



**CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO: PERSPECTIVA
DESMEDICALIZADORA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
NURSING CARE IN THE CLIMATERIC: DEMEDICALIZING PERSPECTIVE IN PRIMARY HEALTH
CARE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CLIMATERIO: PERSPECTIVA DESMEDICALIZADORA DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Zulmerinda Meira Oliveira¹, Octavio Muniz da Costa Vargens², Sonia Acioli, Rosangela da Silva Santos³

RESUMO

Objetivo: analisar a contribuição do cuidado da Enfermagem à autonomia da mulher que vivencia o climatério, no contexto da APS numa perspectiva desmedicalizada. **Método:** revisão integrativa, abrangendo as bases de dados Lilacs, MEDLINE e BDNF, biblioteca virtual SciELO e portal do Ministério da Saúde. Foram encontrados 133 artigos, dos quais nove estavam repetidos, 58 apresentavam resumos incompletos, 55 não respondiam à temática. Apenas 19 artigos atenderam ao critério de inclusão. **Resultados:** identificaram-se três categorias: <<Cuidado à mulher no contexto das políticas públicas e programas de saúde no Brasil>>; <<Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para o cuidar/cuidado da Enfermagem à mulher no climatério>> e <<Perspectiva da atenção primária em saúde e o cuidado à mulher: a questão paradigmática>>. **Conclusão:** o estudo aponta a necessidade de urgência na (re)organização dos serviços de saúde, na perspectiva do autocuidado, para que as mulheres criem mecanismos de autonomia, a partir de estratégias desmedicalizadoras. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Climatério; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the contribution of Nursing care to the autonomy of the women who live the climacteric, in the context of PHC in an unmedicalized perspective. **Method:** integrative review, covering the Lilacs, MEDLINE and BDNF databases, SciELO virtual library and Ministry of Health portal. There were 133 articles, of which nine were repeated, 58 had incomplete abstracts, 55 did not respond to the theme. Only 19 articles met the inclusion criteria. **Results:** three categories were identified: << Care for women in the context of public policies and health programs in Brazil >>; << Primary Health Care as a gateway to care / Nursing care for women in the climacteric >>; and "Perspective of primary health care and care for women: the paradigmatic issue". **Conclusion:** the study points out the need for urgency in (re) organization of health services, with a view to self-care, for women to create mechanisms of autonomy, based on demedicalizer strategies. **Descriptors:** Primary Health Care; Climacteric; Nursing Care; Woman's Health; Obstetrical Nursing

RESUMEN

Objetivo: analizar la contribución de la atención de Enfermería a la autonomía de la mujer que experimenta el climaterio, en el contexto de la APS en una perspectiva desmedicalizada. **Método:** revisión integradora, que abarca las bases de datos Lilacs, MEDLINE y BDNF, biblioteca virtual SciELO y portal del Ministerio de Salud. Fueron encontrados 133 artículos, de los cuales nueve fueron repetidos, 58 fueron resúmenes incompletos, 55 no contestaban con el tema. Sólo 19 artículos atendieron al criterio de inclusión. **Resultados:** se han identificado tres categorías: << Atención a la mujer en el contexto de las políticas públicas y programas de salud en Brasil>>; << Atención Primaria de Salud como puerta de entrada para el cuidado de Enfermería a la mujer en el climaterio >>; y << Perspectiva de atención primaria de salud y el cuidado de la mujer: la cuestión pragmática >>. **Conclusión:** el estudio señala la necesidad de urgencia en la (re)organización de los servicios de salud, desde la perspectiva del autocuidado, para que las mujeres creen mecanismos de autonomía, a partir de las estrategias de desmedicalizadoras. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud; Climaterio; Atención de Enfermería; Salud de la Mujer; Enfermería Obstétrica.

¹Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: zulmerindameira@bol.com.br; ²Enfermeiro. Doutor. Professor Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br; ³Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Pesquisadora 1C e Coordenadora do CA-EF - CNPq. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: rosangelaufri@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este estudo evidencia os principais avanços dos programas e da política de atenção à saúde da mulher alcançados desde a segunda metade do século XX. Aborda a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado integral à mulher nesse contexto. Faz também uma alusão ao confronto paradigmático da medicalização e desmedicalização na perspectiva de um cuidado integralizado à mulher como usuária do SUS.

Desde a década de 70 do século XX, a saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública com a implantação de diversos programas que foram se consolidando ao longo dos anos. Esses programas apresentaram estratégias e evoluções surgidas de acordo com as necessidades da época,¹⁻³ no entanto, nem todas as ações foram positivas para o cenário materno-infantil.

Ao considerar que as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS, faz-se necessário analisar as questões relacionadas à sua saúde, incluindo as suas diferentes dimensões.² Assim, entende-se que saúde precisa ser percebida para além do simples acesso aos serviços ou à ausência de doença.

No contexto da APS, a mulher deveria ser considerada sujeito partícipe ativo do processo de cuidar em saúde, em especial, a que vivencia o climatério. É fundamental que essa mulher entenda dessa maneira o cuidar de si conhecendo a si mesma. O enfermeiro que cuida dessa mulher deveria adotar práticas libertadoras cujos saberes viessem a incentivar sua autonomia no cuidado e propor estratégias de incentivo e valorização da autoestima e da autonomia frente às mudanças que podem acompanhá-la nesta fase.

A valorização sobre a autonomia perante o corpo feminino perpassa pelo aprimoramento de um cuidado que permite recompor algumas características do processo de transformação desse corpo em objeto de saber e de prática. Assim, a história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico ainda é marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento tecnológico promovido pela aproximação da medicina, isto porque a prática médica é, sobretudo, uma prática intervencionista sobre o corpo, e estas questões são fundamentais para analisar como a medicalização se manifesta na transformação do corpo feminino.⁴

Ao considerar o cuidado da Enfermagem como elemento essencial nesse processo, os pesquisadores se preocuparam em construir este estudo. O mesmo pautou-se na seguinte questão norteadora: como o cuidado da Enfermagem contribui, no contexto da APS, para a autonomia da mulher que vivencia o climatério na perspectiva da desmedicalização? Para responder tal questionamento, definiu-se como objetivo: analisar a contribuição do cuidado da Enfermagem para a autonomia da mulher que vivencia o climatério, no contexto da APS, na perspectiva da desmedicalização.

MÉTODO

Revisão integrativa onde se buscou analisar livros, artigos em português, inglês e documentos oficiais do Ministério da Saúde disponibilizados na íntegra, em formato eletrônico, que reuniu e sintetizou, de maneira sistemática e ordenada, resultados de pesquisas a respeito do cuidado da Enfermagem para a autonomia da mulher que vivencia o climatério na APS na perspectiva da desmedicalização.

Para a realização da revisão, seguiram-se as etapas: identificação do tema; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos compreendidos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nas pesquisas analisadas. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e no portal do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: atenção primária à saúde; climatério; cuidado de Enfermagem; saúde da mulher; Enfermagem Obstétrica e suas respectivas combinações no idioma inglês "cuidado de enfermagem" AND "climatério"; "atenção primária à saúde" AND "climatério"; "cuidado de enfermagem" AND "enfermagem obstétrica"; "cuidado de enfermagem" AND "atenção primária à saúde"; "atenção primária à saúde" AND "enfermagem obstétrica".

O levantamento dos estudos ocorreu nos meses de setembro de 2015 e maio de 2016. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas originais referentes à temática, disponíveis on-line na íntegra e nos idiomas português e inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo nas bases de dados ou incompletos. A

partir da busca, encontraram-se 133 artigos, dos quais nove estavam repetidos, 58 apresentavam resumos incompletos e 55 não respondiam à temática. Para finalizar a busca, apenas 19 artigos entraram no critério de inclusão para a análise. Destes, três artigos foram encontrados nas bases de dados Lilacs e BDNF; um está nas bases de dados Lilacs, BDNF e MEDLINE; um, nas bases de dados

BDNF e MEDLINE; um, nas bases de dados Lilacs/HISA e os 13 restantes apenas na base de dados Lilacs. Há ainda três livros, uma Dissertação de Mestrado e, no site do Ministério da Saúde, foram identificados sete documentos, entre eles manuais, portarias e relatório que fazem referência à temática, observados nos quadros 1 e 2 a seguir:

Título	Objetivo	Principais Achados
O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica (5)	Identificar a busca das usuárias climatéricas do Sistema Único de Saúde por serviços e ações de saúde nos municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul	Procura por uma prática o direito constitucional da integralidade, preservando os direitos já conquistados pelas mulheres e ampliar os serviços assistenciais, para que possam corresponder, tanto quantitativa quanto qualitativamente, às demandas, às necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde das usuárias do sistema de saúde brasileiro
Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes(6)	Apresentar os principais avanços na área dos direitos sexuais e direitos reprodutivos alcançados na última década	As mulheres devem ter autonomia sobre sua sexualidade e seu corpo e o debate do aborto deveria ser guiado pelo bem comum da sociedade. Do ponto de vista da saúde pública, a situação atual de mortes de mulheres em plena capacidade reprodutiva é insustentável.
O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória (7)	Abordar o feminismo como um fenômeno abstratamente a emancipação feminina, se concretiza no âmbito de contextos sociais, culturais, políticos e históricos específicos	O feminismo no Brasil, nos anos 1970, como um movimento de mulheres que se configura em oposição à ditadura militar e que foi se desenvolvendo, nas décadas seguintes, dentro das possibilidades e limites que se explicitaram no processo de abertura política.
Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde (8)	Analisar, epistemologicamente, os pressupostos da promoção da saúde da PNAISM	A PNAISM apresenta-se de forma inovadora ao contemplar aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde, a fim de minimizar iniquidades existentes na saúde da mulher, atendendo grupos até então alijados da sociedade e áreas antes pouco assistidas.
Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras (10)	Debater o discurso das enfermeiras sobre o conceito da integralidade em saúde e como operacionalizar na prática a integralidade na Atenção Básica	Os resultados mostraram que as concepções que as enfermeiras possuem sobre integralidade estão diretamente relacionadas à prestação de assistência e que estas profissionais colocam a integralidade em prática ao executar seu processo de trabalho cotidiano.
The process of nurse’s work in integral assistance program to the women’s health (11)	analyzing the activities developed by the nurse in the management of Integral Assistance Program to Women’s Health in primary care network	although the nurses develop managerial, assistance and educational activities, it has not yet managed to achieve the goal of PAISM. the activities developed by nurses at health centers studied contemplate partially the comprehensive health care to women. It is suggested the expansion of practices compatible with the principle of completeness articulated to PAISM.
Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil (13)	Referência a inúmeros documentos que historicamente vêm expressando esse conceito e contribuindo para sua organização nos sistemas de saúde de todo o mundo	Foi considerado também o desenvolvimento da APS no Brasil desde o início do século XX até a atualidade. Analisa também o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde que se organizam no SUS na perspectiva de superar a fragmentação sistêmica existente, apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento.
Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde (15)	Avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS	Quanto ao PSF, foram expressas várias conotações positivas e o conjunto de percepções dos protagonistas identificaram-no como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.
Care in nursing: nurse knowledge of primary health care (16)	To identify the primary care nurses ' knowledge about the concept of care	It is considered that the nurses showed important features about the proposed theme, but had difficulties in defining the issue under study
Ações de atenção	Identificar as ações de	Os resultados indicam que essa população é

primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade (17)	cuidado em saúde dirigidas às mulheres na faixa etária dos 45 aos 60 anos em uma Unidade de Saúde da Família (USF)	atendida basicamente quando busca a unidade espontaneamente. Os/as profissionais reconhecem que seria importante organizar ações de promoção da saúde, porém, nem sempre é possível em virtude da quantidade de atividades diárias.
Interwining knowledge and care practices in climacteric (19)	To know the knowledge and care practices in climacteric of women enrolled in a Family Health Strategy of a municipality of the State of Rio Grande do Sul	To enable understanding about the fundamental knowledge and care practices to the health of women in climacteric period
O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização (20)	Analisa-se o termo medicalização nos estudos de Illich e Foucault, com vistas a oferecer ferramentas conceituais para o estudo dos movimentos contestatórios à medicalização.	Illich aborda a hipertrofia da medicalização na modernidade, ressaltando o efeito de redução da autonomia dos sujeitos, sobretudo pelo fato de as instituições médicas assumirem a responsabilidade de cuidar da dor, transformando seu significado íntimo e pessoal em um problema técnico. Foucault aborda a medicalização a partir da noção de biopoder e, quando trabalha a noção de governamentalidade, abre espaço para a análise das formas de resistência dos indivíduos ao exercício do poder.
Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática (21)	Discutir a inserção da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) na humanização e desmedicalização da assistência à mulher no município do Rio de Janeiro	Os resultados evidenciaram que a FENF/UERJ contribuiu para a humanização da assistência à mulher, o que ocorreu na implantação da consulta de Enfermagem no pré-natal de baixo risco, na qualificação de enfermeiras obstétricas para a rede municipal de saúde e no processo de criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho, demonstrando que os docentes tiveram papel relevante no processo de humanização e desmedicalização da assistência à mulher.
O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de Enfermagem (23)	Apresentar as estratégias pedagógicas de desmedicalização da assistência no ensino da Enfermagem na saúde da mulher adotadas na Faculdade de Enfermagem da UERJ.	Contextualiza o ensino na área e apresenta, à luz dos conceitos de Pierre Bourdieu, três esferas de atuação discente e docente neste processo.
Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução(25)	Identificar a recorrência do processo de naturalização como alicerce da medicalização do corpo feminino.	Destaca-se a importância do desenvolvimento e da complexidade da tecnologia - que afastam as classes populares das tomadas de decisão sobre o próprio corpo e a saúde reprodutiva - e da escola, sobretudo, em aulas de ciências e educação física para manter e perpetuar a hegemonia burguesa.
O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas (27)	Identificar o processo de construção do significado de desmedicalização para enfermeiras obstétricas.	Permitiu identificar o processo construindo o significado de desmedicalização. O respeito à Fisiologia, bem como não usar desnecessariamente práticas intervencionistas como rotina, constituiu os princípios da desmedicalização. A reflexão sobre sua vida e a caracterização da prática obstétrica hospitalar, como medicalizada, fizeram parte do processo mental das enfermeiras na desconstrução das habilidades adquiridas no modelo biomédico.
Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério(28)	Identificar informações de mulheres no climatério, seus sinais e sintomas e medidas de autocuidado realizadas	84% já ouviram falar o que é o climatério e 94% sobre menopausa, mas confundiam climatério com menopausa, terceira idade e doença. O climatério revelou-se como ansiedade, artralgias/mialgias e fogachos. Consideraram medidas importantes para a qualidade de vida: atividade física, alimentação saudável e evitar o tabagismo.
Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (29)	Descrever a evolução da atenção à saúde materno-infantil no Brasil desde o Estado Novo até os dias atuais	As políticas públicas de saúde materno-infantil foram definidas seguindo desde os princípios meramente reprodutivos até aqueles mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida. Nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, houve uma progressão no atendimento da saúde da mulher e da criança. No entanto, conclui-se que, apesar da evolução observada, o grande desafio ainda se encontra na redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil.
Mulher climatérica: uma proposta de cuidado	Dialogar entre os conceitos cuidar e educar e propor uma estratégia de educação em	Neste cenário, visualizaram-se os princípios de Paulo Freire como marco norteador para este desenvolvimento, por ele mostrar uma educação

clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas (30)	saúde como possibilidade de cuidado clínico de Enfermagem para mulheres no climatério baseada nos princípios educativos de Paulo Freire	dialogada, solidária, sem arrogância, articulando o saber científico com o conhecimento popular, traduzindo seu método em um trabalho coletivo.
---	---	---

Figura 1. Caracterização dos artigos encontrados nas bases de dados. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Titulo	Ano	Autor/ Fonte	Edição/Editora
A Expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina (26)	1975	Ivan Illich	Nova Fronteira/Rio de Janeiro
Saúde e Sociedade (22)	1976	Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira	Livraria duas cidades/ São Paulo
Portaria nº 569 institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (9)	2000	Ministério da Saúde	Brasil
Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (14)	2002	Ministério da Saúde	Lilacs
Manual de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (1)	2004	Ministério da Saúde	Brasil
Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (2)	2008	Ministério da Saúde.	Brasil
Relatório Mundial de Saúde. Atenção Primária em Saúde - Agora Mais do Que Nunca (12)	2008	Organização Mundial de Saúde	Brasil/UNESCO
Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Cegonha (3)	2011	Ministério da Saúde.	Brasil
Caderno de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco (18)	2012	Ministério da Saúde	Brasil
Medicalização e o Cuidado na Estratégia de Saúde da Família (24)	2014	Raquel Vaz Cardoso	UNICAMP/Campinas / SP
A medicalização do corpo feminino (4)	2015	Elisabeth Meloni Vieira	1. ed./ Fiocruz

Figura 2. Demonstração dos livros e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura e a análise dos textos/materiais selecionados permitiram identificar e agrupar três categorias, cujo conteúdo constitui o corpo deste estudo. 1) O cuidado à mulher no contexto das políticas públicas e programas de saúde no Brasil; 2) Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para o cuidar/cuidado da Enfermagem à mulher no climatério na perspectiva desmedicalizada; e 3) A perspectiva da atenção primária em saúde e o cuidado à mulher: a questão paradigmática (medicalização versus desmedicalização).

♦ O cuidado à mulher no contexto das políticas públicas e programas de saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde no Brasil foram instituídas nacionalmente por meio de vastas e complexas discussões que trouxeram contribuições significativas para o processo de transformação paradigmática na atenção à saúde da mulher. Entende-se que esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e que muitos avanços e ações de atenção à saúde da mulher já foram observados nesse contexto.

A saúde da mulher passou a ser incorporada às políticas nacionais a partir da década de 1970, sendo que nesta época o foco principal

era exclusivamente o ciclo gravídico-puerperal. Nesse período, a mulher era vista apenas do ponto de vista reprodutivo, ou seja, nos seus papéis sociais de mãe e dona de casa,¹ portanto, aspectos relacionados às desigualdades, às condições de vida, às relações entre homens e mulheres, aos assuntos associados à sexualidade, à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como à sobrecarga de trabalho das mulheres, eram ignorados.¹

Com forte apoio dos movimentos sociais e dos movimentos de mulheres, foi instituído, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no contexto da redemocratização do país e na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978). O referido programa trouxe o compromisso a ser firmado quanto às políticas relativas à saúde da mulher e à articulação ativa dos grupos organizados de mulheres que reivindicaram.⁵

Este foi o contexto em que se definiram as bases da atenção primária em saúde, na qual o foco do cuidado já se mostrava totalmente diferente das décadas de 1950 e 1960. Este programa adotava medidas para permitir o acesso da população feminina aos meios de contracepção e buscava integralizar o cuidado e apontar os princípios da integralidade e da

equidade, que mais tarde seriam reforçados pela criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁶

No Brasil, surgiram os movimentos de mulheres com força política e as ideias feministas que se difundiram no cenário social do país. Os grupos feministas alastraram-se por todo o país. Houve significativa participação do movimento feminista em associações profissionais, partidos, sindicatos, legitimando a mulher como sujeito social.⁷

Ainda na conjuntura destes movimentos sociais, verificou-se sua contribuição para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno-infantil.⁸

Em 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País.⁹ Entretanto, após a implantação do PHPN, verificou-se que o programa não teve o alcance esperado, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, insuficiência de leitos, associadas à deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais.⁹

Considerando a necessidade de mudança no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher que contemplassem os pressupostos da promoção da saúde, foi formulada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O intuito da política foi promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos da ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.⁶

Vale salientar que os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade. Esta política evidencia a preocupação em adotar ações de acordo com as necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis, o que não ocorreu na constituição das políticas anteriores.¹ A atenção à mulher passa a ter um caráter mais individual do que nas décadas anteriores, embora, em muitas regiões do país, essa atenção ainda seja fragmentada e a mulher permaneça sem atenção em outras etapas de sua vida.

Na tentativa de buscar um avanço na assistência à mulher e à criança, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2011, o programa Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma importante estratégia do governo federal, uma vez que objetiva a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno-infantil.³

Assim, a integralidade da assistência à saúde da mulher não é efetivamente contemplada em sua totalidade, pois o sistema de saúde ainda apresenta dificuldades em assisti-la nas áreas específicas como climatério e infertilidade. Nessa perspectiva, a PNAISM procurou estabelecer áreas prioritárias, enfatizando mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrentava dificuldades em atender à mulher nessas especificidades. Percebia-se, ainda, a exclusão de certos segmentos da sociedade, como a mulher fora do período de reprodução, bem como prostitutas e idosas continuavam excluídas das propostas de atenção à saúde.¹

A política de saúde da mulher oferece a ela o direito de se ver na sua integralidade como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas. Assim, à medida que ela é incluída nesse processo, há a garantia do atendimento de suas necessidades, aumentando a qualidade do cuidado na atenção primária à saúde.

Garantir a qualidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS) para a mulher, na perspectiva de integralidade, é garantir a humanização no sentido ampliado e se apropriar de ações de saúde. A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.¹⁰ Para tanto, é primordial a participação feminina mediante o controle social, de modo a promover discussões sobre ações voltadas para a mulher no climatério, além de exigir dos gestores de saúde estratégias de enfrentamento. Caso contrário, a verticalidade das decisões continuará a prevalecer sobre o nível da horizontalidade.

As estratégias adotadas na ampliação da assistência à saúde da mulher na atual política de saúde são, na sua maioria, as que acontecem na APS. Nessa perspectiva de intervenção ampliada, as ações dos

Oliveira ZM, Vargens OMC, Acioli S et al.

enfermeiros devem constituir-se em uma atenção que considere a mulher no seu contexto de vida. Ou seja, alguém com história e particularidades cujo cuidado aconteça a partir de suas demandas e necessidades em todas as fases do seu ciclo de vida.¹¹

♦ Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para o cuidar/cuidado da Enfermagem à mulher no climatério

A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como essencial à promoção, preservação e recuperação da saúde. Deveria configurar-se como porta de entrada no sistema, fundamentando-se no emprego de tecnologias e métodos práticos, cientificamente evidenciados e socialmente aceitáveis, de modo a torná-los universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios viáveis e, para eles, a um custo que tanto a sociedade, quanto o país possa arcar.¹²

A utilização do termo APS expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada por meio das unidades de saúde de um sistema que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Isto inclui, em muitos países e também no Brasil, as atividades de saúde pública.¹³ É senso comum também entender que é nessas unidades que se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Por isso mesmo, é onde deveria existir a capacidade para a resolutividade de uma grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

A APS é aquele nível do sistema de saúde que oportuniza a entrada do usuário de acordo com as suas necessidades, além de proporcionar atenção não direcionada somente para a enfermidade.¹⁴ Nesse contexto, a Enfermagem, como uma das profissões responsáveis pelo cuidado em suas diversas dimensões, vem (res)significando saberes e práticas de cuidado em saúde, buscando priorizar a discussão sobre os sentidos e significados relacionados à valorização dos sujeitos para a edificação de um novo modelo de atenção à saúde.¹⁵

Pelo fato de a Enfermagem adotar, como essência do seu trabalho, o cuidado, não pode abstrair das relações intersubjetivas e humanizadas que permeiam, na prática cotidiana dos serviços de saúde, os encontros com os usuários e famílias. Isto sem perder de vista o cuidado à mulher que vivencia o climatério. Diante da magnitude de mulheres

Cuidado de Enfermagem no climatério: perspectiva...

que o vivenciam, e da ausência assistencial para com esse grupo por parte dos serviços de saúde, pode-se dizer que esse é um grande desafio para as políticas de saúde da mulher.

O cuidado do enfermeiro à mulher no contexto da APS deve conferir possibilidades de liberdade e autonomia, além de consubstanciar um estilo de vida saudável e adotar mudanças de paradigmas para que esta entenda a concepção ampliada de cuidado em suas diversas dimensões como indispensável para a vida humana.¹⁶

A APS é a porta de entrada para os usuários do SUS. Na maioria das vezes, essa entrada se dá no momento da procura por um cuidado especializado. Na verdade, o acesso aos serviços especializados deveria ser estruturado e consequente a uma avaliação prévia, no âmbito do próprio sistema, a ser realizada pela atenção primária, de maneira efetiva e resolutiva. Assim, a existência de um serviço com tal grau de organização e efetividade facilitaria a formação de vínculo dos usuários, aumentaria a credibilidade e faria com que o sistema se retroalimentasse.¹⁷

Ainda nesse contexto, Garcia¹⁷ demonstra que os profissionais de saúde que atuam na APS têm consciência da importância de desenvolver ações específicas de atenção à mulher no climatério no próprio contexto da APS. Contudo, uma multiplicidade de fatores contribui para que essas ações não sejam priorizadas, como a falta de tempo e a necessidade de atender a outras prioridades estabelecidas.

O desenvolvimento de programas ou ações educativas pode exercer papel relevante na atenção à mulher no climatério e é estratégia frequentemente adotada pela APS. Assim, no cumprimento de seu papel de educador, a/o enfermeiro deve desenvolver ações que favoreçam o empoderamento da mulher nessa fase da vida. Tais ações devem oportunizar à mulher entender e valorizar sua autoestima, além de instituir sua autonomia como sujeito de autocuidado do seu próprio corpo.¹⁸ É importante que o cuidado da enfermagem a essa mulher exerça função motivadora no sentido de encorajá-la a assumir protagonismo nesse processo.

O climatério não é determinado unicamente pela cronologia ou pela interrupção da menstruação, mas pelas condições socioculturais em que está inserida a mulher, de modo que as modificações variam de acordo com a cultura, status socioeconômico e fatores individuais.¹⁹

Nessa perspectiva, com a opção pelo modelo desmedicalizado e o emprego de

práticas libertadoras, a Enfermagem pode contribuir sobremaneira para que a mulher possa se ver como sujeito de direitos e deveres para consigo mesma, autônoma e com sua autoestima elevada. O enfermeiro da APS deve assumir a responsabilidade de associar saberes e práticas diversas de tal maneira que deixe, em suas ações de cuidado, as marcas de atitudes esclarecedoras sobre as mudanças dessa nova fase da vida da mulher para que ela mesma possa vivenciar o climatério como um processo natural da vida.

♦ A perspectiva da atenção primária em saúde e o cuidado à mulher: a questão paradigmática (medicalização *versus* desmedicalização)

O termo medicalização surge no início na década de 1960, no campo da sociologia da saúde, e se consolida como um importante paradigma no interesse e desenvolvimento de pesquisas. Com o enorme crescimento do número de problemas da vida que eram definidos em termos médicos, os estudiosos denunciavam o aumento do raio de ação da medicina, que ultrapassava o campo habitual de ação direta sobre as doenças.²⁰

A medicalização pode ser entendida como extensão de práticas médicas, por meio do cuidado médico individual. Pode ser entendida ainda como a instauração de um tipo de saber médico e como a invenção de anormalidades e patologias que desnaturalizam a vida cotidiana. O processo de medicalização está também subentendido ao poder simbólico que os profissionais médicos detêm, apresentado como o poder de fazer ver e fazer crer, atribuindo uma visão e o reconhecimento desse poder, que passa a ser visto como natural, tanto por quem exerce o poder, quanto por quem a ele está submetido, o que sustenta e reforça a supremacia desses profissionais no campo social e da saúde.²¹

Distingue-se a medicalização da sociedade em dois sentidos: o primeiro relaciona-se ao campo da normatividade da medicina, no que tange às representações de saúde e dos meios para obtê-la, e o segundo compreende medicalização ainda como ampliação quantitativa dos serviços médicos e inserção cada vez maior das populações ao cuidado médico individual.^{4,22}

O processo de medicalização da sociedade é entendido de diversas maneiras. A primeira como uma expansão da prática médica que acompanhou o modelo biomédico e capitalista de produção da sociedade. A segunda permeia entre o saber médico como fenômeno da medicina que está atrelado às condições e possibilidades de um novo tipo de saber. E

uma terceira como um componente de desvios e doenças que desnaturalizam a vida cotidiana, deixando as pessoas em desarmonia com seu meio, tornando a medicina dominante da sociedade.²³

A dominação da sociedade pelo saber médico, associada ao uso indiscriminado da medicalização, tem levado a sérios enfrentamentos de outros profissionais que não o médico para a superação desta ordem. Assim, vale ressaltar que outras categorias profissionais, em especial a Enfermagem, tomaram para si a tarefa de pesquisar a moralidade social e refletir durante suas práticas sobre esta moral.⁴ Nesse momento, a medicina começa a enfrentar a perda de um certo monopólio, tendo os meios de comunicação como responsáveis à disseminação de valores padronizados por uma sociedade.

A medicalização da sociedade é um fenômeno em franca expansão em todo mundo, que tem como marco inicial o surgimento da medicina moderna entre o final do século XVIII início do século XIX, paralelo ao processo da industrialização e a organização das sociedades, principalmente no que diz respeito aos modos de vida. Atualmente, ao falar de medicalização, pode-se referir aos diferentes processos sociais conjecturados por diversos sujeitos envolvidos, não restritos à medicina enquanto instituição e núcleo de saberes e práticas.²⁴

A medicalização do corpo feminino está intimamente relacionada à visão da prática médica e traz consigo uma questão fundamental para a compreensão de sua natureza que está relacionada a reprodução focalizada na mulher e na necessidade da sociedade de controle da população.⁴

A estratégia biopolítica de dominação, mantida por meio da medicalização, provoca, no interior das pessoas, um nível de ambiguidade, sobretudo evidenciado nas mulheres. A medicalização do corpo feminino atravessa os séculos. Compreende uma forma de controle social, por meio do qual padrões de comportamento e diferenças de classe social são ordenados/redescritos, mantendo a supremacia e desigualdades de gênero e de classe.²⁵

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, sobretudo em sua biologia e, por meio dela, a sua condição feminina será naturalizada. A medicalização do corpo feminino e o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na/da medicina. A mulher no climatério

Oliveira ZM, Vargens OMC, Acioli S et al.

Cuidado de Enfermagem no climatério: perspectiva...

não sofre de uma doença e sim de uma carência hormonal. Assim, essa mulher tem a possibilidade de superar esse processo como naturalização desta fase de sua vida.⁴

A desmedicalização perpassa pelas dimensões do direito e da liberdade de ordenamento público da saúde²⁶ e somente com a desmedicalização se reduzirá a dimensão das terapias heterônomas e, assim, o sujeito poderá resgatar sua autonomia. Desse modo, admite-se que o direito à saúde como liberdade tem um horizonte mais amplo e precede o direito ao acesso aos serviços heterônomos, assegurando que é exatamente o reconhecimento dessa prioridade o essencial para que a produção de serviços de saúde seja mantida em níveis que não causem iatrogênese.²⁰

O processo de desmedicalização revela que toda mulher tem um poder invisível de autonomia, e este processo invade as estruturas mentais das mulheres sem que elas percebam, não se reconhecendo como detentoras de uma estrutura de poder que as coloca em desvantagem diante dos homens. As tecnologias não invasivas de cuidado de Enfermagem são um exemplo de desmedicalização. Estas são definidas como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado.²⁷ Desmedicalizar significa apresentar para as mulheres outras alternativas de cuidado, oferecendo o direito de escolha da mulher à autonomia, abolindo o raciocínio clínico-médico como única alternativa, entretanto, sem excluir o profissional ou práticas médicas do cuidado.²⁷

A APS é o primeiro nível de contato dos sujeitos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Esta pode proporcionar a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à promoção da saúde,¹² portanto, é indispensável que seja também o local de praticar o cuidado à mulher na perspectiva desmedicalizadora.

O cuidado dispensado à mulher no contexto da APS se configura em estratégia voltada mais para a utilização indiscriminada da “medicalização do corpo”, de forma que a mulher não é percebida como um ser que tem suas necessidades específicas. Esta condição é antagônica quando se sabe que a atenção à saúde deve ser oferecida na preservação do potencial saudável do sujeito.

A qualidade de atenção à saúde da mulher deve estar relacionada a um conjunto de

fatores que englobam os aspectos psicológicos, sociais, biológicos, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica superar o enfoque biologicista, medicalizador e hegemônico nos serviços de saúde e adotar o conceito de saúde integral na perspectiva desmedicalizada, além de implementar saberes e práticas da Enfermagem, respeitando as experiências vivenciadas pelas mulheres no climatério.¹

Entende-se que as mudanças e transformações vivenciadas pela mulher no climatério podem ser mais facilmente enfrentadas e superadas por ações de promoção e educação em saúde. O sistema de saúde vigente ainda privilegia a assistência curativa e observa-se ainda uma tendência da “medicalização” na atenção oferecida. Vale salientar que a informação e a educação para a saúde, na perspectiva de um cuidado desmedicalizado, e a participação ativa da mulher nas decisões sobre o cuidado com seu corpo não são práticas presentes no cotidiano dos serviços de saúde.²⁸ A mulher, sujeito de um processo de transformação constante durante a fase do climatério, impulsiona o profissional para os saberes e práticas nesse contexto e faz com que este aprimore o saber/fazer e a sua maneira de atuar no processo da desmedicalização, contemplando as suas necessidades.

As relações construídas pela Enfermagem para produzir cuidado requerem uma reflexão crítica das dimensões nos campos político, social, organizativo e técnico. Outros elementos importantes, como crenças, relações de gênero, religiões, éticas, entre outras, buscam as interfaces com a racionalidade científica do saber/fazer cuidado.²⁹ Nesse contexto, a Enfermagem deve buscar se ancorar nos saberes e práticas do cotidiano da profissão para dar conta desse emaranhado de situações que mexem, muitas vezes, com o emocional da mulher e a encorajam para um agir desmedicalizador.

As modificações corporais relacionadas ao climatério se apresentam de maneira e intensidades diferentes entre as mulheres, repercutindo nos seus sentimentos, na sua qualidade de vida, no trabalho, nas relações familiares e até grupais.⁵ Assim, apesar dessas modificações serem comuns por envolver muitas mulheres, é singular diante das particularidades, das vivências e suas necessidades, portanto, promover estratégias de desmedicalização como um processo de (re)adaptação social e cultural, e pode ser uma alternativa de cuidado para estas mulheres nos aspectos relacionados aos fatores individual e coletivo.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, dentre os quais, os enfermeiros, poderão se utilizar de estratégias desmedicalizadoras em saúde e apontar caminhos para o autocuidado à mulher como alternativa de participação ativa, na intenção de promover autonomia, como percurso da sua realidade de vida.³⁰

Entendendo que o climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e que muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático pelo enfermeiro na perspectiva desmedicalizada visando à promoção da saúde¹ e dando à mulher poderes de liberdade e autonomia. Nesse sentido, o cuidado da Enfermagem, no contexto da APS, contribui significativamente para a mulher que vivencia o climatério, a partir do momento que este cuidado se torne uma ferramenta da sua própria autonomia e liberdade para consigo mesma.

CONCLUSÃO

O estudo aponta para a necessidade de uma atenção à mulher que vivencia o climatério, considerando este como um processo fisiológico, parte de seu ciclo vital. Sinaliza também para uma urgência na (re)organização dos serviços de saúde na/da atenção primária, na perspectiva do autocuidado, no sentido de colaborar para que as mulheres criem mecanismos de autonomia nessa fase da vida, a partir de uma perspectiva desmedicalizadora.

Durante a construção deste estudo, foi possível perceber ainda que a atenção à saúde no contexto da APS e a práxis do enfermeiro ainda andam na contramão no que tange ao cuidado à mulher no climatério em várias regiões do país. No entanto, é preciso propor a formação de grupo de autoajuda para que essas mulheres encontrem espaços para discutir coletivamente suas necessidades individuais e coletivas, no âmbito da atenção primária à saúde. A criação de espaços que fomentem o debate sobre o climatério é de fundamental importância. Afinal, nestes espaços, as mulheres podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre este processo do ciclo vital e outros assuntos que envolvam a saúde da mulher.

Vale salientar que a escassez de serviços e ações de saúde à mulher no climatério na/da atenção primária em saúde pode provocar reações e impactos negativos nessa fase do seu ciclo vital. Por isso, necessita-se de um maior compromisso e envolvimento com a

qualidade da assistência nessa fase da vida, por parte dos enfermeiros.

Cabe, então, a todos aqueles que atuam direta ou indiretamente nos serviços da atenção primária atentar às necessidades de um cuidado humanizado na perspectiva da autonomia da mulher que, consequentemente, contribuiria para a desmedicalização. Oportunizar o intercâmbio de experiências e conhecimento é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo do climatério.

Apesar das conquistas de cidadania verificadas a partir da década de 70 no século XX, ainda é preciso romper preconceitos arraigados em diversos segmentos da sociedade para que, assim, se alcancem melhores condições de vida e saúde da mulher brasileira, em especial, no climatério.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2016 May 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011: institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
4. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015.
5. Pereira QLC, Siqueira HCH. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2015 Oct 25];13(2):366-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a18.pdf>
6. Temporão JG. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. Cienc Cult (São Paulo) [Internet]. 2012 [cited

Oliveira ZM, Vargens OMC, Acioli S et al.

Cuidado de Enfermagem no climatério: perspectiva...

2016 May 25];64(2):21-3. Available from: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a11v64n2.pdf>

7. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Rev Estud Fem [Internet]. 2004 May/Aug [cited 2016 May 30];12(2):264. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23959.pdf>

8. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no Contexto da Promoção da Saúde. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 02];11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>

9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria no 569, de 1º de julho de 2000. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2016 May 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

10. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2016 May 26];45(5):1135-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>

11. Romão TA, Fernandes LTB, Abreu SS, Araújo EMNF, Costa MBS. The process of nurse's work in Integral Assistance Program to the women's health. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 May 28];9(10):1418-26. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7023>

12. World Health Organization. The world health report 2008 : primary health care now more than ever [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2015 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

13. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde soc [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2015 Oct 10];20(4):867-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext

14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002 [cited 2015 Oct 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf

15. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 15];16(Supl 1):881-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>

16. Fabri ACOC, Alves MS, Faquim LJ, Oliveira MLL, Freire PV, Lopes FN. Care in nursing: nurse knowledge of primary health care. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 28] 7(2):474-80. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2911/pdf_2028

17. Garcia NK, Gonçalves R, Brigagão JIM. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2015 Oct 15];15(3):713-21. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a13.pdf

18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

19. Bisognin P, Alves CN, Prates LA, Bortol CFC, Wilhelm LA, Ressel LB. Interwinning knowledge and care practices in climacteric. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 July [cited 2016 May 29];9(7): 8613-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7702/pdf_8206

20. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Interface comum, saúde educ [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 May 26];16(40):21-34. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180122635024>

21. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2016 May 26];17(2):182-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf>

22. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria duas cidades; 1976

23. Vargens OMC, Progiante JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 [cited 2016 May 27];38(1):46-0. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/06.pdf>
24. Cardoso RV. Medicalização e o Cuidado na Estratégia de Saúde da Família [dissertação] [Internet]. Campinas: Unicamp; 2014 [cited 2016 May 28]. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000605.pdf>
25. Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. Interface comunic, saúde educ [Internet]. 2006 July/Dec [cited 2016 May 30];10(20):363-80. Available from: <http://www.redalyc.org/html/1801/180114101007/>
26. Illich I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
27. Vargens OMC, Progiante JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2016 May 27];42(2):339-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a17.pdf>
28. Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. Rev Rene [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2015 Oct 15];11(1):161-71. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/366/pdf>
29. Cassiano ACM, Carlucci EMC, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. RSP Brasília [Internet]. 2014 Apr/June [cited 2016 May 26];65(2):227-44. Available from: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>
30. Vidal CRPM, Miranda KCL, Pinheiro PNC, Rodrigues DP. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 July/Aug [cited 2015 Oct 02];65(4):680-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400019

Submissão: 12/07/2016

Aceito: 08/01/2017

Publicado: 15/02/2017

Correspondência

Zulmerinda Meira Oliveira
Rua José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro Jequiezinho
CEP: 45206-190 – Jequié (BA), Brasil