UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – POLO CONSELHEIRO LAFAIETE
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
Curso de Especialização em Atenção Básica – Saúde da Família

A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS
2010

LARISSA VIEIRA DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra.Clarice Marcolino

CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS

2010

LARISSA VIEIRA DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista.

Orientador: Profa. Dra.Clarice Marcolino

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte _____ /_____/_____

AGRADECIMENTOS

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo, em especial a comunidade e equipe de ESF Resende do município de Conselheiro Lafaiete - MG, imprescindíveis na edificação do meu conhecimento.

RESUMO

Através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade oferecida à distância pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e frente à carência e fragmentação das ações prestadas às mulheres que buscam os serviços de saúde e vivenciam o climatério, período este considerado como o fim da fase reprodutora e início da senilidade e marcado por intensas mudanças de ordem biopsicossocial, capazes de interferir na qualidade de vida da mulher, objetivou-se, com o presente trabalho através de levantamento bibliográfico, identificar este período, elencar os diversos sinais e sintomas peculiares e descrever aspectos importantes a serem abordados pelo profissional de saúde da Atenção Primária no atendimento deste grupo, de forma global e individualizada. Portanto, os serviços básicos de saúde necessitam colocar em prática a política de assistência à mulher no climatério, de forma multidisciplinar, holística buscando sempre a qualidade de vida como finalidade em todo atendimento.

Descritores: climatério, menopausa, saúde da família.

ABSTRACT

By Specialization Course in Primary Health Care for the Family, the distance mode offered by the Federal University of Minas Gerais (UFMG) and facing shortage and fragmentation of activities provided to women seeking health services and experience the climacteric, a period regarded as the end of the reproductive phase and early senility and marked by intense changes of a biopsychosocial, can interfere with the quality of life of women, the objective of this study through a survey of the theoretical framework to identify this period, list the various signs and symptoms peculiar describing important aspects to be addressed by health professionals of primary care in this group, in a comprehensive and individualized. Therefore, the basic health services need to put into practice the policy of assistance to women in menopause, in a multidisciplinary, holistic always looking for quality of life how goal in every service.

Descriptors: climacteric, menotropins, family health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 6
2. OBJETIVOS 7
3. METODOLOGIA 8
4. REVISÃO DE LITERATURA 9
4.1. Fatores relacionados ao climatério: fisiológicos, ambientais, socioeconômicos e psicológicos 9
4.2. Assistência à mulher no climatério 12
4.3. Política de Assistência ao Climatério 15
4.3.1. Programa de Assistência à Mulher no Climatério/Menopausa do Ministério da Saúde..... 16
4.3.2. Aspectos importantes a serem considerados 16
4.4. Proposta de cuidados a mulheres no climatério para o Município de Conselheiro Lafaiete.... 20
5. CONCLUSÃO 22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23
Anexos 26
Apêndices 51

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2004 iniciei minhas atividades no Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma proposta do Ministério da Saúde com a finalidade de reverter um modelo de assistência pouco resolutivo, sendo priorizadas as ações de Atenção Primária, por ser a porta de entrada do sistema e por fazer articulação com os demais níveis de atenção (NESCON, 2008).

Como enfermeira membro de uma equipe de ESF venho atuando nos diversos ciclos de vida: crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas e outros, buscando o aprimoramento da assistência.

Nessa atuação comprometida com a promoção da saúde e prevenção de doenças pude perceber a minha impotência profissional ao lidar com a demanda das mulheres que procuravam o serviço de saúde sem suas queixas solucionadas, principalmente na fase do climatério, causando-me insegurança e uma angustiante sensação de estar ofertando um atendimento aquém do necessário às mulheres que vivenciam este período.

No climatério, o período que antecede a menopausa e marca o fim da fase reprodutiva da mulher, evidenciam-se mudanças hormonais, com uma variedade de sintomas influenciados pelos fatores psicossocioculturais, somados ao envelhecimento biológico (PEDRO et al, 2003). Por ser uma fase com complexidade de sintomas que gera todo um desconforto feminino e por estas demandarem parte considerável dos atendimentos na Atenção Primária, questiono se os cuidados hoje ofertados pelos serviços básicos de saúde às mulheres na fase do climatério não precisam ser revistos ou até mesmo implantados?

De Lorenzi et al., (2009b) afirmam a importância da educação em saúde, estimuladora do auto cuidado, contribuindo para a melhor compreensão desta e conseqüentemente melhor adesão nas medidas terapêuticas.

Oliveira; Jesus, Merighi (2008) salientam que os profissionais de saúde precisam ter atenção e comprometimento às necessidades da mulher nesta fase e propor ações que atendam a sua real demanda, quebrando o silêncio repressor desta maturidade feminina.

Este trabalho tem a finalidade de fornecer aos profissionais de saúde da ESF subsídios para a reflexão da prática neste ciclo de vida bem como contribuir para a confecção do protocolo institucional norteador dessa prática.

2. OBJETIVOS

Aprofundar o conhecimento teórico em climatério evidenciando a sua importância no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Fornecer subsídios para elaboração de um protocolo institucional de cuidados no climatério para o município de Conselheiro Lafaiete-MG.

3. METODOLOGIA

Estudo teórico, exploratório e bibliográfico por meio de revisão de literatura sobre o climatério na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um levantamento do assunto através de busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde, Google acadêmico, LILACS, Scielo, livros e manuais do Ministério da Saúde, etc.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Fatores relacionados ao climatério: fisiológicos, ambientais, socioeconômicos e psicológicos

O climatério é um período fisiológico resultante do esgotamento dos folículos ovarianos iniciando-se por volta dos 35 anos e estendendo-se até os 65 anos, é uma fase evidenciada por uma queda da produção de hormônios favorecendo o surgimento de sistemas peculiares e interferindo assim na qualidade de vida da mulher (DE LORENZI et al., 2009b).

O climatério é também definido como uma transição entre o fim da vida reprodutora da mulher e o início da senilidade, esta, marcada por eventos importantes como a menopausa – o último ciclo menstrual após 12 meses consecutivos de amenorréia, e a exposição aos fatores de riscos cardiovasculares (RODRIGUES et al., 2004).

Este período é considerado uma fase biológica e não um processo patológico na vida da mulher, e a sintomatologia referida, bem como o aumento dos problemas nesta fase têm sido um reflexo das circunstâncias sociais e pessoais vivenciadas pela mulher e não meramente eventos endócrinos ocorridos (BRASIL, 2008).

Observam-se certas discrepâncias entre os vários autores acerca do período de ocorrência do climatério. Segundo o Manual de Assistência ao Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008), a população feminina brasileira está em torno de 98 milhões de mulheres, destas, 32% na faixa etária de 35 a 65 anos, período em que ocorre o climatério.

Pedro et al., (2003) afirmam que o climatério está relacionado com a complexidade dos fatores envolvidos: hormonais, psicossocioculturais e a senilidade, produzindo sintomas variados e conseqüências a longo prazo, estes sintomas podem atingir de 60 a 80% das mulheres e podem iniciar antes da parada fisiológica dos ciclos menstruais.

Bagnoli et al., (2007) corroboram com as observações de Pedro et. al., (2003), salientando que estes fatos ocorrem devido ao estresse emocional da mulher contemporânea que acumula várias funções e até mesmo as antes exercidas pelos homens como: intensa atividade fora do lar, colaboração ativa no orçamento da família, além das atividades domésticas, orientação dos filhos e atenção aos parentes idosos.

Os sinais e sintomas do climatério podem ser classificados cronologicamente em manifestações iniciais que são: disfunções menstruais, alterações vasomotoras (fogachos, calafrios, sensação de calor na cabeça, pescoço e tórax, palpitações e ondas de calor),

manifestações do sistema geniturinário (prurido, dispareunia), alterações da pele e fâneros, e as alterações psíquicas incluindo a depressão; e também em manifestações tardias como a osteoporose e as doenças cardiovasculares (GONÇALVES; MERIGHI, 2005).

Para Lima e Angelo (2001) o climatério também pode ser dividido em três décadas: a primeira que vai do período de 35 a 45 anos, na qual os sintomas são relacionados com a esteroidogênese anormal (hemorragia uterina disfuncional, síndrome da tensão pré-menstrual); a segunda que é a perimenopausa dos 46 aos 55 anos na qual ocorrem os sintomas peculiares da menopausa (ciclos menstruais irregulares, fogachos) e a terceira década de 56 aos 65 anos prevalecendo os sintomas da osteoporose e das doenças cardiovasculares.

Pedro et al., (2003) em seus estudos com mulheres na faixa etária de 45-60 anos de idade no município de Campinas, SP, comprovam que a elevada prevalência dos sintomas como fogachos, sudorese, palpitação, tontura, ansiedade, irritabilidade, cefaléia, depressão e insônia é semelhante ao relato de mulheres de países desenvolvidos do ocidente.

As alterações ocorridas na fase do climatério podem estar relacionadas a diversos fatores:

> [...] a síndrome do climatério é culturamente determinada e sua gravidade, influenciada por múltiplos fatores: ambientais, socioeconômicos e psicológicos. Desse modo, pode-se pensar que os sintomas patológicos, têm sua origem em uma base histórica, em que as mulheres buscam nos médicos e remédios a solução para os complexos problemas (de origem biológica ou não), o que também subsiste no período do climatério (GREER, 1994 apud OLIVEIRA, 2008, p.46).

Gonçalves e Merighi (2005, p. 10) em estudo fenomenológico, afirmam que a menopausa pode representar um golpe na auto-estima feminina devido à perda procriativa e ser um marco para o vazio, com desconfortos físicos, que mudam de uma mulher para outra e reforça a certeza:

> [...] de que se o sujeito se mantiver centrado nas limitações, nas deficiências corporais, será muito difícil ajudá-lo a compreender que o espaço e o tempo não são estanques em si mesmos enquanto temos um corpo e por meio dele agimos no mundo [...] e, na realidade, não existe fim e sim um processo de vivências encadeadas umas nas outras e todos numa única consciência.

Além das manifestações clínicas já citadas Bagnoli et al., (2007) descrevem outras alterações físicas funcionais que podem ocorrer neste período como: alterações metabólicas – alterações no metabolismo ósseo e lipídico podendo causar osteopenia, osteoporose e aumento do índice de fraturas. Os autores salientam que a qualidade de vida interfere

consideravelmente, cabendo ao profissional estimular um estilo de vida saudável combatendo o tabagismo e ao consumo excessivo de álcool, alimentação saudável, controle de peso, atividade física, higiene física e mental e cuidados com a saúde.

A depressão é mais freqüente em mulheres com ansiedade e insônia, e um dos fatores de proteção consiste na execução de atividade remunerada. Os antecedentes de tensão pré-menstrual e a presença de depressão constituem fatores de riscos relacionados à ansiedade (POLISSENI et al, 2009).

De Lorenzi et al., (2005) em um estudo realizado no sul do Brasil acerca da sintomatologia climatérica, avaliada pelo índice de Kupperman, um dos instrumentos mais utilizados na avaliação desta sintomatologia envolvendo onze sintomas ou queixas (sintomas vasomotores, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbidos) comprovaram que os sintomas mostraram se leve em 28%, moderado em 41,3% e intenso em 30,70% dos casos e os mais prevalentes foram: irritabilidade (87,1%), artralgias/mialgias (77,5%) e melancolia/tristeza (73,2%). Os sintomas vasomotores foram referidos por 60,2% das pacientes.

O autor supracitado constatou não haver qualquer relação entre sintomatologia climatérica e a idade, a confirmação de uma ocupação remunerada e o estado marital. Todavia, mulheres com baixa escolaridade, que não se consideram brancas, com menor renda familiar per capita, que não realizam atividade física regular e com menor freqüência de atividade sexual apresentavam sintomas climatéricos mais intensos. Observou-se que a percepção da menopausa como algo positivo na vida da mulher está associado a uma menor sintomatologia climatérica.

Silveira et al., (2007) em estudo com mulheres climatéricas da região norte do país, comprovaram o contrário em relação a variável grau de instrução. As mulheres urbanas e alfabetizadas tinham um aumento da chance de apresentar sintomas moderados ou graves em comparação às mulheres do meio rural e com menor escolaridade. Entretanto, na sintomatologia geral, corrobora com outras pesquisas ao encontrar um percentual de 56,3% com sintomas moderados ou graves. Os autores afirmam também que a vivência da transição climatérica assume características típicas de acordo com a população em estudo, evidenciando a forte relação entre fatores socioculturais e ambientais e o surgimento destes sintomas.

Somados a estes achados, um inquérito populacional da cidade de Campinas – SP constatou que quanto menor o nível sócio-econômico, menor a procura de atenção à saúde por parte das mulheres (PEDRO et al., 2003).

As ondas de calor parecem ser os únicos sintomas diretamente associados com a queda estrogênica e sintomas como labilidade emocional, insônia, menor libido estariam relacionados conforme a menopausa é percebida pela própria mulher. Por isso, uma percepção negativa da menopausa, tende a apresentar uma pior qualidade de vida (DE LORENZI et al., 2009a).

Valadares et al., (2008) perceberam em suas pesquisas que as mulheres mostraram-se ansiosas por informações a respeito da menopausa, por meio da mídia e gostariam que os profissionais conversassem e abordassem mais sobre o assunto. Observaram também, a presença de idéias preconceituosas e o uso do termo menopausa de forma pejorativa. Evidenciaram ainda, a necessidade de mais investimentos em educação dirigida tanto no intuito de capacitação para os profissionais, quanto às mulheres em geral.

Por isso, conhecer a experiência vivenciada pela mulher na fase do climatério pode interferir na melhoria da assistência prestada, favorecendo uma avaliação das suas necessidades e privilegiando uma assistência mais global e individualizada (LIMA; ANGELO, 2001).

Sclowitz; Santos; Silveira (2005) destacam que a freqüência e a intensidade dos sintomas climatéricos gera um comprometimento da qualidade de vida da mulher necessitando que os serviços de saúde se organizem com um programa de atividades no período pós-reprodutivo da mulher.

Oliveira; Valente; Medeiros (2002) completam discorrendo que a introdução de programas educativos sobre estilo de vida, dieta, cuidados preventivos sistematizados podem assegurar saúde e qualidade de vida.

4.2. Assistência à mulher no climatério

A assistência à mulher no climatério há algum tempo, centrava-se primordialmente na terapia hormonal e teve uma redução a partir de 2002, quando publicações sobre o assunto apontavam um risco significativo maior para eventos trombolíticos e câncer de mama, quando comparados com um grupo controle sem qualquer medicação hormonal. Mesmo questionado por problemas metodológicos, os estudos conhecidos por WHI (Women's Health Initiative) contribuíram para uma maior evidência do assunto. Portanto, as indicações da terapia hormonal tornaram-se restritas para aliviar sintomas vasomotores e da atrofia urogenital e para prevenção da osteoporose. Estudos recentes mostram efeitos benéficos desta terapia,

como um efeito de proteção cardiovascular quando se inicia nos primeiros dez anos após a menopausa, quando a aterosclerose ainda é inicial. Entretanto, o que ainda se percebe ainda é uma postura alheia às mudanças na prescrição médica e anseios e dúvidas por parte da mulher assistida (DE LORENZI et al, 2009a).

Para uma abordagem global faz-se útil considerar a mulher de maneira individualizada com seus fatores de risco para as doenças desta fase, identificando assim os problemas de saúde. A intervenção médica deverá optar pelas medidas terapêuticas tanto farmacológicas quanto não farmacológicas e utilizar a terapia hormonal com cuidadoso critério, partilhando a decisão com a mulher (PRATA, 2003).

O Manual de Assistência ao Climatério, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 12), salienta que:

> 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.

Pereira (2009) observou que as usuárias dos serviços de saúde sentem a carência dos serviços e ações de saúde voltadas para esta fase, sugerindo reflexões sobre essa atual situação, a criação de consciência crítica a fim de mobilizar as usuárias climatéricas para que estas clamem por seus direitos, conquistando uma política social capaz de compreender e atender suas necessidades.

A Atenção Primária parece ser o nível de atenção adequado para atender grande parte destas necessidades e para isto é importante a organização da rede para garantir o atendimento com especialistas, quando necessário, efetivar parcerias com outros serviços como doenças crônicas não transmissíveis (incluir o câncer, saúde mental, odontologia, nutrição, ortopedia, entre outras). A seguir são apontadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 29,30) algumas das atitudes positivas que os profissionais devem incluir:

> • estimular o auto-cuidado, que influencia positivamente na melhora da auto-estima e da insegurança que pode acompanhar esta fase;

> • estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas ou por meio de outros recursos de mídia qualificada – programas direcionados sobre o assunto) que estiverem disponíveis;
>
> • oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;
>
> • encaminhar para os 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;
>
> • esclarecer às mulheres que utilizam a masturbação como forma de satisfação sexual, que essa é uma prática normal e saudável, independente de faixa etária;
>
> • estimular o "reaquecimento" da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres (BRASIL, 2008, p. 29,30).

Prata (2003) elege o médico da família como o possuidor de posição privilegiada para intervir ativamente na promoção da saúde das mulheres no climatério, pois já está acostumado a uma abordagem contínua e global das pessoas, conhecedor da clínica e capaz de gerir vários problemas de saúde em simultâneo.

O conhecimento popular deve ser aproveitado como estratégia de socialização de informações, o diálogo entre as mulheres que estão vivenciando modificações parecidas é capaz de proporcionar uma compreensão do processo de viver (PEREIRA, 2009).

Oliveira; Jesus; Merighi (2008) também reforçam que, o diálogo é uma necessidade da mulher que experimenta esta fase, pois ela sente vontade de se abrir, dialogar e partilhar suas experiências. Portanto, o grupo de climatério é considerado como um meio que lhes possibilita uma maior compreensão com informação, orientação e aprendizagem, pois ela precisa ter um encontro com realidades semelhantes para compreender melhor a sua existência.

O consenso atual é que qualidade de vida norteie qualquer intervenção no climatério, qualidade essa definida como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contexto de vida: como a capacidade funcional, satisfação pessoal, estado emocional e intervenção social (DE LORENZI et al, 2009a).

Alpízar e Despaigne (2003) identificaram que os fatores biológicos (a intensidade dos sintomas) e os fatores sociais (nível de escolaridade e conhecimentos prévios) são os determinantes para a solicitação de assistência médica.

A assistência no climatério tem se expandido para além dos aspectos clínicos relacionados com a queda hormonal, tendo influência os aspectos culturais e psicossociais. Assim, é preciso rever a subjetividade da mulher, evitando abordagens mecanicistas e oferecendo uma assistência ajustada às suas necessidades (DE LORENZI et al., 2009a).

Berni; Luz; Konlrausch (2007) destacam que a atenção primária no país ainda é curativista, fazendo-se necessário neste nível de atenção ensinar às mulheres sobre o climatério e as mudanças ocorridas em seus corpos. É imprescindível o trabalho em equipe e não somente centrado no atendimento médico. Os autores reforçam ainda, a importância do grupo de apoio, espaço este de diálogo mediado por um profissional de saúde, especialmente o enfermeiro atuante em saúde pública.

PEDRO et al., (2002) enfatizam que é preciso mudar a realidade e ofertar serviços com qualidade, trazendo uma percepção de que os desconfortos não são sintomas naturais do climatério, mas precisam ser auscultados, trabalhados e melhorados.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2008) recomenda uma abordagem clinica da mulher climatérica abrangendo:

- Anamnese;
- Exame físico: verificação da pressão arterial, índice de massa corpórea, circunferência abdominal, inspeção e palpação, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação bucal, exame ginecológico;
- Exames complementares: avaliação laboratorial, mamografia e ultra-sonografia mamária – de acordo com diretrizes de rastreamento, exame preventivo do câncer de colo do útero, ultra-sonografia vaginal, densitometria óssea (Anexo A).

Recomenda também, ações de promoção da saúde através de orientações sobre alimentação e nutrição, facilitando o diagnóstico precoce de sobrepeso/obesidade, promovendo uma alimentação saudável e prática de atividade física. Destaca ainda, a prevenção e controle da osteoporose, prevenção do câncer, prevenção e tratamento das distopias genitais, tabagismo, o uso de bebidas alcoólicas, violência doméstica e sexual, saúde bucal, orientações de auto cuidado e atividades psicoeducativas (Anexo B).

4.3. Política de Assistência ao Climatério

4.3.1. Programa de Assistência à Mulher no Climatério/Menopausa do Ministério da Saúde

A Saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, e a evolução nesta assistência pode ser considerada a partir da década de 1970, havendo uma concepção restrita à assistência materna.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) criou o Sistema Único de Saúde regulamentado pelas leis orgânicas 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990) estabelecendo os princípios doutrinários e constitucionais de universalidade, equidade e integralidade. Mesmo representando grandes conquistas nesta área, a referida Lei apresenta fragilidade em relação assistência integral da mulher, principalmente no atendimento às mulheres que se encontram na fase do climatério.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde publicado em 1984 (BRASIL, 1984) vem contemplar uma assistência holística da mulher considerando assim todas as fases por ela vivenciadas, inclusive o climatério, ocasionando assim, uma ruptura com o modelo de assistência materno-infantil até então vigente.

Com a elaboração deste material pelo Ministério da Saúde, vários estados do país começaram a adotar política de atenção integral à saúde da mulher com reciclagem dos profissionais. O Ministério da Saúde através de suas áreas temáticas preocupou-se com um planejamento de ações para mulheres com idade superior a 50 anos, entretanto, até 2002 não havia uma efetividade deste planejamento. Em 2003, após avaliações institucionais este planejamento foi incluído na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes com o objetivo de implantar e implementar a atenção à saúde da mulher na fase do climatério (BRASIL, 2008).

4.3.2. Aspectos importantes a serem considerados

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros faz com que haja um grande número de mulheres vivenciando o período do climatério e se tornando as principais usuárias do Sistema Único de Saúde, fomentando a demanda por serviços e ações de saúde e exigindo dos gestores uma política pública que disponibilize recursos humanos, materiais e financeiros para implementá-la e operacionalizar as ações (PEREIRA, 2007).

Recomenda-se o estabelecimento de rotinas, fluxos e protocolos com objetivo de melhorar o atendimento e a utilização dos recursos do SUS, cabendo aos profissionais de saúde apoiá-las: um relacionamento baseado na confiança transmite tranqüilidade e oferece segurança, que são suportes terapêuticos fundamentais.

É importante que os serviços de saúde promovam grupos psicoeducativos, onde são discutidos problemas e sanados dúvidas referentes ao climatério: como o significado da menopausa, a vivência da sexualidade, os estados depressivos, a vivência do envelhecer e outros temas, sugeridos pelas próprias mulheres. Estimular a mulher a participar de alguma atividade comunitária pode ser bastante proveitoso.

> [...] a maior parte das barreiras sexuais não são propriamente sexuais, mas sim problemas e dificuldades que se refletem na vida sexual. A má qualidade de vida em geral é um dos fatores mais impeditivos do exercício pleno e da realização sexual, em qualquer fase da vida (BRASIL, 2008, p. 26).

A maioria das mulheres apresenta algum tipo de sinal ou sintoma no climatério, que varia de leve a muito intenso na dependência de diversos fatores. Embora no Brasil, haja uma tendência pelas sociedades científicas em considerá-lo como uma endocrinopatia verdadeira, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define o climatério como uma fase biológica da vida da mulher e não um processo patológico.

Os sinais e sintomas clínicos do climatério ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios representados pelos fenômenos atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo.

Os sintomas associados ao climatério freqüentemente não persistem nas mulheres idosas. No entanto, essa associação não significa que todos os sintomas sejam específicos desta faixa etária. Enquanto os sintomas vasomotores como os fogachos são típicos deste período, os sintomas neuropsíquicos, embora ocorram com certa freqüência nesta época, principalmente nos países ocidentais, não são específicos do climatério. As alterações do humor, a ansiedade e a depressão também são encontradas em outras faixas etárias e, portanto, não têm relação exclusiva com a insuficiência estrogênica (BRASIL, 2008).

De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (Brasil, 2008) seguem-se algumas considerações importantes pertinentes a abordagem da mulher que vivencia o climatério bem como as ações de promoção da saúde e situações especiais.

A Abordagem clínica compreende:

- Anamnese,
- Exame físico completo,
- Solicitação e interpretação de exames complementares,
- Rastreamento mamário,
- Preventivo ginecológico,
- Investigação endometrial,
- Rastreamento ovariano e
- Avaliação óssea.

Ações de Promoção da Saúde:

- Alimentação e nutrição no climatério;
- Diagnóstico nutricional – IMC;
- Promoção da alimentação saudável;
- Prevenção e controle da osteoporose;
- Prevenção de câncer;
- Atividade física;
- Prevenção e tratamento das distopias genitais;
- Tabagismo;
- Uso de bebidas alcoólicas;
- Violência doméstica e sexual;
- Saúde bucal e odontologia preventiva;
- Autocuidado;
- Cuidados com a pele;
- Atividades psicoeducativas.

Anticoncepção no climatério

A mulher nessa fase da vida pode usar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresente alguma contra-indicação, a escolha deve ser livre e informada e fatores individuais e os riscos e benefícios relativos a cada método devem ser considerados, os profissionais de saúde devem orientar para que a escolha seja mais adequada em relação à natureza, funcionamento, modo de uso e efeitos colaterais (BRASIL, 2008).

> Por segurança, a contracepção nesta fase, quando requerida, deve ser interrompida somente um ano após a menopausa instalada ou através da confirmação laboratorial (aumento do FSH acima de 40mIU/ml) e a Terapia

> Hormonal, quando indicado somente tem lugar após a suspensão de qualquer método anticoncepcional hormonal (BRASIL, 2008, p.70).

Gestação no Climatério

De acordo com o Manual do Climatério, acima referenciado, a possibilidade de ocorrer gestação no período do climatério é menor, aumenta-se o número de abortamentos e malformações congênitas provenientes do envelhecimento e diminuição da qualidade do óvulo e também, a chance de ocorrer infertilidade devido a doenças ginecológicas como infecções pélvicas e endometrioses elevam-se. Doenças como a hipertensão arterial e diabetes mellitus são mais prováveis de ocorrer em gestantes com idade superior a 35 anos, relacionadas também à predisposição individual e o processo de senilidade, conferindo um maior risco de morbidade e mortalidade à mulher (BRASIL, 2008).

Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV-Aids

> A ocorrência dessas infecções se dá predominantemente em indivíduos jovens, em idade reprodutiva, no entanto não é desprezível o acometimento de mulheres com mais de 35 anos. Com a evolução da supressão hormonal fisiológica, ocorrem modificações no trofismo da vagina, assim como há uma diminuição do muco cervical, tornando o ambiente mais susceptível, com a redução dos mecanismos de defesa aos traumas advindos do ato sexual com penetração. Aumenta assim a vulnerabilidade e conseqüentemente o risco de infecções, incluindo o risco da transmissão do HIV. A vaginose bacteriana, apesar de não ser classificada como DST, e sim o resultado do desequilíbrio da microbiota vaginal em mulheres predispostas, pode ser mais comum nessas mulheres, tal fato pode estar associado ao aumento do pH vaginal após a cessação dos ciclos menstruais [...] De acordo com os dados do Ministério da Saúde, até junho de 2007, foram notificados 131.127 casos de Aids em mulheres, sendo que 40,72% têm mais de 35 anos. A maior incidência ocorre entre 35 e 49 anos. Considerando que a demanda voluntária para a testagem do HIV nesta época da vida seja relativamente baixa estima-se que a incidência da infecção pelo HIV, seja bem maior do que o número de casos identificados pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008, p. 80, 81).

Agravos à saúde mais freqüentes em mulheres na fase do climatério (BRASIL, 2008, p.87)

- Indisposição;
- Hipotireoidismo;
- Doenças cardiovasculares;

- Obesidade;
- Diabetes Mellitus;
- Transtornos psicossociais;
- Alterações gastrintestinais;
- Alterações urogenitais;
- Doença periodontal;
- Efeitos prejudiciais do tabagismo;

Câncer no climatério

> A freqüência das neoplasias malignas é maior no período após a menopausa. Ações de detecção e diagnóstico precoces devem ser disponíveis, pois contribuem para a prevenção, tratamento em fases iniciais e aumento da sobrevida das mulheres. É necessário informar sobre os fatores de risco de desenvolvimento de câncer, as medidas preventivas e de detecção precoce, estimulando-as a consultar regularmente um serviço de saúde. Ações educativas e de informação para as mulheres são fundamentais e as oportunidades devem ser aproveitadas na consulta individual e nas atividades educativas de grupo (BRASIL, 2008, p.100).

4.4. Proposta de cuidados a mulheres no climatério para o Município de Conselheiro Lafaiete.

Conselheiro Lafaiete é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na macro região de Belo Horizonte com população estimada de 113.019 habitantes e, é considerada cidade polo da macrorregião.

O surgimento do PSF em Conselheiro Lafaiete- MG não foi diferente dos outros municípios, deu-se de forma confusa e desacreditada por ser diferente do modelo formal vigente. Muitos segmentos contribuíram para a implantação: movimentos religiosos, profissionais interessados, segmentos políticos e vários sonhadores idealistas fazendo que o movimento tomasse direção para esta análise da importância da atenção primária dentro dos sistemas de saúde. Iniciou-se com três unidades completamente adaptadas, norteadas pelos pontos cardeais na topografia da cidade, no final do ano de 1996 e início de 1997.

Hoje o município totaliza 24 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura acima do esperado para municípios com o seu porte, atendendo uma população adscrita que a cada dia demanda maior atendimento nas unidades.

Haja vista o aumento da expectativa de vida das mulheres no país, em torno dos 80 anos de idade, a mulher vive hoje parte considerável de sua vida, quase a metade dela, após a menopausa. Portanto, o climatério, é um período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, não podendo significar fim da fase produtiva desta.

Este período marcado por variados sintomas, inseguranças e alterações merece atenção por parte dos profissionais de saúde, principalmente os atuantes na Atenção Primária à Saúde, por ter a possibilidade de uma maior efetividade no estabelecimento do vínculo com a mulher, podendo assim traçar estratégias no sentido de motivá-las para a adoção de hábitos saudáveis.

A Equipe de Saúde da Família, promotora da saúde e cautelosa na prevenção de doenças deve atuar na assistência à mulher no climatério/menopausa almejando alcançar os seguintes objetivos:

- Controle da Hipertensão Arterial;
- Controle do Diabetes Mellitus;
- Controle das dislipidemias;
- Combate ao tabagismo;
- Controle do sobrepeso/obesidade;
- Incentivo à atividade física;
- Incentivo aos hábitos alimentares saudáveis (redução dos teores de açúcar e gorduras e aumento da ingestão de cálcio);
- Incentivo e organização de grupos de socialização (culinária, artesanato, caminhadas).

É importante fazer uma avaliação individualizada/personalizada da mulher com a realização de uma anamnese e exame físico completos, ressaltando a relevância do exame das mamas e da vulva.

Realizar a aferição da pressão arterial e, se necessário, seguir recomendações do protocolo para hipertensão arterial crônica. Será necessária a solicitação de alguns exames complementares rotineiros:

- Citologia oncótica do colo uterino seguindo protocolo da propedêutica do colo;
- Mamografia de rastreamento seguindo recomendações;
- Dosagem de colesterol total e fracionado;
- Dosagem de triglicérides;
- Dosagem de glicemia de jejum;
- Dosagem de TSH;
- Realizar o Teste de Progesterona, se necessário; (Apêndice A)
- Prescrever a terapia hormonal, se indicação. (Apêndice B) (COELHO, 2009)

5. CONCLUSÃO

Conclui-se através deste estudo que os serviços básicos de saúde necessitam colocar em prática uma política pública de assistência à mulher no climatério, assistência esta multidisciplinar com abordagem holística e que respeita a individualidade de cada ser.

Percebe-se também a importância da capacitação dos profissionais de saúde acerca da complexidade do climatério, para que estes se tornem multiplicadores de conhecimentos na comunidade.

A equipe de saúde da família precisa acolher a mulher no climatério, escutá-la, atendê-la de forma individualizada, procedendo uma abordagem clínica resolutiva capaz de identificar seus fatores de risco, temores e expectativas, é imprescindível envolver a mulher na escolha da terapêutica. Os serviços de saúde precisam se organizar de tal forma que garantam às mulheres exames complementares necessários estruturando a rede desses serviços garantindo a referência aos profissionais de apoio e especialistas quando necessário.

Tão importante quanto à abordagem clínica são as ações de promoção à saúde desta mulher, garantindo informações e orientações necessárias para que haja uma mudança de hábitos de vida e adoção de medidas saudáveis como uma alimentação balanceada, prática de atividade física, combate ao tabagismo e ao uso de bebidas alcoólicas, prevenção da osteoporose e câncer dentre outras.

O grupo de apoio, um espaço de socialização, que tão facilmente pode ser realizado em uma unidade de PSF mediado/coordenado por um profissional de saúde tem se mostrado efetivo como um espaço de troca de experiências e a busca de identidade com pessoas afins que vivenciam o mesmo processo.

A busca pela qualidade de vida é a finalidade de toda assistência e intervenção à mulher no climatério.

No município de Conselheiro Lafaiete o que se pretende é direcionar o atendimento das mulheres nessa faixa etária, propiciando aos profissionais uma reflexão da prática, para que seja ofertada uma assistência resolutiva, norteada por um instrumento atualizado e normativo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPÍZAR, E. R.; DESPAIGNE, D. N. Factores relacionados com la demanda de atención médica para El climatério. **Revista Cubana Endocrinol,** v.14, n.3, 2003. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end03303.htm> Acesso em: 08 jan. 2010.

BAGNOLI, V.R.; et al. Climatério: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina,** v.64, n.03, p.69-74, mar.2007. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3528> Acesso em: 09 jan. 2010.

BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KONLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepção e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, mar./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

BRASIL. Lei n° 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**: bases de ação programática. Brasília, 1984**.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs> Acesso em 08 jan. 2010.

COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed.115p.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v.27, n.1, jan.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n1/24286.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2010.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, mar./abr. 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000200019&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 08 jan. 2010

DE LORENZI, D. R. S. et al. Qualidade de vida e fatores associados em mulheres climatéricas residentes na região sul do Brasil. **Acta Med. Port**. V.22, p.51-58, 2009b. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/vol1n1/042-053.pdf > Acesso em: 10 nov. 2009.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências de vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000600012&lng=pnrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2010.

GREER, G. **Mulher: maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994 apud OLIVEIRA, D. M; JESUS, M. C. P; MERIGHI, M. A. B. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de Saúde da Família de Juiz de Fora – MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, n.1, p.42-45, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/201>. Acesso em: 10 nov. 2009.

LIMA, J. V.; ANGELO, M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**, v.35, n.4, dez. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342001000400013&lng=pnrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2010.

NESCON/ FM/ CATEDRA/UNESCO- FAE/UFMG. Guia do profissional em formação: Curso De Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Cátedra da UNESCO de Educação à Distância FAEUFMG: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM/UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 54p.: Il. – (Educação a Distância).

OLIVEIRA, D. M. ; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora – MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, n.1, p.42-45, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/201>. Acesso em: 10 nov. 2009.

OLIVEIRA, N. N.; VALENTE, J. G.; MEDEIROS, S. F. Aspectos reprodutivos das mulheres climatéricas do Programa de Saúde da família em Cuiabá. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.7, ago. 2002> Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032002000700003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2010.

PEDRO, A. O. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2010.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.5, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 10 nov. 2009.

PEREIRA, Q.L.C. **Mulher climatérica usuária do sistema de saúde: serviços e ações de saúde**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.domíniopublico.gov.br Acesso em 30 jul. 2010.

PEREIRA, Q. L. C. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n. 2, p.366-371, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2016.pdf> Acesso em: 10 nov. 2009.

POLÍSSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032007000800006&lng=pnrm=iso>. Acesso em 09 jan. 2010.

PRATA, L. Cuidados de saúde à mulher no climatério e menopausa – um desafio para a Medicina Familiar. **Revista Portuguesa Clinica Geral**, v.19, p.345-349, 2003. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304142055546969.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2010.

RODRIGUES, P. O. et al. Investigação do conhecimento relacionado ao climatério, menopausa e terapia de reposição hormonal de mulheres pertencentes a clubes de mães do município de Tubarão – SC. **Farmacoter**, v. 2, n.3, p.178-180, 2004. Disponível em: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/178-180pdf> Acesso em: 10 nov. 2009.

SCLOWITZ, I. K. T; SANTOS, I. E; SILVEIRA, M. F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200013&lngt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2010.

SILVEIRA, I. L. et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.8, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000100004&lng=p&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2010.

VALADARES, A. L. et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o trata mento de seus sintomas. **Revista da Associação Médica Brasileira,** v.54, n.4, jul./ago. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302008000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2010.

ANEXOS

Os anexos a seguir são constituídos dos capítulos 6: Abordagem clínica e Promoção da Saúde e o capítulo 7: Medidas Preventivas aplicadas ao Climatério, do Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e reprodutivos – Caderno, n.9 (BRASIL, 2008).

Este trabalho baseia-se nesta publicação do Ministério da Saúde, concretizada a partir de um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida e por direcionar os profissionais de saúde para uma atenção integral e humanizada.

Anexo A – Abordagem clínica

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também pregresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase cabendo ao ginecologista muitas vezes o papel de clínico geral. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana.

A importância do ESCUTAR a mulher nessa fase é fundamental para um diagnóstico e acompanhamento adequados. Assim como é necessária a atenção para não considerar que todas as mulheres apresentarão sintomas ou agravos relacionados com o hipoestrogenismo, também não se deve perder a oportunidade de identificar doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial ou realizar encaminhamentos que se façam necessários.

O ginecologista necessita ir além de diagnosticar, tratar ou acompanhar as patologias, transtornos ou alterações ginecológicas. É preciso adotar uma visão mais global da mulher, em sua integralidade, complexidade e sensibilidade peculiar, especialmente nessa etapa de vida. Muitas vezes apenas a escuta, orientações simples e o esclarecimento sobre o que está ocorrendo com o organismo durante climatério tranqüiliza a mulher, ajudando-a a entender e aceitar melhor as possíveis mudanças, estimulando-a a assumir mais amplamente o protagonismo de sua vida. O apoio psicológico também é importante e faz com que as mulheres se sintam compreendidas e acolhidas, o que repercute positivamente na melhora dos sintomas.

Na ausência de intercorrências, a consulta ginecológica da mulher no climatério deve ser realizada a cada ano, principalmente em função dos exames preventivos e orientações de promoção da saúde, assim como de acompanhar a evolução desta fase. Na presença de intercorrências, cada caso necessita de avaliação individualizada.

Atividades de apoio à mulher no climatério direcionadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde envolvendo uma equipe multidisciplinar são estratégias que podem ser oferecidas rotineiramente pelos serviços de saúde, com resultados bastante positivos.

6.1 Anamnese

A história da mulher deve ser semelhante a àquela colhida durante a menacme, acrescida de alguns aspectos importantes para esta fase.

Nas queixas clínicas, pode haver referência a fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades

de rotina, da libido, dispareunia, astenia e sintomas gênito-urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas.

A idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. A presença de irregularidades menstruais é comum nesta fase, necessitando abordagem individualizada.

A avaliação dos antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais e obstétricos colaboram muito para o entendimento do momento atual. A orientação sexual da mulher é uma informação importante e deve ser considerada sem preconceitos, de modo a oportunizar a abordagem desta questão durante a consulta. Este também é um bom momento para investigar os métodos de anticoncepção utilizados, a vulnerabilidade da mulher a DST/aids e sobre a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. Dados sobre o funcionamento gastrointestinal indicam a existência ou o risco para o desenvolvimento de doenças. Da mesma forma são importantes informações acerca de sintomas urinários, como infecções ou incontinência.

É imprescindível investigar os hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração), além da existência de patologias concomitantes, uso de medicações, alergias e problemas pessoais, do relacionamento amoroso ou familiar.

Nos antecedentes familiares, a investigação sobre a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como *Diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, osteoporose, assim como de câncer de mama, útero (colo ou endométrio), ovários ou outros, indica a necessidade de maior atenção quanto à adoção de medidas de prevenção e de preservação da saúde relacionadas.

6.2 Exame Físico

A avaliação consta de um exame físico geral, com atenção voltada para alguns aspectos específicos deste grupo etário.

Inicialmente, a verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC (peso/altura^2) define a necessidade de um maior cuidado com a alimentação, quando detectados índices de baixo peso (IMC<18,5), sobrepeso (IMC>25) ou obesidade (IMC>30). A verificação da pressão arterial também é de suma importância, sendo uma boa oportunidade para rastreamento de alterações, acompanhamento e encaminhamentos necessários. A simples medida da circunferência abdominal (> 80 cm nas mulheres), associada a outros fatores, indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica (vide capítulo 7) e risco cardiovascular.

A inspeção deve iniciar pelo fáscies, aspecto da pele, fâneros, mucosas, seguida da ausculta cardíaca e pulmonar, palpação da tireóide e do abdômen e observação dos membros inferiores à procura de edema e outras alterações circulatórias ou ortopédicas.

A saúde bucal no envelhecimento apresenta algumas especificidades, portanto neste momento é também oportuno verificar a condição dos dentes, gengivas e língua e orientar a mulher para adoção de hábitos saudáveis e consulta regular ao dentista.

O exame ginecológico inicia-se pela avaliação mamária, com inspeção e palpação cuidadosa das mesmas, culminando na expressão papilar, na procura de descarga patológica que, se encontrada, deve ser colhida e enviada para análise. Na seqüência, são palpadas as axilas e a cadeia ganglionar, à procura de alterações, com descrição detalhada de suas características e localização, quando encontrada.

A palpação abdominal e da pelve é direcionada à investigação de anormalidades na parede e na cavidade, como dor ou alterações nas características dos órgãos internos, seja na sua localização, volume, consistência, mobilidade, etc.

A seguir deve-se proceder à inspeção cuidadosa da vulva com atenção para a ocorrência de alterações do trofismo, coloração ou adelgaçamento da pele e mucosa. Na inspeção dinâmica são comuns as distopias, com prolapsos genitais nos mais variados graus e naturezas, acompanhados ou não de roturas perineais, sendo um bom momento para indicação cirúrgica quando necessário e/ou orientação da necessidade de realizar exercícios para recuperação da tonicidade muscular da pelve descritos a seguir, no capítulo 7 "Promoção da Saúde".

Ao exame especular, a avaliação da rugosidade da mucosa e da lubrificação do colo e vagina podem refletir nitidamente o *status* hormonal. Nesse momento se observa a necessidade ou não do uso de estrogênio oral ou tópico prévio ao exame, de preferência aqueles à base de estriol (creme) – 2cc intravaginal por sete dias. O mesmo pode também ser usado regularmente – 2cc intravaginal, uma a duas vezes por semana – para melhora do trofismo da mucosa, diminuição do desconforto urogenital e ao coito e a predisposição maior a infecções.

6.3 Exames Complementares

Os exames complementares essenciais para o acompanhamento do climatério estão abaixo relacionados, cuja indicação e periodicidade de realização deverá seguir as orientações definidas de acordo com os protocolos clínicos adotados por este Ministério seguindo cada especificidade.

- Avaliação laboratorial
- Mamografia e ultra-sonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama)
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero
- Ultra-sonografia transvaginal
- Densitometria óssea

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, trianual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

6.4 Exames Laboratoriais

A instalação do climatério é gradativa e se evidencia clinicamente em maior ou menor grau a depender de vários fatores. Porém a ocorrência da menopausa é eminentemente clínica, caracterizada pela cessação das menstruações por um período de 12 meses ou mais. Não há, portanto, necessidade de dosagens hormonais a não ser quando a menopausa for cirúrgica e/ou houver dúvidas em relação ao quadro hormonal. A dosagem do FSH é suficiente para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana, quando o resultado for maior do que 40 mUI/ml.

Os exames laboratoriais de rotina para o acompanhamento do climatério constam no quadro abaixo e devem ser colhidos após 12 horas de jejum, à exceção da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO), que requer orientações dietéticas para os dias anteriores ao exame. As solicitações de exames relacionados com investigações mais específicas devem seguir as indicações preconizadas para cada caso e sua possibilidade de realização.

Quadro 3 – Exames laboratoriais para avaliação de rotina

EXAME	AGRAVOS ASSOCIADOS
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas
TSH	Distireoidismo
Glicemia	Intolerância à glicose, diabetes
Teste de tolerância à glicose (TTG)	
Colesterol total e HDL	Dislipidemias
Triglicérides	
TGO, TGP	Alterações na função hepática
Sumário de urina (e urocultura)	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)	Doenças do aparelho digestivo

6.4.1 Rastreamento mamário

A detecção precoce é a principal estratégia para controle do câncer de mama. Segundo as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o rastreio para detecção precoce do câncer mamário, em mulheres assintomáticas, assim como as condutas clínicas a serem adotadas para o diagnóstico e tratamento devem seguir as recomendações descritas - vide capítulo 11 "Câncer no Climatério".

Ações recomendadas:

1. Exame Clínico das Mamas

O exame clínico das mamas faz parte do exame físico de rotina, e deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para o Controle do Câncer de Mama/ Diretrizes Nacionais para Condutas Clínicas do Câncer da Mama (www.inca.gov.br).

- Deve ser realizado em todas as mulheres, em qualquer idade, durante a consulta, por profissional qualificado, médico ou enfermeiro;
- A partir dos 40 anos, deve ser realizado anualmente em todas as mulheres.

2. Mamografia

A mamografia permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de descobrir lesões em fase inicial. Neste exame, a mama é comprimida e radiografada, de forma a fornecer melhores imagens, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável. Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames.

Está indicado o exame clínico das mamas e a mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia.

As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.

O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade e o INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.

As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo conseqüências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos auto-exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos auto-exames falsamente positivos.

6.4.2 Preventivo ginecológico

Conforme descrito anteriormente, a inspeção da vulva deve ser realizada rotineiramente uma vez ao ano, durante o exame físico e caso haja anormalidades, deve-se proceder à genitoscopia e à biópsia (ver capítulo 11).

A coleta do material para citopatologia deve abranger a ectocérvice e endocérvice, e nas mulheres histerectomizadas, o fundo-de-saco vaginal. A ocorrência de hipo ou atrofia da mucosa pode comprometer a qualidade do material citológico, podendo ocorrer sangramentos por traumatismos e processo inflamatório que são comuns nesta fase. A JEC

(Junção Escamo Colunar) migra para o interior do canal endocervical, causando entropia e dificuldade de obtenção das células glandulares na amostra. O pH vaginal também sofre alterações, com tendência à alcalinização e mudança da flora, predispondo muitas vezes ao crescimento bacteriano com ocorrência de vaginite ou vaginose. As lesões suspeitas identificadas devem ser biopsiadas e tratadas. A presença de atrofia que comprometa a qualidade do exame ou traga desconforto importante à mulher, indica a utilização prévia de estrogênio vaginal. Preferencialmente utiliza-se estriol ou promestriene, aplicando-se 2 cc do creme durante sete dias e aguardando de três a cinco dias (ideal) para a coleta. Quando a atrofia for intensa, pode ser utilizado creme à base de estrogênios conjugados, (1 a 2 cc do creme durante sete dias, aguardando de três a cinco dias para coleta), sempre atentando para possíveis alterações endometriais, sangramentos ou mastalgia nas mais idosas ou mais sensíveis ao tratamento hormonal.

Em relação a condutas e outras especificidades do câncer genital, ver capítulo 11, referente ao "Câncer no Climatério".

6.4.3 Investigação endometrial

A indicação da investigação endometrial na rotina está relacionada a sintomas genitais como sangramentos irregulares na pré, durante ou após a instalação da menopausa. Mulheres, mesmo assintomáticas, em utilização de terapia hormonal (TH), moduladores seletivos dos receptores de estrogênios (SERMs), tibolona, fitoterápicos e outros que apresentem ação estrogênica, devem ser avaliadas através de ultra-sonografia da pelve, anualmente.

Métodos não invasivos:

- Teste de Progesterona: consta da administração de 10mg de acetato de medroxiprogesterona durante 7 a 10 dias. O teste é positivo quando da ocorrência de sangramento uterino durante ou até 15 dias após a suspensão da medicação, (quando não houver uso prévio de estrogênio) o que sugere espessamento endometrial e indica necessidade de avaliação. Somente tem indicação após a menopausa.

- Ultra-sonografia pélvica (preferentemente por via transvaginal): possibilita a mensuração e observação do aspecto endometrial. É considerado normal até 5mm (e até 8mm nas mulheres usuárias de TH). Nos casos de espessamento é obrigatório prosseguir a investigação por histeroscopia e biópsia endometrial, ou mesmo curetagem para estudo anatomopatológico.

A propedêutica por meio da utilização dos métodos invasivos para investigação endometrial, indicados a partir de anormalidades identificadas na ultra-sonografia, será descrita no capítulo referente ao "Câncer no Climatério".

6.4.4 Rastreamento ovariano

O rastreio de patologias ovarianas é feito por meio da anamnese e do exame físico, que indicam as manifestações clínicas sugestivas de patologia ovariana, assim

como de antecedentes familiares positivos que acrescentam risco a essas mulheres, o que requer avaliação dirigida (ver capítulo 11 sobre câncer e climatério). A ultra-sonografia transvaginal associada ou não à dopplerfluxometria e à dosagem do CA 125 são exames indicados na investigação de patologias ovarianas.

6.4.5 Avaliação óssea

As indicações e critérios para realização da densitometria óssea e marcadores de formação e reabsorção podem ser consultados no capítulo 12 sobre Osteoporose.

Anexo B – Promoção as saúde e medidas preventivas aplicadas ao Climatério

O Brasil tem passado por um acelerado processo de industrialização-urbanização, o que se reflete em um profundo impacto na dinâmica populacional, cultural e sanitária do país. Como resultado da queda da mortalidade e da fecundidade, a população envelheceu. Por outro lado, a inserção de novos processos de trabalho determinou mudanças de estilos de vida, que vêm sendo muitas vezes estimulados pela globalização de mercados e da comunicação. Esses fatores refletem-se no quadro sanitário do país em um grande aumento da prevalência de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), entre as quais se destacam as doenças do aparelho circulatório, os cânceres, os traumas e o *Diabetes mellitus*. No Brasil, essas doenças são responsáveis por 55,2% dos óbitos totais e 58% dos anos de vida perdidos por mortes prematuras.

Hipertensão arterial, tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, obesidade e hipercolesterolemia são apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no *The World Health Report 2002*, como os principais fatores de risco para DANT, sendo que o padrão alimentar está envolvido em três deles.

Diante dessa situação, o Ministério da Saúde estabeleceu a implementação de políticas promotoras de Modos de Viver Saudáveis, incentivando iniciativas na área de estruturação do sistema de vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seus fatores de risco e de proteção, em conformidade com as diretrizes da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, e Prevenção do Tabagismo proposta pela OMS (2004). A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde/MS (2006) ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais doenças não transmissíveis constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consiste na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física, de acordo com o Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Os gestores do Sistema Único de Saúde, na formulação e implementação de programas e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, devem dispor de informações e bases de evidência acerca dos fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis. A promoção da saúde centra-se no compromisso ético de enfrentar as desigualdades de acesso aos modos de viver e aos ambientes favoráveis à saúde por meio da construção de graus crescentes da autonomia dos indivíduos, famílias e coletividades no autocuidado, no cuidado com os ambientes e na produção da saúde.

A menopausa e o climatério são vivenciados conforme a história de vida de cada mulher, considerando os fatores hereditários, culturais, condições sociais e econômicas, o que interfere na freqüência e intensidade das manifestações das doenças e desconfortos.

Promover a saúde das mulheres no climatério é considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais nessa fase. É reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em grupo, para que possa haver um aprofundamento na vivência, maior compreensão da questão e um intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida.

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

Entre as ações de promoção à saúde aplicadas ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas anti-tabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.

Há formas simples de atuação e intervenção que podem diminuir os impactos negativos da menopausa e preservar condições mais saudáveis. A abordagem deve ser aquela que vê a pessoa como um todo, considerando os diversos aspectos, tanto físicos como emocionais, o energético, o mental e o socioeconômico. O movimento de mulheres pela saúde vem há muitas décadas questionando a medicalização do corpo feminino e o uso abusivo das tecnologias sobre a saúde das mulheres. São propostas diversas soluções médicas e técnicas para eventos normais da vida cotidiana, como a menstruação, o parto e a menopausa.

A conversa entre o profissional de saúde e a mulher na fase do climatério precisa conter informações claras e precisas sobre as mudanças que ocorrem no seu organismo. São essenciais orientações sobre a importância de incorporar hábitos alimentares nutritivos e uma rotina com prática de exercícios físicos, que podem atuar na diminuição do estresse e da depressão, no aumento da oxigenação tecidual, na manutenção da massa muscular e óssea, na melhora da função cardiocirculatória, no aumento da resistência, na sensação de bem-estar pela produção de endorfinas, além de outros benefícios.

O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, garantir um sono adequado, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele fazem bem para a auto-estima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério, onde as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados bastante positivos. As mulheres que se mantêm ativas nas atividades de rotina, quer seja no cuidado com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais, apresentam menos queixas.

O climatério é uma fase da vida importante para a incorporação de novos hábitos, em que a mulher tem mais tempo para dedicar-se a si. É fundamental reconhecer as

necessidades, desejos e limites de cada uma, para que se sintam estimuladas a procurar ajuda, sempre que necessário for, neste período de transição.

7.1 Ações de Promoção da Saúde

7.1.1 Alimentação e nutrição no climatério

A promoção da alimentação saudável e a manutenção do peso adequado são fundamentais para promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida da mulher, principalmente no período do climatério. A alimentação equilibrada é importante para manter todas as funções do organismo em boas condições. Esta é uma fase em que o crescimento e o desenvolvimento orgânico já se efetivaram e a alimentação estimulará e manterá o funcionamento adequado dos diversos órgãos e sistemas. Vale ressaltar que o consumo inadequado de alimentos pode contribuir para agravos, como a osteoporose, e o consumo em excesso podem comprometer a saúde com o surgimento da obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, *Diabetes mellitus* e outras. Estas doenças constituem algumas das principais causas de morbimortalidade na população adulta brasileira.

É necessário fazer o diagnóstico nutricional durante o atendimento clínico da mulher, pois é por meio dele que identificamos o estado nutricional. O peso inadequado (baixo peso ou excesso de peso) é fator de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento de doenças.

7.1.2 Diagnóstico nutricional

Para realizar o diagnóstico nutricional em mulheres adultas (≥ 20 e < 60 anos) o profissional de saúde deve calcular o IMC (Índice de Massa Corporal):

$$IMC = \frac{Peso\ (Kg)}{Altura(m^2)}$$

Quadro 4 – Pontos de Corte Estabelecidos para Adultos Segundo o IMC

IMC (Kg/m^2)	Diagnóstico Nutricional
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Adequado ou eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: World Health Organization – WHO.

Para complementar o diagnóstico nutricional do adulto, o profissional poderá utilizar a medida da circunferência da cintura. Este indicador correlaciona-se com o IMC e avalia o tecido adiposo visceral.

Quadro 5 – Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade na mulher estabelecidos para mulheres adultas de acordo com a medida de circunferência da cintura

Elevado	Muito Elevado
≥ 80 cm	≥88cm

Fonte: World Health Organization – WHO.

7.2 O peso excessivo (sobrepeso e obesidade)

As prevalências de sobrepeso e obesidade e do grupo das outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos. Neste cenário epidemiológico, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras DCNT, com destaque para as cardiovasculares e diabetes que consistem nas principais causa de óbitos em adultos. Este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. O excesso de peso também está associado a doenças como litíase biliar, osteoartrite, alguns tipos de câncer, apnéia do sono, refluxo gastroesofágico e hérnia de hiato.

Quanto às diferenças de sexo e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade são semelhantes para homens e mulheres até os 40 anos, mas entre a idade 40 a 65 anos as mulheres passam a apresentar prevalência duas vezes maior que os homens.

Indivíduos com excesso de gordura abdominal (definida como obesidade andróide) apresentam aumento do tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos, em especial a hipertensão arterial, independentemente do IMC, ao passo que a distribuição mais igual e periférica (definida como obesidade ginecóide) apresenta menores implicações à saúde.

Dessa forma a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, aumento na duração e melhoria na qualidade de vida, como também influencia nas relações sociais e na auto-estima da mulher. O IMC é recomendado para a avaliação da obesidade em nível populacional e na prática clínica. De modo complementar com o objetivo de avaliar o excesso de gordura abdominal em adultas utiliza-se a medida da circunferência da cintura conforme demonstrado anteriormente no item de Avaliação Nutricional.

As recomendações alimentares para a mulher na pós-menopausa em relação ao controle de peso não diferem das outras etapas da vida, devendo ser adotadas, portanto, o mais precocemente possível, desde a infância. A adoção da alimentação saudável e o incentivo à prática de atividade física devem ser recomendadas em todas as fases do ciclo da vida. Apesar de uma baixa prevalência da influência dos fatores psicossociais e biológicos, estes também devem ser avaliados para que os resultados sejam positivos.

Nas mulheres obesas ou com sobrepeso, as calorias devem ser reduzidas a um ponto em que os estoques de gorduras sejam utilizados para se atingir as necessidades diárias de energia, o qual varia de acordo com as atividades realizadas pela mulher. A maioria dos adultos consegue redução de peso com uma ingestão de 1.200 a 1.300 Kcal/dia. Portanto é necessária a participação de uma equipe multidiscilplinar.

A partir dessas orientações, ocorre a promoção da saúde de forma geral e a diminuição do número de medicamentos a serem utilizados, o que diminui, além das complicações e efeitos colaterais, os custos para a saúde. Ao se identificar determinadas necessidades nutricionais, por meio dos problemas inerentes à condição de saúde de cada usuária, é possível recomendar individualmente a complementação alimentar dos seguintes nutrientes, conforme quadro a seguir:

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Magnésio	Sua deficiência pode estimular o aumento da pressão, arritmias e a fadiga. É essencial para o bom funcionamento do tecido nervoso, muscular e ósseo. Converte a vitamina D à forma ativa e participa como co-fator de mais de 300 reações bioquímicas do organismo.	Tofú (queijo de soja), gérmen de trigo, frutas secas, cereais integrais (aveia), lentilha, ervilha, amêndoas, arroz integral, espinafre, abobrinha, verduras.
Boro	Reduz a perda de Ca e Mg, aumentando sua fixação no tecido ósseo. Potencializa a atividade do estradiol e vitamina D, sendo importante também na formação de DHEA.	Alimentos frescos, como frutas, verduras e legumes, evitando-se alimentos processados.
Manganês	Sensibiliza as membranas dos osteoblastos e estimula a produção de mucopolissacarides, reforçando o tecido conjuntivo e a estrutura. É co-fator para diversas reações enzimáticas. Estabiliza a produção de hormônio tireoideano, sendo importante na regulação da função da tireóide, sistema reprodutor e nervoso	Cereais integrais (aveia), vegetais verdes, levedura, gema de ovo, abacate.
Zinco	Age no crescimento ósseo e protege contra a perda de massa óssea, sendo também importante para a função neuronal e cutânea. É essencial para a digestão e absorção de nutrientes no trato digestivo, modula a ação de vários hormônios no organismo, inclusive estrogênio e tem papel ativo na produção celular leucocitária para reação imunológica.	Farelo de trigo, carne vermelha, peixes, mariscos, gema de ovo, cereais integrais, espinafre, nozes, semente de girassol.
Selênio	Evita arteriosclerose e produção de tecido neoplásico, sendo importante como co-fator para antioxidantes. Auxilia na produção de anticorpos e na ação dos esteróides sexuais.	Castanha-do-pará (Brasil), milho, truta, escarola e cogumelos.

continua

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Vitamina K	Importante para ação da osteocalcina e ácido gama-carboxiglutâmico, ambos necessários para a produção dos ossos. Também é essencial para produção dos fatores de coagulação.	Verduras em geral. Pequenas quantidades em cereais, frutas e carnes.
Vitamina D	Regula o metabolismo do cálcio e a calcificação óssea normal. É também co-fator para o crescimento e a atividade neuronal. A complementação deve ser feita principalmente nas mulheres que não se expõem de forma adequada à luz do sol.	Carne vermelha, frango, peixe, queijos, leite, manteiga, ovos.
Vitamina C	Manutenção do colágeno e tecido conjuntivo (ossos, cartilagem, pele, dentes). Auxilia na formação de neurotransmissores, estabilizando ações do tecido nervoso. Participa do metabolismo do colesterol e diminui a oxidação da LDL. Estimula o sistema imune por meio de sua ação antioxidante, prevenindo infecções. É o principal antioxidante do citoplasma, atuando como antinflamatório por sua ação estimulante no citocromo P-450.	Acerola, caju, goiaba, *kiwi*, laranja, pimentão, verduras em geral.

continua

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Complexo B	As vitaminas do complexo B funcionam como co-enzimas em inúmeras reações bioquímicas, atuando na diminuição da ansiedade, depressão e fogachos. São necessárias para o bom funcionamento do sistema nervoso, ósseo e tecido conectivo, aumentando a formação de osteocalcina. Diminuem a formação de placas de ateroma, auxiliam a produção de ácidos graxos e esteróides e são essenciais na composição das células vermelhas.	• B1: levedura de cerveja, sementes de girassol, feijão, aveia, fígado, arroz integral e pescados. • B2: fígado, brócolis, leite, amêndoas, iogurte, ovos, gérmen de trigo, aves. • B3: peixe (atum), frango, brócolis, sementes de girassol, requeijão. • B6: arroz integral, peixe (atum), frango, fígado, uvas, repolho, gérmen de trigo. • B12: carnes, ovos e laticínios. • Ácido pantotênico: fígado, feijão, semente de girassol, ovo, repolho, brócolis.
Vitamina E	Diminui a degradação protéica e lipídica (potente antioxidante), reduzindo a ateromatose e fogachos. Atua na manutenção dos tecidos de sustentação e pele.	Óleos vegetais, gérmen de trigo, cereais integrais, castanhas, sementes, abacate, vegetais folhosos, *kiwi*.
Cobre	Atua na prevenção da anemia e fadiga, na sustentação da pele, na composição e qualidade das cartilagens.	Grão-de-bico, feijão branco, lentilha.
Ácidos graxos insaturados	Agem na manutenção da atividade neuronal, diminuindo ansiedade e fogachos. Diminuem ateromatose por diminuição da peroxidação lipídica e o aumento do HDL. Regulam a produção e ação tecidual dos esteroides, melhorando o trofismo da pele e da vagina. Reduzem a velocidade de crescimento tumoral (mama, endométrio).	Semente de linhaça, azeite de oliva.

continua

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Cromo	É essencial para a função da insulina e o metabolismo dos lipídios	*Kiwi* e outras frutas, vegetais, carnes, aves, peixes, leite e queijos, batata com casca, grãos integrais, castanhas.

7.5 Prevenção de câncer

Algumas mudanças nos hábitos alimentares podem também contribuir para a prevenção do câncer e outras enfermidades crônicas, como a prisão de ventre, por meio da introdução de uma dieta rica em fibras. Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm nutrientes, tais como vitaminas, fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas naturais do corpo a destruírem os carcinógenos antes que eles causem sérios danos às células. Esses alimentos também podem bloquear ou reverter os estágios iniciais do processo de carcinogênese e, portanto, devem ser consumidos com freqüência.

Hoje já está estabelecido que uma alimentação rica nesses alimentos ajuda a diminuir o risco de câncer de pulmão, cólon, reto, estômago, boca, faringe e esôfago. Provavelmente, reduzem também o risco de câncer de mama, de bexiga, de laringe, de pâncreas, e possivelmente, o de ovário, endométrio, cérvix, tireóide, fígado, próstata e rim.

As fibras, apesar de não serem digeridas pelo organismo, ajudam a reduzir a formação de substâncias cancerígenas no intestino grosso e a diminuir a absorção de gorduras.

Especial ênfase deve ser dada à ingestão de cebola, de brócolis, repolho e couve-flor, de legumes vermelhos ou amarelos (cenoura, abóbora, batata-baroa, batata-doce etc.) e das folhas em geral, principalmente os vegetais folhosos verde-escuros. Frutas cítricas como a laranja, o caju, a acerola, e muitas outras, como o mamão, devem ter seu consumo estimulado.

Evidências epidemiológicas têm demonstrado que existe uma relação entre o consumo de frutas frescas e vegetais e a menor incidência de cânceres originários em epitélios de revestimento (de cavidade bucal, de esôfago, de estômago e de pulmão). Tem se evidenciado que a vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, faringe, laringe e pulmão, e é possível que a vitamina E diminua o risco de se desenvolver o câncer. A tendência cada vez maior da ingestão de vitaminas em comprimidos não substitui uma boa alimentação e só deve ser feita com orientação médica. Vale a pena frisar que a alimentação saudável somente funcionará como fator protetor, quando adotada regularmente, no decorrer da vida. Neste aspecto, devem ser valorizados e incentivados antigos hábitos alimentares da população brasileira, como o uso do arroz e do feijão.

Entre os jovens é comum a preferência por alimentos como hambúrguer, cachorro-quente e batata frita. Tais alimentos incluem a maioria dos fatores de risco alimentares anteriormente relacionados e praticamente não apresentam nenhum fator protetor. Essa tendência se observa não só nos hábitos alimentares das classes sociais mais abastadas,

mas também nas menos favorecidas. Igualmente nesse grupo, o consumo de alimentos ricos em fatores de proteção, tais como frutas, verduras, legumes e cereais, é baixo.

Para maiores informações, consulte o *site* do INCA (www.inca.gov.br).

7.5.1 Medicamentos e câncer

Apesar da valiosa contribuição para o controle de muitas doenças, a incorporação de medicamentos à pratica médica produz também efeitos indesejáveis, entre os quais a carcinogênese. Entre alguns estudos, podem ser citados:

- o efeito carcinogênico indubitável da clornafazina e do melfalan.
- a evidência que o clorambucil, o tiotepa e a ciclofosfamida são indutores de leucemias e câncer de bexiga.
- supressores imunológicos, como a azatioprina e prednisona, já foram relacionados com linfomas malignos e com o câncer de pele. Quando administrados a transplantados, aumentam, agudamente, em meses, o risco de desenvolver o linfoma linfocítico e outros tumores malignos nesses pacientes.
- a fenacetina tem sido responsabilizada por tumores da pelve renal.
- a comprovação da relação entre o uso de dietilestilbestrol por mulheres grávidas e o desenvolvimento, em suas filhas expostas intra-útero ao hormônio, de adenocarcinoma de células claras de vagina.
- o uso de estrogênios conjugados, para o tratamento dos sintomas da menopausa, correlaciona-se com uma maior ocorrência do câncer de endométrio, e alguns estudos relacionaram o câncer de mama com o uso prolongado de contraceptivos, antes da primeira gravidez.

7.6 Atividade Física

O sedentarismo, associado a uma alimentação não balanceada, é apontado como a principal causa de ganho de peso. O exercício combinado à restrição energética promove redução no peso corporal, maximizando a perda de gordura e minimizando a perda de massa magra. A prática regular de exercício físico resulta em muitos benefícios para o organismo, melhorando a capacidade cardiovascular e respiratória, promovendo o ganho de massa óssea, a diminuição da pressão arterial em hipertensas, a melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina. Portanto, as mulheres devem ser encorajadas a realizar atividade física regularmente.

É de fundamental importância que haja um equilíbrio entre a ingestão de calorias e o gasto energético para que ocorra a redução de peso. O exercício escolhido pela mulher no climatério deve ser agradável, acessível e fácil de fazer, contribuindo assim para seu bem-estar, auto-estima e regularidade. São recomendadas atividades de variadas naturezas, dando-se prioridade aos exercícios aeróbicos (caminhada, natação, hidroginástica) e à musculação, desde que devidamente orientados por profissionais da área. Estes podem

ser exercícios programados (em academias, clubes ou parques) ou ainda em atividades de lazer (dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta ou mesmo passear com o animal de estimação precisam ser estimulados).

O Ministério da Saúde, seguindo os princípios da Estratégia Global da OMS, recomenda "que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. Diferentes tipos e quantidades são necessários para se obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares e diabetes, câncer de cólon e de mama. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio podem reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos. Maiores níveis de atividade física podem ser necessários para o controle de peso".

No Brasil, observa-se o aumento da expectativa de vida e o crescimento expressivo da população idosa. Entretanto, a maior expectativa de vida da população, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde dos indivíduos, pode resultar em aumento de anos vividos com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e Incapacidades. Assim, a possibilidade de prevenção ou reversão de limitações funcionais por meio da atividade física e do exercício é um assunto de grande interesse para a saúde pública no nosso País.

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Já o exercício é uma categoria da atividade física definido como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. A aptidão física é definida pela presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas. Treinamento ou condicionamento físico compreende a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objetivo de melhorar a aptidão física.

Há mais de dez anos, análise de estudos epidemiológicos prospectivos demonstram que tanto o estilo de vida ativo, como um condicionamento aeróbico moderado estão associados de forma independente à diminuição do risco de incidência de DCNT e da mortalidade geral por doenças cardiovasculares.

Durante o climatério, que integra mais uma etapa do processo de envelhecimento (que se inicia ao nascimento), aumenta a possibilidade de desenvolvimento de algumas desordens metabólicas, sendo mais freqüente a ocorrência e o agravamento de determinadas doenças crônicas.

A prática de exercícios respiratórios, artes marciais ou outras práticas orientais como *Yoga*, *Tai-Chi-Chuan*, meditação, além de melhorar o condicionamento físico, auxiliam a promoção do equilíbrio mental e emocional entre as mulheres. Além de melhorar a saúde global, a prática de atividades físicas constitui uma excelente estratégia contra a baixa da auto-estima.

7.7 Atividade Física na Prevenção e Melhora de Algumas Doenças

7.7.1 Doenças cardiovasculares

O risco relativo para doenças cardiovasculares devido ao sedentarismo é estimado em 1,9; para hipertensão arterial é igual a 2,1 e do hábito de fumar igual a 2,5. Já foi

demonstrada uma relação inversa entre pressão arterial e prática de exercícios aeróbicos, com diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica, tanto em indivíduos normotensos como em hipertensos, mesmo após ajuste por peso e gordura corporal.

7.7.2 Diabetes mellitus

Estudos longitudinais mostram que o aumento da atividade física reduz o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2, independente do grau de adiposidade. O exercício aeróbico de leve a moderada intensidade, em conjunto com leve perda de peso e dieta saudável, diminui em 50% o risco de indivíduos com intolerância à glicose evoluírem para diabetes. Ensaios clínicos randomizados documentam que a prática de exercício físico, associado as mudanças alimentares, produz reduções relativas de 58% no risco de progressão para diabetes em menos de três anos.

7.7.3 Obesidade

O aumento do nível de atividade física por si só é insuficiente para a perda ou a manutenção do peso de pessoas obesas. Quando associado à dieta, já foi demonstrado que a atividade física e o exercício contribuem para a perda de peso mais rápida, sem redução concomitante de massa magra e com menor índice de recidiva do aumento de peso.

Dislipidemia: Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia

O exercício aeróbico de moderada intensidade pode elevar o HDL-colesterol (HDL-C), reduzir o colesterol total e os triglicérides.

Após a menopausa, freqüentemente as mulheres evoluem com um perfil lipídico menos favorável, com aumento do colesterol total, LDL-colesterol (LDL-C) e triglicérides, e redução do HDL-C. Uma revisão de estudos transversais e longitudinais sugere que exercícios aeróbicos regulares no período pós-menopausa aumentam os níveis de HDL-C, diminuem os níveis de LDL-C, do colesterol total e da gordura corporal.

7.7.4 Síndrome metabólica

Essa síndrome, caracterizada basicamente por obesidade central, dislipidemia (HDL-C baixo e triglicérides elevado), hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica e, muitas vezes, diminuição da fibrinólise, associada à resistência à insulina e à inflamação crônica e branda, pode potencialmente ser combatida pela prática regular de atividade física de moderada intensidade.

7.7.5 Doenças do aparelho músculo-esquelético

O envelhecimento está associado a mudanças na composição corporal, com redução no conteúdo de água (desidratação crônica), ósseo (osteopenia) e muscular (sarcopenia) e aumento da gordura corporal. A inatividade física está relacionada a todos esses fatores.

A osteoporose é caracterizada pela perda de massa e desorganização da estrutura óssea, sendo a principal causa de fraturas em idosos, principalmente em mulheres.

O exercício de resistência muscular com carga está associado à menor perda óssea ao longo da vida e ao aumento da densidade óssea na pós-menopausa. Atividades variadas podem ser realizadas para este fim. Musculação, hidroginástica e até a caminhada com passos rápidos podem ser indicados para a prevenção da osteoporose, contribuindo para o aumento da densidade óssea em todo o esqueleto. Além disso, estudo controlado envolvendo idosas com osteoporose, revelou aumento de perda óssea em seis meses nos controles, contra a manutenção da densidade mineral naquelas envolvidas em programas de exercícios com peso.

7.7.6 Câncer de cólon

A análise da relação entre atividade física e câncer de cólon a partir de dados de estudos longitudinais e estudos caso-controle multicêntricos mostrou que a atividade física não é meramente um marcador de estilo de vida mais saudável, mas sim um preditor independente, de efeito protetor para o câncer de cólon.

7.7.7 Câncer de mama

A maioria dos estudos de revisão observa um menor risco de câncer de mama em mulheres ativas. Há evidências convincentes do decréscimo de risco de câncer de mama com a prática de pelo menos quatro horas semanais de atividade física de intensidade moderada. Entretanto, as evidências ainda são insuficientes no que se refere à relação dose-resposta entre atividade física e o risco do câncer de mama.

7.8 Prevenção e Tratamento das Distopias Genitais

7.8.1 Exercícios de Kegel

Os exercícios descritos a seguir apresentam comprovada eficácia para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática.

A prática dos exercícios de Kegel necessita de continuidade em sua realização, que pode ser iniciada a qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada (em pé, sentada ou em decúbito).

Para identificar o grupo muscular a ser trabalhado, basta interromper o fluxo urinário, pois a contração será proveniente da ação desses músculos, embora seja questionada a realização dos exercícios durante a micção.

Sugestão técnica de realização dos exercícios de Kegel:

- Deve ser contraído com força o músculo pubo-coccígeo e mantê-lo assim por três segundos. Relaxar três segundos e repetir consecutivamente. A duração das contrações deve aumentar gradativamente até chegar a dez segundos.

- Contrair e relaxar o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes.

- Em posição horizontal, encostar a coluna em uma base sólida, com os joelhos dobrados e os pés apoiados no solo. Suspender a pelve e começar a contrair.

Os exercícios podem ser realizados e incorporados às atividades diárias, gradativamente, em relação ao tipo, à freqüência e à força muscular aplicada nas contrações.

Existe assim, uma oportunidade única para a formulação e a implementação de ações efetivas e estratégicas para reduzir substancialmente as morbidades/Incapacidades e mortes no Brasil por meio da melhoria dos hábitos alimentares e de atividade física. As evidências científicas são bastante convincentes ao mostrar a ligação entre manutenção de hábitos saudáveis e a redução de morbimortalidade por DCNT. Oportunidades para promover e manter a saúde e prevenir o crescimento das DCNT devem ser criadas e difundidas no país e no mundo.

Em um país como o Brasil, onde as desigualdades sociais e regionais são imensas, a garantia da segurança alimentar e nutricional pressupõe a necessidade de um modelo de atenção à saúde que integre essas duas faces: a desnutrição e outras doenças associadas à fome de um lado, e do outro, o sobrepeso/obesidade e as DCNT associadas.

Dessa forma, propõe-se que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolvam, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

As proposições da EG reforçam a temática intersetorial da segurança alimentar e nutricional no país. A adoção desse conceito, em âmbito mundial, redimensiona a alimentação e a nutrição como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A proposta de promoção da alimentação saudável e da atividade física da Organização Mundial da Saúde deve ser encarada como um avanço, trazendo para a esfera dos debates econômicos e de relações externas do País os interesses da saúde da população.

7.8.2 Tabagismo

O aconselhamento às mulheres para parar de fumar cigarros ou semelhantes deve fazer parte da rotina de orientações para a prevenção de doenças. Atualmente, o número de mulheres fumantes está muito próximo ao dos homens, sendo que elas vêm respondendo bem menos favoravelmente às medidas e campanhas anti-tabagismo.

Evitar o tabagismo é essencial para promoção da saúde e prevenção de muitas doenças. Entre seus inúmeros efeitos nocivos, no climatério o fumo estimula o SNC, provoca ansiedade e depressão, aumento do estresse oxidativo e destruição celular, prejudica a microcirculação,

levando ao envelhecimento precoce; piora o prognóstico cardiovascular; promove aumento da excreção de cálcio com incremento da perda de massa óssea; está relacionado à etiologia do câncer de pulmão, de boca, laringe, faringe, etc. e contribui para patologias variadas na cavidade oral.

No climatério, as mulheres tabagistas sofrem com a ocorrência de sintomatologia mais acentuada, como no caso dos fogachos. Quando em uso de hormônios, normalmente necessitam do dobro da dosagem para obterem os benefícios desta terapêutica, se comparadas às não fumantes. Mulheres que usam hormônios e fumam têm um risco até dez vezes maior de apresentar infarto do miocárdio, tromboembolismo e acidente vascular cerebral.

O tratamento da dependência do tabaco pode prevenir uma grande variedade de doenças crônicas de custo elevado, representando uma grande economia aos gastos com saúde pública.

Há evidências suficientes que demonstram que orientações sistemáticas, com um programa educacional e seguimento atingem taxas de remissão de até 20%. O profissional, minimamente, deve realizar uma intervenção breve, alertando a mulher tabagista em relação aos riscos a que ela está exposta.

7.8.3 Uso de Bebidas Alcoólicas

As mulheres apresentam peculiaridades que parecem resultar em efeitos deletérios do álcool, tais como níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase mais baixos, maior produção de gordura em relação à água corpórea – fazendo com que alcancem maior alcoolemia por dose ingerida corrigida pelo peso do que os homens –, além de variações da metabolização do álcool nas diferentes fases hormonais. Outra manifestação atribuída, ao menos em parte a fatores genéticos, é o fato de que as mulheres desenvolvem dependência do álcool e complicações médicas associadas ingerindo menores quantidades de bebida e em menos tempo do que os homens.

Um aconselhamento breve sobre o consumo de álcool e seus efeitos em usuárias da substância é eficaz na redução do consumo e das conseqüências mórbidas do álcool, embora mais em usuárias com consumo leve a moderado do que nas dependentes graves.

7.8.4 Violência Doméstica e Sexual

As mulheres no climatério passam por alterações fisiológicas que podem modificar características físicas e psicológicas antes não manifestadas ou que eram controladas com maior facilidade. Dores de cabeça, insônia, alterações de humor, irritabilidade, ansiedade e depressão se evidenciam e podem ser causas geradoras de situações de violência doméstica, sexual, interpessoal, no trabalho e em outros espaços sociais.

Nesse período, quando não há um bom entendimento sobre essa nova fase da vida pela própria mulher e pessoas de seu convívio, as relações intra e extrafamiliares podem ser afetadas de forma negativa, o que gera conflitos conjugais, com filhos adolescentes e jovens, com familiares idosos ou mesmo com aquelas que integram seu círculo de amizades. A violência doméstica nesse período pode ser observada com grande freqüência. No entanto,

é pouco valorizada, por ser lançada a responsabilidade sobre os sintomas da menopausa, em que a mulher, freqüentemente é acusada de histeria, falta de bom senso, agressividade. As discussões, as ofensas morais, a violência física, a violência sexual cometida por parceiros, ocorrem muitas vezes pelo não entendimento das mudanças hormonais, físicas e psicológicas que estão ocorrendo.

É necessário que essas mulheres sejam devidamente acompanhadas e orientadas por profissionais de saúde acerca dos cuidados e atitudes positivas que possam melhorar os fatores naturais do envelhecimento, a fim de que sejam reduzidas ao máximo (extinguidas) as situações de vulnerabilidade à violência.

7.9 Saúde Bucal – Medidas de Prevenção

A incorporação de hábitos e de modos de vida mais saudáveis requer uma postura ativa e consciente da população. A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Os profissionais de saúde precisam conhecer as alterações fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade, para que possam orientar as usuárias quanto à importância da prevenção e de se ter hábitos de higiene bucal.

Para que não ocorra a doença periodontal, o importante é a higienização com o uso do fio dental e da escova de dente, pois mesmo com as alterações hormonais, o processo de perda óssea ocorrerá de forma menos expressiva. O impacto da osteoporose é o maior determinante no fracasso da terapia de implante dental. Para se tratar o desconforto bucal é preciso atuar na sua etiologia, que pode ser variada. Por exemplo, quando o problema está no uso de medicamentos, a prescrição ou dosagem podem ser revistas.

Se as glândulas salivares não funcionam normalmente, mas ainda produzem alguma saliva, poderão ser usados medicamentos que estimulem as glândulas a funcionarem melhor. Se a boca seca não pode ser eliminada, a umidade da boca poderá ser restaurada de diversas maneiras, como por meio do uso de hidratantes bucais, como substituto da saliva e uso de soluções bucais para diminuir a secura. Outras formas de prevenir o desconforto com o ressecamento bucal são:

- beber água e bebidas sem açúcar com freqüência;
- evitar bebidas com cafeína, como café, chá, ou alguns refrigerantes;
- mascar gomas sem açúcar para estimular a fluxo salivar (se houver glândula salivar funcionando);
- não utilizar tabaco ou álcool;
- estar ciente de que alimentos condimentados ou salgados podem causar dor em uma boca seca;

7.9.1 Odontologia preventiva

A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica podem ocorrer tardiamente. Assim como os

profissionais de saúde, as mulheres precisam estar cientes dos potenciais problemas de saúde sistêmicos e localizados que ocorrem com o avançar da idade e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam.

7.9.2 Reabilitação Bucal

Embora a odontologia preventiva seja prioritária, a reabilitação bucal, por meio de restaurações diretas e todos os tipos de próteses são importantes no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar do indivíduo. A intervenção curativa tem implicações na alimentação, na auto-imagem, na auto-estima e no convívio social.

O uso inadequado de prótese total ou parcial (má adaptada, quebrada, frouxa) e a presença de dentes fraturados, restos radiculares devem ser diagnosticados precocemente e removidos para que esses fatores traumáticos não se tornem uma lesão que possa evoluir para malignização. A dificuldade em se alimentar, falar e as queixas de dor são sinais e sintomas importantes de que alguma alteração bucal está ocorrendo.

Higiene Bucal/Prótese

A higiene da boca e das próteses é fundamental na prevenção de problemas bucais. É indispensável a orientação do profissional de forma individualizada, de acordo com a situação bucal e saúde geral da usuária.

Dicas de como orientar a higienização

• Na presença de dentes naturais (ou implantados) deve ser orientada a escovação com escova macia e fio dental.

• Na presença de dentes e uso de prótese deve-se limpar a prótese fora da boca com escova e pasta de dentes (utilizar uma escova especifica para isso). Em seguida, se a prótese parcial for removível, os dentes devem ser escovados e recolocados a prótese.

• Quando na ausência de dentes ou de prótese, a limpeza da boca deve ser feita com fralda molhada em água e não esquecer de limpar bem a língua com escova de dente macia ou limpador de língua, fazendo movimentos no sentido de dentro para fora, nunca com a escova voltada para o final da língua, o que evita que machuque a garganta e para não causar ânsia de vômito.

• A fluorterapia é recomendada para manter os níveis de flúor na cavidade oral e para ajudar na redução da cárie. Pode ser feito por meio do uso de pastas de dentes com flúor.

7.10 Autocuidado

Os profissionais de saúde, durante o atendimento às mulheres no climatério, devem incentivar o autocuidado em geral, o que influencia na melhora da auto-estima e da insegurança frente às mudanças que podem acompanhar esta fase. Entre as orientações gerais promotoras de saúde e na prevenção das doenças precisam ser estimuladas a exposição ao sol, a ingestão de água, o sono adequado, sem interrupções, diariamente

(entre 6 e 8 horas de sono profundo ao dia); os cuidados com a limpeza e a hidratação da pele e cabelos, auto-massagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional.

É necessária a atenção em relação ao uso excessivo de medicamentos, comum nessa fase, como é o caso dos diuréticos, que podem provocar espoliação de minerais como magnésio, sódio e potássio; antiácidos, que diminuem a acidez gástrica, alterando a digestão e absorção de nutrientes; antibióticos, que alteram a flora bacteriana normal, propiciando má absorção; laxantes, que aumentam a perda de nutrientes e podem levar à dependência; e sedativos e neurolépticos, que diminuem a atividade cerebral.

7.11 Cuidados com a Pele

O investimento na saúde da pele inicia-se desde a juventude, com cuidados na exposição ao sol em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde), boa alimentação e não tabagismo. As conseqüências da falta de atenção com esses aspectos são visíveis precocemente nas mulheres em idades mais maduras, com perda da elasticidade, manchas e rugas em maior número e profundidade. É necessário estimular hábitos saudáveis e cuidados básicos de limpeza, hidratação e proteção à pele para que esta seja conservada com a melhor aparência possível durante o processo natural de envelhecimento.

7.11.1 Limpeza

Deve ser feita regularmente, ao menos duas vezes ao dia (manhã e noite). A limpeza da face e do colo, na maioria das vezes, necessita somente água fresca em abundância, com auxílio de um sabonete neutro, nos casos de pele oleosa. O pescoço demonstra precocemente os efeitos do adelgaçamento da pele e o envelhecimento. Portanto, nunca deve ser esquecido durante os cuidados com a pele. Quando possível, o uso de um tônico (sem álcool) para fechar os poros após a limpeza é recomendado.

7.11.2 Hidratação e proteção

O uso diário de um filtro solar com SFP 15 ou maior (preferentemente acima de 30), com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza, permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserve a umidade necessária às células cutâneas. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água.

Uma máscara natural de tratamento pode ser feita com ingredientes como aveia, mel, iogurte sem açúcar e frutas como maçã, banana ou morango. Pode ser aplicada sobre a pele uma vez por semana, durante 15 minutos, devendo ser retirada completamente, com água em abundância. É recomendado não haver exposição ao sol durante ou após o uso de máscaras.

A ingestão de muita água, chás e sucos contribui para a boa hidratação e beleza da pele, que se origina principalmente de dentro para fora, da saúde interna.

7.11.3 Atividades Psicoeducativas

Várias ações voltadas à saúde psíquica e orgânica das mulheres no climatério podem ser desenvolvidas. Atividades em grupo com profissionais da área de psicologia, enfermagem, assistência social, medicina, fisioterapia, educação física e outros, qualificados para esse trabalho, podem realizar intervenções variadas em relação ao processo de envelhecimento saudável. O objetivo principal seja em palestras, grupos previamente constituídos ou formados de forma inesperada durante a espera para consulta, é estimular medidas e atitudes de promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para melhoria da auto-estima e da qualidade de vida dessas mulheres.

APÊNDICES

Apêndice A - Teste de Progesterona

Teste de utilidade na avaliação de mulheres com mais de um ano da última menstruação com suspeita de hiperplasia endometrial e para mulheres candidatas à terapia hormonal.

O médico da equipe de saúde da família deve realizar a prescrição de 10 mg de acetato de medroxiprogesterona diariamente durante sete dias.

Solicitar à mulher para aguardar quinze dias:

- Se não houver sangramento – TESTE NEGATIVO – ausência de patologia endometrial.

- Se houver sangramento – TESTE POSITIVO – solicitar ultrassonografia endovaginal, se o eco endometrial for maior que 5 mm indica-se curetagem semiótica ou histeroscopia com biópsia aspirativa para avaliação histológica do endométrio.

Apêndice B - Terapia hormonal

As mulheres candidatas à terapia hormonal precisam ter um nível de compreensão adequada e motivação, apresentarem sintomatologia climatérica como fogachos, ondas de calor, secura vaginal, alterações de humor e distúrbios menstruais e também não apresentarem contra-indicações ao uso de hormônios.

São contra-indicações da terapia hormonal: gravidez, sangramento genital anormal não esclarecido, distúrbios tromboflebíticos ou tromboembólicos ativos, neoplasia de útero e mama conhecidos ou suspeitos, doença hepática aguda.

Esquemas mais indicados de terapia hormonal:

- Estrogênio contínuo isolado: indicado para mulheres histerectomizadas;

- Progestogênio cíclico isolado: na pré menopausa (12 dias ao mês, a partir do 14 dias do ciclo) ou quando há contra indicação para uso de estrogênios (uso contínuo pós menopausa);

- Estrogênio contínuo + progesterona cíclica: resulta em ciclos regulares, sendo mais utilizado na perimenopausa;

- Estrogênio + progestogênio: na pós-menopausa e quando a mulher não deseja mais menstruar.

A escolha do esquema terapêutico, via de administração, duração do tratamento devem ser individualizado pelo médico do PSF com a participação da mulher na tomada de decisão.