

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Saúde da Família
Turma Contagem

Rosangela de Fátima Ferreira da Silva

Implantação de Atividades Educativas sobre o Climatério
na Equipe de Saúde da Família 54 - Estrela Dalva

Trabalho de Conclusão do curso apresentada à
Universidade Federal de Minas Gerais, como
parte das exigências para obtenção do título de
especialista em saúde da família

Orientadora: Profª Drª Geraldo Cunha Cury

Contagem – MG

2010

Resumo

O climatério designa, basicamente, o ciclo da mulher caracterizado pelas mudanças hormonais (diminuição de estrogênio e progesterona), alterações vaginais e cessação da menstruação (menopausa). Representa a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, com conseqüências sistêmicas e potencialmente patológicas. Admite-se que este é um período difícil, sem exceção, um período de mudança e que é importante não se negar o evento em si e enfrentá-lo. O Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) orientações específicas à assistência ao climatério, objetivando universalizar os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde. Indica basicamente uma propedêutica médica, orientação dietética e orientação para programas para melhoria da qualidade de vida. Devem ser oferecidas, nas atividades orientações sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas. O projeto tem como objeto “a mulher no climatério” e, como objetivo, implantar atividades educativas sobre o climatério na equipe de saúde da família, de forma a criar uma oportunidade da mulher a ser inserida no serviço de saúde e atender às suas demandas neste ciclo de vida; realizar um estudo de revisão bibliográfica sobre as alterações biopsicossociais no período do climatério, proporcionando maior familiaridade com o fenômeno em questão. Após estabelecer uma revisão de literatura

considera-se que as alterações da fase do climatério interferem na qualidade de vida da mulher, e que os serviços de saúde precisam adotar estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério. Isto é, evitar ocasiões em que as mulheres entram em contato com os serviços e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção e ou recuperação.

Palavras-chave: Climatério; Menopausa; Mulher.

Sumário

1 – Introdução

2 - A situação de saúde da mulher

3 - O climatério:

- Repercussões do climatério
- Qualidade de vida no climatério
- Cuidados à saúde no climatério

4 – A Dinâmica do grupo operativo

5 – Objetivos

6 – Caracterização do problema

7 – Plano de trabalho

8 – Cronograma

9 – Resultados esperados

10 – Indicadores de monitoramento e avaliação

Referências Bibliográficas

1 – Introdução

Quanto mais entendemos a realidade da vida da população mais percebemos como que o saber popular, é um saber elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade. Ao mesmo tempo está cada vez mais claro que o saber dos cientistas e dos técnicos está encharcado para explicar toda a variedade da realidade (Vasconcelos, 1997).

Para construção de uma atenção á saúde integral e adequada ás condições de vida da população é preciso promover a aproximação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os sujeitos sociais.

A assistência de saúde na rede básica brasileira concentra-se, ainda, em ações curativas resultante da formação dos profissionais de saúde e na valorização da atenção imediatista que gera lucro e que transformam a saúde em mercadoria. Atendimentos de saúde que antes eram vivenciados na rede básica, sem necessidades de exames ou medicação, passaram a depender cada vez mais de intervenções médicas especializadas. O perverso neste tipo de assistência de saúde é que se consolidou o modelo que fragmenta o indivíduo.

Segundo o Ministério da Saúde, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se

traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação dos usuários, no fortalecimento da capacidade dos indivíduos frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

Segundo Mantamala (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências dos usuários com sua saúde. Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

Na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais e é com base nisso que se distinguem os papéis do homem e da mulher na família, na divisão do trabalho, na oferta de bens e de serviços. Em função da organização social das relações de gênero, homens e mulheres estão expostos a padrões distintos de adoecimento, sofrimento e morte.

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando

crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos; elas são também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades.

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas

visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Parte dos temores das mulheres se relaciona ao desconhecimento do presente e do futuro dos eventos do climatério. Portanto, é necessário que o profissional da saúde tenha disponibilidade para prestar esclarecimentos. No atendimento de saúde da mulher é preciso o trabalho em conjunto de uma equipe interdisciplinar, oferecendo informações detalhadas sobre seu estado de saúde e o que está ocorrendo em sua vida nesta etapa, considerando-as na posição de agentes ativos, desenvolvendo a capacidade de refletir e falar sobre os procedimentos e condutas recomendadas.

2 - A situação de saúde da mulher

O Brasil, nas últimas décadas, passou por importantes transformações na estrutura e dinâmica da sua população, com a diminuição progressiva da mortalidade em geral e uma queda abrupta da taxa de fecundidade, que passou de 5,8 filhos por mulher em 1970, para 2,3 em 2000, trazendo a taxa de crescimento populacional para 1,4% ao ano. A população ficou mais velha e diminuiu o número de jovens. O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de 54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência na população idosa, e maiores demandas para a previdência social.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;

- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

Segundo Corral (2000), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores devem ser analisados para se identificar este fenômeno. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003.

Considerando-se o recorte étnico-racial na população brasileira, observa-se que a exclusão da população afro-brasileira e seus descendentes leva a poucas chances de ascensão social, maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem remunerados e qualificados, menores oportunidades educacionais, levando-os, portanto, a viver nos assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais. Segundo o dossiê “Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas” (2003), da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, os afro-

descendentes vêm ocupando, historicamente as desigualdades existentes no Brasil.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta os seguintes dados: a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial, a base da pirâmide social, chegando a ostentar o fato de que 69,0% dos indivíduos membros desse grupo da população encontram-se em situação de pobreza. O dossiê informa ainda que no Brasil a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendente em todas as regiões do País. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes (CORRAL, 2000).

3 – Climatério

O Climatério é a fase da vida da mulher em que ocorre a transição do período reprodutivo - menacme ao não-reprodutivo - senectude. O Ministério da Saúde estabelece o limite etário para o Climatério - período entre 40 a 65 anos de idade - dividido em: pré-menopausa inicia, em geral, após os 40 anos, com diminuição da fertilidade em mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao ocorrido durante a vida reprodutiva; perimenopausa - inicia dois anos antes da última menstruação e vai até um ano após (com ciclos menstruais irregulares e alterações endócrinas); pós-menopausa começa um ano após o último período menstrual. Os seguintes processos são percebidos neste período: transição do estágio reprodutor ao estágio não reprodutor, diminuição da função estrogênica ovariana, abolição do ovário como fonte de hormônio esteróidicos, envelhecimento biológico, adaptação psicossocial.

O climatério é, sem dúvida, aqui no Brasil, uma temática que entra na agenda das discussões na década de 1990. Se havia um relativo silêncio a respeito, fosse pela escassa difusão de trabalhos científicos produzidos fora do Brasil, ou por ainda ser tema tabu entre as mulheres, o fato é que não deixava de ser uma questão relevante para as mesmas.

Se o termo climatério era até então desconhecido da população usuária dos serviços de saúde, menopausa representava um marco das mudanças por que passa a mulher, não só em termos fisiológicos, mas aí acrescentando outros atributos, como por exemplo, na associação entre menopausa e início do envelhecimento e decadência, construções características de nossas sociedades e culturas ocidentais. Não que o discurso médico esteja desprovido desses atributos; na própria origem do termo, do grego Klimáter, temos o significado de "período crítico da vida / o topo da escada". Para Greer (1994) as pessoas só começaram a discutir o climatério depois de analisado e definido pelos médicos como uma síndrome: a classe médica adquiriu o poder de tratar a "fase crítica" (...) como um problema que exigia intervenção médica, e não como um importante processo inerente ao desenvolvimento feminino, que as próprias mulheres deviam enfrentar.

Admite que este é um período difícil, sem exceção, um período de mudança e que é importante não se negar o evento em si e enfrentá-lo. As idéias de Greer se desenvolvem, tendo como diretriz um dos dogmas feministas – cabe à mulher definir sua própria experiência.

Em 1993, o Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) orientações específicas à assistência ao climatério, objetivando universalizar os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde. Indica basicamente uma propedêutica médica, orientação dietética e orientação para programas de atividades físicas. Devem ser oferecidas nas atividades

educativas às clientes o maior nível de entendimento sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas. Os aspectos psicológicos e sexuais são, também, apontados como significativos nessa fase. Entendemos que cabe explorar não só esses aspectos, mas ampliar os debates sobre as práticas educativas e seus objetos, considerando que as usuárias necessitam de informações que lhes permitam ter um papel ativo diante das situações desconhecidas que as deixam inseguras e vulneráveis à medicalização.

Na literatura médica, o termo climatério designa, basicamente, o ciclo da mulher caracterizado pelas mudanças hormonais (diminuição de estrogênio e progesterona), alterações vaginais e cessação da menstruação (menopausa). Muitas mulheres passam pelo climatério sem apresentar queixas e sem necessitar medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios.

Reserva-se a expressão síndrome do climatério ao conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estar físico e emocional, resultante da insuficiência estrogênica, destacando-se, a curto prazo, ondas de calor, insônia, irritabilidade e depressão; a médio prazo, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno; a longo prazo, alterações cardiovasculares e perda de massa óssea (Luca, 1994). Há autores que classificam os sintomas em vasomotores (fogachos, suores, palpitações) psíquicos e somáticos.

Como a menopausa ocorre em um amplo período – climatério –, Bronstein (1994) considera que as modificações somáticas e psíquicas

apresentadas pelas mulheres serão muito diferentes, assim como as alterações endócrinas, que merecerão considerações em separado conforme a fase em que se encontrem – período da maturidade feminina, perimenopausa ou início do envelhecimento.

Repercussões do Climatério

- Declínio da fertilidade: Instala-se fisiologicamente a partir de 35 a 38 anos. Nesse período, as gestações apresentam maior risco de aborto espontâneo, alcançando taxas de 50% aos 45 anos. Verifica-se maior prevalência de anormalidades cromossômicas (1/40).
- Sangramento uterino irregular: A maioria das mulheres experimentam irregularidades de seus ciclos, decorrentes não só da redução da frequência ovulatória, mas também das concentrações erráticas de hormônios ovarianos. Aproximadamente 90% das mulheres manifestam sangramento uterino irregular quatro a oito anos antes da menopausa. Há também as queixas de sangramento uterino anormal, que se caracteriza por quantidade volumosa ou duração maior que sete dias, ou intervalos inferiores a vinte e um dias. No diagnóstico diferencial deve ser considerado o uso inadequado de

contraceptivos orais, presença de miomas pólipos, hiperplasias endometriais, câncer do colo e/ou endométrio, hipotireoidismo e discrasias sanguíneas.

- No sistema nervoso central: Os sintomas vasomotores mais comuns são os fogachos ou ondas de calor. Caracterizam-se por calores súbitos, transitórios, localizados no rosto e no tronco e de intensidade variada, seguidas de intensa sudorese. Os fogachos representam o segundo sintoma mais freqüente da perimenopausa (58%), só perdendo para as irregularidades menstruais. São considerados “marca registrada” da deficiência estrogênica, apesar de ocorrerem em outras situações (hipertireoidismo, leucemia, carcinóides, feocromocitoma e tumores pancreáticos). A etiologia dos fogachos pode está relacionada a redução dos estrogênios sobre os neurotransmissores cerebrais. Os fogachos podem alterar a qualidade de vida, seja na atividade cotidiana, seja na qualidade do sono. Entre os fatores desencadeantes dos calores descrevem-se ambientes aquecidos, estresse, álcool, cafeína e alimentos picantes.
- Distúrbios do sono: A insônia representa o distúrbio do sono mais freqüente em mulheres na perimenopausa e após a menopausa. A insônia associa-se a fadiga , falta de motivação e irritabilidade. Podem estar relacionados aos fogachos ou as questões hormonais, envelhecimento e estresses sociais.
- Alterações da memória: Muitos são os fatores envolvidos na função cognitiva (concentração e memória), destacam-se os genéticos, estilo de vida e a condição social. Existem também várias áreas do cérebro (córtex lobos

temporais e sistema límbico) que possuem expressivas quantidades de receptores de estrogênios, explicando, dessa forma as dificuldades de memória recente e da concentração em mulheres na perimenopausa.

- Depressão: Pacientes na perimenopausa referem maior cansaço, irritação e depressão, o que poderia ser explicado pelas flutuações do estrogênio, que causam impacto negativo sobre a atividade dos neurotransmissores cerebrais. Os quadros depressivos na perimenopausa e após a menopausa podem decorrer de ondas de calor não tratadas, que ao gerarem sono de má qualidade propiciam irritabilidade perda da sensação de bem-estar e distúrbios cognitivos. Outros fatores devem ser avaliados como hipotireoidismo, uso de fármacos hipotensores e presença de estressores sociais (envelhecimento e manutenção da imagem corporal).
- Alterações urogenitais: as alterações urogenitais ocorrem em 1/3 das mulheres acima dos 50 anos e decorrem do hipoestrogenismo, que promove a atrofia do epitélio vaginal, decréscimo da elasticidade e perda da rugosidade; diminui também o fluxo sanguíneo vaginal ocasionando perda da habilidade de lubrificação em resposta a estimulação sexual. Com isso, prurido e irritação locais se tornam frequentes. Todos esses efeitos tem menor probabilidade de ocorrer em mulheres que possuam vida sexual regular. Nessa fase da vida são também frequentes afecções vulvovaginais como dermatites, dermatoses de vulva, eczema e vulvodinia. A incontinência urinária afeta 10 a 30% das mulheres entre 50 a 64 anos. Fatores como idade, infecções de bexiga e da uretra, fraqueza do assoalho pélvico pós-parto, irritação da bexiga por cigarro, álcool, cafeína, diuréticos e tranquilizantes e afecções neurológicas têm sido

implicadas. A associação entre incontinência uretral e esteróides sexuais decorre da presença de receptores de estrogênio na uretra e no colo da bexiga, que possuem a mesma origem embriológica que a vagina. Há casos de incontinência urinária que melhoram com a estrogênio terapia.

- **Disfunção sexual:** As alterações no desejo sexual e decréscimos da frequência e da resposta sexual podem decorrer do impacto negativo do hipoestrogenismo sobre o fluxo sanguíneo arterial e sobre o sistema nervoso central, que pioraria a percepção ao tato e a excitação. A libido nas mulheres, por sua vez, se associa a androgênios, principalmente a testosterona. Por isso, é necessário que se conheçam as condições que promovem o declínio da produção de androgênios, tais como a ooforectomia bilateral, insuficiência hipofisária/adrenal, corticoterapia e anorexia nervosa. Outros fatores podem influenciar a função sexual da mulher e que devem ser considerados, como os distúrbios do sono, incontinência urinária, cirurgia de mama e útero, antidepressivos e hipotensores e a disfunção erétil masculina.
- **Aumento de peso:** O estrogênio promove e mantém a distribuição ginecóide da gordura corporal no período pós-puberal. Com a deficiência estrogênica ocorre redistribuição da gordura corporal com aumento da deposição da mesma na área visceral, caracterizando a distribuição andróide. Esta se caracteriza pelo aumento da relação cintura-quadril que parece relacionar-se a uma maior morbimortalidade cardiovascular, diabetes e a hiperinsulinemia.

- Alterações sobre a pele: Os esteróides sexuais exercem importante papel na fisiologia cutânea; os androgênios modulam a produção da secreção das glândulas sebáceas, enquanto os estrogênios atuam de forma e intensidade variáveis, face ao grande número de receptores estrogênicos na pele. Há relação entre o declínio do colágeno cutâneo e os anos de pós-menopausa. As consequências clínicas da menopausa sobre a pele incluem enrugamento, secura e adelgaçamento, tornando-a mais susceptível a traumas. Tanto a exposição solar como o tabagismo podem potencializar os efeitos da menopausa sobre a pele.
- Alterações oftalmológicas: Os sintomas oculares mais referidos em mulheres após a menopausa são a deterioração da acuidade visual, secura, sensibilidade à luz, aumento da secreção lacrimal e cansaço visual.
- Alterações nos pêlos: Algumas mulheres apresentam na perimenopausa fragilidade do cabelos (alopécia androgenética) e/ou crescimento de pêlos na face (hirsutismo). Apesar dos desequilíbrios hormonais neste período, as causas mais frequentes das alterações pilosas parecem ser geneticamente determinadas. Admite-se que o aumento da relação androgênios e estrogênios influenciem alterações da pilificação da mulher após a menopausa.
- No sistema cardiovascular: A resposta dos vasos ao estrogênio é amplamente vasodilatadora. Além do mais, o esteróide promove maior rendimento cardíaco, diminuição da resistência vascular e maior fluxo cerebrovascular. Não se conhece o exato mecanismo envolvido na ação dos estrogênios sobre os

vasos; admite-se que possam exercer efeitos agudos e prolongados. Entre os agudos se citam a síntese do óxido nítrico e de prostaglandinas vasodilatadoras pelo endotélio, além de ação sobre os canais de cálcio das células musculares lisas da parede vascular. Entre os efeitos prolongados incluem a redução da enzima conversora de angiotensina, inibição da proliferação das células musculares lisas com aumento da produção de prostaglandinas pelo incremento da prostaciclina sintetase e da cicloxigenase. Com o climatério, a deficiência do estrogênio pode ocasionar a perda dos efeitos benéficos acima citados que, no entanto, podem ser readquiridos através da reposição estrogênica. O climatério também está associado a mudanças nos níveis de lipídeos e lipoproteínas sanguíneas. Assim, com a deficiência estrogênica se observa um aumento do colesterol total e do LDL colesterol, além de uma redução nos níveis de HDL colesterol.

- No metabolismo da glicose: A deficiência estrogênica promove redução na produção de insulina pelo pâncreas, além de provocar maior resistência periférica à sua ação. A hiperglicemia resultante pode causar dano ao endotélio vascular. A resistência insulínica, associada a hiperinsulinemia, parece ser o distúrbio metabólico piloto na patogênese da doença cardiovascular.
- Na coagulação e fibrinólise: Sabe-se que o aumento dos níveis do fator VII e do fibrinogênio é fator de risco para a doença cardiovascular. A menopausa parece ser responsável por uma aumento de 6% nos níveis do fator VII e por 10% nos níveis de fibrinogênio. Pouco se sabe a respeito dos efeitos da menopausa sobre a função plaquetária; há, no entanto, relatos que o

estrogênio exógeno diminui a agregação plaquetária e a liberação de adenosinatrifosfato. A complexa relação entre o estrogênio e a coagulação não está completamente elucidada; pelo contrário, complica-se pela emergente evidência de uma correlação positiva entre a administração exógena de estrogênio no climatério e tromboembolismo venoso.

- No esqueleto: O desenvolvimento da osteoporose pós-menopausal representa um problema de saúde pública. A osteoporose é definida como sendo uma doença caracterizada pela redução da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, acarretando fragilidade óssea e conseqüente maior risco de fratura. A perda óssea é causada por um desequilíbrio entre a formação e reabsorção óssea. O estrogênio exerce importante papel na regulação da massa óssea; sua deficiência acarreta rápida diminuição da massa mineral e sua reposição estimula a ação dos osteoblastos, inibe a ação dos osteoclastos, e age sobre os fatores do crescimento, prostaglandinas e inibe a interleucina-6. O estrogênio age também diminuindo a secreção do paratormônio e aumentando a absorção intestinal de cálcio através de uma maior produção renal de vitamina D; incrementa, ainda, a produção de calcitonina (hormônio que inibe a reabsorção óssea).

Qualidade de vida no climatério

A preocupação com a qualidade de vida em saúde ao longo do processo de envelhecimento tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. Em parte, isso se deve ao progressivo aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas, e ao reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância dos sentimentos e percepções dos pacientes sobre a sua situação de saúde e doença, assim como da monitorização do seu bem-estar frente a medidas terapêuticas voltadas a prolongar a sua vida, aliviar a dor, restaurar funções e prevenir incapacidades.

No que tange ao climatério, vale lembrar a maior expectativa de vida da mulher brasileira, que ultrapassa em cerca de dez anos a masculina. As mulheres com mais de 40 anos já correspondem a 32% do contingente populacional do Brasil, devendo sofrer um aumento de 11% até 2010.

Conseqüentemente, espera-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços do país por mulheres com queixas relacionadas ao climatério, trazendo uma maior preocupação com a saúde e qualidade de vida desta parcela da população.

Além das questões demográficas, parte da preocupação atual com as questões relacionadas à qualidade de vida no climatério deve-se à mudança nos paradigmas da assistência prestada a essa etapa da vida feminina ocorrida nos últimos anos, principalmente após a publicação do estudo Women's Health Initiative (WHI). Ainda que seus resultados tenham sido posteriormente questionados por problemas metodológicos e de amostragem, o WHI, ao mostrar uma associação entre o uso de terapia estroprogestativa contínua e a ocorrência de câncer de mama e eventos cardiovasculares, fomentou uma revisão da assistência à mulher no climatério, que passou a ter como eixo norteador a qualidade de vida.

Atualmente, a qualidade de vida é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como em nível populacional. Na sua avaliação, dois aspectos são fundamentais, a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos relativos ao seu contexto de vida, ou seja, cada indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida, o que não pode ser feito por um observador externo. A multidimensionalidade, por sua vez, decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na qualidade de vida de um indivíduo.

Quanto à definição da expressão "qualidade de vida", duas tendências emergem: a qualidade de vida como um conceito mais genérico e a qualidade de vida relacionada à saúde. A primeira envolve uma concepção mais ampla

de qualidade de vida, aparentemente influenciada pela sociologia, indo ao encontro da definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual qualidade de vida refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, considerando-se seus objetivos, expectativas e preocupações pessoais. Mais recentemente, outros autores têm destacado a influência de fatores físicos, mentais, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e espirituais, além da saúde física na qualidade de vida. Já hoje se reconhece qualidade de vida como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado, estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social.

No estudo da qualidade de vida, alguns aspectos devem ser considerados. Cerca de 50 a 70% das mulheres vêm a referir sintomas somáticos e dificuldades emocionais no climatério, interferindo no seu bem-estar. São também comuns, nessa fase, queixas relacionadas a dificuldades com o sono, perda da libido, cefaléia, mialgias e artralguas, maior ansiedade e até depressão. Todavia, persistem controvérsias sobre o quanto tais queixas são decorrentes somente da queda estrogênica ou de fatores psicossociais relacionados ao próprio processo de envelhecimento.

Do ponto de vista antropológico, vale lembrar que, nas culturas ocidentais, a beleza física, a juventude e a maternidade são elementos de valorização feminina, cuja perda pode favorecer sentimentos de desvalia, tristeza e até depressão. Além disso, o climatério coincide freqüentemente com

a independência dos filhos, a aposentadoria e a perda de familiares, situações estas que demandam adaptações emocionais nem sempre fáceis para a mulher.

Segundo Hunter, dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher ao longo do seu processo de envelhecimento, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, a sua inserção social e experiências frente a eventos vitais. Mais recentemente, verificou-se que a sintomatologia climatérica e a qualidade de vida no climatério eram influenciadas também pelas atitudes e percepções das próprias mulheres em relação à menopausa.

Como se pode observar, o tema "qualidade de vida", em especial no climatério, pode ser visto pelos mais diversos olhares, seja da ciência, por meio de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde.

Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-

los ou trata-los. Nesse contexto, a preocupação com a qualidade de vida se contrapõe com a tendência moderna de tecnologização excessiva da medicina, contribuindo para que se resguarde um dos mais atuais paradigmas da saúde, a questão da humanização, o que vai de encontro, inclusive, com o proposto pelos inúmeros protocolos e consensos em relação ao climatério

Cuidados à saúde no climatério

Enquanto a linguagem médica fala de sintomas e de processos fisiológicos, de reposição de hormônios; a das feministas fala da vida, do maior conhecimento de si própria, da utilização de produtos e técnicas naturais.

Para Werthein *et al.* (1999) transformar os signos da menopausa em sintomas torna as mulheres mais vulneráveis à medicalização e habilita a pensar a menopausa como uma enfermidade e não como um fato vital.

Pedrin *et al.* (1988) também sinalizavam uma tendência crescente na medicina para encarar a menopausa como uma fase de transição natural, mas considerá-la uma doença de insuficiência era um aspecto ainda ensinado na maioria das escolas médicas.

A identificação de menopausa como doença é um mito, afirma Luca (1994), assim como considerá-la marco do envelhecimento e da degradação física e mental. Admite, no entanto, que poucas mulheres estão isentas de sintomas e que, para a maioria, menopausa significa o “inferno” do início do

envelhecimento. O uso dessa metáfora sublinha a intensidade das sensações experimentadas por muitas, o que nos leva a indagar se para aquelas que vivenciam negativamente esse período é suficiente a definição do climatério como um processo natural e a afirmação de que não é uma doença. Como se explicam a existência de sintomas e a ênfase no tratamento para reposição de hormônios?

Aldrighi (1994) situa a “medicina climatérica” como uma importante parcela da medicina preventiva, o que permite às mulheres uma condição de vida mais digna no seu processo biológico natural de envelhecimento. Entre as muitas funções do profissional de saúde inclui a de orientar as mulheres na pós-menopausa sobre o real significado da redução de hormônios e a necessidade de reposição hormonal – sempre avaliando a relação risco/benefício –, com o intuito de diminuir a incidência das afecções.

Os médicos também reconhecem que há uma carência de informações adequadas à mulher. Para Fonseca (1999) uma abordagem realista e tranquilizadora e um bom relacionamento entre o médico e a paciente podem fazê-la aceitar a terapia de reposição com segurança. O argumento daqueles que defendem com veemência o uso de estrogênios depois da menopausa é baseado na intenção de se trabalhar na prevenção da osteoporose e das doenças cardiovasculares. Sabemos que o risco de o uso de estrogênios aumentar os casos de câncer do corpo uterino é desprezível, desde que a paciente submetida à terapia de reposição seja mantida sob rigorosa atenção médica. A questão dos esclarecimentos risco/benefícios na terapia de reposição hormonal (TRH), bem como a atitude do médico como fonte de

informação vêm enfatizadas por Luca (1994): no que se refere à terapêutica de reposição no climatério é preciso adotar postura franca e simpática. É dever profissional esclarecer a função dos hormônios, quais são eles, por que ministrá-los, quando iniciar o tratamento e qual a sua duração. Informar sobre os efeitos colaterais, desde os mais simples aos mais graves.

Desde a década de 80, o Ministério da Saúde através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, tem incorporado o ideário feminista para atenção à saúde da mulher de forma integral, nas suas necessidades prioritárias, rompendo com o modelo de atenção materno-infantil. Muitos anos se passaram desde a introdução do PAISM, e as prioridades em relação à atenção ao climatério ainda não foram incorporadas em muitos serviços de saúde.

De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. Nesse universo, cerca de 30 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério.

Pela história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos. Dados atuais têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa.

O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos. Os profissionais de saúde que atendem a clientela feminina devem cuidar para que haja a maior efetividade possível. Os serviços de saúde precisam adotar estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério. Isto é, evitar ocasiões em que as mulheres entram em contato com os serviços e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção e ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional.

As oportunidades ocorrem durante a anamnese que valoriza a escuta, no exame clínico que inclui aferição do peso, da altura, da circunferência abdominal e da pressão arterial, no elenco de exames solicitados. Também no encaminhamento para grupos psico-educativos ou para outros profissionais (saúde bucal, endocrinologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, etc.), na orientação sobre sexualidade, alimentação saudável, prevenção do câncer e das DST/aids, na oferta de atividades de promoção da saúde e outros recursos disponíveis na rede, em outros serviços públicos e na comunidade.

A ciência coloca à disposição da sociedade diversos recursos, opções ou modalidades terapêuticas e tecnologias para abordagem da saúde das

mulheres no climatério, que devem, no entanto, serem utilizadas de forma criteriosa e individualizada. Embora muitas das queixas comportamentais no climatério possam ser explicadas por influências socioculturais e psicológicas, não significa que não existam importantes interações entre biologia, psicologia e cultura.

A medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina. As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (de carência hormonal) e o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem a uma abordagem menos agressiva e invasiva possível.

Diante das diversas possibilidades é necessário que as mulheres tenham acesso à informação sobre limites, riscos e vantagens de cada uma e acesso a atendimento humanizado e de qualidade que garanta seus direitos de cidadania. Este é um desafio da sociedade e do SUS.

4 - A Dinâmica do Grupo Operativo

A importância do trabalho em grupo está em despertar nos participantes a necessidade do auto-cuidado, através da consciência crítica em relação ao binômio saúde e doença. Essa ação integradora leva em conta a concepção da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa como "*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*" (OMS,1986:13), reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos pela sua própria saúde.

As práticas que serão utilizadas pelo grupo operativo irão abordar de forma mais objetiva a experiência da saúde e do adoecer. Uma delas é a fala, por meio da qual o indivíduo expressa seu universo simbólico. A outra é a linguagem, quando o profissional de saúde pode compreender a significação contida nas suas queixas.

Valla (2000) considera que o profissional de saúde deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer suas necessidades em

relação à doença. Essa linguagem possibilita ao profissional exercer uma prática educativa e realizar intervenções pertinentes ao diagnóstico. De forma complementar, Stotz & Valla (1994), sugerem que esse profissional deve atuar como agente facilitador e mobilizador para melhorar as condições de vida das pessoas e evitar o aparecimento das doenças.

Sabe-se que as ações educativas influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo, os ambientes sociais e o físico. Uma das estratégias que favorecem a ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde é a dinâmica de grupos operativos.

A importância do trabalho em grupo está em despertar nos participantes a necessidade do auto-cuidado, através da consciência crítica em relação ao binômio saúde e doença. Uma das estratégias que favorecem a ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde é a dinâmica do grupo operativo.

Para Pichón-Rivière (2005), o grupo operativo consiste em uma técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover, de forma econômica, um processo de aprendizagem. O trabalho educativo dos grupos operativos tem como objetivo realizar a Educação para a Saúde, ampliar a participação da população no tratamento, a conscientização para os cuidados que evitariam, em muitos casos, agravamentos mais sérios causados pelo diabetes e hipertensão, como doenças cardiovasculares, amenizando sofrimentos, custos financeiros e interferindo na melhoria da qualidade de vida. A existência de um mesmo objetivo supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem

um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançarem esse objetivo. Tal tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo. Assim, o termo “operativo” significa, em sua aplicação, um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação (Osório, 1986). Para serem eficazes, os grupos operativos devem ser agradáveis, realizados com linguagem de fácil compreensão, não devem ser prolongados ou exaustivos, e é necessário que se tenha um acompanhamento da assiduidade dos participantes, rastreando os ausentes ou aqueles com pequena participação.

Uma vez iniciado o trabalho, o grupo vai se relacionando de diversas maneiras com a tarefa proposta. Daí a importância do enfermeiro em captar, distinguir e interpretar os diversos momentos do grupo em relação à tarefa.

5 – Objetivos

Objetivo geral

Implantar atividades educativas sobre o climatério na equipe de saúde da família, de forma a criar uma oportunidade da mulher a ser inserida no serviço de saúde e atender às suas demandas neste ciclo de vida.

Objetivos específicos

- Estimular o auto-cuidado, que influencia positivamente na melhora da auto-estima e da insegurança que pode acompanhar a fase do climatério;
- Estimular a adesão ao tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;
- Estimular a adesão aos serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo;

- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o auto-conhecimento adquiridos durante a vida;
- Estimular a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nesta faixa etária é relevante por diversos motivos.

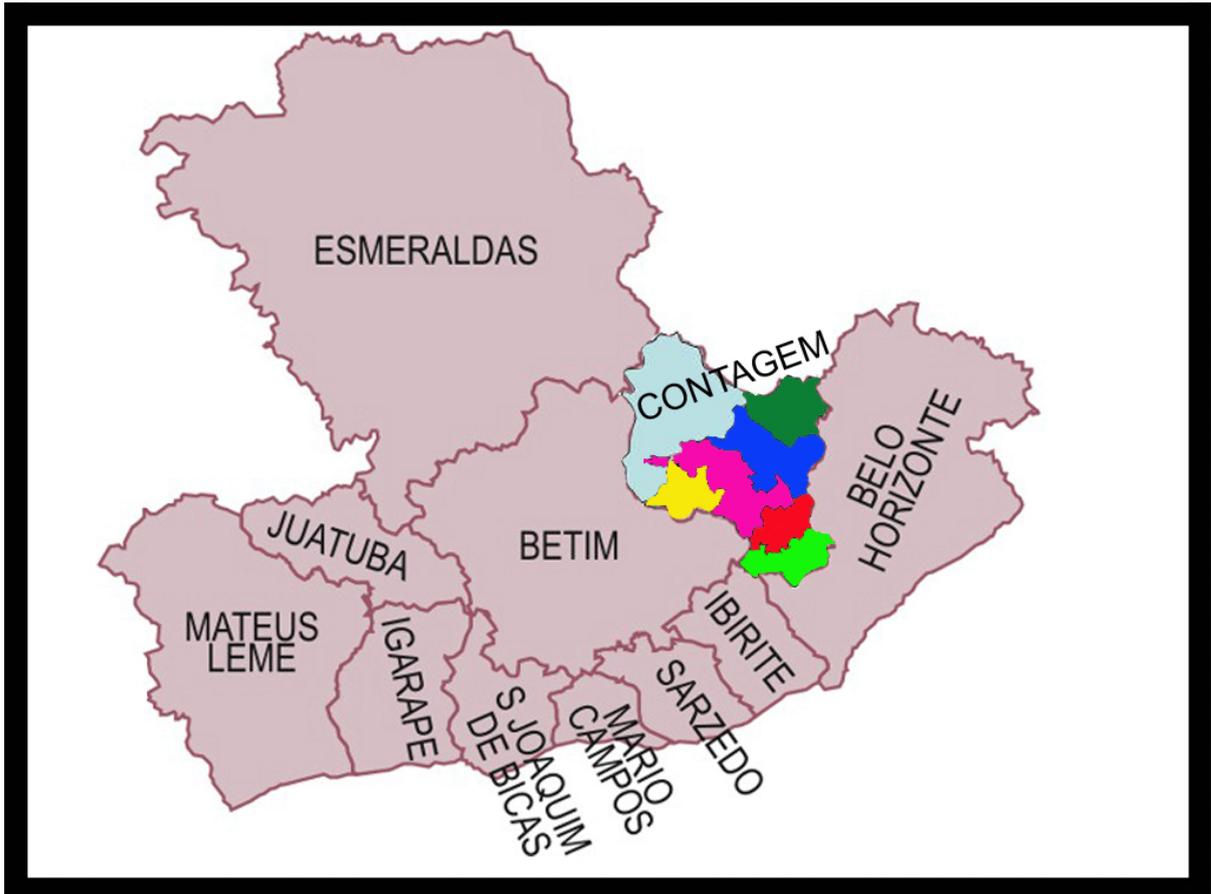
6 – Caracterização do problema

O Município de Contagem localiza-se no Estado de Minas Gerais e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte. Segundo dados do IBGE (2002, Contagem possui uma população estimada de 556.623 habitantes, tendo como principal atividade econômica o setor industrial.

A Gestão do serviço de saúde está reordenado no modelo da gestão plena do sistema municipal. No âmbito da Atenção Primária à saúde existem, atualmente, 86 ESF instaladas no município, correspondendo a 59,59% de população coberta.

A população feminina do município corresponde a 51,38 %, e 12,19 % correspondem as mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos.

Mapa I – Região Metropolitana de Belo Horizonte



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/contagem/contagem_mapas

Mapa II- Distritos Sanitários de Contagem



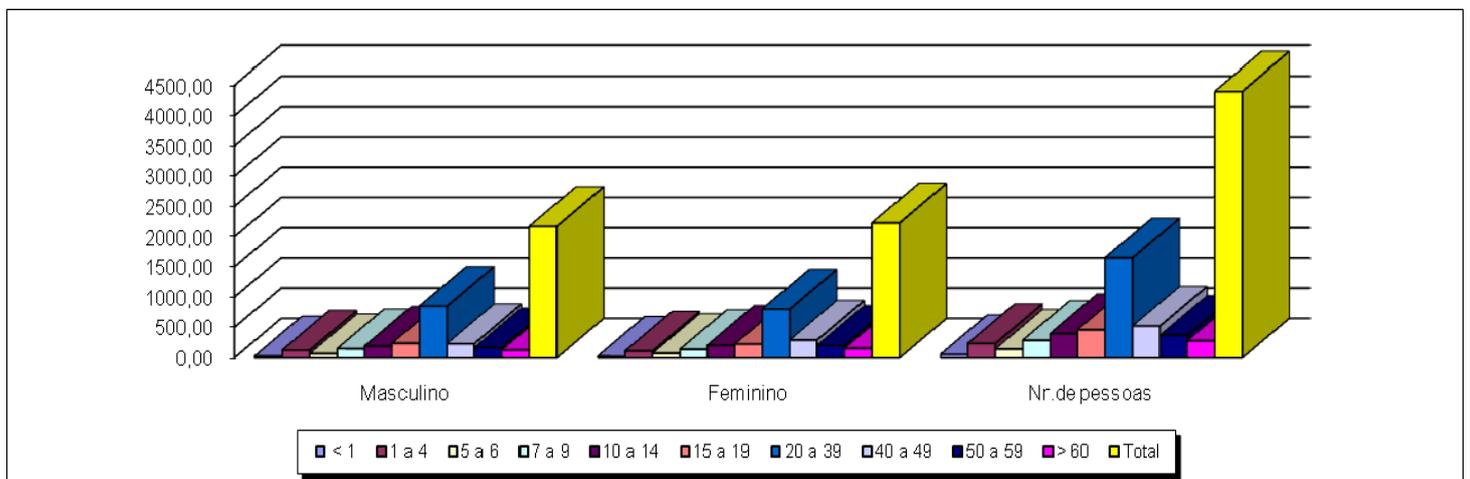
Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/contagem/contagem_mapas.asp (modificado)

Na área de abrangência da equipe 54 Estrela Dalva estão cadastrados 4.398 habitantes e 1.233 famílias.

Mapa III – Área de abrangência da ESF 54 – Estrela Dalva



Foto de satélite – Google – área de abrangência da ESF 54 – Estrela Dalva (Bairro Estrela Dalva)



	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masculino	30	125	69	149	190	237	849	231	165	126	2171
Feminino	25	110	74	137	206	224	802	291	204	154	2227
Nr.de pessoas	55	235	143	286	396	461	1651	522	369	280	4398

A população feminina na área de abrangência da equipe 54 – Estrela Dalva, representa 50.63 % da população. Destas, 11.25 % estão na faixa etária entre 40 a 59 anos.

Conforme levantamento da situação de saúde das mulheres nesta faixa etária, temos as seguintes doenças referidas (Fonte: FICHA A – SIAB):

- Hipertensão arterial: 7%
- Doença mental: 4%
- Alcoolismo: 1%
- Epilepsia: 1%
- Diabetes: 1%

7 – Plano de trabalho

O projeto de Implantação de Atividades Educativas sobre o Climatério será desenvolvido no distrito sanitário nacional, na ESF 54 - Estrela Dalva – Contagem-MG, e terá como público alvo mulheres de 40 a 59 anos.

As mulheres serão captadas durante a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste momento a usuária será convidada à participar de um encontro onde será informada a proposta das atividades educativas.

As atividades educativas serão realizadas mensalmente, cada mulher será convidada a participar de um grupo.

Durante a atividade serão realizadas as seguintes etapas:

- Apresentação da coordenadora do grupo, dos demais membros da equipe de saúde da família e da proposta de trabalho (duração: 5 minutos);
- Apresentação do grupo e entrega dos crachás (duração: 10 minutos);
- Levantamento das demandas e expectativas do grupo (dinâmica : tempestade de idéias)(duração: 10 minutos)
- Discussão sobre o tema (dinâmica: perguntas e respostas sobre o climatério) (duração: 40 minutos)
- Conclusão dos trabalhos apresentando os serviços e atividades ofertadas para as mulheres pela equipe de saúde da família e pela rede SUS Contagem (duração: 15 minutos);

- Avaliação da atividade de grupo (dinâmica: o que estou deixando e o que estou levando) (duração: 10 minutos).

Abordagem sobre as perguntas e respostas sobre o climatério

- Conceituar climatério e menopausa
- Esclarecer sobre as alterações do climatério e descrevê-lo como um período normal na vida de uma mulher;
- Orientar quanto à diminuição das atividades que levam o estresse;
- Proporcionar um ambiente seguro, confortável e agradável na família e no trabalho;
- Adoção de hábitos saudáveis de vida (atividade física, alimentação, sexualidade, lazer e cultura);
- Redução do peso corporal;
- Diminuição da circunferência da cintura;
- Melhoria dos níveis pressóricos;
- Melhoria no tratamento farmacológico;

Abordagem de demandas específicas:

Osteoporose:

- Orientar sobre os alimentos ricos em cálcio e vitamina D, bem como a ingestão diária recomendada destes elementos, inclusive suplementos

de cálcio, quando prescritos pelo médico para prevenir e retardar o processo da osteoporose;

- Esclarecer a importância do exercício físico por 30 minutos, três a quatro vezes por semana para a manutenção da boa saúde.

Fogachos:

- Orientar quanto ao uso de roupas leves;
- Esclarecer que as alterações de temperatura fazem parte desse período da vida da mulher;
- Orientar a tomada de banhos mais vezes ao dia.

Infecções do trato urinário:

- Orientar a beber 6 a 8 copos de água diariamente e tomar vitamina C (500 mg), conforme prescrição médica), como um possível meio de reduzir a incidência (ITU);
- Orientar e relatar de imediato para o médico ou enfermeira o aparecimento de queixas urinárias para o agendamento de Consulta médica.

Ganho de peso:

- Orientar quanto à necessidade ou exercícios físicos com regularidade;
- Orientar para uma dieta nutritiva e o controle de peso aumentarão o bem estar físico e emocional;

- Encaminhar a nutricionista para controle de dieta e peso;
- Atentar para o cumprimento das orientações nutricionais;
- Encaminhar ao setor de psicologia para apoio.

Insônia:

- Realizar atividades menos estressantes no período próximo ao repouso;
- Manter o ambiente tranquilo, livre de ruídos que possam interferir no sono;
- Atentar para repetição do quadro de insônia;
- Encaminhar ao médico para suporte medicamentoso, se necessário.

Medo:

- Manter o parceiro atualizado em relação aos sintomas relacionados a esse período;
- Orientar para participação de atividades em grupo;
- Orientar quanto à procura de profissionais direcionados para o problema.

Estresse:

- Estimular atividades que proporcionem prazer;
- Incentivar o auto-cuidado valorizando a auto-estima;

- Proporcionar o envolvimento em atividades externas como benefício na redução da ansiedade e tensão.

Isolamento:

- Promover eventos na comunidade com assuntos direcionados ao climatério para esclarecimentos sobre o assunto;
- Descrever essa fase da vida como marcada por potencial de conhecimento intelectual pessoal e de comprometimento e iniciação em novas atividades;
- Inferir as alterações que freqüentemente ocorrem na meia vida: afastamento dos filhos, envelhecimento, dependência dos pais, possível perda de parentes e outros.

Atividade sexual insatisfatória:

- Esclarecer que a atividade sexual ajuda a manter a elasticidade da vagina;
- Orientar quanto ao uso de lubrificantes diminuindo o desconforto, evitando a dispareunia (relação sexual dolorosa);
- Orientar quanto ao tônus diminuído da musculatura perineal, encorajando a praticar exercícios perineais como parasse a micção; manter por 5-10 segundos e soltar; repetir com freqüência durante o dia.

8 – Cronograma

- Junho/2010 – Levantamento das mulheres de 40 a 60 anos da área de abrangência da equipe 54 Estrela Dalva;
- Julho/2010 – Início das atividades do grupo operativo por microárea;
- Dezembro/2010 – avaliação da atividade de grupo

9 – Resultados esperados

- Adoção do auto-cuidado pelas participantes, de forma a influenciar positivamente na melhora da auto-estima e da insegurança;
- Adesão aos cuidados preventivos dos transtornos relacionados ao climatério;
- Adesão aos serviços de referência para avaliação e tratamento das demandas específicas apresentadas pelas participantes do grupo, em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre sua individualidade.

10 – Indicadores de monitoramento e avaliação

- Percentual de mulheres de 40 a que participaram das atividades do grupo operativo da área de abrangência;
- Percentual de mulheres de 40 a 60 anos que participaram das atividades do grupo operativo e que realizaram a coleta de material para prevenção do câncer de colo uterino e mamografia;
- Percentual de mulheres de 40 a 60 anos que participaram do grupo operativo e que foram referenciadas aos serviços de referência da equipe de saúde da família (clínica médica, ginecologia, psicologia e psiquiatria, endocrinologia, nutrição, fisioterapia, ortopedia, oftalmologia, reumatologia, urologia e neurologia).

11 - Considerações finais

O climatério é uma etapa de vida da mulher que não tem sido incluída nos protocolos de assistência do município de Contagem, nem do PDAPS (Plano Diretor da Atenção Primária em saúde) da SES – MG (Secretaria de saúde do Estado – MG), como preconiza o Ministério da Saúde. Desta forma, o climatério não tem sido tratado por alguns agentes da saúde como um processo natural do ciclo de vida da mulher, e sim associada a uma doença, transformando as queixas ouvidas nas consultas ginecológicas em tratamento à base de hormônios e antidepressivos.

Este projeto enfatizou a importância de uma assistência às mulheres na menopausa, que pela natureza óbvia, caracterizada pela deficiência hormonal, apresenta alterações fisiológicas e comportamentais que podem interferir na qualidade de vida. E que, devido ao aumento de expectativa de vida da mulher, requer um urgente estímulo a investigações sobre o fenômeno, com apoio governamental e pessoal proporcionando uma melhor atenção clínica, onde o cuidador e a paciente possam compreender que o evento da menopausa implica questões muito peculiares e que existe grande diversidade nas maneiras individuais de lidar com esse momento de vida e que a aceitação da menopausa contribui para uma menor sintomatologia climatérica.

Visto que atualmente no contingente de atendimento à mulher menopausada o profissional de saúde é co-participante. Pacientes que geralmente apresentam crenças variadas sobre o envelhecimento se beneficiariam com informações sobre as alterações fisiológicas que estão experimentando, ou seja, as alterações biopsicossociais, que interferem na sua

qualidade de vida, buscando formas de vivenciar estes sintomas com hábitos mais saudáveis. Sendo assim estabeleceu-se que a assistência de enfermagem deve ser direcionada para possibilitar a intervenção da equipe de saúde com maior segurança e eficácia, perpassando a maioria das ações desenvolvidas como parte integrante dos serviços de atenção à mulher.

Cabe a ela uma atuação bem maior que a assistência, e o amplo leque de atividades desempenhadas, determinando, inclusive, a qualidade das ações desenvolvidas por outros profissionais da equipe de saúde. Para isso foram elaborados onze problemas de enfermagem e seus respectivos cuidados que servirão para embasamento da mulher com transtornos biopsicossociais do climatério.

Espera-se que este projeto traga algumas contribuições ao trabalho dos profissionais de saúde nas organizações de atendimento a saúde, oferecendo uma maior consistência teórica e técnica, quanto ao entendimento da mulher no climatério. Esta que deveria ser uma fase biologicamente natural é influenciada, sem dúvida, por uma cultura ocidental, estabelecendo um período crítico que abala a estrutura emocional associada à física, já pré-determinada pela idade, e de uma vida social não sadia na mulher de meia-idade.

Referências bibliográficas

Aldrighi, J. M., e Faludi, A. A., e Mansur, A. P. (2005). *Doença Cardiovascular no Climatério*. 1ª Ed, Editora Atheneu. São Paulo.

Bagnoli, V. R. e Fonseca, A. M. e Junqueira, P. A. A. e Ariê, W. M. Y. (2002). *Queixas Urogenitais no Climatério: o que fazer*. [versão eletrônica]. Revista da Associação Médica Brasileira vol.48 nº 2. Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php6.htm>.

Berni, N. I. O. e Luz, M. H. e Kohlrausch, S. C. (2007). *Conhecimento, Percepções e Assistência à Saúde da Mulher no Climatério*. [versão eletrônica]. Revista Brasileira de Enfermagem vol. 60 nº 3, Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php1.htm>.

Bronstein M.D. 1994. *Climatério: o papel do endocrinologista*. *Ars curandi, A Revista da Clínica Médica* 8 (27):85-90, 1990.

Corral, T. Agenda Social, In. *Agenda de Desenvolvimento Humano e Sustentável para o Brasil do Século XXI*. Brasília: Instituto de Política; PNUD 2000. Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local.

FONSECA, P.T. *Menopausa: Para Sempre Mulher*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1999.

GREER, G. *Mulher, Maturidade e Mudança*. São Paulo: Augustus, 1994.

Hunter, M.S. – *Somatic Experience of the Menopause: A Prospective Study*. *Psychosomatic Medicine*. Flórida,52:346-56, 1990.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Síntese dos indicadores sociais. Estudos & Pesquisas: Informação demográfica e sócio-econômica no 11*, 326 pgs; 2002.

Junqueira, P. A. A. e Fonseca, A. M. (2004). *Relação Cálcio/Proteína da Dieta das Mulheres no Climatério*. [versão eletrônica]. Revista da Associação Médica Brasileira vol.50 nº 1. Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php5.htm>.

Lima, J. V. e Angelo, M. (2001). *Vivenciando a Inexorabilidade do Tempo e as suas Mudanças com Perdas e Possibilidades: A mulher na fase do climatério*. [versão eletrônica]. Revista da Escola de Enfermagem da USP vol.35 nº 4. Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php9.htm>.

Lorenzi, D. R. S. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério*. [versão eletrônica]. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia vol.30 nº 3. Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php8.htm>.

Luca LA 1994. Climatério: Mitos e Verdades. *Ars curandi, A Revista da Clínica Médica* 8(27):17-26.

Magnoni, D., e Cukier, C., e Oliveira, P.A. (2005). *Nutrição na Terceira Idade*. 1ª ed, Sarvier. São Paulo.

Matamala ET Al. *Calidad de la Atención, Género, Salud Reproductiva de las Mujeres?* Santiago. COMUSAMS – ACHUN, 1995.

Medeiros, S. F. (2008). *Risco e Assistência à Dislipidemia no Climatério*. [versão eletrônica]. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia vol.30 nº 12. Acedido em 28 de maio de 2009, em : <file:///F:/Documentos/scielo.php3.htm>.

Mendonça, E. A. P. (2004). *Representações Médicas e de Gênero na Promoção da Saúde no Climatério/Menopausa*. [versão eletrônica]. Scielo. Acedido em 28 de maio de 2009, em <file:///F:/Documentos/scielo.php2.htm>.

Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática, Brasília:1993*.

Nievas, A. F. e Furegato, A. R. F. e Iannetta, O. e Santos, J. L. F. (2006). *Depressão no Climatério: indicadores biopsicossociais*. [versão eletrônica]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria vol.55 nº 4. Acedido em 28 de maio de 2009, em <file:///F:/Documentos/scielo.php10.htm>.

Oliveira, D. M. e Jesus, M. C. P. e Merighi, M. A. B. (2008). *Climatério e Sexualidade: A compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo*. [versão eletrônica]. Scielo. Acedido em 28 de maio de 2009, em: <file:///F:/Documents/scielo.php11.htm>.

Pedrin V, Beverly R & Karla W 1988. Menopausa: um processo natural, apêndice, pp. 13-14. In E Gutiérrez (org.). *Mulher na Menopausa: Declínio ou Renovação ?* Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.

Vasconcelos, E. M. (1997). *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. 3ª ed. Editora Hucitec. São Paulo.

Werthein S, Mallol S, Ferreira A & Azcárate T 1999. De lãs paradojas de la madurez, pp. 12-17. *Cuadernos Mujer Salud / Red Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. Santiago, Chile.

Tirlone, A. e Aidrighi, J. M. e Latorre, M. R. D. O. (2004). *Prevenção das Perdas Dentárias em Mulheres no Climatério*. [versão eletrônica]. Revista da Associação Médica Brasileira vol. 50 nº 1. Acedido em 28 de maio de 2009, em: <file:///C:/DOCUME~1/Tem>