortos que podem ser experimentados durante a participação dos encontros como cansaço, aborrecimento e/ou constrangimento, desconfortos provocados por relembrar memórias ou pela compreensão das possíveis restrições provocadas pelo climatério e menopausa, bem como, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre aspectos da sexualidade feminina, logo, se for da sua vontade, a participação poderá ser interrompida a qualquer momento. A participação poderá ser cancelada, se assim desejar. Nestes casos, se for do seu interesse, encaminharemos o seu caso para a Unidade Básica de Saúde de referência para acompanhamento e encaminhamento psicológico adequado."

Benefícios: "O estudo proporcionará às mulheres um momento de reflexão acerca da sua saúde no período do climatério e menopausa, que poderão auxiliar em suas práticas de autoatenção realizadas para os desconfortos desse período de vida, bem como oportunizará que os seus saberes pessoais sejam reconhecidos e valorizados."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um protocolo de pesquisa, versão 2, CAE 79086224.2.0000.5316, do tipo dissertação de mestrado, proveniente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPEL. A Pesquisadora atendeu as pendências em Parecer Consubstanciado emitido em 20 de maio de 2024. O Protocolo encontra-se em conformidade com a legislação vigente - Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

- Realizar devolutiva dos resultados da pesquisa as participantes, Unidade Básica de Saúde, e comunidade científica.
- Enviar relatório final da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPEL via Plataforma Brasil conforme prevê o item d do artigo XI da Resolução

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-3822

E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

