

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO COMO UM PROCESSO NATURAL,
SEGUNDO A ÓTICA DE KING

ANDRESA FERREIRA BITTENCOURT
JANAÍNA GISELI DA CRUZ

Florianópolis, agosto de 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO COMO UM PROCESSO
NATURAL, SEGUNDO A ÓTICA DE KING

N.Cham. TCC UFSC ENF 0449
Autor: Bittencourt, Andre
Título: Vivenciando o climatério como um

972496160 Ac. 241873
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Relatório do Trabalho de Conclusão de
Curso da VIII Unidade Curricular do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina

ORIENTADORA: MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI
SUPERVISORAS: MARLY DENISE W. DE AQUINO
SILVANA MARIA PEREIRA

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0449
Ex.1

Florianópolis, agosto de 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO COMO UM PROCESSO
NATURAL, SEGUNDO A ÓTICA DE KING**

ANDRESA FERREIRA BITENCOURT

JANAÍNA GISELI DA CRUZ

Relatório do Trabalho de Conclusão de
Curso da VIII Unidade Curricular do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina submetido
à banca examinadora:

Enfa. Ma. Maria de Fátima Mota Zampieri (Orientadora)

Enfa. Marly Denise W. de Aquino

Enfa. Silvana Maria Pereira

Enfa. Dra. Angela Maria Alvarez

Florianópolis, agosto de 2002.

MENSAGEM

Mulher

Que a vida tornou mais bela
Emoldurada fostes pelo tempo

Mulher

Leoa, fêmea, menina, amante
És semente que cresce no solo
Precioso diamante ...

Mulher

Serena, forte, destemida
Ergue-se da luta renovada
De cabeça erguida ...

Mulher

Ontem, hoje, por todos os dias
És poema, és flor, és primavera
Florida ...

A. F. B.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por nos fazer encontrar forças que não sabíamos possuir e vitalidade nos momentos mais difíceis.

Aos **nossos queridos pais**, pelo crédito, apoio incansável, horas dedicadas aos nossos interesses e compreensão da necessidade de estarmos distantes em momentos importantes.

Aos **estimados irmãos**, por acreditarem em nossa vitória e partilhar conosco cada passo dado.

À **amada filha Milla**, pela alegria que sempre traz ao meu coração e pelo aconchego de seus abraços. Obrigada por simplesmente existir...

À **amiguinha Milla**, pelo sorriso doce e os gestos carinhosos que contribuíram para que o trabalho fosse mais prazeroso. Obrigada também pelo quarto cedido.

Aos **meus pequenos amores Matheus, Lucas, Maria Eduarda, Taciana e Giseli**, pela alegria que trazem à minha vida.

À **preciosa amiga Andresa**, pela capacidade de compreender-me somente pelo olhar e por afagar minh 'alma com sua grande sabedoria. Que os laços de amizade tornem-se cada dia mais estreitos.

À **querida amiga Jana**, pela sensibilidade, suavidade e carinho, que certamente amenizaram os obstáculos do caminho que percorremos juntas.

À **nossa orientadora Maria de Fátima**, por toda paciência, compreensão e contribuição para o desenvolvimento deste trabalho e pela alegria que transmite àqueles que encontram-se ao seu redor.

Às nossas supervisoras Marli e Silvana, pelo apoio, interesse e respeito demonstrados desde o início.

À professora Angela Alvarez, pelas contribuições ao nosso trabalho.

À Luzia, por dispor de seu tempo para ajudar-nos. Muito obrigada.

Às mulheres climatéricas, pelo aprendizado mútuo e confiança depositada em nosso trabalho.

À todos os funcionários, especialmente aos do Centro de Saúde do Saco Grande II devido ao maior convívio, pela aceitação e contribuição no desenvolvimento do nosso trabalho.

À Rosana, Lysiane, Alex e Marcelo, pelo companheirismo e pela presença constante em nossas vidas.

Às amigas Ju, Dione, Nessa, Carol, Dani, Mary, Déia e Pri, pela amizade incondicional.

RESUMO

Trata-se do relatório final do trabalho de conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo geral, prestar assistência de enfermagem às mulheres que estão vivenciando o climatério. Quanto a prática assistencial, utilizamos a Teoria da Consecução de Metas de Imogene King e pressupostos pessoais, evidenciando-se os conceitos de meio ambiente, saúde-doença, interação, transação, percepção, educação e climatério. O presente relatório foi desenvolvido no Centro de Saúde do Saco Grande II e Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário - Florianópolis. No centro de saúde, a assistência deu-se através de consultas e atividades grupais. No ambulatório a dinâmica utilizada foi a de sala de espera. Durante as atividades realizadas, foi focado o climatério como um evento natural no ciclo de vida da mulher. Através da interação estabelecida com as mulheres climatéricas houve a expressão de sentimentos, medos e angústias. Este trabalho foi extremamente relevante ao permitir que a mulher compreenda melhor o período vivenciado e os cuidados com sua saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Climatério	20
3.1.1 Aspectos Biológicos	22
3.1.1.1 Alterações Precoces	24
3.1.1.2 Alterações de Médio Prazo	27
3.1.1.3 Alterações Tardias	30
3.1.2 Aspectos Psicossociais	32
3.1.3 Aspectos Culturais	38
3.1.4 Alternativas de Tratamento	40
3.1.4.1 Terapia de Reposição Hormonal	40
3.1.4.2 Tratamento Não Hormonal	46
3.1.4.3 Fitoestrogênios	47
3.1.5 Cuidados no Período do Climatério	50
3.1.5.1 Contracepção	50
3.1.5.2 Atividades Físicas	52
3.1.5.3 Dieta	54
3.1.5.4 Exercícios de Kegel	55

3.1.5.5 Exames Complementares	57
4. REFERENCIAL TEÓRICO	59
4.1 Conceito	59
4.2 Pressupostos da Teoria de Imogene King	60
4.3 Pressupostos Pessoais	61
4.4 Conceitos	62
4.4.1 Ser Humano	62
4.4.2 Meio Ambiente	64
4.4.3 Saúde – Doença	64
4.4.4 Enfermagem	65
4.4.5 Estresse	66
4.4.6 Interação	67
4.4.7 Transação	68
4.4.8 Comunicação	68
4.4.9 Self	69
4.4.10 Percepção	70
4.4.11 Climatério	70
4.4.12 Grupos	71
4.4.13 Educação	72
4.4.14 Imagem Corporal	73
4.5 Processo de Enfermagem e a Teoria da Consecução de Metas	74
5. METODOLOGIA	77
5.1 Contextualização do Campo de Estágio	77
5.1.1 Hospital Universitário	77
5.1.2 Centro de Saúde do Saco Grande II	78
5.2 População Alvo	81
5.3 Planejamento	82
5.4 Cronograma	87

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS	89
7. ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS	117
7.1 Visita Domiciliar	117
7.2 Organização de Evento sobre o Climatério	117
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
10. APÊNDICES	128
10.1 Apêndice 1.....	129
10.2 Apêndice 2.....	130
10.3 Apêndice 3.....	132
10.4 Apêndice 4.....	135
10.5 Apêndice 5.....	136
10.6 Apêndice 6.....	137
10.7 Apêndice 7.....	138
10.8 Apêndice 8.....	139
10.9 Apêndice 9.....	147
10.10 Apêndice 10.....	149
10.11 Apêndice 11.....	150
11. ANEXOS	154
11.1 Anexo 1.....	155
11.2 Anexo 2.....	172
11.3 Anexo 3.....	186
11.4 Anexo 4.....	188
11.5 Anexo 5.....	190
11.6 Anexo 6.....	192

11.6 Anexo 6.....	192
11.7 Anexo 7.....	194
11.8 Anexo 8.....	196
11.9 Anexo 9.....	198
11.10 Anexo 10.....	200
11.11 Anexo 11.....	202
11.12 Anexo 12.....	204
12. PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O RELATÓRIO.....	205

1. INTRODUÇÃO

O climatério é uma fase de intensas transformações psicológicas, fisiológicas, sociais, alterações de papéis e de ritmo de vida, envolvida por grandes tabus e crenças, considerada misteriosa e ainda desconhecida por muitas mulheres.

É um momento que pode ser ameaçador a mulher, quando a mesma não está suficientemente fortalecida e instrumentalizada para enfrentá-lo, por desconhecimento sobre as características inerentes à este período e principalmente, pelos conceitos errôneos construídos pela sociedade ao longo das gerações.

O climatério é um dos períodos evolutivos da vida da mulher. É uma fase de transição que pode ser encarada como saudável ou patológica, dependendo da visão que a mulher tem deste momento, das influências familiares, de questões educativas, do grau de escolaridade, da profissão que atua, da história e vida, entre outros (ZAMPIERI, 2002).

É uma experiência singular percebida de forma única pela mulher, uma vez que:

... a vivência deste momento incorpora significados diferentes para cada mulher, não podendo ser reduzida à explicações fechadas em modelos universais, por se tratar de um acontecimento muito individual, para permitir generalizações (LIMA apud LOPES; COSTA, 2000, p. 27).

De acordo com Silva, Alves e Zardo (2001), no documento preliminar Programa de Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde, o climatério é conceituado como o período que separa a fase madura da fase senescente e também como o período de transição entre as fases reprodutivas e não reprodutivas.

O climatério é definido como um período da vida feminina, caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos, tendo como resultado a queda dos níveis de estrógeno e progesterona e a menopausa como um episódio dentro do climatério que representa a última menstruação da vida da mulher (BRASIL, 1994, p. 9).

O climatério é uma etapa natural que pode vir acompanhada de sinais e sintomas que podem interferir no ritmo de vida da mulher, gerando grande instabilidade emocional. Fraiman, citado por Vieira, Liz e Gesser (1999), refere, dentre eles: irregularidades dos períodos e fluxos menstruais; ondas súbitas de calor, que se manifestam com a ruborização do rosto, pescoço e colo; instabilidade emocional, tristeza e depressão; sensível aumento do peso corpóreo; náuseas e outros distúrbios do aparelho digestivo; dores reumáticas ou mesmo generalizadas; pruridos pelo corpo e/ou nos genitais; aumento ou diminuição acentuada do libido ou desejo sexual; hemorragias uterinas; cefaléias, entre outros.

O aparecimento de sintomas climatéricos encontra-se relacionado a uma diversidade de fatores, além da deficiência de hormônios, em especial estrogênios e progesterona, quais sejam o envelhecimento biológico, a estrutura psicológica e somática e os aspectos de ordem psicossocioculturais, os quais atuam conjuntamente em proporções variáveis a cada mulher (BAGGIO, citado por LOPES; COSTA, 2000, p. 27).

Lopes e Montgomery (1993, p.162), no entanto, afirmam que o atendimento de saúde dispensado à mulher climatérica restringe-se aos “sintomas da menopausa, à terapia estrogênica substitutiva e à prevenção à osteoporose”. Ainda chamam a atenção de que a dinâmica emocional vivenciada não é compreendida pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência e acreditam que uma nova dinâmica deva ser estabelecida visando uma assistência integral.

No Brasil, de acordo com os dados do último censo, divulgados pelo IBGE (2001), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, existem 22.715.221 mulheres com mais de 40 anos, enquanto no ano de 1996 haviam pouco mais de 19.963.846 mulheres na mesma faixa etária, segundo dados publicados pela mesma fonte.

Como a expectativa de vida da população idosa é crescente, devido aos avanços da tecnologia e medicina e, as mulheres tendem a viver em média 8 anos mais que os homens, podemos concluir que o número de mulheres climatéricas no Brasil aumentará significativamente nos próximos anos.

Deste modo, torna-se premente a necessidade de uma eficaz assistência de saúde primária a esta população alvo, para que tenha uma vida de maior qualidade e mais

humana e para evitar patologias mais incidentes neste período, como as doenças cardiovasculares, a osteoporose, o câncer de mama e cérvico-uterino. É importante ressaltar que nos últimos anos há uma crescente procura dos serviços de saúde pelas mulheres nas diversas faixas etárias, com o intuito de conhecer melhor esta fase, sendo necessário adotar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, com a finalidade destas poderem desfrutar de forma mais prazerosa e tranqüila este momento.

Observamos no entanto, que os serviços ainda não estão preparados para atender esta clientela, existindo poucas ações neste sentido. Assim sendo, o enfermeiro assume um papel de grande relevância, em nível individual e coletivo, socializando conhecimentos e práticas sobre esta etapa transitória da vida e oportunizando espaços para que as mulheres expressem seus medos, angústias e sentimentos. Black e Matassarini – Jacobs, citados por Lopes e Costa (2000, p. 38), argumentam que “a atuação de enfermagem junto à mulher, neste período, envolve apoio, educação e assistência em prol da experiência de vida normal, a qual deve centrar-se nas necessidades individuais da cliente climatérica”. Como nem todas as mulheres sentem os sinais e sintomas do climatério pode tornar-se difícil a compreensão e a aceitação do mesmo com naturalidade. Cabe à enfermagem, respeitando a singularidade de cada mulher, ajudá-la neste processo, valorizando os aspectos positivos desta fase.

O profissional enfermeiro consciente de seu papel de agente transformador poderá constituir um elemento de grande valia no momento em que se tenta construir, junto às mulheres climatéricas, um horizonte mais promissor. E, cabe a ele sim, reunir estas mulheres e desenvolver junto com elas um programa de atenção, no qual através da troca de informações e de experiências, as mulheres alcancem a auto-valorização e auto-estima, fatores tão importantes para que qualquer indivíduo sintá-se mais humano (LANDERDAHL, 1997, p. 131).

Nesta perspectiva, Lopes e Costa (2000), em relação ao cuidado à pessoa humana, destacam o papel do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando-o como uma alternativa para assistir esta população, enfatizando que os profissionais de enfermagem devem aproveitar o espaço oferecido por este modelo assistencial para desenvolver a consulta de enfermagem e as atividades educativas, implantando um atendimento de enfermagem voltado para uma assistência integral à saúde da mulher.

A prevenção traz inúmeras vantagens para o serviço de saúde, pois além de minimizar custos relacionados aos agravos decorrentes do climatério não tratado, ou não acompanhado, propicia à estas mulheres vivenciarem esta fase de maneira mais natural

possível através do autoconhecimento, educação em saúde e participação ativa no seu cuidado.

Considerando este aspecto, optamos em trabalhar na atenção primária de saúde. A seleção do Centro de Saúde do Saco Grande II deu-se pela disponibilidade deste campo de estágio e por sabermos do interesse da enfermeira pelo tema. Além disso, identificamos que nesta unidade não há um atendimento específico à mulher climatérica. O centro de saúde é utilizado de forma indireta pelas mulheres climatéricas que recorrem ao serviço por outros motivos, tais como: consulta ginecológica, diabetes, hipertensão, osteoporose, entre outros. Tal fato nos estimulou a propor atividades que atendessem as necessidades específicas desta clientela, nesta unidade de saúde.

Optamos também em escolher o Ambulatório C do Hospital Universitário como área de atuação, já que neste campo são realizadas consultas às mulheres climatéricas desde o início do ano 2000, apenas pelo profissional médico. Assim sendo, constituiu-se em uma oportunidade para a enfermagem agir, para o desenvolvimento de atividades educativas, para conhecer outra realidade em que se assiste a mulher climatérica, possibilitando ainda comparar os dois serviços escolhidos e ainda, se possível, complementar e integrar ações.

Além do papel de destaque que pode ser desenvolvido pela enfermagem, é necessário ressaltar a importância do trabalho multidisciplinar, quiçá interdisciplinar, no qual as ações se complementam, em busca de um objetivo comum: a satisfação e felicidade da mulher climatérica, uma assistência global e humanizada, considerando a mulher em todas as suas dimensões, dentro de um contexto sócio, econômico e cultural.

Nessa linha de pensamento, Magalhães et al., citados por Lopes e Costa (2000, p.40), afirmam ser de fundamental importância a assistência multidisciplinar à mulher climatérica, uma vez que a prática desta permite à mulher “(...) vivenciar um espaço de troca de idéias, experiências pessoais, criticando e questionando posições frente à vida, tratamentos, tabus e valores culturais”. A mulher pode tornar-se ativa neste processo, agindo e decidindo com maior autonomia, na medida em que vivencia com naturalidade estas mudanças.

Além da importância de medidas preventivas, da necessidade de um trabalho multidisciplinar e do papel de destaque da enfermagem junto à esta clientela, gostaríamos de ratificar a relevância do tema em questão, uma vez que permite aprofundar conhecimentos sobre uma área até recentemente pouco explorada, oportunizando aos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, conhecer os cuidados e outras formas

de tratamento neste período e também compreender quais os problemas e necessidades experimentadas pelas mulheres climatéricas.

Apesar da importância do tema, ao fazermos o levantamento do material bibliográfico sobre o climatério, pudemos observar que a enfermagem possui reduzida literatura publicada se comparada ao volume de obras dedicadas ao assunto. Percebemos ainda que o enfoque maior é dado aos aspectos biológicos ocorridos neste período. Este hiato existente, revela a necessidade de aprofundarmos conhecimentos na área e a possibilidade de trabalharmos neste campo, onde a clientela tende a crescer significativamente.

De acordo com o documento preliminar Programa de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, citado por Silva, Alves e Zardo (2001), as mulheres no período do climatério devem buscar ações de saúde específicas, para tratar os sintomas, tanto das alterações hormonais, bem como para se adaptarem ao período que estão vivenciando. Estas ações no entanto, têm sido dificultadas pelos preconceitos culturais, sexuais e sociais com os quais convivemos, bem como por perdas ou mudanças de papéis nas suas vidas, que geralmente ocorrem neste período, tais como: aposentadoria, saída dos filhos de casa, casamento dos filhos, chegada dos netos; no caso das mulheres casadas, a andropausa do marido e ainda, o medo da morte e da velhice, aspectos tão pouco elaborados pela nossa cultura.

Assim sendo, vale ratificar a necessidade de esclarecer as mulheres climatéricas sobre este período, através de “(...) informações, expectativas realistas e conhecimento sobre a transição climatérica e seu impacto social, bem como a variedade de métodos e formas de atenção disponíveis para o alívio de sintomas” (PINTO-NETO et al., citado por LOPES; COSTA, 2000, p. 38).

O interesse pelo tema e pela clientela deu-se durante a realização do estágio obrigatório da disciplina de Enfermagem em Atenção Primária de Saúde, da 4ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. No decorrer do curso de graduação, chamou-nos a atenção a falta de atendimento específico às mulheres climatéricas e também o tipo de abordagem utilizada às clientes que são submetidas aos cuidados ligados ao climatério. Além disso, em nosso convívio social, observamos a dificuldade que algumas mulheres tiveram ao vivenciar este período, permeado por tabus e mitos, originados em uma sociedade que valoriza a juventude, a estética e a produtividade.

Desta maneira, o nosso trabalho possibilitou atender a mulher climatérica em sua totalidade, estimulando-a na busca por uma vivência saudável e plena nesta fase e oferecendo uma assistência humanizada e livre de preconceitos, na qual as suas reais necessidades foram trabalhadas. As interações com mulheres climatéricas tem por

finalidade planejar uma terceira idade saudável, feliz e produtiva, diferente do que possa ser imaginado ou mesmo propagado em nossa sociedade. Isto foi possível ao auxiliarmos estas mulheres na compreensão do quanto o seu bem-estar atual e futuro dependem de suas próprias ações e conhecimentos.

Para tanto, utilizamos para guiar este trabalho, os conceitos e pressupostos de King (1984). A opção pela Teoria da Consecução de Metas de Imogene M. King deu-se de forma harmoniosa, pois seus conceitos e definições estão em consonância com nossos pressupostos pessoais, além do que sua proposta se adapta ao cuidado que prestamos a população escolhida.

Embasado no referencial teórico adotado, o trabalho forneceu subsídios necessários para a criação de um plano de enfermagem capaz de contemplar as diversas dimensões do cuidado às mulheres climatéricas, além de possibilitar a interdisciplinaridade através do compartilhar saberes entre as diversas áreas.

Creemos que a abertura de um espaço direcionado a esta parcela da população possibilitou as mulheres disporem-se a trabalhar questões relacionadas ao período, passando a refletir criticamente sobre o mesmo.

Poderá ainda se configurar em um novo campo de atuação para a enfermagem, sendo um estímulo para o desenvolvimento de práticas envolvendo esta clientela, tendo em vista que as unidades de saúde ainda não contemplam este atendimento específico à mulher, podendo ser replicado para toda rede básica.

Desta maneira, a proposta de trabalhar com mulheres no climatério despertou o tema na instituição, pois esta atividade atendeu aos anseios de um contingente que se amplia, em decorrência do aumento da expectativa de vida. Foi uma experiência inovadora, que fomentou a reflexão da equipe sobre a assistência prestada. Para nós, como acadêmicas de enfermagem, este estudo contribuiu para a ampliação de nosso conhecimento teórico-prático e de nossas vivências pessoais, através da interação com as mulheres climatéricas e do exercício da comunicação com a equipe multidisciplinar. Possibilitou ainda, tornar visível o climatério na atenção primária de saúde, considerando-o como um elemento de significativa importância na área de saúde da mulher.

Este trabalho auxiliou a reforçar que o climatério é uma etapa natural da vida das mulheres, a despeito das crenças e mitos construídos pela sociedade ao longo do tempo, sendo responsabilidade da enfermagem oferecer um atendimento condigno e humano às mulheres que vivenciam este período, respeitando-as em sua dignidade e considerando-as como pessoas socialmente integradas e cidadãs.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem às mulheres que estão vivenciando o climatério, segundo a ótica de Imogene King e pressupostos pessoais.

2.2 Objetivos Específicos

Objetivo específico 1

Realizar consulta de enfermagem à mulher climatérica no Centro de Saúde do Saco Grande II, aplicando o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria de Imogene King.

Objetivo específico 2

Identificar o perfil das mulheres climatéricas, a influência dos fatores biopsicossociais no bem estar destas, bem como as maiores preocupações, problemas enfrentados e cuidados realizados neste período.

Objetivo específico 3

Compartilhar saberes e experiências sobre saúde, abordando temas relacionados ao climatério de acordo com as necessidades de aprendizagem das mulheres que vivenciam esta fase, individualmente ou em grupo, na sala de espera do HU e através de consulta de enfermagem e oficinas no Centro de saúde do Saco Grande II.

Objetivo específico 4

Ampliar conhecimentos pessoais sobre a temática do climatério, buscando a compreensão acerca do assunto para melhor atender a esta clientela em suas reais necessidades.

Objetivo específico 5

Sensibilizar os profissionais do Centro de Saúde do Saco Grande II, a respeito das questões referentes ao climatério.

Objetivo específico 6

Conhecer os serviços que prestam assistência à mulher climatérica em Florianópolis.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Climatério

Atualmente, a expectativa média de vida das mulheres é de 80 anos, o que nos faz concluir que há uma propensão ao aumento do número de mulheres climatéricas e das patologias que podem acompanhar o período. De acordo com as estatísticas, há uma tendência para as próximas décadas do crescimento da população de mais de 60 anos, por efeito da redução relativa da população de crianças e jovens, bem como devido ao progressivo aumento da expectativa de vida, que também elevará razoavelmente a população de 30 a 59 anos de idade (IBGE, 2001).

Zampieri (2002), ressalta outro aspecto importante que trata da participação das mulheres em todos os setores da sociedade, mudando o perfil das mesmas, levando-as a refletir sobre sua qualidade de vida. Desta maneira, novas exigências são impostas aos profissionais de saúde, pois a manutenção e promoção do bem-estar destas mulheres torna-se uma prioridade inquestionável.

Segundo a autora supracitada, o climatério compreende uma das fases do ciclo evolutivo da vida da mulher. É um período de transição onde ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais, sendo determinado pela redução de estrógenos endógenos, resultante de insuficiência ovariana.

De acordo com Kaufert e Gilbert, citados por Helman (1994), a definição biomédica da menopausa como sendo principalmente um distúrbio endócrino, frequentemente implica no fato de que a sintomatologia relacionada à menopausa seja atribuída unicamente à

deficiência de estrógeno. Isto faz com que os sintomas que não são facilmente tratados pela terapia de reposição hormonal, em especial os psicológicos e sociais, sejam ignorados.

Pode-se reconhecer o climatério como um processo que envolve vários fatores que estão interligados e que agem simultaneamente, formando um todo, o que pode levar a confusão sobre o que é característico do climatério, o que é processo natural de envelhecimento ou o que constitui a personalidade de cada mulher (LANDERDAHL, 1997).

O período do climatério ainda não foi bem delimitado, quanto ao seu início e término, pela maioria dos autores, havendo opiniões divergentes a este respeito. Aceita-se que esta fase possa se estender dos 35 aos 65 anos de idade.

A menopausa, considerada um episódio dentro do climatério, caracteriza-se pelo último fluxo menstrual da mulher, seguido por 12 meses de amenorréia. No Brasil, ocorre em média entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer também de maneira não natural, através de ooforectomia bilateral ou unilateral, acompanhada ou não de histerectomia (BRASIL, 1994).

Para Freitas e Pimenta (2002), a faixa etária média em que acontece a menopausa sofre variações entre diversos fatores e populações. As autoras citam a multiparidade e o aumento do índice de massa corpórea como fatores associados a menopausa tardia, enquanto o tabagismo, o tratamento da depressão, a exposição a substâncias químicas tóxicas, a dieta vegetariana, as grandes altitudes, a magreza e a terapêutica com radiação estão associados ao seu início precoce.

De acordo com Gutiérrez, citado por Vieira, Liz e Gesser (1999), o início do climatério pode ser variável para cada mulher, começando em torno dos 40 anos, em média 47 a 48 anos, sendo dividido em pré-menopausa, menopausa propriamente dita e pós-menopausa. Já para Fernandes e Wehba, citados por Landerdahl (1997), o climatério inicia por volta dos 40 anos, podendo perdurar por aproximadamente 25 anos.

Neto e Lima (2000), classificam o climatério em período inicial ou pré-menopausa, que se estende dos 35 aos 44 anos; climatério intermediário ou perimenopausa, que vai dos 44 aos 54 anos e climatério tardio ou pós-menopausa, que perdura dos 55 aos 65 anos

Segundo Daoud (2000), o climatério pode ser considerado como um processo amplo de transformações no âmbito físico, social, espiritual e emocional, podendo ser mais ou menos longo. Reconhece ainda, a menopausa como um fenômeno físico, enquanto reconhece o climatério como uma experiência existencial mais ampla, indo além do processo puramente fisiológico.

A seguir, para fins didáticos, os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que permeiam o climatério serão explicitados separadamente, porém é conveniente ressaltar que todos estes aspectos estão interligados, formando uma trama que envolve a mulher como um todo neste período de intensas transformações.

3.1.1 Aspectos Biológicos

As alterações hormonais femininas influenciam diretamente os fatores biológicos ocorridos no climatério, tendo início na pré-menopausa, podendo persistir na pós-menopausa por tempo indeterminado, influenciando na qualidade de vida da mulher (LANDERDAHL, 1997).

Há uma queda progressiva de estrógenos durante a vida da mulher, decorrente do esgotamento ovariano (BRASIL, 1994).

É interessante assinalar que o ovário começa sua senescência mesmo antes do nascimento, pois apenas com 20 semanas de gestação acham-se presentes 7 milhões de oogônias e que nas semanas subseqüentes ocorre diminuição substancial do número, a ponto de, ao nascer, ser apenas 600 mil as oogônias presentes. Logo, a seguir, o número de oócitos continua a cair até antes de se instalar a puberdade, sofrendo uma diminuição gradativa até a idade de 50 anos (NORONHA; MONTGOMERY, 1993, p. 167).

Para compreendermos este processo torna-se imprescindível tomar conhecimento da ação dos hormônios, em especial do estrógeno, nos ciclos mensais femininos.

Durante aproximadamente as duas primeiras semanas de cada ciclo sexual, as células foliculares do folículo em desenvolvimento secretam grandes quantidades de estrogênio, estimuladas pela ação do Hormônio Folículo Estimulante liberado pela glândula hipófise anterior. A ovulação, que é o rompimento do folículo maduro, com conseqüente liberação do óvulo, ocorre aproximadamente no décimo quarto dia do ciclo, sob a ação do Hormônio Luteinizante, secretado pela hipófise anterior (GUYTON, 1988).

Segundo o mesmo autor, após a ovulação, as células foliculares transformam-se no corpo lúteo ou amarelo, que passa a secretar grandes quantidades de progesterona, além de continuar a secretar estrogênio. Caso a fecundação ocorra, o ovo, ao se multiplicar, secreta gonadotropina coriônica, que estimula o corpo lúteo a continuar produzindo o estrogênio e a progesterona, iniciando a gravidez. Se a mesma não ocorrer, na ausência deste hormônio, o corpo lúteo involui, o estrogênio e progesterona diminuem muito, fazendo com que os

vasos sanguíneos do endométrio sofram espasmo, diminuindo o fluxo sanguíneo para o mesmo. O tecido endometrial que havia proliferado sofre descamação, acontecendo assim a menstruação, que se compõe principalmente de muco, sangue e tecido endometrial.

De acordo com Liberman (2002), a atuação dos estrogênios no organismo acontece pela sua ligação com receptores específicos, abundantes em todo o corpo. Existem descritos dois receptores estrogênicos, os receptores α e β , membros de uma superfamília de receptores esteróides. Segundo as autoras, os receptores α já foram encontrados em células vasculares endoteliais, em mulheres e homens, enquanto os receptores β já foram identificados na próstata, ovários, testículos, bexiga, pulmões e cérebro.

Os hormônios ovarianos, estrogênio e progesterona, são responsáveis pelo desenvolvimento sexual feminino e pelos ciclos sexuais mensais. O estrogênio é um conjunto de hormônios, chamados de estriol, estradiol e estrona, sendo o estradiol o mais importante deles. O estrogênio faz com que as células, em várias partes do corpo, proliferem, no período da puberdade, conferindo à mulher suas características peculiares. A progesterona está relacionada ao preparo do útero para receber o óvulo fecundado e com o preparo da mama para a produção láctea. Também inibe as contrações uterinas, deste modo impedindo a expulsão de um óvulo fertilizado ou de um feto em desenvolvimento (GUYTON, 1988).

Na menopausa, os ciclos sexuais mensais cessam, havendo uma redução da função ovariana que pode acontecer de forma rápida ou gradativa, com sintomas ou não, atuando de maneira individual sobre as mudanças metabólicas características da fase (FREITAS et al., 1989).

Ainda segundo os mesmos autores, a intensidade das modificações ocorridas no climatério é influenciada por fatores como a velocidade e grau de depleção estrogênica; fatores genéticos, como história familiar de osteoporose ou doenças cardiovasculares; dieta; atividade física; tabagismo e obesidade.

A falência dos ovários, com conseqüente cessação estrogênica, também é acompanhada por pequena produção de hormônio masculino, a testosterona, transformada em estradiol na gordura corporal. A glândula adrenal mantém a produção de hormônio masculino, da mesma forma transformada em estrona e estradiol. Juntamente com o estroma cortical ovariano, estas são as únicas fontes produtoras de estrogênios após a menopausa, estando bastante aquém da produção que ocorre na fase reprodutiva da mulher (FREITAS; PIMENTA, 2002).

“O climatério traz, pelas modificações hormonais e metabólicas, alterações que são características desta fase da vida, que podem ser classificadas como precoces, de médio prazo e tardias”(BRASIL, 1994, p. 12).

3.1.1.1 Alterações Precoces

São constituídas mais freqüentemente pelos distúrbios neuro-endócrinos, que podem coincidir com a perda de auto estima, insegurança e medo de rejeição, característicos da crise de identidade (BRASIL, 1994).

Entre os sintomas neurogênicos e psicogênicos, destacam-se ondas de calor, sudorese, insônia, fadiga, memória inadequada, ansiedade, depressão, irritabilidade e modificações da libido (BAGNOLLI et al., citado por LOPES, 2000), além das alterações no padrão menstrual.

a) Instabilidade vasomotora

É caracterizada principalmente por sudorese noturna e os “calorões”, “ondas de calor” ou “hot flushes” (FREITAS et al., 1989).

É apresentada por 85% das mulheres, podendo permanecer por 5 a 10 anos pós-menopausa. Começa nas áreas cefálica e facial, com uma sensação de calor, seguida por rubor facial, que pode irradiar-se pelo pescoço e outras partes do corpo. Cada onda de calor dura 2,7 minutos e está associada a um aumento de temperatura e ritmo de pulso (9 a 20 batimentos), aumento no fluxo sanguíneo na mão e na condução cutânea, seguidos por declínio térmico e abundante sudorese na área de distribuição do rubor. Os episódios de calor no período noturno são conhecidos como suores noturnos (ZAMPIERI, 2002, p. 04).

Segundo Freitas e Pimenta (2002), também ligadas a estas alterações são encontradas as palpitações, cefaléias e vertigens. Algumas vezes, estes sintomas são desencadeados por fatores como estresse, ambiente quente, alimentos picantes e quentes, bebidas alcoólicas e cafeína.

As ondas de calor fornecem um mecanismo de dissipação de calor, através da vasodilatação e sudorese, em resposta aos centros termoreguladores no hipotálamo anterior, ajustando o núcleo térmico do corpo a novo ponto. “Os neurotransmissores que podem estar envolvidos na patogenia de ondas de calor incluem a noradrenalina, outras substâncias neuroadrenérgicas e a supressão de opiáceos endógeno” (COPELAND, 1996, p. 596).

b) Alterações no padrão menstrual

Geralmente o ciclo menstrual modifica-se antes de ocorrer a sua suspensão. A alteração inicial geralmente é a polimenorréia, seguindo-se a oligomenorréia. No aspecto clínico a quantidade do fluxo, a duração e ritmo do sangramento são variáveis (FREITAS et al., 1989).

Em concordância com o exposto acima, Freitas e Pimenta (2002), afirmam que na faixa etária entre 45 e 50 anos, começa a ocorrer irregularidades no ciclo menstrual, como polimenorréia, hipermenorréia ou espaniomenorréia, associada ou não aos sintomas típicos do climatério, caracterizando assim o período da pré-menopausa, referida pelos autores como perimenopausa.

De acordo com Smeltzer e Bare (1999), a menopausa começa de maneira gradual, sendo reconhecida pelas mudanças na menstruação. O fluxo mensal pode aumentar, diminuir ou tornar-se irregular até terminar. Normalmente o intervalo dos períodos demora mais, sendo comum os espaços de vários meses entre eles.

A partir da 4ª década, os folículos residuais estão menos sensíveis ao estímulo da gonadotrofina e menos capazes de atingir a maturação. À medida que o número de folículos diminui e ocorre o aumento dos fatores de resistência, são produzidos menos estrógenos nas unidades restantes, ocorrendo um declínio gradual de estradiol. Este declínio faz aumentar a fase folicular no intuito de elevar os níveis de estrógeno e não sendo suficiente para o feedback positivo sobre o LH, ocorrerá o ciclo anovulatório (FREITAS et al., 1989).

Os autores supra citados, referidos por Zampieri (2002, p.5), afirmam que ocorre a elevação de LH, estabelecendo a anovulação. Podem ocorrer sangramentos após uma fase luteínica incompleta ou após pico de estradiol sem subsequente ovulação. Podem então

... haver períodos de amenorréia com níveis séricos aumentados de FSH e LH que podem simular a menopausa e depois de alguns meses ocorrerem ciclos ovulatórios normais. Isto se deve em razão do menor número de folículos disponíveis e a ação da glândula hipofisária, que secreta mais LH e FSH para recrutar os folículos remanescentes.

Em razão deste fator é primordial orientar a mulher a utilizar um método contraceptivo até que realmente seja comprovada a ocorrência da menopausa.

c) Depressão

Segundo Copeland (1996), os níveis reduzidos de estrogênios, após a menopausa, fornecem arcabouço bioquímico para o desencadear do quadro de depressão. Em função da queda dos níveis de estrógeno, há uma diminuição de triptofano livre no plasma na pós-menopausa. O triptofano é um aminoácido envolvido no metabolismo de serotonina, sendo assim, alterações dos níveis deste neurotransmissor estariam associadas ao desenvolvimento da depressão endógena.

Existem indícios de que os níveis hipoestrogênicos favorecem a depleção das catecolaminas que atuam como neurotransmissores hipotalâmicos, desempenhando importante papel na regulação do humor e dos padrões comportamentais. A deficiência de catecolamina em nível central é uma das principais hipóteses da causa bioquímica da depressão. A monoaminoxidase (MAO), uma enzima responsável pela degradação destes neurotransmissores, eleva-se com um aumento da idade, sendo este aumento mais acentuado nas mulheres do que nos homens (VIEIRA; LIZ; GESSER, 1999).

Uma frequência aumentada de depressão e de variações no humor são encontradas em mulheres com queixas anteriores de depressão pré-menstrual ou pós-parto, bem como nas mulheres submetidas à menopausa cirúrgica, com variações bruscas do estado hormonal (FREITAS; PIMENTA, 2002).

A ameaça da finitude, os estereótipos criados pela sociedade, os mitos e tabus relacionados ao climatério, os conflitos de papéis que afloram nesta fase, aliados ao estresse que surge neste período devido às transformações ocorridas, também são fatores contribuintes para a gênese da depressão.

Fraiman (1989), ratifica o exposto acima, quando coloca que a mulher, nesta época de sua vida, atualiza a sua autoimagem, repensando aspectos e valores de sua vida e que isso pode trazer momentos de melancolia e retraimento. Segundo a autora, seria anormal esperar que a mulher não tivesse estas reações, já que vivencia uma passagem que envolve perdas, que embora possam trazer alívio, são sempre perdas, que envolvem aspectos físicos e emocionais.

Seguindo esta linha de pensamento, Copeland (1996), refere que as alterações ambientais e as condições familiares das mulheres menopáusicas, como a saída dos filhos de casa ou “síndrome do ninho vazio” e o cônjuge dedicando menos tempo à família podem ser fatores relevantes no desencadeamento da depressão, agindo sobre um ambiente bioquímico e hormonal susceptível.

d) Labilidade emocional e alterações cognitivas

De acordo com Facchinett, Genazzani e Shoupes, citados por Vieira, Liz e Gesser (1999), existem muitos estudos que levam a crer que o estado hipoestrogênico das mulheres pós-menopáusicas está associado a um baixo tônus opioidérgico, ou seja, há uma diminuição das endorfinas, o que explicaria os quadros de depressão, irritabilidade, “nervosismo” e perda de memória.

Segundo Copeland (1996), as queixas inespecíficas, como cefaléia, cansaço, ansiedade e irritabilidade, embora possam estar relacionadas a fatores familiares, sociais e pessoais, também são dependentes dos níveis de estrogênio.

Conforme Freitas e Pimenta (2002), paralelamente à queda estrogênica no período perimenopausal, o volume cerebral se atrofia, nas regiões do hipocampo e lobos parietais, regiões estas que se associam à memória e a cognição, sendo comum queixas de perda de memória e da agilidade mental. Para as mesmas autoras, a deficiência estrogênica no humor, na demência, no declínio cognitivo, entre outras patologias ligadas ao sistema nervoso, ainda não se encontra bem definida, carecendo de estudos complementares.

e) Falta de sono ou interrupção do mesmo

A falta de sono pode dar origem a outra sintomatologia, caracterizada por irritabilidade, nervosismo, ansiedade, esquecimento e falta de concentração. O intervalo de latência do sono aumenta, enquanto a quantidade de sono com movimento rápido dos olhos (REM) sofre redução, associados aos baixos níveis de estrogênio (COPELAND, 1996).

3.1.1.2 Alterações de médio prazo

Além dos distúrbios neuroendócrinos, há o acréscimo de queixas físicas e objetivas, caracterizadas por fenômenos atróficos decorrentes da deficiência de ação hormonal, sendo as mais frequentes: secura vaginal, dispareunia; síndrome uretral; pele seca e pouco elástica; fragilidade e queda dos cabelos (BRASIL, 1994). São também incluídas as alterações das mamas, do peso corporal e da resposta sexual.

a) **Atrofia Urogenital**

Vulva: ocorre redução do tecido celular subcutâneo e do tecido elástico, dos pêlos pubianos, além de redução da lubrificação pelas glândulas de Bartholin. Os grandes lábios tornam-se menores (FREITAS et al., 1989).

Vagina: a diminuição do glicogênio nas células epiteliais resulta num aumento do pH vaginal, tornando-o alcalino, com diminuição dos lactobacilos, facilitando o surgimento de infecções (do tipo estáfilo, estrepto, coliformes). Ocorre desaparecimento das pregas e a vagina se torna mais delgada e lisa, ocorrendo a dispareunia (FREITAS et al., 1989).

Freitas e Pimenta (2002), ratificam o exposto acima quando colocam que a vagina passa a ser repovoada, perdendo a flora natural composta pelos bacilos de Döderlein, que são substituídos por uma flora inespecífica, na qual se incluem organismos patogênicos encontrados em infecções do sistema urinário.

Além disso, segundo as autoras supracitadas, ocorre uma retração do intróito vaginal, principalmente em mulheres com nenhuma ou escassa atividade sexual.

Uretra e Bexiga: A parede uretral torna-se delgada, com enfraquecimento da musculatura pélvica ao redor. Ocorre diminuição do tecido conjuntivo que envolve a uretra e bexiga, região que é rica em receptores estrogênicos, portanto, hormônio-dependente. Como consequência, ocorre perda da elasticidade, atrofia da mucosa uretral e colo vesical, com menor irrigação sanguínea e resposta muscular (FREITAS; PIMENTA, 2002). Os sintomas são a disúria, urgência e aumento da frequência urinária, que caracterizam síndrome uretral. Outro achado é a carúncula uretral. O menor apoio dos órgãos pélvicos, incluindo a bexiga, pode resultar em prolapso vesical e uretral (FREITAS et al., 1989).

Devido a atrofia do epitélio vesical, principalmente do trígono, pode se desenvolver a cistite atrófica caracterizada por incontinência urinária (FREITAS et al., 1989).

A infecção urinária é mais incidente no período pós-menopausa, sendo a infecção vaginal, o resíduo pós-miccional e a deficiência do sistema imunológico, associados ao hipoestrogenismo, os fatores que mais contribuem para o seu aparecimento (FREITAS; PIMENTA, 2002).

Útero e trompas: o colo uterino sofre apagamento, o canal cervical sofre um certo grau de estenose, a junção escamocelular (JEC) torna-se endocervical, o útero tende a uma redução em seu tamanho. Nas trompas se observa redução de cílios e de secreção tubária (FREITAS et al., 1989).

Segundo Freitas e Pimenta (2002), todo o sistema de sustentação do assoalho pélvico torna-se atrofico e menos elástico, com diminuição da musculatura pélvica e do tecido colágeno, induzindo ao prolapso genital.

b) Função sexual

Freitas et al (1989), referem que no período da pós-menopausa existe uma diminuição da intensidade e duração da resposta sexual, no entanto a capacidade de manter a vida sexual permanece. O tempo para que a lubrificação vaginal e labial ocorram sofre um aumento de 15 a 30 segundos para 5 minutos. Segundo Vieira, Liz e Gesser (1999), na mulher climatérica, a fase de excitação torna-se mais lenta, devido a uma diminuição do fluxo sanguíneo, o que reduz a vasocongestão genital, associada a uma queda de estrogênio.

Ainda segundo os mesmos autores, a proporção que a mulher envelhece o número de contrações uterinas com o orgasmo diminuem e podem ser dolorosas. Thiriet e Képès (1994), ressaltam ainda que o relacionamento sexual é o resultado de toda a história de vida do casal. Desta maneira, o diálogo e o afeto existentes no relacionamento conjugal são primordiais para a superação dos conflitos e compreensão das alterações provenientes deste período.

c) Pele e fâneros

Ocorre atrofia geral da pele, tecido celular subcutâneo e elástico, com redução da perfusão da pele. Cabelos e pêlos pubianos ficam mais delgados e 30% desenvolvem hirsutismo (FREITAS et al., 1989).

d) Mamas

O tecido glandular é substituído por tecido adiposo e conjuntivo e 60% das mulheres sofrem uma diminuição no volume das mamas (FREITAS et al., 1989).

O aumento do tamanho das mamas nas mulheres menopausadas é mínimo ou ausente (COPELAND, 1996).

e) Peso corporal

Apesar de não estar provado, Lamitzen, citado por Freitas et al (1989), sugere que ocorra aumento de aproximadamente 2,5 Kg em mais ou menos metade de todas as mulheres 3-5 anos após a menopausa.

3.1.1.3 Alterações tardias

As alterações tardias acontecem pela privação prolongada dos efeitos produzidos pelos esteróides sexuais, que levam à modificações das lipoproteínas e do metabolismo ósseo. Como consequência destas alterações, há possibilidade do surgimento de doenças cardiovasculares e osteoporose (BRASIL, 1994).

Para Liberman (2002), os sintomas tardios evidenciam a ausência de prevenção primária e secundária. As medidas preventivas devem abordar globalmente a mulher, não somente como medidas terapêuticas, bem como mudanças no estilo de vida, devendo iniciar estes cuidados o mais precocemente possível.

a) Doença cardiovascular

Na pós-menopausa observa-se um aumento da doença cardíaca coronariana. A taxa de mortalidade homem/mulher por doença cardiovascular decresce a medida que a idade avança, chegando a ter a mesma incidência nos dois sexos em se tratando de mulheres na menopausa. A população feminina de maior risco é a que apresenta: menopausa precoce, tabagismo, hipertensão, uso de anticoncepcional oral, níveis elevados de lipídios e glicose, e fatores hereditários (FREITAS et al., 1989).

A idade crescente influencia os níveis de lipídios circulantes, aumentando as concentrações de colesterol e a de triglicerídios. O colesterol aumentado está associado a elevação das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e os triglicerídios aumentados estão associados com a elevação das lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL). Quanto maior o nível de LDL ou de colesterol LDL, maior o risco de cardiopatia coronariana. As lipoproteínas de alta densidade (HDL), carregam cerca de 20% de colesterol da corrente sanguínea, parecendo proteger contra o aparecimento de aterosclerose (WENTZ, 1990).

Estudos demonstraram um aumento significativo de LDL e uma diminuição de HDL, principalmente após supressão ou redução de estrógeno. Os vasos sanguíneos das mulheres menopausadas produzem menos prostaciclina do que os vasos das mulheres pré-menopáusicas, o que as desfavoreceria, pois sabe-se que a prostaciclina é um potente vasodilatador e antiagregador de plaquetas, que pode além disto diminuir o tromboxane, vasoconstritor e indutor da agregação plaquetária (COPELAND, 1996).

Freitas e Pimenta (2002), complementam o referido acima, quando colocam que receptores estrogênicos são encontrados ao longo de toda a parede dos vasos sanguíneos, e quando sob estímulo, sofrem vasodilatação. O estrogênio também parece estimular a

liberação de prostaciclina e óxido nítrico, substâncias vasodilatadoras, e modular a produção de endotelina, potente vasoconstritor. As alterações na produção e ação destas substâncias seriam as responsáveis pelas modificações na pressão arterial comumente observada na mulher pós-menopausada.

A prevalência de Diabetes Mellitus aumenta consideravelmente com a idade, sendo considerada o principal fator de risco para o aparecimento da aterosclerose, particularmente em mulheres. Acredita-se que com a menopausa, ocorra uma elevação significativa dos níveis plasmáticos de insulina, juntamente com uma discreta elevação dos níveis de glicemia e uma diminuição da tolerância à glicose. A hiperglicemia assintomática e a insulinemia elevada tem sido associadas com maior risco de complicações da aterosclerose, aliadas ao sedentarismo e obesidade, freqüentemente observado em mulheres na pós-menopausa (FREITAS; PIMENTA, 2002).

b) Osteoporose

A osteoporose é definida como uma perda da massa óssea, sendo uma das seqüelas mais significativas a longo prazo na menopausa, resultando em fragilidade dos ossos e conseqüentemente, aumentando o risco de fraturas (FREITAS; PIMENTA, 2002). Existem três tipos de fraturas que comumente relacionam-se ao período pós-menopáusicas: as de vértebras, as do rádio ultra distal e do colo do fêmur.

O osso consiste em uma matriz orgânica rica em colágeno, além de conter cálcio e fosfato. Aproximadamente 80% do esqueleto consiste em osso cortical e cerca de 20% consiste em osso trabecular ou medular. Em quadros clínicos avançados de osteoporose, perde-se 5% da massa óssea cortical, enquanto que 50% dos ossos trabeculares encontram-se deteriorados (WENTZ, 1990).

A função primordial do osso consiste em servir como reserva de cálcio, que é indispensável a todas as funções celulares, sendo necessário para isso manter o nível sérico de cálcio em torno de 10 mg/100 ml, mesmo que às custas da densidade óssea. Os níveis séricos de cálcio e da densidade óssea estão relacionados com a ingestão de cálcio, reabsorção de cálcio do osso, cálcio de origem dietética e diminuição de cálcio pela formação óssea e também com as reservas de fosfato (WENTZ, 1990).

Segundo Smeltzer e Bare (1999, p. 1571), “o pico da massa óssea ocorre aos 35 anos; depois há uma perda gradual universal do osso”. Além disso, os ossos mudam de forma e a resistência é reduzida. Na ocorrência de uma fratura, desenvolve-se tecido fibroso mais lentamente neste período.

Ainda segundo os mesmos autores, as variadas alterações metabólicas, incluindo a supressão de estrogênio na menopausa e a atividade física insuficiente, contribuem para o aparecimento da osteoporose.

Na menopausa, ocorrem alterações na remodelação óssea, com aumento da reabsorção e aumento da atividade dos osteoclastos, na medida em que os osteoblastos diminuem a sua função reparadora (FREITAS; PIMENTA, 2002).

Além do hipoestrogenismo, alguns fatores de risco estão relacionados a osteoporose, tais como: menor proporção entre o peso e a altura; etnicidade branca ou asiática; antecedentes familiares positivos; ingestão baixa de cálcio, durante toda a vida; menopausa precoce; estilo de vida sedentário; elevada ingestão de sódio; tabagismo; ingestão elevada de cafeína, proteínas e fosfato; perda secundária de cálcio por terapêutica glicocorticóide, hipertireoidismo e hipoparatiroidismo (COPELAND, 1996); abuso de álcool, nuliparidade (FREITAS et al, 1989).

Não há como negar que a deficiência estrogênica seja um fator de risco para o desenvolvimento da osteoporose.

Isto é ratificado por Wentz (1990), quando coloca que o estrogênio exerce seu efeito sobre o metabolismo de cálcio, não por estimular a formação óssea, mas por diminuir a reabsorção óssea.

Sabe-se que a ação estrogênica se faz diretamente sobre os ossos através dos receptores estrogênicos e por atuação sobre o colágeno e que na menopausa, os efeitos positivos dos estrogênios sobre a calcitonina, metabolismo da vitamina D e absorção de cálcio estão diminuídos (FREITAS; PIMENTA, 2002).

3.1.2 Aspectos Psicossociais

Com as mudanças ocorridas na sociedade, as mulheres passaram à assumir papéis variados, de donas de casa à empresárias bem sucedidas. No entanto, esta mesma sociedade revelou valorizar a mulher pelo fator produtivo que ela representa e não pelo que ela é como pessoa.

Helman (1994, p. 150), ratifica este pensamento considerando o climatério como uma fase do desenvolvimento humano, mais evidente agora, em que a mulher apresenta uma expectativa de vida maior, podendo desenvolver por mais tempo as atividades profissionais:

Assim como os períodos menstruais regulares e frequentes, a menopausa é mais um aspecto da vida moderna das sociedades industrializadas mais contemporânea, na qual a expectativa de vida das mulheres é mais alta, e a maioria delas atinge a idade da menopausa.

Diante das mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais que permeiam o climatério é importante compreender como a mulher se sente, uma vez que cada uma vive de maneira singular esta etapa da vida. Em uma sociedade que cultua a beleza física e impõe padrões de beleza às mulheres, a questão da imagem torna-se mais um obstáculo para a mulher climatérica viver com maior plenitude e naturalidade este processo. Esta “beleza” está associada diretamente à juventude cronológica, logo quanto mais próxima da senescência está a mulher menos ela é aceita neste tipo de sociedade.

O avançar da idade para a sociedade em que vivemos, assume diferentes significados. Na mulher, é sinônimo de velhice, enquanto no homem significa maturidade. Estas visões refletem muito do que é trabalhado na mídia, que é um meio formador de opinião e foram construídas ao longo do tempo. Valorizam muito mais o gênero masculino do que o feminino.

Segundo Almeida, citado por Birck et al (1996), a sociedade valoriza a juventude e discrimina a velhice; exalta o útil, o produtivo e descarta o que não se encaixa nesse modelo.

É nesse contexto que a mulher está inserida, o que motiva a grande valorização de sua função reprodutiva e depreciação da chamada mulher de meia-idade. Tudo de indesejável ou negativo que ela exprime no convívio social é atribuído à sua passagem pelo climatério.

Arelada à esta realidade, a mulher climatérica se vê envolta em diferentes atuações, entre ser profissional, dona de casa, avó, mãe, filha, esposa e mulher. É esperado então que esta mulher desempenhe alguns destes papéis e que ela os faça de maneira satisfatória.

Pellegrini, citado por Vieira, Liz e Gesser (1996), discorre que quando a mulher está próxima dos 50 anos, é possível que seus pais estejam na casa dos 80 anos, os filhos com cerca de 20 e o marido, no ápice da profissão, passando pouco tempo em casa, o que diminuiria o suporte conjugal físico e psicológico. Se a mulher não cultivou os seus próprios interesses, começa a se sentir inútil, desmotivada para viver.

Neste aspecto o climatério pode tornar-se uma etapa na vida das mulheres na qual vivem períodos de instabilidade emocional, impedindo-as de viver plenamente esta fase

como um processo natural, presente na vida de todas as mulheres que atingem a meia idade.

Além dos fatores sociais e educacionais que influenciam a experiência do climatério, o modo como a mulher interage com os outros e consigo também irá interferir na maneira como o climatério é interpretado e vivenciado.

Nesta linha de pensamento, Fortes e Hirata (1993, p. 42), referem que:

(...) a personalidade prévia desempenha papel importante na forma como a mulher reage à instalação da menopausa, às mudanças corporais e aos eventos estressantes psicossociais, contribuindo assim para a expressão clínica da síndrome do climatério.

Neste sentido, é importante que a mulher busque aprofundar conhecimentos sobre o seu self, o que é evidenciado por Lopes (1993, p. 105), quando ressalta que:

(...) talvez a principal atitude profilática do climatério seja promover o esclarecimento e o autoconhecimento. Uma pessoa que conheça o seu próprio funcionamento, os seus próprios processos, terá mais condições de se comportar de modo saudável, sem falsas expectativas, sem tabus ou receios fantasiosos. Por inúmeras razões, há tantos preconceitos ligados a idéia de menopausa, que dificultam a compreensão e a aceitação da fase climatérica por muitas mulheres, e pelos que a rodeiam.

O conhecimento de si, dos papéis desempenhados, das relações com os demais seres humanos significativos e com o meio poderá se configurar em crescimento e aprendizagem, enquanto que a deficiência na percepção poderá conduzir a mulher à frustração e a sensação de fracasso.

Lopes e Montgomery (1993), ainda levantam o aspecto de que a atual situação possibilita vivenciar algo “novo” na relação da mulher com ela mesma e que nesta relação possam surgir perdas e ganhos. Contudo nossa sociedade supervaloriza mais as perdas. Os autores ainda citam Alvarenga, que diz: “em todo ganho há uma perda, em toda perda há um ganho. Se eu fico no que perco, eu perco o que ganhei”.

À este respeito, Landerdahl (1997, p. 4), diz que “a despeito do rastro das perdas e do horizonte de ameaças que a ela se apresentar, se for vivenciado de forma consciente pode se transformar em crescimento e maturidade”.

Lopes e Costa (2000), reforçam este pensamento, dizendo que o climatério pode assumir uma dimensão mais ampla, enquanto processo de mudança, permitindo um fortalecimento maior na construção da identidade da mulher.

A transição climatérica pode se revelar como um momento especial da existência, possibilitando a reflexão sobre o self e questionamento de valores externos, pois ao conhecer melhor a fase que atravessa, a mulher pode sentir-se mais consciente e confiante diante das situações com as quais precisa lidar, enquanto ser que vivencia o climatério.

Ela descobre que tem inúmeras possibilidades, entre elas, a de renovação, de reflexão, de maturidade e de realização, permitindo-a viver de forma positiva este momento de sua vida, cabendo à ela a responsabilidade em direção à este caminho. Assim, assume compromisso com sua própria existência. Toma consciência de mais limitações, enquanto existência finita e busca cuidar de sua saúde, em atenção ao chamado do próprio ser.

O climatério pode ser vislumbrado como um período em que é possível recomeçar, como uma fase muito rica, em que as mulheres podem aprender aquilo que sempre desejaram: ler aquele livro que sempre ficou na estante, voltar à escola, aprimorar o que já sabiam, viajar, tirar férias... Até para reaprender a viver, para aquelas que foram abandonadas e descobrem, repentinamente, novas perspectivas (LOPES, 1993).

Muitas mulheres reiniciam seus estudos, buscam uma profissão ou atividades. Estão atentas e motivadas para o aprendizado de novos conhecimentos e buscam realizar algo novo que confira significado à sua existência.

O climatério é uma fase importante e estimuladora, trazendo para as mulheres, oportunidades de experiências gratificantes. É necessário uma adaptação gradativa frente as modificações que surgem, no sentido de incorporar estas mudanças e criar mecanismos de superação das mesmas e alcançar o crescimento pessoal.

Na esfera da sexualidade, torna-se importante considerar que, para ambos os sexos, o desejo sexual pode permanecer por toda a vida, havendo um decréscimo natural da intensidade e da frequência (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997).

Segundo os autores supracitados, o avançar da idade não dessexualiza os seres humanos, ao contrário, todos têm o direito de vivenciar a sua sexualidade plenamente, livres de tabus e entraves criados por uma sociedade que cultua a juventude e a fertilidade.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a sociedade e cultura ocidental fazem com que o climatério e a velhice feminina seja acompanhada de uma forte sensação de perda daquilo que se foi, perda de parte de si mesma.

Kaplan, citado por Cavalcanti e Cavalcanti (1997, p. 437), ratifica o exposto acima, quando afirma que “o potencial para o prazer erótico parece iniciar ao nascimento, não devendo extinguir-se até a morte”.

Sabe-se que as alterações urogenitais que se manifestam na mulher ao adentrar no climatério podem influenciar negativamente a sua sexualidade. A dispareunia, as disúrias e contrações orgásmicas dolorosas associadas ao hipoestrogenismo podem prejudicar a qualidade das relações íntimas da mulher, porém os aspectos socioculturais e o ambiente psíquico são os principais determinantes do apetite sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997). Desta maneira, os fatores psicossociais influenciam significativamente na qualidade das relações íntimas estabelecidas pela mulher, pois interferem na forma como ela passa a experienciar sua sexualidade no período do climatério.

Lopes e Montgomery (1993), complementam o referido acima, quando afirmam que a maioria das mulheres, no período do climatério, perdem o interesse sexual mais por fatores psicossocioculturais do que por deficiências hormonais.

Apesar das modificações anatomofisiológicas ocorridas no período do climatério, as influências negativas que interferem no exercício de sua sexualidade comumente provêm de um relacionamento conjugal insatisfatório, no qual o homem, movido por pressões sociais ou credices, acaba por perder o desejo sexual pela mulher ou negligenciá-lo, negando à mesma o direito de manter a integridade de sua vida sexual. A própria mulher, ao absorver as exigências impostas pela sociedade, sente que não se enquadra dentro dos parâmetros considerados como aceitáveis, como juventude, beleza e fertilidade, acabando por fechar-se em um mundo de frustrações e desilusões e a rejeitar a atividade sexual oferecida pelo parceiro (CAVALCANTI; CAVALVANTI, 1997).

Lopes e Costa (2000), confirmam estas colocações quando afirmam que as mulheres podem vivenciar experiências de conflito, em sua convivência afetiva com o companheiro, ocasionados por incompreensão do cônjuge sobre as mudanças próprias deste período. Este conflito pode ser exacerbado pela suscetibilidade emocional que elas apresentam no climatério.

Ainda segundo as autoras, estas situações podem ocasionar um distanciamento do casal, trazendo reflexos em sua vida sexual. Pode haver uma queda da frequência das relações sexuais que a mulher interpreta como falta de interesse do companheiro, gerando indiferença, tristeza, ciúme e solidão. No entanto, se existe uma relação de compreensão e

companheirismo, estes conflitos são habilmente superados, reforçando ainda mais a relação do casal.

Em relação as modificações que acontecem no corpo da mulher e que podem afetar a sua sexualidade, quando comparada a experiência da juventude, as autoras supracitadas enfatizam que deveriam ser interpretadas pela sociedade como uma nova fase a ser experimentada pela mulher e não como fim de suas possibilidades de realização sexual, já que não é mais fértil. Ao contrário, deveriam ser encaradas como um aspecto positivo para a mulher, no exercício da sua sexualidade, ao favorecer o seu relaxamento, tornando-a mais receptiva e disposta para a atividade sexual, uma vez que não existe mais a preocupação com uma futura gravidez.

Neste contexto, Lopes e Costa (2000), ressaltam que ao adentrar no climatério, a mulher pode experimentar uma melhora na qualidade da resposta sexual, tendo em vista toda a sua experiência de vida e que somente bloqueios de ordem física ou psicossociais podem conduzir a mulher a uma resposta sexual negativa, com conseqüente sintomatologia.

Fraiman (1989), concorda com o exposto acima, quando coloca que o charme da maturidade, o bom humor, a sabedoria, uma inteligência cultivada, conjugados a uma experiência sexual de longa data, podem fazer com que a mulher madura se encontre nos áureos anos de beleza e atração, mais fortalecida ainda quando se preocupa em cuidar-se.

É notadamente visível a importância de trabalharmos com os ganhos obtidos pela mulher climatérica, no intuito de proporcionar às mesmas uma vivência positiva desta fase. Ao encontrar um espaço para compartilhar suas experiências e sentimentos, a mulher climatérica poderá ter diferentes visões do período climatérico e a partir disto, formular seu próprio conceito sobre o mesmo. Desta maneira, cabe salientar a importância do diálogo e da cumplicidade dos casais nesta época de suas vidas, a fim de se ajustarem às mudanças próprias da idade, fortalecendo o relacionamento conjugal e conseqüentemente, a manutenção de uma vida sexual prazerosa e gratificante, independentemente dos impositivos estabelecidos pela cultura e sociedade. Percebe-se a importância da aquisição de informações sobre as alterações biológicas e psicológicas ocorridas, bem como das influências culturais e sociais no vivenciar da sexualidade, pois são primordiais para a compreensão deste período como um evento natural, minimizando assim as frustrações e inadequações sexuais comuns nesta fase.

3.1.3 Aspectos Culturais

Não podemos negar a influência que os fatores culturais exercem sobre as pessoas. O ser humano é um ser social, portanto não vive sozinho. De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (1997), o homem é ao mesmo tempo plural e singular. Plural na medida em que ele é semelhante a todos os indivíduos da espécie; também plural na medida em que se assemelha a indivíduos de uma cultura particular. Mas o homem ao mesmo tempo pode ser considerado singular, já que possui preferências, idiossincrasias e características peculiares.

Helman (1994, p.12), descreve cultura como:

(...) um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, à deuses, ou forças sobrenaturais, e ao meio ambiente natural.

Ao compartilhar o espaço com outros, o ser humano procura se adequar à realidade para poder ser reconhecido como um membro de um grupo. A influência que a cultura exerce sobre as pessoas modifica-se, devido à fatores particulares como idade, sexo, experiência de vida, educação, classe social, econômica e grupos sociais que convive.

Ainda segundo Helman (1994, p.30), “o corpo humano é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença. É também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento”.

A mulher climatérica encontra-se muito exposta à este foco, uma vez que as alterações decorrentes deste período são compreendidas por ela de forma singular, sendo interpretadas ora como uma situação natural ora como doença. O conceito do que é climatério e o modo de vivenciá-lo pela mulher, pela sociedade e família, são influenciados por determinantes culturais, construídos ao longo da história.

Sob esta ótica, Helman (1994, p. 30), escreve que “a cultura do grupo em que crescemos nos ensina como perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer em nossos corpos ao longo do tempo, assim como nos corpos das outras pessoas”.

Da mesma forma, Marinho, citado por Lopes e Costa (2000), confirma este pensamento, dizendo que ao atingir o climatério, a mulher sofre influências de caráter individual, coletivo e cultural. Segundo ele, este período de transição é considerado de

diferentes formas, de acordo com a cultura em que a mulher se encontra inserida e na qual foi educada.

Pedace (1993, p.160), complementa o exposto acima, quando refere que “o simbolismo cultural da menarca, das menstruações e da menopausa, e os valores associados a estes eventos também contribuem para o modo como estas questões são trabalhadas”.

Segundo Lopes e Costa (2000), as mulheres ao adentrarem no climatério tanto podem buscar vivenciar este período de modo autêntico, reconhecendo o valor desta fase de sua existência para redefinir o seu papel e conduzir positivamente o seu futuro, como podem criar obstáculos para a entrada no climatério, por se tratar de um confronto com os estereótipos construídos pela sociedade, ligados à reprodução e a fertilidade.

O contexto histórico-cultural, no qual a mulher climatérica está inserida permite entender que as manifestações de ordem física e emocional referidas pela mulher não constituem uma entidade isolada, caracterizando o climatério como um processo muitas vezes doloroso, dos qual brotam sentimentos conflituosos e contraditórios (LANDERDAHL, 1997).

Neste sentido, faz-se necessário considerar a mulher como possuidora de um sistema pessoal que conduz seus pensamentos, sentimentos e ações dentro de um contexto social. Em meio a este sistema social que agrega outros indivíduos, a mulher climatérica realiza continuamente interações e transações, que estão intimamente entremeadas pela cultura na qual ela está envolta.

Assim, torna-se necessário que os profissionais envolvidos na assistência à mulher climatérica respeitem seus valores, crenças, sua história, conhecimentos prévios, anseios e expectativas, prestando um atendimento congruente com a realidade e com as suas reais necessidades.

3.1.4 Formas de Tratamento

3.1.4.1 Terapia de Reposição Hormonal

A terapia de reposição hormonal consiste em tratamento medicamentoso cujo objetivo é suprir a baixa concentração de estrógeno e progesterona no organismo da mulher climatérica, porém existem profissionais que defendem a não utilização desta terapia para compensar os sintomas que caracterizam esta fase.

De acordo com Canella (1998), a reposição hormonal é um recurso terapêutico fundamental no climatério e suas contra-indicações são mínimas quando usado para controlar alterações em geral passageiras desta fase da vida.. Quando aplicada com fins preventivos em clientes que apresentam fatores de risco clinicamente comprovados, traz mais benefícios que riscos e podem ser indicada. Quando usada por tempo indeterminado, inquestionavelmente apresenta riscos muito maiores que os possíveis benefícios.

Para implementar a TRH, segundo Neto e Lima (2000), afastadas as contra-indicações e considerados os riscos, temos que verificar as diferentes vias de administração, analisando-as em função de sua eficácia, da sintomatologia apresentada, dos tipos de esteróides, da dose e esquema a serem empregados, da aceitação por parte da mulher, como também pelo aparecimento de efeitos colaterais. É imprescindível que se faça uma boa anamnese, exame físico e laboratorial para se decidir pelo uso da reposição hormonal e como fazê-la, sendo esta de acordo com a necessidade de cada cliente.

A depender do tipo de estrógeno utilizado, teremos maior atuação em determinado segmento do organismo. Portanto, conforme os sintomas apresentados, podemos direcionar a categoria dos compostos, como o estriol nas atrofia urogenitais ou estradiol e estrógenos conjugados, em sintomas vasomotores, de pele, prevenção de osteoporose ou manutenção da massa óssea e distúrbios neuro vegetativos, no qual deve ser a primeira escolha o estrogênio natural, se possível. Para evitar os riscos oncogênicos em nível endometrial indica-se a reposição progesterônica (progestina), nas mulheres com útero, na menor dose eficaz (BRASIL, 1994).

As vias de administração da reposição hormonal são a oral, transdérmica, percutânea, retal, intramuscular, vaginal, sublingual, implante, intranasal e anel vaginal. A escolha da via de administração também deve ser feita de acordo com os objetivos que se deseja

alcançar e permitir que os efeitos e sintomas secundários, como os gastrointestinais, sejam minimizados (BRASIL, 1994).

De acordo com Fonseca et al. (1996), as variadas vias de administração têm um mecanismo de ação que interferem diferentemente no metabolismo lipídico. A administração via transdérmica evita a passagem hepática, levando a diminuição dos níveis circulantes de triglicerídios uma elevação de apenas 1 a 5% dos níveis de HDL. Na administração via oral, os estrogênios passam primeiramente pelo fígado, interferindo mais ativamente no metabolismo hepático, com conseqüente aumento dos triglicérides e elevação de 10 a 15% nos níveis circulantes de HDL e de 30 a 40% na fração HDL2. Os níveis de LDL e colesterol são baixados em proporções semelhantes em ambas as vias de administração.

É importante ressaltar que os riscos e benefícios dependerão da indicação correta, obedecendo as contra indicações, acompanhamento da cliente e uso de menor dose eficaz e por tempo menor possível (BRASIL, 1994).

Para Freitas e Pimenta (2002), a reposição hormonal não apresenta data limite para ser iniciada, sendo necessários a seleção correta, a avaliação ginecológica prévia e o entendimento da mulher para a utilização desta terapêutica.

Recentemente, foram publicados dados sobre a Terapia de Reposição Hormonal e sua relação com a prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, que resultaram em discussões polêmicas sobre o uso da TRH. Os resultados destas novas pesquisas, realizadas no grandes centros de pesquisa norte americanos, trouxeram inquietação para as usuárias e defensores fervorosos da TRH, já que questionamentos sobre a eficácia da mesma vieram à tona de maneira avassaladora.

Freitas e Pimenta (2002), citam os primeiros ensaios clínicos publicados, randomizados, duplo-cegos, controlados com placebo envolvendo TRH, que são os estudos PEPI (The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial), HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) e ERA (The Estrogen Replacement and Atherosclerosis Study).

O estudo PEPI comparou o efeito do placebo com 4 regimes de TRH oral: estrogênio equino conjugado (EEC) oral 0,625 mg/dia isolado; EEC 0,625 mg/dia com medroxiprogesterona (MPA) cíclica 10 mg/dia por 12 dias/mês; EEC com MPA contínua 2,5 mg/dia e EEC 0,625 mg/dia com MPA cíclica micronizada 200 mg/dia por 12 dias/mês. Os resultados quando comparados ao placebo, tanto do estrogênio isolado como

das formas conjugadas com progesterona apresentaram ações favoráveis, com aumento do HDL-C, redução do LDL-C e fibrinogênio, sem efeito desfavorável na pressão arterial.

O estudo HERS buscou testar a hipótese da TRH seria benéfica na prevenção secundária. Testou a utilização de 0,625 mg de estrogênio associado a 2,5 mg de progesterona em 2.763 mulheres menopausadas e com doença coronariana confirmada. Os resultados revelaram que após uma média de 4,1 anos de seguimento, não houve diferença entre o grupo placebo e o que fazia uso da TRH, no que diz respeito a taxa de ocorrência de morte, infarto do miocárdio e outros eventos secundários. Para surpresa de muitos, foram documentados aumento de risco de eventos coronarianos no primeiro ano de uso, particularmente nos 4 primeiros meses. Não foi percebido efeitos favoráveis, ao contrário, observou-se aumento em torno de 3 vezes na incidência de trombose venosa profunda e embolia pulmonar durante o primeiro ano de seguimento.

Por fim, o estudo ERA ratificou angiograficamente os achados do estudo HERS, demonstrando não existir diferenças significativas na progressão ou regressão da placa aterosclerótica entre mulheres usuárias ou não de TRH.

Outros estudos, intitulados WHI (Women's Healthy Initiative) e WISDOM (Women's International Study of Long Duration Oestrogen after Menopause), previstos para terminar em 2007 e 2011, respectivamente, almejam avaliar a eficácia da TRH na prevenção primária e terciária (LIBERMAN, 2002).

Desta maneira, torna-se premente a necessidade dos profissionais da área médica prescreverem cautelosamente estes medicamentos, buscando em conjunto com as clientes, novas alternativas de tratamento, menos deletérias ou duvidosas, mas que possam trazer benefícios ao bem estar da mulher no climatério.

Pode-se concluir, com base nos achados dos estudos supra citados, que a TRH não deve ser indicada na prevenção secundária e com relação a prevenção primária, percebe-se ausência de evidências claras que indiquem efeitos benéficos, o que sugere cautela no seu emprego, devido a carência de estudos clínicos publicados a respeito.

Abreu e Francischetti (2001, p.10), ainda tecem previsões para o andamento das questões relacionadas ao uso da TRH, como:

(...)embora a controvérsia sobre a terapêutica de reposição hormonal seja relativamente recente, é provável que permaneça viva por mais alguns anos, Apenas estudos aleatórios, controlados e prospectivos, de longa duração, e com aproximadamente 50 mil mulheres é que darão a resposta definitiva sobre os benefícios ou desvantagens da terapêutica de reposição hormonal, principalmente na prevenção primária da doença cardiovascular da mulher.

Dentro do contexto de assistência à mulher climatérica, a atuação de uma equipe interdisciplinar poderá fornecer a mulher os subsídios necessários para que ela possa efetivamente decidir sobre os cuidados com a sua saúde.

3.1.4.1.1 Benefícios (BRASIL, 1994)

1- Curto prazo

- a) Melhora ou abolição de sintomas vasomotores fogachos;
- b) Melhora nos sintomas ligados ao sistema nervoso central como depressão, irritabilidade e insônia, por ação do estrogênio como neurotransmissor cerebral;
- c) Melhora do trofismo vaginal e genital (com repercussões no coito), diminuição dos sintomas de urgência, incontinência urinária e infecções vaginais.

2 –Longo Prazo

- a) Diminuição da morbidade e mortalidade por doença arteriosclerótica;
- b) Prevenção de osteoporose;
- c) O uso de estrogênio e progestogênio reduz a incidência de câncer endometrial.

3.1.4.1.2 Riscos (BRASIL, 1994)

1) Câncer do endométrio – é reconhecido o risco aumentado do câncer do endométrio, quando há excesso de estrógeno endógeno com ovário policístico. A exposição ao estrogênio em mulheres climatéricas mostra maior incidência de câncer de endométrio, risco que diminui quando se associa um agente progestacional. O risco é maior quando associado à obesidade, hipertensão e diabete (FREITAS et al., 1989). No entanto, esta associação segundo alguns autores podem diminuir a eficácia do uso em relação as doenças coronarianas (ABREU; FRANCISCHETTI apud ZAMPIERI 2002).

2) Câncer de mama – seu uso é controvertido. Alguns estudos não documentam qualquer associação de aumento do câncer de mama com terapêutica estrogênica, outros apenas risco relativo (COPELAND, 1996). Não há consenso quanto ao efeito benéfico da terapêutica estrogênio-progesterona nas mulheres histerectomizadas, podendo-se optar pelo estrógeno isolado. Algumas pesquisas confirmaram que o risco aumenta após dez anos de uso da terapia de reposição hormonal, orientando para não usá-la como medida preventiva

e sim para tratamento dos sinais e sintomas, observando sempre o risco-benefício (ABREU; FRANCISCHETTI apud ZAMPIERI, 2002).

3) Pressão arterial- a terapêutica de reposição estrogênica parece manter qualquer efeito adverso significativo sobre a pressão. Alguns estudos relatam inclusive diminuição, no entanto os autores orientam o controle da pressão arterial antes da reposição (COPELAND, 1996). Há estudos, entretanto, segundo Brasil (1994), que documentam aumento de pressão arterial em mulheres tratadas com pequenas doses de estrogênios conjugados, que volta aos níveis normais com a suspensão da administração dos mesmos. O risco de hipertensão significativamente induzida pela terapia estrogênica é baixo.

4) Doenças da vesícula biliar – Vários estudos indicam que a TRH aumenta os riscos destas patologias em 2,5 vezes, principalmente colelitíase (GUIMARÃES; NOVIK; PODGAEC, 1995).

5) Metabolismo de carboidratos – na maioria dos casos não afetou os níveis de glicemia, mas pode prejudicar a tolerância anormal à glicose. Nas mulheres menopáusicas com diabetes mellitus, o tratamento estrogênico não alterou o metabolismo de carboidratos, nem melhorou seu controle glicêmico, com uma necessidade menor de insulina exógena (COPELAND, 1996).

6) Doença tromboembólica – o uso de estrógeno sintético aumenta a incidência de doenças tromboembólicas (GUIMARÃES; NOVIK; PODGAEC, 1995).

3.1.4.1.3 Contra-indicações e efeitos colaterais (BRASIL, 1994)

1 - São contra indicações absolutas:

- a) Gravidez;
- b) Sangramento genital anormal não esclarecido;
- c) Distúrbios tromboflebíticos ou tromboembólicos ativos;
- d) Neoplasia de útero e de mama, conhecida ou suspeitada;
- e) Doença hepática aguda.

2 - São contra indicações relativas:

Diabetes Mellitus; miomas uterinos; antecedentes de doença hepática; hipertensão arterial; antecedentes familiares de câncer de mama e de útero; distúrbios convulsivos; doença fibrocística de mama; hiperlipidemia familiar; doença da vesícula biliar; obesidade e tabagismo.

3.1.4.1.4 Tratamento hormonal (BRASIL, 1994)

1 - Estrogênicos

Os estrógenos sintéticos, devido a maior resistência metabólica e atividade prolongada, não são recomendados no climatério, como primeira escolha.

Os estrógenos mais utilizados no climatério são os naturais: estradiol, 17-beta-estriol e o valerianato de estradiol.

O estriol apresenta ações central e periférica fracas, ação metabólica e ação endometrial fracas, sendo bem tolerado. É encontrado na forma de comprimidos de 1 a 2 mg e como creme vaginal.

O 17-beta-estriol tem boa ação central e periférica, apresentando-se na forma transdérmica com 25, 50 e 100 mg.

O valerianato de estradiol possui ação central, periférica. É bem tolerado.

2 - Progestogênicos

Podem ser usados isoladamente ou associados ao estrogênio.

a) Esquema cíclico

- Progestogênios 12 dias/mês – 5 a 10 mg/dia x 12 dias;
- Estrogênio contínuo e progestogênio 12 dias/mês: administra-se o estrogênio continuamente, sem pausas, e progestogênio 12 dias/mês.

b) Esquema contínuo

- Estrogênio e progestogênio: administração contínua e diária de estrogênio e progestogênio, sem interrupções.

3.1.4.2 Tratamento não hormonal (BRASIL, 1994)

O tratamento não hormonal é instituído quando existem contra-indicações ao uso de esteróides, ausência de uma resposta adequada e satisfatória ao uso do hormônio, clientes que não desejam realizar a terapia hormonal e presença de efeitos colaterais. O objetivo maior da terapia não hormonal é o alívio dos sintomas neuro-endócrinos.

a) Ciclofenil: não esteróide com ação estrogênica fraca, administrado na dose de 200 a 400 mg/dia.

b) Veralipride: é uma benzamida, age a nível central. Administrada na dose de 100 mg/dia.

c) Flunarizina ou Cinarizina: substâncias anti-histamínicas. A dose recomendada é de 25 mg, 2 a 3 vezes ao dia.

d) Tranquilizantes ou ansiolíticos: reservado para casos de predominância de sintomatologia neuro-vegetativa. São usados em doses habituais preferencialmente os diazepínicos.

e) Clonidina: Possui ação central, usado na dose de 0,1 mg, 2 vezes ao dia.

Abreu e Francischetti (2001), lembram que foram identificados agentes farmacológicos não hormonais com ação estrogênica em alguns tecidos e antiestrogênica em outros. São os moduladores seletivos de receptores de estrogênio (SERMs), que abrem novas perspectivas, pela possibilidade de se desenvolverem compostos que podem conferir os benefícios dos estrogênios, sem os seus riscos.

Segundo os autores supracitados, o primeiro SERM de uso clínico é o citrato de tamoxifeno, utilizado no tratamento do câncer de mama. Possui efeito estrogênico em alguns tecidos, como o útero e efeito antagonista do estrogênio no tecido mamário. Também tem efeitos benéficos em relação a densidade óssea em mulheres e às concentrações séricas de lípidos. Porém, o tamoxifeno tem efeitos indesejáveis, pois é causador de "ondas de calor", além de aumentar o risco de câncer do endométrio. Outro

SERM, o raloxifeno, diminui a perda óssea, não afeta o endométrio e tem efeito protetor quanto ao câncer de mama. Recentemente, foi aprovado seu uso no tratamento da osteoporose. O seu papel na prevenção secundária das doenças cardiovasculares na mulher pós-menopáusia ainda está sendo pesquisado.

3.1.4.3 Tratamentos Alternativos

3.1.4.3.1 Fitoestrogênios

Atualmente, percebe-se um aumento do interesse sobre os possíveis benefícios advindos das práticas alternativas de saúde para alívio da sintomatologia do climatério. Muitas mulheres, por não se adaptarem a Terapia de Reposição Hormonal, tanto por motivos de ordem física como psicoculturais, preferem realizar um acompanhamento deste período da forma mais natural possível e acabam por optar por outro método que não seja a TRH.

Desta maneira, o uso dos fitoestrogênios têm sido difundido e aprovado por muitas usuárias, já que observam e relatam minimização dos sintomas típicos do climatério.

Segundo Chiechi et al., os fitoestrogênios são substâncias derivadas de plantas que possuem atividade estrogênica, sendo semelhantes em sua estrutura, aos estrogênios naturais e sintéticos (ARIE et al., 2001).

Conforme Lopes et al (2000), os fitoestrogênios podem ser ingeridos pelas pessoas nos alimentos, mas não tendem a se acumular na cadeia alimentar vital, sendo eliminados na urina, rapidamente. Com a descoberta dos moduladores específicos do receptor estrogênico (SERMS), é possível que esses fitoestrogênios possam constituir SERMs naturais que estimulam de maneira menos intensa os receptores de estrogênio, portanto, mais benéficos.

Lopes et al (2000), citando Murkies e cols., referem que a ação dos fitoestrogênios dá-se pela ligação do mesmos aos receptores de estrogênio e este fenômeno, quando originado na ingestão alimentar de vegetais precursores dos fitoestrogênios, depende das conversões enzimáticas e metabólicas complexas que acontecem no trato digestivo.

Para Chiechi e cols., os fitoestrogênios são classificados em três principais classes: isoflavonas, sendo os representantes mais conhecidos o genistein e o daidzein; coumestanos, sendo o principal o coumestrol e lignanos, representados pelo enterodiol e pela enterolactona (ARIE et al., 2001).

Estas substâncias podem ser encontradas nos vegetais utilizados na alimentação, na medicina alternativa, fitoterapia ou mesmo em compostos isolados ou sintetizados utilizados na alopatia (ARIE et al., 2001).

Segundo Murkies e cols., citados por Arie et al. (2001), a concentração dos variados metabólitos dos fitoestrogênios variam em diferentes indivíduos, uma vez que o metabolismo dos fitoestrogênios da dieta é determinado pela flora intestinal, uso de antibióticos, doenças intestinais e sexo, mesmo quando a quantidade é controlada.

Os coumestanos são encontrados em brotos (soja, feijão e alfafa); as lignanas em alimentos ricos em fibras (linhaça), vegetais, cereais e frutas e as isoflavonas são encontradas em legumes e grãos (soja, ervilhas, nozes, amendoim e trevo vermelho).

A seguir, um quadro demonstrativo de alimentos que contém estrógenos naturais:

Abóbora	Alçacuz	Alfafa
Alho	Ameixa	Arroz
Artemisia	Aveia	Azeitona
Batata	Beterraba	
Cenoura	Centeio	Cereja
Cevada	Ervilha Verde	Feijão Fradim
Feijão Vermelho	Fermento de Padeiro	Funcho
Lentilha	Maçã	Óleo de Milho
Oliva Azeite	Papaia	Pepino
Repolho	Ruibarbo	Salsinha
Sálvia	Sementes de Erva Doce	Sementes de Gergelim
Sementes de Girassol	Sementes de Linhaça	Soja Grãos
Sucos	Sucos de Legumes	Trevo
Trevo dos Prados	Trigo óleo	Vagem

Fonte: Cabot, citado por Souza (2002, p. 22).

Segundo Melo (2001), outras plantas podem ter atividade semelhante a dos estrogênios, como o ginseng, licorice, fenugreek, sarsparilla, gotu cola, dong quai, primrose, sage, kava, ginkgo biloba, erva de São João (*Hipericum perforatum*), cranberry, balm (*Melissa officinalis*), chaste tree ou chasteberry (*vitex agnus castus*), passion flower (*Passiflora incarnata*), valeriana e black cohosh (*Cimicifuga racemosa*). A cimicifuga

De acordo com os autores citados acima, estudos recentes têm demonstrado os efeitos salutares dos fitoestrógenos na prevenção de várias doenças crônicas como câncer de cólon, mama, próstata, doenças cardiovasculares e principalmente, os efeitos benéficos nas pacientes na pós-menopausa, no sentido de diminuir os sintomas e prevenir as doenças decorrentes da síndrome do climatério, como a osteoporose.

Segundo a Dra. Clarisse Salette Fontana, médica e chefe do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário, a genisteína funciona como um potente inibidor da oncogênese, inibindo a tirosina-quinase (PTK), o fator de crescimento epidermal (EGF-R), a DNA topoisomerase I e II, a ribossomal S6 quinase, assim como a angiogênese e a diferenciação das células in vivo. Inibe também a produção de radicais livres, modulando o ciclo celular. Os benefícios ao sistema cardiovascular são conhecidos, com redução do colesterol total e da fração LDL.

Desta maneira, uma dieta rica em fitoestrogênios poderá beneficiar a mulher no climatério, devido à todas as vantagens relatadas com o seu uso, podendo se consistir em uma alternativa terapêutica.

3.1.5 Cuidados na fase do climatério

3.1.5.1 Contracepção (BRASIL, 1994)

A seleção do método contraceptivo neste período da vida da mulher merece destaque, face aos riscos a que estas mulheres se expõem, relacionados tanto ao uso destes métodos como a uma eventual gravidez, que está associada a maiores taxas de mortalidade materna e anomalias fetais.

a) Métodos Naturais

Os métodos naturais nesta faixa etária são menos eficazes, em função da irregularidade do fluxo menstrual, devendo ser evitados.

b) Métodos de Barreira

Podem ser utilizados, sendo reforçados pela menor fertilidade do casal. Deve-se considerar a inadequação ao uso do diafragma pela presença maior de prolapso uro-

genitais e a possibilidade de aflorar ou exacerbar conflitos psicosssexuais, em especial nas faixas etárias mais avançadas.

c) Contraceptivos Hormonais Orais

A pílula combinada pode ser utilizada, desde que possíveis fatores de risco sejam afastados, como o tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, antecedentes familiares de infarto do miocárdio antes dos 50 anos, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo, entre outras contra-indicações específicas. Alguns autores recomendam seu uso na ausência de situações de risco até os 50 anos de idade, resguardando-se as indicações de doses e de novas combinações.

A pílula exerce outros efeitos como prevenção da osteopenia, melhoria dos distúrbios vasomotores, além de promover um perfil lipoproteico anti-aterogênico.

De acordo com Neto e Lima (2000), o uso o anticoncepcional hormonal oral combinado mascara o surgimento natural da menopausa, pela presença de fluxo menstrual, dificultando saber se a mesma já ocorreu. Para interromper o uso do mesmo neste período, recomenda-se a dosagem plasmática de FSH, nos últimos dias do intervalo livre da medicação. Desta maneira, o uso do anticoncepcional poderá ser interrompido se os níveis de FSH estiverem acima de 20 UI/L e os de LH acima de 30 UI/L.

A minipílula é indicada nos casos de intolerância e/ou contra-indicações aos estrogênios. Nesta faixa etária, sua eficácia é maior, porém pode causar irregularidades menstruais, que exigem que os profissionais fiquem atentos para uma eventual patologia endometrial, através de uma investigação específica.

d) Dispositivo Intra-uterino (DIU)

Desde que afastadas as contra-indicações inerentes ao método, o DIU tem excelente indicação nesta faixa etária. No entanto, as clientes pré-menopáusicas que fazem uso do dispositivo apresentam possibilidades aumentadas de ocorrência de distúrbios menstruais, já frequentes nesta fase da vida, implicando maior atenção quanto ao uso deste método.

e) Contracepção Cirúrgica

Este é um procedimento de grande eficácia. Em mulheres com indicação específica pode constituir em mais uma alternativa. No entanto, é conveniente refletir sobre os riscos inerentes à realização de uma cirurgia, bem como sobre a indicação de um procedimento invasivo em um período em que a mulher vivencia significativas transformações no âmbito

físico, psicológico e social, alterações estas que solicitam adaptações e ajustamentos que requerem da mulher e dos demais envolvidos especial atenção.

3.1.5.2 Atividades Físicas (BRASIL, 1994)

Os exercícios físicos praticados regularmente ajudam a combater a hipertensão, a obesidade, a coronariopatia isquêmica, a ansiedade, a depressão e a síndrome de dores musculoesqueléticas

O exercício físico estimula o aumento do HDL colesterol, exercendo efeito cardioprotetor. Considera-se como ideal quanto este equivale ao consumo de 300 calorias acima da atividade física normal. Para se obter resultados, são necessários 4 meses de atividade física com gastos calóricos adequados.

A prática de exercícios físicos favorece a redução da gordura corporal e aumento da massa muscular, embora inicialmente não haja importante variação no peso. Geralmente, a redução de peso ocorre após 3 meses de prática física.

O exercício físico regular pode fornecer sensação de bem-estar, melhorando a auto-estima, atenuando a ansiedade, tensão e depressão. Os exercícios físicos aeróbicos são benéficos, influenciando a capacidade cognitiva e de raciocínio.

A inatividade física aumenta a reabsorção óssea e reduz a formação do osso, enquanto a sobrecarga mecânica imposta pelo exercício estimula a remodelação óssea, desde que o esforço seja menor do que o limiar para o acontecimento de uma fratura.

O exercício físico parece ser eficaz no aumento da massa óssea, em todas as idades, quando associado à ingestão adequada de cálcio. Também é eficaz nas zonas esqueléticas de inserção dos músculos.

Pode-se incluir no programa de atividades físicas a caminhada, corrida, natação, ciclismo entre outros.

Em casos de osteoporose, deve-se levar em conta exercícios específicos, de ação localizada e exercícios gerais, como a caminhada, a natação e o ciclismo. Também deve-se evitar, nesta situação, exercícios aeróbicos rítmicos, que implicam em saltos e torções, além daqueles que provoquem forte tração ou flexão do tórax. A corrida é contra-indicada, pelo risco maior de fraturas.

As atividades físicas desenvolvidas no cotidiano da mulher climatérica, seja no ambiente doméstico ou no trabalho, quando realizadas com prazer, podem se constituir em

benefícios para a saúde física e mental, diminuindo a tensão, a ansiedade, o estresse, combatendo a obesidade e aumentando a eficácia da circulação sanguínea.

Quando a mulher não dispõe de recursos financeiros ou de tempo para realizar atividades fora do contexto familiar ou de trabalho, pode utilizar-se de criatividade e disposição para exercitar-se prazerosamente de outras maneiras, como dançar ao som de músicas de sua preferência, realizar atividades rotineiras cantando, utilizar cadeiras ou pesos confeccionados em casa para exercitar-se, entre outros modos de aproveitar inteligentemente os momentos do seu dia. Para que isto seja possível, a mulher deve contar com a monitoria de um profissional qualificado, que possa orientá-la sobre a postura, respiração, intensidade dos exercícios, modo correto de executá-los, enfim, um profissional que possa acompanhá-la periodicamente, evitando expor a mulher à riscos desnecessários.

É importante que a mulher respeite o seu ritmo e faça as atividades físicas que lhe sejam prazerosas.

Considerações para a Prática de Exercícios (BRASIL, 1994)

- Ao realizar caminhadas, deve-se andar no mínimo 30 minutos em velocidade maior que a usada para passear.
- Praticar os exercícios ao ar livre, preferencialmente ao sol, antes das 10:00 horas e após às 16:00 horas. Os raios ultra-violetas realizam a fotossíntese de vitamina D.
- Os exercícios físicos devem incluir etapas de aquecimento e relaxamento, de 5 a 10 minutos cada.
- Ao caminhar, anotar o tempo dispendido para percorrer determinado percurso, diminuindo o mesmo gradualmente.
- Deve-se escolher cuidadosamente os sapatos, roupas e equipamentos. Evitar roupas muito apertadas, de material que permita pouca ventilação, pois levam ao hiperaquecimento e exaustão térmica, além de ocasionar a eliminação excessiva de suor. Os tênis mais indicados para corrida e caminhadas são os acolchoados, que permitem maior absorção do impacto e amortecimento.
- Realizar consulta médica antes de iniciar programa intensivo de exercícios

- Deve-se atentar para a reposição hídrica e alimentar adequada.
- Os exercícios devem ser individualizados, bem planejados, realizados regularmente, para produzirem o máximo de benefícios e minimizar os riscos.

3.1.5.3 Dieta

As orientações referentes a dieta visam proporcionar a adequada ingestão de calorias, proteínas, gorduras, carboidratos, cálcio e outros micronutrientes necessários à manutenção da saúde, da massa óssea, do peso adequado e proteção cardiovascular (BRASIL, 1994).

As mulheres climatéricas devem adotar uma dieta adequada para as suas necessidades, sabendo que após os 50 anos as mesmas tendem a aumentar de peso, já que as necessidades energéticas em repouso diminuem cerca de 2% a cada década. O aumento de peso está intimamente ligado à inatividade física (BRASIL, 1994).

De acordo com Basdevant, citado por Lopes (1993), deve-se atentar para o controle do excesso de acúmulo gorduroso, porque no tecido gorduroso, os androgênios são transformados em estrogênios e esta produção extra-glandular tem sido associada a riscos maiores de hiperplasia endometrial e de câncer de endométrio e mama. Por outro lado alguns autores referem este estrógeno diminui sintomas do climatério.

A mulher, antes de adentrar no período do climatério, estava protegida pela ação do estrogênio, que favorecia a manutenção de um nível sérico seguro de lipoproteínas. No entanto, com o declínio da atividade estrogênica, após a menopausa, passa a promover a deposição de gordura corporal (REBUFFÉ apud LOPES, 1993). Neste sentido, é importante reduzir as gorduras da dieta, tendo-se em vista que as gorduras utilizadas no preparo dos alimentos podem não ser saturadas, mas especialmente no processo de fritura, são transformadas em gorduras saturadas, o que seria nocivo para a saúde destas mulheres.

Segundo Lopes (1993), o período do climatério costuma oferecer maior risco para o surgimento de diabetes, devendo a mulher evitar açúcares e escolher o menos prejudicial, como os das frutas (frutose), em detrimento dos artificiais (sacarose). O mesmo autor ainda cita Peiris, que coloca que a deposição gordurosa ocorrida após a menopausa não só influencia no metabolismo lipoproteico como também nas mudanças da secreção de insulina.

Devido ao período do climatério coincidir com o aparecimento da hipertensão arterial, torna-se oportuno orientar estas mulheres para a redução na ingestão de sal, evitando excessos (PEIRIS apud LOPES, 1993).

O consumo de fibras vegetais deve ser estimulado, sabendo que as mesmas são benéficas para evitar a diverticulite, as hemorróidas, as varicosidades, apendicite e o câncer de cólon (BRASIL, 1994).

A necessidade de calcificação no período do climatério também é relevante, já que a mulher começa a ter perda da massa óssea a partir dos 35 anos. Desta maneira, Pollitzer e Stunik, citados por Lopes (1993), recomendam uma dieta rica em cálcio, com ingestão adequada de laticínios e vegetais de folhas verde-escuras.

Brasil (1994), também ressalta a importância da mulher climatérica ingerir 1000 mg/dia de cálcio, preferencialmente de fontes alimentares, de forma fracionada, sendo a última ingestão no período noturno, próximo ao deitar. Para Smeltzer e Bare (1999), a ingestão diária de cálcio deve ser de 1500 mg para evitar a perda de massa óssea.

Apesar das vantagens da ingestão de cálcio na forma de alimentos, às vezes torna-se necessário a complementação com cálcio. O carbonato de cálcio é o mais usado, podendo ser utilizado também o gluconato e o lactato. A ingestão de cálcio deve ser feita com as refeições, pois o meio ácido favorece a absorção.

Deve-se orientar devidamente as mulheres neste período a evitarem em uma mesma refeição a ingestão de fibras vegetais e cálcio, porque as fibras dificultam a absorção de cálcio, devido aos elevados níveis de fitato e oxalato presentes nos vegetais folhosos, o que diminui a disponibilidade de cálcio. Deve-se consumir cafeína e sal com moderação, pois facilitam a eliminação de cálcio (BRASIL, 1994).

A principal fonte de cálcio, de acordo com Brasil (1994), é o leite e seus derivados, além dos vegetais de folhas verde-escuras e a sardinha.

3.1.5.4 Exercícios de Kegel

Como já foi exposto anteriormente, o período do climatério favorece o aparecimento de fenômenos atrofícos, decorrentes da deficiente ação hormonal, especialmente dos estrogênios (BRASIL, 1994).

Desta maneira, os exercícios criados por Arnold Kegel, ginecologista alemão, nas décadas de 40 e 50, são de extrema valia para o fortalecimento da musculatura do períneo,

sobretudo dos músculos pubococccígeos, evitando desta maneira as colpoperíneoplastias e as incontinências urinárias em geral.

Embora a flacidez muscular percebida a médio prazo nas mulheres climatéricas esteja normalmente associada ao processo natural de senescência e à baixa hormonal, pode acometer mulheres mais jovens, sobretudo em partos transpélvicos, com fetos volumosos e com trabalho de expulsão fetal demorado (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997)

Estes exercícios também têm por finalidade aumentar a percepção que a mulher tem de seu próprio corpo, principalmente dos estados de tensão e relaxamento da musculatura perineal. Aumentam a irrigação sangüínea desta região, favorecendo a eliminação das tensões residuais através do controle muscular, o que levaria também a um aumento do potencial erótico das sensações vaginais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1997).

Segundo os autores supracitados, os exercícios de Kegel são classificados em quatro tipos:

a) Exercícios de Contração:

São um pré-requisito para a realização dos demais, pois servem para identificar o grupo muscular trabalhado e fortalecê-lo através das contrações. No início do treinamento, a mulher deverá interromper o jato de urina de modo brusco, para identificar a contração da musculatura pubococccígea. Antes de esvaziar completamente a bexiga, ela deve realizar duas ou três manobras de interrupção. Quando a mulher conseguir detectar precisamente a musculatura utilizada, ela poderá realizar os exercícios independentemente da micção, em pé, sentada ou deitada, tendo a garantia de os movimentos não serão percebidos por outrem. Pode-se sugerir que a mulher inicie estes exercícios em pequeno número, aumentando progressivamente.

A contração inicial poderá ser de 5 a 10 segundos, seguida de relaxamento da musculatura (SMELTZER; BARE, 1999).

b) Exercícios de Palpitação:

Estão indicados quando se necessita aumentar a consciência do autocontrole da região perineal, ajudando a mulher a reconhecer as contrações ocorridas durante o orgasmo. Este exercício consiste na contração e relaxamento dos músculos do períneo o mais depressa possível, mantendo-se a respiração de modo regular.

c) Exercícios de Sucção:

Este exercício consiste em fazer com que a mulher inspire fundo e procure contrair a musculatura perivaginal como se estivesse aspirando de fora para dentro, sem contrair ao mesmo tempo a musculatura abdominal. Desta maneira, aumenta a percepção da penetração de todo o do pênis no canal vaginal, constituindo-se isto em um fator de gratificação para a mulher.

d) Exercícios de Expulsão:

Neste exercício, a mulher tenta empurrar algo para fora da vagina, respirando regularmente. Segundo Kegel, esta prática facilita a descarga orgásmica quando a excitação sexual atingir determinado limiar.

3.1.5.5 Exames Complementares

3.1.5.5.1 Colpocitologia oncótica:

Para rastreamento e prevenção de neoplasias malignas genitais estão disponíveis a colpocitologia oncótica e colposcopia. A colpocitologia oncótica é realizada durante toda a vida reprodutiva da mulher, após iniciar a atividade sexual, e deve ser realizada após a menopausa (MELO et al., 2001).

3.1.5.5.2 Mamografia de alta resolução:

A mamografia deve ser realizada a cada dois anos em mulheres entre 40 e 50 anos, passando a ser realizada anualmente após os 50 anos. O objetivo primordial deste exame é a detecção do câncer de mama, sendo um pré-requisito antes do início da TRH (MELO et al., 2001).

3.1.5.5.3 Ultra-sonografia transvaginal:

Este exame permite a avaliação do endométrio e anexos, além do próprio corpo uterino, possibilitando a detecção de tumores anexiais, que normalmente seriam de diagnóstico tardio e alterações do endométrio, como pólipos e espessamentos que podem sugerir lesões pré-malignas e malignas (MELO et al., 2001).

3.1.5.5.4 Densitometria Óssea

É o exame mais empregado para avaliação da massa óssea. Se possível, deve ser repetida anualmente após a menopausa ou após início da terapia de reposição hormonal (MELO et al., 2001).

3.1.5.5.5 Análises Laboratoriais

Exames como o hemograma completo, glicemia em jejum, uréia, creatinina, colesterol total, triglicerídios e frações e urina tipo I são solicitados (FREITAS; PIMENTA, 2002). Segundo Melo et al. (2001), estes exames podem ser repetidos anualmente ou a critério clínico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceito

Referencial Teórico é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente. É um sistema organizado de conhecimentos, que permite um olhar específico para a mulher que vivencia o climatério, segundo Stevens citado por Silva, Alves e Zardo (2001).

O presente trabalho está fundamentado na teoria de Consecução de Metas proposta por Imogene King (1984), cujo foco foi o cuidado às mulheres climatéricas. A meta de enfermagem foi a saúde destas mulheres, através do atendimento individual ou em grupo. Através da interação entre o profissional de enfermagem e a mulher climatérica alcançamos algumas metas estabelecidas, levando ao crescimento e desenvolvimento de ambos. Isto é ratificado por George (1993), quando refere que “cada pessoa entra na situação como um participante ativo, sendo que cada um é modificado no processo dessas experiências.”

Segundo George (1993), a estrutura conceitual compõem-se de três sistemas interativos; são sistemas pessoais, interpessoais e os sistemas sociais. Os indivíduos compreendem um tipo de sistema no ambiente chamado de sistemas pessoais. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades e pequenos e grandes grupos que compreendem outro tipo de sistema, chamado de sistemas interpessoais. Grupos com

interesse e necessidades especiais formam organizações delimitadas por regras, comportamentos e práticas que compõem comunidades e sociedades, chamados de sistemas sociais.

O autor supracitado reforça que os elementos principais da teoria de consecução de metas são vistos nos sistemas interpessoais em que duas pessoas que são, comumente, estranhas aproximam-se numa organização de atendimento à saúde para ajudar e serem ajudadas a manter um estado de saúde que permita o funcionamento dos papéis na sociedade.

Os conceitos da teoria são interação, percepção, comunicação, transação, imagem corporal, poder, autoridade, tomada de decisões, self, papel, estresse, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

Embora King tenha desenvolvido todos estes conceitos, elegemos para guiar o nosso trabalho os seguintes: interação, transação, self, percepção, estresse, imagem corporal, comunicação, saúde e doença, enfermagem, ser humano e ambiente que julgamos mais relevantes. O conceito educação foi incluído uma vez que, segundo Zampieri (1998), trabalhamos buscando socializar conhecimentos e experiências junto às mulheres climatéricas de forma individual ou em grupos, exercendo uma dimensão do processo de cuidar que é o educar. Também foram incluídos os conceitos de grupo e climatério.

Através do referencial teórico adotado e de pressupostos pessoais que se interrelacionam na construção do saber, obtivemos uma soma de conhecimentos que norteou nosso trabalho, possibilitando olhar a mulher climatérica como sendo um ser humano integral, inserido em um contexto sociocultural e familiar único, com percepções e vivências singulares.

4.2 Pressupostos da Teoria de Consecução de Metas de King

As percepções da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação.

As metas, as necessidades e os valores da enfermeira e do cliente influenciam o processo de interação.

Os indivíduos possuem o direito de se autoconhecerem.

Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e os serviços comunitários.

Os profissionais da saúde possuem a responsabilidade de compartilhar informações que ajudem os indivíduos tomarem decisões sobre os cuidados de saúde.

Os indivíduos possuem o direito de aceitar ou rejeitar os cuidados de saúde.

As metas dos profissionais de saúde e aquelas dos recebedores de atendimento de saúde podem ser incompatíveis.

4.3 Pressupostos Pessoais

As mulheres climatéricas são seres humanos que vivenciam um período de transição e mudanças em vários aspectos, dentre eles biológico, psicológico e social.

Na fase climatérica, as mulheres encontram-se susceptíveis à novas experiências e informações, uma vez que o período vivido traz dúvidas e incertezas e possibilita a reflexão e planejamento de um envelhecer saudável.

Os mitos e tabus relacionados ao climatério por vezes confundem as mulheres que passam por esta etapa da vida, impedindo-as de desenvolver plenamente suas potencialidades, de interagir com outras mulheres, familiares e profissionais e de decidir sobre o que é melhor para elas.

O meio ambiente proporciona interação entre os seres humanos, podendo as mulheres climatéricas usufruírem de seus benefícios, desde que encontrem o suporte adequado para o ajustamento a este período de transição e alcance de seus objetivos.

O desenvolvimento de mecanismos internos de enfrentamento, utilizados por estas mulheres, podem auxiliá-las a neutralizar e amenizar as influências negativas externas, diminuir o estresse inerente a esta fase e adaptar-se a esta nova etapa da vida.

O estado de saúde é influenciado pela maneira como a mulher climatérica se vê e de como é vista, como é percebida e como percebe-se.

Os seres humanos reagem diferentemente frente aos estímulos, devido às suas características peculiares. A percepção é seletiva para toda a pessoa, o que significa dizer que cada etapa da vida, inclusive o climatério, pode ser vivido de forma única e diferente pela mulher.

Alguns sintomas característicos do climatério podem ser extintos, modificados ou atenuados, outros requerem adaptação e aceitação por parte destas mulheres.

Os esforços envidados para buscar o bem-estar é que conduzirão as mulheres climatéricas a vivenciar esta fase de maneira salutar.

É importante que a mulher climatérica compreenda que a fase pela qual vive é um processo normal, podendo assim passar por ele da maneira mais natural possível.

Embora o climatério seja considerado um processo normal, existem doenças relacionadas, tais como osteoporose e doenças cardiovasculares.

A enfermeira e a cliente estabelecem transações, que objetivam o bem-estar na fase do climatério, sendo influenciadas por valores, crenças, ambiente e educação.

Enfermeira e cliente crescem mutuamente ao interagirem.

4.4 Conceitos

4.4.1 Ser Humano:

Segundo King, apud Nascimento (1991), o ser humano é um ser social, racional e sensível, que reage conforme suas percepções, expectativas, necessidades e valores. É um ser que se comunica e interage com outros seres humanos e objetos no ambiente para o alcance dos objetivos, ou seja a transação. É um ser em contínuo crescimento e desenvolvimento. É um sistema pessoal, social e histórico. “A sua consciência do passado e do presente influencia as opções do futuro”(KING, 1981, p. 19-20). É um ser dinâmico, que tem capacidade de pensar, sentir, decidir, viver, criar e fazer sua história (ZAMPIERI, 1998).

Conforme King, citado por George (1993), os seres humanos possuem três necessidades fundamentais de saúde, as quais são a necessidade de informações de saúde que sejam úteis na época certa de sua necessidade e que possam ser utilizadas; a necessidade de atendimento que busque a prevenção da doença; a necessidade de atendimento, quando forem incapazes de ajudar a si mesmos.

Neste estudo, seres humanos são as mulheres que vivenciam o climatério e que procuram os serviços oferecidos no Centro de Saúde da comunidade do Saco Grande e Ambulatório C - Ginecologia do Hospital Universitário, em busca de apoio e orientação para uma melhor vivência desta fase de suas vidas.

Estas mulheres têm uma história de vida própria, crenças e valores que devem ser consideradas de formas singular, pois cada uma possui uma percepção única a respeito do fenômeno experienciado.

Esta fase de suas vidas encerra também uma mudança de papéis, na qual a mulher climatérica reavalia sua posição dentro do contexto familiar, social, além de remodelar o seu self.

A enfermeira também é um ser humano singular, que traz consigo toda uma experiência de vida e percepções próprias e que vai agir e interagir de acordo com suas crenças, valores, sentimentos e educação. Através das transações estabelecidas com as mulheres climatéricas, a enfermeira poderá adquirir novos conhecimentos e vivências que irão enriquecer o cotidiano de sua prática profissional e desenvolver suas potencialidades pessoais.

As acadêmicas de enfermagem que assistiram a mulher no período do climatério também são seres humanos únicos, cada qual com uma percepção particular de si, do ambiente e das pessoas com as quais interagem e convivem. São seres humanos que possuem expectativas, sonhos, ansiedades e medos, em relação a assistência prestada, pois um cenário novo de atuação foi delineado, o que despertou em cada uma a necessidade de estudo, dedicação e sensibilidade, capacitando-as para proporcionar às mulheres climatéricas o alcance das metas que foram estabelecidas mutuamente.

4.4.2 Meio Ambiente:

Conforme King (1984), o meio ambiente é um sistema aberto que permite a troca de matéria, energia e informação entre os seres humanos. O ambiente do ser humano é interno e externo, sendo que é no ambiente interno (estrutura biológica e psicológica) que ocorre a transformação de energia, capacitando a pessoa a ajustar-se as contínuas mudanças do ambiente externo (espaço físico, sociedade).

Representa a dimensão micro e macro do ser humano, o contexto externo (cultural, político, econômico, social) e as interrelações ou interações estabelecidas (ZAMPIERI, 1998).

Neste estudo, meio ambiente interno refere-se a composição do mundo interior da enfermeira e das mulheres climatéricas, sendo que o meio ambiente externo refere-se ao contexto sociocultural e familiar no qual estas mulheres estão inseridas. Este ambiente externo é constituído pela família, vizinhos, amigos, comunidade, instituições de saúde e profissionais que nelas atuam e demais relações significativas. O meio ambiente, enquanto sistema aberto, possibilita trocas contínuas e interações, permitindo o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos através das transações estabelecidas para o alcance das metas.

4.4.3 Saúde-doença:

Segundo King, citado por George (1993), a saúde é definida como experiências dinâmicas de vida de um ser humano que implicam ajustamentos contínuos a estressores, no ambiente interno e externo, através de uso adequado dos recursos próprios para alcançar o máximo potencial para a vida diária. A doença é definida então como um desvio do normal, isto é, um desequilíbrio na estrutura biológica da pessoa ou em seus construtos psicológicos ou um conflito nas relações sociais da pessoa.

É um conceito subjetivo, uma vez que cada ser tem uma percepção diferente a respeito. Situações consideradas doenças para uns não são vividas como tal para outros. Depende ainda das condições de vida de cada indivíduo estabelecidas no sistema social, incluindo-se a alimentação, lazer, educação, moradia e trabalho (ZAMPIERI, 1998).

Neste estudo, compreendemos o climatério como uma etapa normal na vida da mulher, que faz parte do crescimento e desenvolvimento e que acompanha o processo natural de envelhecimento dos seres humanos.

A saúde então, é vista como um processo dinâmico, em que as mulheres climatéricas buscam alcançar um estado de equilíbrio biopsicossocial que possam conduzi-las ao bem estar com o self e com o ambiente externo que compõe as suas relações.

A doença é considerada um estado de desequilíbrio ocorrido nos sistemas pessoal, interpessoal e/ou social das mulheres climatéricas, quando estas não conseguem desenvolver habilidades e mecanismos para ajustarem-se aos estressores que ameaçam e afetam o seu bem-estar e saúde.

Apesar das possíveis complicações que podem surgir nesta fase, o climatério não deveria ser visto como doença e sim como uma possibilidade da mulher se autoconhecer e amadurecer a partir de suas próprias experiências, interações e percepções.

Porém devemos considerar que o climatério é visto de forma diferente pelas mulheres, pelos familiares e pelos profissionais de saúde, sendo encarado ora como doença ora como uma fase saudável na vida da mulher.

4.4.4 Enfermagem:

A enfermagem é definida como um processo de interação entre o enfermeiro e o cliente, através do qual cada um compartilha informações acerca da situação, percebe o outro, identifica problemas, estabelece objetivos, explora os meios, fixa metas e concorda com os meios para alcançá-las (KING, 1984).

Uma situação de enfermagem é o ambiente imediato, a realidade espacial e temporal na qual o enfermeiro e o cliente estabelecem uma relação para enfrentar diferentes estados de saúde e de ajustar-se às alterações nas atividades da vida diária e às necessidades de adaptação impostas pela situação (KING apud ROCHA, 1991).

A meta da enfermeira é ajudar os indivíduos a manterem sua saúde, de modo a poderem agir, desenvolverem-se e exercerem seus papéis. A enfermagem busca o equilíbrio do indivíduo consigo, com o outro e com o ambiente no qual interage. O domínio da enfermeira inclui a promoção, manutenção e recuperação da saúde (KING, 1984).

Neste estudo, a enfermagem segundo King, citado por George (1993), se encontra em posição de avaliar o que as mulheres conhecem sobre sua saúde, o que elas pensam sobre sua saúde, a maneira como elas se sentem sobre ela e a forma como elas agem para mantê-la. Tem o dever de sociabilizar informações e experiências e de, em conjunto com as

mulheres, identificar problemas e estabelecer metas para saná-los, amenizá-los ou evitá-los.

A assistência de enfermagem às mulheres climatéricas da comunidade do Saco Grande II, em Florianópolis, dentro do contexto do Centro de Saúde, buscou fornecer subsídios para que as mulheres pudessem manter um estado de equilíbrio frente as modificações ocorridas nesta fase, visando acima de qualquer objetivo a promoção da qualidade de vida destas mulheres.

A enfermagem pode utilizar de seus conhecimentos e habilidades para identificar metas e promover a aplicação das mesmas, devendo ficar atenta as habilidades, conhecimentos, valores e significados das mulheres com as quais interage.

Durante a fase climatérica, a mulher encontra-se susceptível a aquisição de novos conhecimentos uma vez que o período traz incertezas e possibilita a reflexão e/ou planejamento de como restaurar ou manter sua saúde. Neste aspecto, a enfermagem pode ser uma facilitadora neste processo de construção do conhecimento para que a mulher possa manter um equilíbrio consigo, com os outros e o meio em que vive.

4.4.5 Estresse:

King, citado por Rocha (1990), define estresse como sendo um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano interage com o meio ambiente para manter o equilíbrio, visando o crescimento, desenvolvimento e desempenho, os quais incluem troca de energia e informação entre as pessoas e o ambiente para regulação e controle dos estressores. O estresse é uma resposta energética de um indivíduo para pessoas, coisas e eventos denominados estressores.

O estresse pode ser positivo e construtivo quando impulsiona o indivíduo ao alcance de metas que conduzam à realização, através da interação deste com os agentes estressores, visando desenvolver mecanismos de ajustamentos e adaptações. O estresse pode ser negativo e destrutivo quando diminui a sua capacidade de percepção, comunicação, interação e transação, podendo levar o indivíduo a um estado de desequilíbrio e desajustamentos (KING, 1984).

Neste estudo, consideramos que ao vivenciar o processo do climatério a mulher possa se deparar com situações de estresse, haja vista que é uma fase permeada por alterações metabólicas, psicológicas e sociais, além de ser um momento que propicia o repensar de valores e crenças e leva a redefinição de papéis. Frente ao estresse, cada mulher

desenvolve uma resposta única, influenciada pela maneira como percebe esta situação, por seus valores e crenças e pelos mecanismos de enfrentamento e adaptação que desenvolveu ao longo de sua vida.

As acadêmicas de enfermagem ao interagirem com estas mulheres também experienciaram momentos de estresse, pois como seres humanos, possuem limitações e dificuldades pessoais que influenciaram na qualidade das interações e transações estabelecidas.

4.4.6 Interação:

Segundo King (1984), interação é um processo de percepção e comunicação entre pessoas e o ambiente e entre uma pessoa e outra, em presença mútua. É representado por uma seqüência de comportamentos verbais e não verbais que são dirigidos para um objetivo. Dois seres humanos em interação apresentam um conjunto complexo de variáveis. Cada indivíduo na situação traz conhecimento pessoal, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências passadas que influenciam as interações. É uma relação recíproca, de troca, na qual os indivíduos se desenvolvem pessoalmente e se transformam.

A interação, neste estudo, corresponde as relações que a mulher climatérica desenvolve com o meio ambiente e demais pessoas que a cercam, seja no âmbito familiar ou sociedade. A qualidade desta interação é influenciada pelos conhecimentos, desejos, sentimentos e necessidades inerentes a cada ser humano, pela percepção de si, pela educação recebida e pela imagem construída pelas pessoas com as quais interage. Através da interação, as mulheres climatéricas podem encontrar subsídios para a promoção de seu crescimento pessoal e para um melhor enfrentamento do processo vivenciado. A interação possibilita o conhecer-se e conhecer o outro, levando a um amadurecimento das relações e do self. A comunicação, a troca de saberes e significados que aconteceram na interação fizeram com que cada momento fosse uma experiência única e dinâmica, capaz de enriquecer o cotidiano das pessoas envolvidas através do crescimento pessoal e interpessoal. Através da interação, a enfermeira consegue estabelecer uma relação de confiança e reciprocidade, onde as dificuldades são minimizadas e as ansiedades são suplantadas, oportunizando a aprendizagem e o alcance das metas almejadas.

4.4.7 Transação:

(...) um processo de interação pelo qual seres humanos comunicam-se com o ambiente buscando alcançar objetivos. Transações são comportamentos humanos dirigidos a metas. Na busca destas metas ocorrem trocas de materiais e serviços. Esta troca envolve interações que ajudam a cada um alcançar as metas (KING, citado por ROCHA, 1990, p.49).

Segundo Zampieri (1998), são componentes de valorização das interações humanas, implica em acordos, tratos e intercâmbios sociais e propiciam o desenvolvimento pessoal e social.

Neste estudo, as transações foram estabelecidas entre as acadêmicas de enfermagem e a mulher climatérica, buscando possibilitar o alcance do bem estar e da qualidade de vida, objetivo dos envolvidos. Através das transações, o processo educativo se desenvolveu, favorecendo uma melhor compreensão do que é o climatério e de como vivenciá-lo de modo saudável e natural, almejando minimizar o estresse inerente a esta fase e evitar possíveis complicações advindas da falta de orientações e de deficiências no autocuidado. A transação permite que a mulher tenha liberdade de refletir e decidir sobre as ações propostas e optar pelas benéficas em relação à sua saúde, sentindo-se responsável pelo processo.

As transações foram essenciais para que o cuidado fosse estabelecido, as consultas de enfermagem realizadas e um plano de cuidados em conjunto fosse elaborado.

4.4.8 Comunicação:

Segundo King, apud Rocha (1990, p. 48), comunicação é definida como:

(...) um processo pelo qual uma informação é dada de uma pessoa para outra, tanto diretamente nos encontros face a face, como indiretamente através de sinais verbais e não verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos. A comunicação é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. A interação social, a aprendizagem e a transação são atingidos através da comunicação

Neste estudo, a comunicação foi um meio através do qual as interações e transações foram estabelecidas, possibilitando a aprendizagem e o crescimento. As mulheres climatéricas e a enfermeira podem se comunicar através da linguagem verbal e não verbal,

por meio da escrita, das atividades artísticas, de expressões faciais e corporais, posturas, olhares, linguagem gestual, entre outros.

A enfermeira deve possuir uma percepção aguçada em relação a amplitude da comunicação, para poder empreender uma leitura corporal no momento de interação e ir além das palavras ditas por estas mulheres, já que muitas vezes a linguagem não verbal é a mais expressiva e a que revela com maior exatidão o self destas mulheres. Através da comunicação, o processo educativo desenrolou-se, com o compartilhar de significados e conhecimentos por ambas as partes envolvidas.

A empatia, utilizada como recurso durante a comunicação, possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança, na qual as mulheres climatéricas sentem-se acolhidas e seguras para discorrerem sobre suas angústias, medos, expectativas e anseios. A empatia favorece a transação e o posterior alcance das metas.

A comunicação efetiva e a compreensão das percepções pode levar ao crescimento do enfermeiro, da mulher que vivencia o climatério e dos familiares envolvidos, e ainda possibilitar que estas mulheres sejam sujeitos ativos de suas vidas.

4.4.9 Self:

King (1984 , p. 176), aceita como definição a de Jersild, que define o self como

(...) um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é e do que é. O self de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela pode chamar de seu. O self inclui, entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. O self é o ambiente subjetivo completo de uma pessoa. Trata-se de um centro distinto de experiência e significado. Ele constitui o mundo interior de uma pessoa, como distinto do mundo exterior que consiste em todas as outras pessoas e coisas. O self é o indivíduo tal como é conhecido pelo próprio indivíduo. É aquilo a que nos referimos, quando dizemos 'Eu'

Neste estudo, todos têm o seu self, têm uma idéia a respeito de si, do que acreditam de que os diferenciam dos outros e os tornam tão especiais. Nem sempre o que acreditamos ser é visto da mesma maneira pelos outros, sendo que o inverso também ocorre. Desta maneira se faz necessário um espaço para todos expressarem seus sentimentos e percepções.

A mulher climatérica, ao se conhecer, pode extrair deste conhecimento o entendimento de como realmente se sente e não só pelo fato de como os outros a vêem. Ela pode extrair

disso sua essência. A enfermagem neste aspecto reafirma que a mulher tem potencial para buscar e reconhecer em si suas capacidades e limitações.

4.4.10 Percepção:

De acordo com King, citado por George (1993), as características da percepção são a de ser universal ou experimentada por todos; subjetiva ou pessoal; e seletiva para cada pessoa, o que significa que qualquer situação será vivenciada de uma maneira única por cada um dos indivíduos envolvidos. A percepção tem a ação voltada para o presente e baseia-se na informação disponível. Percepção é um processo em que dados, obtidos através dos sentidos e a partir da memória, são organizados, interpretados e transformados. Este processo de interação humana com o ambiente influencia o comportamento, proporciona significado à experiência e representa a imagem da realidade que o indivíduo possui.

Através da percepção a mulher climatérica busca compreender a atual fase pela qual está passando, baseada em seus conhecimentos, história e a partir da avaliação que outras pessoas fazem dela como sujeito que necessita atenção. A enfermagem pode evitar preconceitos e esclarecer mitos e tabus sobre o período que estas mulheres vivenciam, estimulando-as a se expressar e expor seus sentimentos, medos e expectativas, buscando conhecer a compreensão destas mulheres sobre o climatério para melhor ajudá-las neste período.

As mulheres podem considerar o climatério uma etapa normal da vida, no entanto podem percebê-la como uma fase de crise ligada ao envelhecimento, à doença, ao descaso das pessoas significativas e à falta de perspectivas. O mesmo evento pode assumir diferentes significados de acordo com a percepção e história de vida de cada mulher.

4.4.11 Climatério:

É um processo fisiológico decorrente do decréscimo na produção dos hormônios estrogênio e progesterona e que se desenvolve comumente na meia idade.

Trata-se de uma etapa natural na vida da mulher, influenciada por aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais.

O climatério pode ser tratado de forma saudável ou patológica, de acordo com a história de vida, educação, influência familiar e do meio em que vivem estas mulheres.

Quando interpretado como um processo natural, pode conduzir a mulher ao amadurecimento e crescimento pessoal, a partir da reformulação de antigos conceitos e crenças que regiam sua vida de modo insatisfatório. A mulher percebe que as alterações ocorridas em todas as dimensões do seu ser podem ser utilizadas a seu favor, se houver um ajustamento adequado frente a todas estas mudanças. Ao ser visto como doença, o climatério é reduzido a um período que traz tão somente alterações negativas que levam a mulher a serem depreciadas e desvalorizadas, ressaltando a finitude de suas vidas em todos os aspectos.

O período exige da mulher a compreensão dos fatores que permeiam todo o período, para que ela possa interagir consigo e com o meio de maneira a vivenciar plenamente todas as suas potencialidades.

A mulher climatérica necessita da atenção de uma equipe multidisciplinar integrada, que tenha como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das possíveis complicações que podem surgir neste período, para que as mesmas possam usufruir plenamente de seus direitos como mulheres e cidadãs.

4.4.12 Grupos:

Dentre as necessidades dos indivíduos encontra-se a gregária, caracterizando-os como seres sociais.

Segundo Gahagan (1980, p. 126), “(...) uma coleção de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de forma sistemática, para um determinado fim”.

Já para Madureira (1994, p. 23) grupo trata-se de:

(...) um encontro de seres humanos que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, interessam-se pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendido exercitando sua cidadania na re- criação cotidiana da arte de viver

Ainda para o mesmo autor, ao se falar de grupo, subentende-se indivíduos que são e estão de formas diferentes no e com o mundo, cada qual com seus saberes mas que ao mesmo tempo têm interesses semelhantes e desejam compartilhar vivências. No grupo, todos assumem posição de quem ensina e aprende e de sujeitos que crescem juntos no processo.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde coloca-se como facilitador e não somente como o detentor do saber ou mero espectador, e como tal, permite que transações sejam estabelecidas, sem que o conhecimento científico seja anulado e o popular subestimado.

A vivência em grupo possibilita o partilhar de referências comuns, que se consistem em valores e conhecimentos, facilitando a interação entre os componentes do grupo. Através desta interação, uma linguagem comum é construída e entendida por todos, o que permite que os objetivos sejam alcançados e que haja um fortalecimento dos sentimentos de coesão e participação (KLEIN, 1972).

Para as mulheres climatéricas, os grupos propiciam a construção do saber coletivamente assim como o estabelecimento de laços de solidariedade entre si, além de disponibilizá-las para a eliminação das discriminações de que são vítimas, com vistas ao exercício pleno de sua cidadania. (NASCIMENTO citado por LOPES ; COSTA, 2000).

Desta maneira, as atividades grupais se constituem em meios de fomentar a educação em saúde, uma vez que abrem espaços para reflexões e discussões acerca do processo saúde/doença individual e coletivo.

4.4.13 Educação:

Acreditamos que a educação não se trata somente da transmissão de saber de um ser humano para o outro, mas que se consolide quando há reciprocidade. Através da educação, é possível desenvolver-se o espírito crítico e a consciência das pessoas, levando-as a atitudes autônomas e seguras no que diz respeito ao seu processo de viver saudável.

De acordo com o explicitado acima, refere Freire (1997, p. 77) que, “toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina”.

O processo educativo demanda atitudes de respeito para com o outro, através da valorização da cultura aprendida através do meio social e cultivada individualmente por cada ser humano, inserido em um contexto único de significados e valores.

A este respeito, consideramos que todos nós, “carregamos conosco a memória de muitas tramas, o corpo molhado de nossa história, de nossa cultura, a memória às vezes difusa, às vezes nítida, clara” (FREIRE, 1992, p. 32-33).

Cada ser humano envolvido no processo educativo recebe os benefícios desta interação, que é um momento único de permuta e sintonia com o outro. Desta maneira, torna-se difícil definir os papéis entre quem é o possuidor de conhecimentos e quem é o

4.5 Processo de Enfermagem e a Teoria da Consecução de Metas de King

Acreditamos que a teoria da Consecução de Metas de Imogene King possa ser utilizada para orientar e aprimorar a prática de enfermagem, através de sua correlação com o processo de enfermagem, o qual foi aplicado às mulheres climatéricas, dentro do contexto de atendimento do Centro de Saúde do Saco Grande II, em Florianópolis.

De acordo com George (1993), uma suposição básica da teoria de King e também do processo de enfermagem é a de que as enfermeiras e os clientes comunicam informações, fixam metas mutuamente, e então, agem para obter essas metas.

Seguindo esta linha de pensamento, valorizamos a participação da mulher nas decisões relacionadas ao atendimento de suas necessidades, buscando compreender a percepção da mesma sobre o climatério. A partir destes pressupostos, as metas estabelecidas visam o alcance de um estado de bem-estar e satisfação da clientela.

Ainda segundo o mesmo autor, durante todo o processo, a enfermeira estará avaliando ao interagir com o cliente. É necessário que a enfermeira desenvolva habilidade de avaliar, entrevistar e de comunicar-se, assim como capacidade de integrar conhecimentos referentes ao climatério e tudo o que permeia esta fase, prestando assistência holística às mulheres climatéricas. É necessário para tanto que ela compreenda que a mulher climatérica traz conhecimentos de si e percepções dos problemas que a preocupam que precisam ser valorizados e respeitados.

A percepção do cliente, que é a base para a coleta e interpretação de dados, logo base para a avaliação, pode ser influenciada por diversos fatores como o funcionamento do seu sistema sensorial, a idade, o desenvolvimento, o sexo, a educação, a história de vida e de tratamentos (medicações e dietas), a cultura, valores e o entendimento sobre o motivo pelo qual procurou assistência de saúde. A percepção da enfermeira, por outro lado também é influenciada pela educação, experiências e conhecimentos, cultura, valores e diagnóstico do cliente, sendo necessário ficar atento às percepções, que são fundamentais para coleta, interpretação de dados, interação e transações entre cliente e enfermeira.

O processo de enfermagem, segundo King, dá-se na seguinte seqüência: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

a) Coleta de dados

Nesta primeira etapa do processo, através da comunicação, é estabelecida uma interação entre enfermeira e mulher climatérica, na qual informações referentes à esta mulher são levantadas. Ocorre um encontro entre o self da enfermeira com o da mulher climatérica. Neste encontro, as percepções individuais e o contexto socioeconômico e cultural em que cada uma está inserida influenciam na qualidade da interação estabelecida. Segundo King, citado por George (1993), “a enfermeira necessita coletar dados sobre o nível de crescimento e desenvolvimento do cliente, sua visão do self, percepção do estado atual de saúde, padrões de comunicação e socialização de papéis”.

b) Diagnóstico de Enfermagem

As informações partilhadas pela enfermeira e a mulher climatérica no decorrer da interação possibilitam a detecção dos principais problemas, distúrbios, preocupações, dificuldades, estressores e conflitos de papéis que afetam o bem estar destas mulheres neste período de intensas transformações biopsicosociais. Esta troca ocorrida entre enfermeira e mulher climatérica durante a interação “ identifica os distúrbios, problemas ou preocupações em relação aos quais os pacientes buscam ajuda” (King, 1981), podendo estar o estresse estreitamente ligado aos fatores identificados.

c) Planejamento

Após o levantamento das reais necessidades, acontecem as transações, onde enfermeira e mulher climatérica fixam metas e tomam decisões sobre a maneira pela qual alcançarão as mesmas. Este estágio possibilita à mulher maior autonomia sobre a assistência prestada.

d) Implementação

Segundo George (1993), na teoria de King a implementação é uma continuação da transação estabelecida entre a enfermeira e a mulher climatérica, ocorrendo nas atividades que visam à satisfação das metas. Trata-se da aplicação do planejamento.

e) Avaliação

A partir das ações desenvolvidas, é possível realizar a avaliação das mesmas através da descrição do modo como se chegou aos resultados, que correspondem como as metas estabelecidas foram alcançadas. De acordo com George (1993), a avaliação não discorre somente sobre a consecução das metas, mas também da eficácia do cuidado de enfermagem dispensado ao cliente.

É possível perceber que todos os conceitos desenvolvidos por King são utilizados no processo de enfermagem, mas sobremaneira os conceitos de comunicação aliado à percepção, a interação e a transação, que devem ficar claros em cada fase do mesmo.

5. METODOLOGIA

5.1 Contextualização do Campo de Estágio

Este estudo foi desenvolvido com mulheres que vivenciam o climatério, no Centro de Saúde do Saco Grande II e no ambulatório C - Ginecologia do Hospital Universitário (HU), ambos em Florianópolis.

5.1.1 Hospital Universitário

O Hospital Universitário é uma instituição pública e gratuita, vinculada ao Ministério da Educação (MEC). É utilizado por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende a comunidade local, regional e estadual. É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estando localizado no Campus Universitário, no bairro Trindade, em Florianópolis (COLLA; PEREIRA; COELHO, 2000).

Possui acordos com outras instituições como a Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão (FAPEU), Hospital de Caridade (Serviço de Radioterapia), Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Fundação de Apoio HEMOSC/CEPON, Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina e Escola Técnica Federal de Santa Catarina (COLLA; PEREIRA; COELHO, 2000).

Esta instituição classifica-se como hospital geral, possuindo diversas especialidades como: médica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica, emergência adulto e pediátrica, geral,

UTI, UTI neonatal, diálise (UTD), obstetrícia com alojamento conjunto e puerpério, gestação de alto risco e neonatologia.

O hospital universitário realiza atendimento hospitalar, ambulatorial, de diagnóstico e terapia.

O objetivo do HU é promover a assistência, o ensino, a pesquisa e extensão em saúde e nas áreas correlatas, sendo considerado um centro de referência para estas atividades.

O ambulatório C do HU desenvolve assistência nas áreas de ortopedia e tocoginecologia (gestantes, pré-natal, pré-natal de alto risco, gineco operatória, genética, mastologia, planejamento familiar, oncogenital, climatério e atendimento ginecológico geral). As mulheres climatéricas são atendidas através de consultas, todas as quintas e sextas-feiras, no período vespertino, por profissionais médicos.

5.1.2 Centro de Saúde do Saco Grande II

O Centro de Saúde pertence a rede municipal, está localizado no bairro Saco Grande II, na rua Virgílio Várzea s/n, em Florianópolis. O horário de funcionamento no período matutino é das 07:30 às 12:45 horas. No período vespertino, atende das 13:15 às 18:30 horas.

Foi inaugurado recentemente, em 20 de março do ano de 2002. A nova construção possibilitou a ampliação da estrutura física e do quadro de funcionários do centro de saúde, além da disponibilização de outros serviços outrora inexistentes, devido a limitada área física.

O CS do Saco Grande tem como filosofia a prevenção, promoção da saúde e fortalecimento do vínculo do sistema com a comunidade. Esta filosofia está em consonância com as metas estabelecidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que visam a assistência e educação fora do âmbito do centro de saúde.

A clientela atendida são as crianças do bairro Saco Grande I e toda a comunidade do Saco Grande II. É referência em pediatria e ginecologia da região norte. As consultas são agendadas todas as quartas e sextas-feiras. Para idosos, gestantes e crianças até 5 anos, 11 meses e 29 dias as consultas são agendadas livremente.

Segundo dados fornecidos pelo Coordenador Geral do CS, indicado pela Prefeitura Municipal para ocupar este cargo, e que também atua no local como médico pediatra, são preenchidas aproximadamente 800 RAAI (Relatório de Atendimento Ambulatorial

Individual) semanalmente. Considerando-se que cada ficha RAAI agrega mais de um procedimento, calcula-se em média 1000 procedimentos por semana.

O CS possui lotados em seu quadro funcional 02 enfermeiros, 07 médicos, 08 técnicos em enfermagem, 05 odontólogos, 04 auxiliares de serviços gerais, 8 auxiliares administrativos e 01 nutricionista. O centro de saúde também serve como campo prático para a equipe da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família e para os acadêmicos da área da saúde de instituições de ensino.

A comunicação do CS com as demais instâncias do setor saúde se dá via malote ou por intermédio de um supervisor, que atua em toda a região leste, tendo ponto fixo a Secretaria de Saúde.

O CS realiza mensalmente uma reunião geral, para a resolução de questões administrativas, repasse de toda documentação recebida no decorrer do mês, pedidos que foram solicitados e intercâmbio entre os profissionais que atuam no local. São convocados todos os funcionários do CS, tendo os mesmos o dever de comparecer a estas reuniões. A comunicação entre a equipe multidisciplinar também se dá de maneira informal, através da troca de vivências e discussão de questões relevantes.

A enfermagem recentemente tem realizado reuniões quinzenais, a fim de trabalhar questões relacionadas a sua categoria.

O centro de saúde do Saco Grande operacionaliza 5 programas: o Capital Criança, o Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN), o de Planejamento Familiar (Preventivo de Câncer), Pré-natal e o Programa de Saúde da Família (PSF). A coordenação e a responsabilidade técnico-administrativa é exercida por profissionais de enfermagem ou da área médica.

Além dos programas supracitados, funcionam mensalmente trabalhos em grupo com a comunidade, abordando temas relacionados a hipertensão e diabetes. A divisão desta clientela interessada se faz por micro área.

Dentre as atividades desenvolvidas no CS, incluem-se também as consultas com os profissionais de enfermagem, da nutrição, da área médica e da odontologia; atividades educativas na creche da comunidade; trabalhos com crianças de baixo peso e visitas domiciliares.

Os agentes comunitários de saúde detectam necessidades na comunidade, a partir disto, é agendada uma visita domiciliar a este indivíduo e/ou família, com a presença de um profissional de nível superior da enfermagem e da área médica.

Para a organização sistemática das atividades realizadas no Centro de Saúde e posterior controle e avaliação das mesmas, são utilizados uma diversidade de impressos elencados a seguir:

- Cartão da Gestante;
- Ficha de Controle da Hipertensão;
- Ficha de Acompanhamento da Avaliação Antropométrica da Gestação;
- Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes Sis prenatal;
- Atestado Médico para Gestante;
- Atestado de Saúde;
- Requisição de Exames;
- Requisição de Exames Externos;
- Declaração de Comparecimento;
- Relatório Ambulatorial de Atividades Coletivas (RAAC);
- Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual (RAAI);
- Receituário de Controle Especial;
- Ficha de Encaminhamento de Material para Análise – exame preventivo do câncer ginecológico;
- Requisição de Sorologia para HIV;
- Ficha de Orientações sobre o Exame Preventivo de câncer de colo uterino e mamas;
- Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento;
- Ficha de Acompanhamento da Criança;
- Gráfico de peso-idade para meninos e meninas;
- Requisição do Exame Citopatológico;
- Roll de Roupas;
- Ficha de Primeira Consulta;
- Ficha para Encaminhamento de Pacientes;
- Controle de Distribuição de Preservativos;
- Cartão de Identificação;
- Receituário Comum;
- Ficha de Orientação aos pais sobre Saúde Bucal (Capital criança);
- Ficha Clínica Odontológica;
- Relatório Mensal do Atendimento Odontológico (Capital Criança);

- Laudo Médico para Emissão de APAC;
- Ficha D – Registro de Atividades, procedimentos e notificações;
- Cartão de Agendamento;
- Boletim Mensal das Atividades do Nutricionista.

A estrutura física do CS compreende o subsolo, o piso térreo e o piso superior. No térreo encontram-se a recepção, a triagem, o atendimento odontológico, a sala de curativos, os sanitários, a sala para nebulização, a farmácia., a sala de vacinação e a sala para realização do Teste do Pezinho e injeções. O piso superior está subdividido em auditório, coordenadoria administrativa e sala de reuniões. O subsolo contempla a central de marcação de consultas e os serviços internos.

5.2 População Alvo

A população deste estudo foram as mulheres que vivenciam o climatério, independentemente de apresentarem ou não sintomatologia referente ao período. A assistência de enfermagem a estas mulheres teve por objetivo contextualizá-las e atendê-las integralmente, abordando os aspectos biopsicossociais envolvidos neste processo, satisfazendo deste modo as suas reais necessidades.

No Centro de Saúde do Saco Grande II, as mulheres foram encaminhadas para consultas de enfermagem, voltadas especialmente para o climatério, nas quais puderam expor seus sentimentos, medos, dúvidas e fragilidades, além de receberem orientações sobre os temas relevantes.

No início do estágio realizamos consulta de enfermagem e exame preventivo de câncer de mama e cérvico-uterino a mulheres de várias faixas etárias, para nos familiarizarmos com estas atividades e aprimorarmos nossos conhecimentos na área da saúde da mulher. Vislumbramos através deste meio uma oportunidade de convidar as mulheres percebidas como climatéricas para posterior encontro, nas oficinas e nas consultas específicas para o climatério.

As consultas de enfermagem foram agendadas por nós ao abordarmos as mulheres que procuravam o serviço de saúde por outros motivos e por outros profissionais atuantes no local que encaminharam as mulheres climatéricas para o nosso estudo. Participamos dos grupos de hipertensão e diabetes realizados no Centro de Saúde, para divulgar as atividades que realizaríamos no decorrer do estágio.

Estas mulheres foram cuidadas, através das consultas de enfermagem, da realização de oficinas de expressão e de grupos de vivências. No Hospital Universitário, as mulheres climatéricas receberam assistência através de atividades educativas, na sala de espera do ambulatório C- Ginecologia, enquanto aguardavam a consulta médica.

5.3 Planejamento

5.3.1 Objetivos Específicos

Objetivo específico 1 Realizar consulta de enfermagem à mulher climatérica no Centro de Saúde do Saco Grande II, aplicando o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria de Imogene King.

Estratégias :

- Realizar exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama nas primeiras semanas de estágio a mulheres de qualquer faixa etária para aprofundar conhecimentos específicos na área e para realizar posteriormente a consulta de forma integral à mulher climatérica. Nestas, consultas serão detectadas as mulheres que necessitam de atendimento específico.
- Utilizar o questionário e o processo de enfermagem convergente à Teoria da Consecução de Metas.
- Participar das reuniões de hipertensos e diabéticos, sensibilizando as mulheres para participarem das consultas.
- Expor às mulheres de forma sucinta o trabalho e o referencial teórico utilizado.
- Selecionar 6 mulheres para aplicar integralmente o processo de enfermagem e redigi-lo em todas as suas etapas.
- Os demais atendimentos e consultas, seguirão os conceitos e pressupostos de King, utilizando-se algumas etapas do processo, enfocando principalmente os problemas e preocupações, interações e transações estabelecidas entre cliente e alunas.
- Sensibilizar a equipe, através de contatos individuais e grupais e através de discussões sobre o tema.
- Participar das reuniões com os agentes comunitários de saúde, sensibilizando-os com o tema, para que possam identificar esta clientela e encaminhá-las ao Centro de Saúde.

Avaliação:

- O objetivo será alcançado se conseguirmos aplicar efetivamente ou parcialmente à 70% das mulheres o processo de enfermagem de modo que possamos perceber que a interação proporcionou às mulheres entendimento sobre a fase pela qual passam ou passarão, sendo a interação um instrumento que leve a verbalizar dúvidas e validar o conhecimento.
- O objetivo será alcançado se as acadêmicas realizarem 20 consultas com esta clientela, sendo que 6 delas utilizando integralmente o processo de King e as demais, utilizando algumas etapas do mesmo.
- O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem estabelecer transações com 90% das clientes durante as consultas e atividades educativas.
- O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem sensibilizar 50 % da equipe sobre o climatério.
- O objetivo será alcançado se a proposta do trabalho for esclarecido de modo sucinto à 90% das mulheres.
- O objetivo será alcançado se participarmos de pelo menos 2 reuniões com os agentes comunitários de saúde.

Objetivo específico 2

Identificar o perfil das mulheres climatéricas, a influência dos fatores biopsicossociais no bem estar destas, bem como as maiores preocupações, problemas enfrentados e cuidados realizados neste período.

Estratégias :

- Aplicar instrumento de coleta de dados desenvolvido pelas acadêmicas e orientadora.

Avaliação:

- O objetivo será alcançado se conseguirmos aplicar o instrumento de coleta de dados a 70% das mulheres atendidas na consulta de enfermagem realizadas ou nos grupos.
- O objetivo será alcançado se identificarmos quais os fatores que influenciam positivamente ou negativamente o self de cada mulher, e quais os problemas e preocupações mais incidentes e cuidados tomados das clientes atendidas.

- O objetivo será alcançado se conseguirmos estabelecer o perfil de todas as clientes que responderem ao questionário.

Objetivo específico 3

Compartilhar saberes e experiências sobre saúde, abordando temas relacionados ao climatério de acordo com as necessidades de aprendizagem das mulheres que vivenciam esta fase, individualmente ou em grupo, na sala de espera do HU e através de consulta de enfermagem e oficinas no Centro de saúde do Saco Grande II.

Estratégias :

- Realizar palestras interativas em conjunto com as mulheres climatéricas e interessados.
- Proporcionar abertura para debates e reflexões acerca do tema nas unidades de saúde.
- Criar folders que abordem as alterações deste período e cuidados que podem ser praticados pelas mulheres.
- Realizar sala de espera com as mulheres climatéricas enquanto aguardam atendimento de saúde. Elaborar e divulgar no Centro de Saúde material informativo visando estimular as mulheres climatéricas a participar das atividades.
- Trabalhar com técnicas de relaxamento, expressão corporal e artes plásticas de fazendo com que as mulheres possam expressar-se com liberdade seus atuais sentimentos.
- Sensibilizar os profissionais para captar as mulheres que estão vivendo o processo do climatério.

Avaliação:

- O objetivo será cumprido se as acadêmicas conseguirem interagir com 80 % das mulheres e identificarem as necessidades, estimular diálogos sobre os assuntos, fazer orientações claras e objetivas de forma individual ou coletiva.
- O objetivo será cumprido se as acadêmicas realizarem no mínimo 2 palestras com a presença mínima de 5 mulheres.
- O objetivo será cumprido se as acadêmicas realizarem atividades grupais, em sala de espera, no mínimo 6 dias durante o estágio realizado, com a participação mínima de 5 mulheres, e se conseguirem organizar um encontro com a participação destas mulheres para debater os sinais, modificações e cuidados necessários no climatério.

- O objetivo será alcançado se realizarmos duas oficinas de vivências no Centro de Saúde.

O objetivo será alcançado se as participantes validarem a proposta da oficina.

Objetivo específico 4

Ampliar conhecimentos pessoais sobre a temática do climatério, buscando a compreensão acerca do assunto para melhor atender a esta clientela em suas reais necessidades.

Estratégias :

- Participar de eventos científicos relacionados ao tema.
- Realizar revisão de literatura específica da área.

Avaliação:

- O objetivo será alcançado se durante o estágio participarmos ao menos de um evento sobre o climatério.
- O objetivo será alcançado se durante o período de estágio realizarmos a revisão de literatura recomendada pela orientadora e banca sobre o climatério.

Objetivo específico 5

Sensibilizar os profissionais do Centro de Saúde do Saco Grande II, a respeito das questões referentes ao climatério.

Estratégias :

- Realizar um encontro com os profissionais da instituição nos dois períodos.

Avaliação:

- O objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem contactar com até 50% dos funcionários do Centro de Saúde envolvidos diretamente com o atendimento de potenciais clientes climatéricas e nas reuniões e encontros determinados para este fim.

Objetivo específico 6

Conhecer os serviços que prestam assistência à mulher climatérica em Florianópolis.

Estratégias :

- Prestar assistência às mulheres climatéricas no Centro de Saúde do Saco Grande II e no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário, vivenciando diferentes realidades no atendimento à mulher climatérica.
- Verificar outros serviços de atendimento à mulher climatérica, oferecidos pela rede pública e privada de saúde, disponíveis em Florianópolis.

Avaliação:

- O objetivo será alcançado se realizarmos assistência à mulheres climatéricas no Centro de Saúde e no Ambulatório de Tocoginecologia do HU.
- O objetivo será alcançado se conhecermos pelo menos 2 outros serviços de assistência à mulheres no climatério.

5.4 Cronograma

DIAS	M / T	ATIVIDADES	LOCAL
12/06	M / T	Apresentação e Reconhecimento de Campo	CSII / HU
13/06	M	Preparo de Material Didático e de Divulgação	UFSC
14/06	T	Consulta de Enfermagem	CSII
15/06	M	Preparo de Material Didático e de Divulgação	UFSC
17/06	M	Preparo de Material Didático e de Divulgação	UFSC
18/06	M	Preparo de Material Didático e de Divulgação	UFSC
19/06	M / T	Visita a outros serviços de atendimento ao Climatério	Em aberto
20/06	T	Consulta de Enfermagem	CSII
21/06	T	Sala de Espera	HU
24/06	T	Reunião com ACS	CSII
25/06	T	Consulta de Enfermagem	CSII
26/06	T	Consulta de Enfermagem	CSII
27/06	T	Grupo de Hipertensos	CSII
28/06	T	Sala de Espera	HU
01/07	T	Reunião com ACS	CSII
02/07	T	Consulta de Enfermagem	CSII
03/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
04/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
05/07	M / T	Consulta de Enfermagem / Sala de Espera	CSII / HU
08/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
09/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
10/07	M	Preparo do Grupo	UFSC
11/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
12/07	M	Grupo / Sala de Espera	CSII / HU
15/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII

16/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
17/07	M	Preparo da Oficina	UFSC
18/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
19/07	M / T	Oficina / Sala de Espera	CSII / HU
22/07	M / T	Consulta de enfermagem	CSII
23/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
24/07	M	Preparo do Grupo	UFSC
25/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
26/07	M / T	Grupo / Sala de Espera	CSII / HU
29/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
30/07	M	Consulta de Enfermagem	CSII
31/07	M	Preparo da Oficina	UFSC
01/08	M	Consulta de Enfermagem / Sala de Espera	CSII / HU
02/08	M / T	Oficina / Mesa Redonda	CSII/ CCS
05/08	M	Consulta de Enfermagem	CSII
06/08	M	Consulta de Enfermagem	CSII
07/08	M	Consulta de Enfermagem	CSII
08/08	M	Consulta de Enfermagem	CSII
09/08	M	Confraternização	CSII

6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Objetivo específico 1

Realizar consulta de enfermagem à mulher climatérica no Centro de Saúde do Saco Grande II, aplicando o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na teoria de Imogene King.

Inicialmente, para solidificar nossos conhecimentos na área da Saúde da Mulher, especificamente na consulta de enfermagem, realizamos durante duas semanas o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e detecção precoce do câncer de mama às mulheres previamente agendadas, sob supervisão direta da enfermeira. O objetivo desta atividade foi desenvolver maior habilidade para realizar estes procedimentos, para podermos prestar, posteriormente, uma atenção integral a mulher no período do climatério. Nestas ocasiões, além de participar das consultas e interagir com as clientes, aproveitávamos para expor a estas mulheres os nossos objetivos, junto ao Centro de Saúde. Tivemos ainda a oportunidade de detectar, durante as consultas, mulheres que apresentavam sinais e sintomas característicos do climatério, podendo então convidá-las a agendar uma consulta específica conosco.

Este atendimento prestado à clientela foi extremamente gratificante para nós, pois percebemos que o tema climatério despertava o interesse de muitas mulheres que foram atendidas, além de nos tornar mais confiantes e seguras quanto à realização das técnicas. A experiência também foi válida por permitir um maior entrosamento com a supervisora de

campo e por nos ajudar a compreender melhor a rotina de atendimento em uma unidade básica de saúde.

No entanto, ao conversarmos com a nossa supervisora e com os demais funcionários, verificamos que a disponibilidade de salas para atendimento ginecológico era pequena, pois além dos profissionais já atuantes no Centro de Saúde, contávamos com a presença de profissionais da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, as quais desenvolviam atividades práticas no local, além de acadêmicos de enfermagem e medicina. O espaço que pretendíamos utilizar para o atendimento ginecológico tornou-se inviável. Assim sendo, resolvemos suspender a realização do preventivo de câncer de mama e cérvico-uterino, para abordar somente questões mais específicas do climatério, através das consultas de enfermagem.

Paralelamente a estes atendimentos iniciais, elaboramos uma agenda para marcação de consultas de Enfermagem direcionadas as mulheres climatéricas, colocando-a na recepção juntamente com as demais agendas. Conversamos com os funcionários do Centro de Saúde, sejam médicos, enfermeiros, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, acadêmicos e também a equipe de Residência Multidisciplinar, expondo nossa proposta de trabalho e solicitando a colaboração dos mesmos, através de encaminhamentos de mulheres que estivessem vivenciando o climatério para realizar consulta conosco.

Para facilitar estas ações, confeccionamos um instrumento para encaminhamento destas mulheres (apêndice 1), os quais foram distribuídos em todos os consultórios existentes no local. Elaboramos também cartazes (apêndice 2), convidando a clientela para agendar consultas de enfermagem, enfatizando o climatério e menopausa, e informando que estas consultas seriam agendadas na recepção. Estes cartazes foram dispostos nas vidraças da porta de entrada do CS e também em locais próprios para afixação de informativos.

Além destas medidas para identificar as mulheres no período do climatério e viabilizar o agendamento, abordávamos as mulheres que buscavam o serviço de saúde por outros motivos, expondo os objetivos de nosso trabalho e convidando-as a participarem das consultas. Ao percebermos o interesse pelo tema, fazíamos o agendamento das mesmas.

A partir da terceira semana, já tínhamos agendado número suficiente de mulheres para iniciarmos nosso trabalho. Para atender aos nossos objetivos, criamos um questionário (apêndice 3) para identificar o perfil das mulheres climatéricas e identificar os fatores biopsicosociais que poderiam influenciar no bem-estar das mesmas, bem como uma cartilha educativa (apêndice 8), visando esclarecer de forma objetiva a temática abordada.

Na medida em que preenchíamos o questionário percebemos a interação ocorrida com todas as clientes, principalmente pela sinceridade expressada no momento em que falavam de sua sexualidade. De nossa parte era necessário “tato” para introduzir este assunto, que trazia à tona insatisfações quanto à relação sexual. Este fato ficou explícito em várias falas como estas:

Malva : “ Meu marido não quer saber se eu estou gostando ou não ...”

Erva Doce : “ Ele só se satisfaz e dorme”.

As consultas duravam em média 1 hora. Sempre que possível, atendíamos em salas individuais, o que permitia à mulher sentir-se mais à vontade para expor seus sentimentos.

Participamos também de duas reuniões com os agentes comunitários de saúde, juntamente com as enfermeiras responsáveis, nas quais tivemos a oportunidade de colocar a nossa proposta de trabalho, solicitando aos mesmos, encaminharem as mulheres que estivessem no climatério, ao serviço por nós oferecido no Centro de saúde. As reuniões possibilitaram o esclarecimento dos agentes de saúde a respeito do climatério, os quais manifestaram interesse pelo tema, verbalizando dúvidas e levantando questionamentos. Distribuímos para cada agente comunitário uma cartilha, contendo informações sobre o período, sendo a mesma utilizada nas consultas de enfermagem.

Acompanhamos uma reunião do grupo de Hipertensos e Diabéticos, que se realizou no Centro de Saúde, sob a coordenação de uma médica, tendo como objetivo detectar mulheres que estavam no climatério e estimulá-las a participar das consultas e atividades propostas. Inicialmente, fomos apresentadas ao grupo, oportunidade em que expusemos os nossos objetivos. Participamos da dinâmica do grupo e das atividades desenvolvidas que enfatizavam os cuidados com a diabetes e a hipertensão. Ao término do grupo, algumas mulheres nos procuraram, verbalizando dúvidas e inquietações sobre o climatério, e as convidamos para a consulta de enfermagem.

Concluimos que a maior parte das consultas agendadas deram-se em decorrência de nosso contato direto com a clientela, quando interagíamos com as mulheres de forma a deixá-las seguras em relação aos nossos objetivos. As demais consultas foram agendadas na recepção, através de encaminhamentos feitos pelos funcionários do Centro de Saúde. Apesar do aparente interesse dos agentes comunitários de saúde sobre o assunto, não percebemos efetividade no tocante aos encaminhamentos.

É importante ressaltar que um número expressivo de clientes que atendemos eram funcionárias do centro de saúde, entre elas auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos, equipe de enfermagem, vigilância e agente comunitário de saúde. Estas

mulheres ficaram sensibilizadas pelo tema, não tendo espaço para expressar angústias, dúvidas e medos frente a uma fase nova, certamente desconhecida para elas.

Foram agendadas no total 69 consultas de enfermagem, sendo que destas, 44 compareceram ao centro de saúde.

Constatou-se o absenteísmo de 36% das mulheres agendadas. As faltas não foram atribuídas à ausência de interesse da clientela, pois percebemos que o assunto sensibilizou a mesma. O elevado índice de faltas provavelmente ocorreu devido ao cotidiano atribulado destas mulheres, em sua maioria trabalhadoras do lar, o que lhes absorve grande parte de tempo e de energia. Muitas destas mulheres, após haverem faltado à consulta marcada, foram novamente contactadas por telefone, tendo sua consulta remarcada. As mesmas nos pediam desculpas pelas faltas, e justificavam sua ausência nos confessando que a sobrecarga de atividades domésticas e cuidados com filhos ou netos as impossibilitava de comparecer, porém buscariam uma forma de arranjar um tempo para conversarem conosco.

Conseguimos aplicar o instrumento de coleta de dados “Identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar” à 35 mulheres, o que representa 80% do total das mulheres atendidas, o que permitiu o desenvolvimento do Processo de Enfermagem.

Durante a consulta, utilizamos os pressupostos e conceitos de King, aplicando parcialmente o processo de Enfermagem ou processo simplificado (apêndice 6) a 86% das mulheres atendidas. O processo completo (apêndice 5), foi aplicado a 6 mulheres selecionadas, o que corresponde a 14% do total de mulheres atendidas.

Este processo abrange a coleta de dados que levanta informações; identifica percepções, a compreensão e as preocupações da cliente em relação a sua saúde e ao momento vivido e os papéis que assume na sociedade, além das percepções do enfermeiro ou estagiário que desenvolveu a consulta.

O diagnóstico identifica os problemas, preocupações e distúrbios, fatores estressantes e dificuldades sentidas pelas mulheres climatéricas.

Após as transações serem estabelecidas conjuntamente, são fixadas fixadas metas. Através de ações direcionadas, enfermeira/estagiária e cliente buscam solucionar ou minimizar os problemas levantados, o que constitui a fase de implementação, segundo King.

A avaliação acontece em um contato posterior, através de retorno, visita domiciliar, participação nos grupos e oficinas; por intermédio das falas e depoimentos; reivindicações e indicação do serviço a amigas, familiares ou conhecidos.

Nas consultas de enfermagem abordamos o conceito de climatério e menopausa, a diferença entre estes dois termos; os sinais e sintomas que podem surgir; as modificações no âmbito físico e psicológico; os conflitos de identidade e de troca de papéis; a influência da sociedade, da família e da cultura sobre a concepção que a mulher tem deste período; os mitos e tabus que dificultam a vivência deste processo com naturalidade; os cuidados de saúde relacionados à dieta, banhos de sol, atividade física, exames periódicos e atividades recreativas. Também mencionamos as formas de tratamento utilizadas, bem como o uso de fitoestrogênios, especialmente os encontrados na alimentação, como a soja.

Percebemos receptividade das clientes quanto aos cuidados de saúde levantados, principalmente por serem cuidados simples que estão ao alcance da maioria.

Ao realizarmos a consulta com base nos preceitos pessoais e de King, pudemos estabelecer interação com estas mulheres, inicialmente realizando a apresentação de nosso trabalho e dos pressupostos que nortearam o mesmo. Avaliamos a aceitação de nosso trabalho como positiva, devido às transações que foram estabelecidas com todas as mulheres e a compreensão que as mesmas atingiram a respeito do período vivenciado. A nossa intenção primordial foi a de aumentar a percepção do self dos envolvidos no processo interativo, através do diálogo e da troca de informações, permitindo assim que as questões relacionadas ao climatério fossem abordadas de forma ampla, abrangendo os aspectos biopsico-socioculturais que permeiam o cotidiano da mulher climatérica.

Evitando tornar enfadonho este trabalho, optamos por registrar apenas dois processos que julgamos poder expressar a implementação das etapas do processo estabelecido por Imogene King.

Os processos de enfermagem citados podem ser melhor analisados nas páginas seguintes.

Coleta de Dados	Diagnóstico	Planejamento	Implementação	Avaliação
<p>Calêndula, branca, 52 anos, casada, costureira, 1º grau incompleto, vive com seus pais, marido e dois filhos.</p> <p>Há nove meses sem menstruar, refere episódios de calorões e formigamentos intensos que se localizam na face e membros superiores.</p> <p>Há 4 meses faz uso de Radichi, fitoterápico adquirido na Pastoral da Saúde de sua comunidade, sentindo leve diminuição dos calorões.</p> <p>Relata ainda sentir intenso desejo pelo companheiro, no entanto o mesmo apresenta episódios de impotência sexual, o que lhe causa preocupação uma vez que o mesmo não dialoga sobre a situação.</p> <p>Demonstrou preocupação com seu estado de saúde presente e futuro ao relatar que realiza exames de rotina e preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas, mantendo também uma alimentação equilibrada.</p> <p>Embora demonstre cuidados com a saúde, desconhece como se dá o processo do climatério e suas possíveis implicações.</p>	<p>Instabilidade vasomotora caracterizada por episódios de calorões associado ao período do climatério.</p> <p>Insatisfação sexual relacionada à disfunção sexual do companheiro.</p> <p>Falta de conhecimentos específicos em relação ao período do climatério.</p> <p>Ansiiedade evidenciada por manifestações verbais e não-verbais.</p>	<p>Em conjunto com a cliente buscamos atender as seguintes metas:</p> <p>Diminuir os desconfortos causados pelos calorões;</p> <p>Propor a ingestão de dieta que favoreça a diminuição dos calorões;</p> <p>Trocar experiências e conhecimentos para melhor compreender os fatores que possam desencadear a disfunção sexual do parceiro;</p> <p>Encaminhar para procura de outros profissionais;</p> <p>Propor a adoção de cuidados relativos à dieta, atividades físicas e aos tipos de cuidados no climatério;</p> <p>Estabelecer espaços para compartilhar seus medos, angústias e sentimentos;</p>	<p>Esclarecida quanto aos sinais, sintomas e cuidados característicos do climatério.</p> <p>Orientada a usar roupas leves ou de fácil remoção;</p> <p>Orientada a continuação do tratamento fitoterápico;</p> <p>Orientada e estimulada a introdução de soja à sua dieta, sendo explicado as vantagens de sua utilização.</p> <p>Estimulado o diálogo com o companheiro sobre a situação vivenciada;</p> <p>Proporcionado momento para a mulher expor suas angústias e debater sobre este assunto (sexualidade) no consulta e grupos.</p> <p>Encaminhada para acompanhamento médico ou psicológico;</p>	<p>Foi estabelecida interação com a cliente, sendo evidenciado pela liberdade e emoção com a qual expressou seus sentimentos.</p> <p>Através de visita domiciliar contactou-se que a cliente encontrava-se feliz, pois decidiram viver em casas separadas, no entanto mantendo contato constantemente.</p> <p>Participou ativamente de uma das oficinas realizadas no centro de saúde, destinada às mulheres climatéricas.</p> <p>Outros aspectos não puderam ser avaliados pela proximidade das consultas.</p>

<p>Apresentou-se ansiosa ao discorrer sobre a necessidade de ter alguém consigo, o que no momento não acontece e mostrou-se desacreditada em relação à um bom futuro conjugal.</p>			<p>Orientada, discutida e estimulada a dieta rica em cálcio e exposição ao sol;</p> <p>Orientada e estimulada a deambulação em torno de 45 minutos.</p> <p>Orientada quanto ao processo que favorece o surgimento da osteoporose e os cuidados pertinentes à sua prevenção.</p> <p>Fornecido folder sobre climatério e convidada à participar dos grupos e oficinas.</p> <p>Orientada sobre a (terapia de reposição hormonal), fitoestrógenos e fitoterápicos.</p> <p>Estimulada a participação em grupos, reservando tempo para o descanso e lazer.</p>	
--	--	--	--	--

Coleta de Dados	Diagnóstico	Planejamento	Implementação	Avaliação
<p>Camomila, 49 anos, branca, casada, reside com marido e filha, 1º grau incompleto, aposentada há 3 meses.</p> <p>Paralelamente ao processo de aposentadoria, iniciou com problemas na tireóide, anemia, juntamente com calorões, suores frios pelo corpo todo, cansaço, cefaléia e insônia. Atualmente, a anemia e a disfunção da tireóide já estão sob controle.</p> <p>Refere muita ansiedade, tristeza e insegurança, que iniciaram-se após deixar o trabalho, em um jardim de infância, o qual muito apreciava, pelo ambiente agradável, devido a aposentadoria e aos problemas de saúde que se somaram, porém relata que sua rotina de trabalho era bastante intensa e exaustiva, o que provavelmente lhe debilitou a saúde.</p> <p>Refere que sente-se muito só, pois marido e filha passam o dia fora do ambiente doméstico. Costuma fazer croché ou pintar para se distrair.</p> <p>Embora realize alongamentos diários de cerca de 15-20 minutos, não pratica nenhuma atividade física.</p>	<p>Percepção distorcida sobre o período do climatério, percebendo-o como doença ou injúria, em detrimento de seu caráter natural.</p> <p>Instabilidade vasomotora, caracterizada pelos “calorões” e suores frios pelo corpo, decorrentes do hipotestrogenismo.</p> <p>Insônia, provavelmente relacionada aos conflitos emocionais e alteração de papéis, que juntamente com as alterações fisiológicas, podem desencadear alterações no padrão de sono.</p> <p>Instabilidade emocional, manifestada por sentimentos de tristeza, solidão e pesar, provavelmente relacionada à mudança de papéis, e a percepção inadequada do período vivenciado.</p>	<p>Juntamente com a cliente, foram estabelecidas metas para o alcance de benefícios e de bem estar, como:</p> <p>Compreender o climatério como um processo natural e fisiológico.</p> <p>Diminuir os desconfortos causados pelos calorões e suores corporais.</p> <p>Identificar as possíveis causas da insônia, tanto físicas quanto psicológicas.</p> <p>Identificar as fontes geradoras de estresse e ansiedade em sua vida.</p> <p>Conhecer melhor o período do climatério, bem como os cuidados relacionados com dieta, atividades físicas, exames de rotina.</p>	<p>Esclarecida sobre o climatério, em relação: influência dos fatores físicos, psicológicos e socioculturais no bem-estar da mulher; sinais e sintomas do climatério; alterações e mudanças neste período, possíveis complicações advindas do hipotestrogenismo.</p> <p>Ressaltada a naturalidade deste processo.</p> <p>Sugerido a cliente para continuar o tratamento homeopático, sob supervisão, já que obteve melhora dos sintomas.</p> <p>Mostrado à cliente os benefícios do emprego da soja no alívio da sintomatologia do climatério.</p> <p>Identificada as causas de estresse e ansiedade, como aposentadoria, inatividade, afastamento dos amigos e conhecidos, sentimento de improdutividade, alterações no padrão de saúde, desconhecimento sobre o climatério. Cada questão foi trabalhada e abordada, buscando correlacionar cada evento marcante com os sentimentos percebidos.</p>	<p>Através da interação estabelecida, metas foram fixadas e transações foram feitas, visando o alcance do bem estar.</p> <p>Houve maior percepção e compreensão do período vivenciado pela cliente e das mudanças ocorridas, bem como das ações e cuidados de saúde que poderiam beneficiá-la.</p> <p>Através da visita domiciliar, foi observado melhora no humor, com manifestações de contentamento e alívio.</p> <p>O tratamento homeopático trouxe melhora dos sintomas, bem como da instabilidade emocional, o que deixou a cliente mais tranqüila.</p>

<p>Refere atraso menstrual de 3 meses, e que o ciclo menstrual estava se repetindo a cada 20-15 dias, com fluxo abundante. Atualmente faz uso de homeopatia para tratar os sintomas da "menopausa". Relata relação conjugal satisfatória, porém percebeu sua vagina mais "fechada", e maior dor na relação sexual. Refere que a libido sexual permanece, mas que ao sentir dor, a mesma diminui. Foi percebido que a cliente considerava a "menopausa" como um evento ruim, doentio, que interferiu negativamente em todos os setores de sua vida. A cliente apresentou-se triste e ansiosa, manifestando estes sentimentos verbalmente e pelas expressões corporais.</p>	<p>Desconhecimentos específicos sobre o período do climatério, bem como dos cuidados de saúde dispensados ao mesmo. Alterações na sexualidade, manifestadas por dispareunia e diminuição da libido sexual, relacionadas ao ressecamento e atrofia vaginal decorrentes do hipostrogenismo.</p>	<p>Compreender os fatores desencadeiam alterações no padrão de sexualidade, bem como cuidados para diminuir estes desconfortos.</p>	<p>Orientada sobre importância de dieta rica em cálcio, fibras, diminuição da ingestão de gordura e sal, sobre a prática regular de atividade física e banhos de sol. Reforçada a importância destes cuidados para a prevenção de osteoporose e doenças cardiovasculares. Ressaltada a eficácia do auto-exame das mamas e do exame preventivo para a detecção precoce de câncer. Colocada a possibilidade de usar lubrificante íntimo, bem como de expor ao companheiro seus sentimentos sobre a sexualidade, bem como as alterações decorrentes do climatério. Estimulada a realizar atividades de lazer, leitura, dança; Incentivada a participação em grupos e oficinas ou buscar desenvolver outras atividades que lhe dêem prazer e a façam aproveitar melhor os momentos que a vida oferece.</p>	<p>A mesma ainda não adquiriu o lubrificante vaginal, porém não descarta a possibilidade. Refere ter conversado abertamente com o cônjuge sobre as mudanças em sua sexualidade, o que fez o mesmo ser mais carinhoso e compreensivo.</p>
---	---	---	--	--

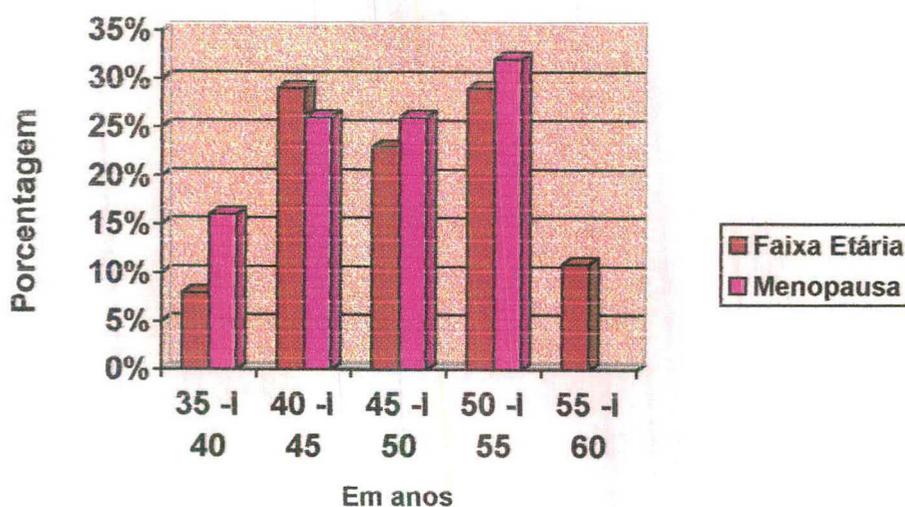
Objetivo específico 2

Identificar o perfil das mulheres climatéricas, a influência dos fatores biopsicossociais no bem estar destas, bem como as maiores preocupações, problemas enfrentados e cuidados realizados neste período.

Nas atividades de sala de espera não foi possível aplicar o instrumento de coleta de dados, devido ao fluxo intenso de transeuntes e a rapidez com que as mulheres eram chamadas à consulta. Através deste instrumento foi possível obtermos um perfil das mulheres atendidas em consultas de enfermagem no centro de saúde.

Quanto à idade das mulheres atendidas, houve variação entre 37 e 58 anos de idade, já a faixa etária em que ocorreu a menopausa está compreendida entre 37 e 55 anos. O gráfico a seguir representa melhor esta variação.

Gráfico 1: Distribuição das mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II- Florianópolis, segundo a idade e ocorrência da menopausa/2002.



Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico mostra que 11% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 56 e 60 anos. A ocorrência da menopausa, conforme demonstra o gráfico, concentrou-se nas faixas etárias entre 41 e 55 anos, sendo o percentual maior encontrado na faixa etária de 51 à 55 anos, correspondendo a 32% do total, não havendo diferença significativa entre as faixa etária de 41 a 45 e 46 a 50, que correspondiam, cada uma, a 26% do total. Os dados obtidos ratificam as colocações de Pinto Neto e Lima, citados por Zampieri (2002), quando classificam como pré-menopausa ou período que se estende dos 35 aos 44 anos; perimenopausa o período dos 44 aos 54 anos e pós-menopausa dos 55 aos 65 anos.

A menopausa no Brasil está compreendida, em média, entre 38 e 50 anos (BRASIL, 1994).

Em relação ao climatério, a faixa etária não tem limites bem definidos, sendo o seu início atribuído, por Lopes e Costa (2000), entre 35 e 40 anos e término entre 60 e 65 anos, o que é confirmado pelo perfil das mulheres atendidas na consulta de enfermagem no centro de saúde do Saco Grande II. A menopausa no Brasil ocorre por volta dos 50 anos.

Em virtude do aumento da expectativa de vida, a tendência é uma demanda maior desta parcela da população ainda relegada aos serviços de saúde.

Gráfico 2: Proporção de mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, conforme ocupação e situação conjugal/2002.



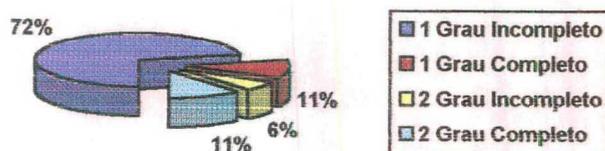
Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico mostra o predomínio de 51% de mulheres com vínculo empregatício sobre 40% de trabalhadoras do lar e 9% de aposentadas. Em relação à situação conjugal a maioria, 72% das mulheres atendidas, eram casadas, 14% eram solteiras, 11% eram separadas e 3% eram viúvas. O levantamento destes dados, possibilitou-nos concluir que a maioria eram mulheres casadas, que desempenhavam atividades remuneradas fora do lar. Estas mulheres além de representarem força de trabalho na sociedade, paralelamente administravam o lar e a família, fazendo-as exercer múltiplos papéis, caracterizando um dos estressores para a mulher que vivencia o climatério.

Isto é ratificado por Landerdahl (1997), quando refere que a inserção da mulher no mercado competitivo, tem alterado o seu perfil. Segundo ela, a passividade e aceitação estão, lentamente, cedendo lugar a inúmeros questionamentos, entre eles o direito à qualidade de vida na meia idade.

As mulheres desempenham um papel fundamental nos planos social, cultural e econômico da sociedade, segundo Costa e Lopes (2000), o que exige melhoria das condições de vida e da assistência de saúde.

Gráfico 3: Distribuição do percentual de mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, de acordo com o grau de instrução/2002.

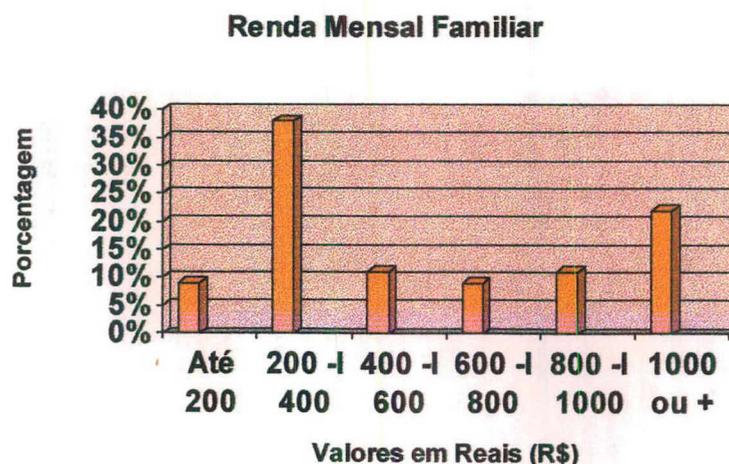


Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Conforme o gráfico, 72% das mulheres possuíam o Ensino Fundamental incompleto; 11% Ensino Fundamental completo; 6% Ensino Médio incompleto e 11%, Ensino Médio completo. Nossa percepção foi a de que o baixo grau de escolaridade interfere negativamente na interpretação das informações e na maneira como as mulheres realizam

os cuidados com sua própria saúde. Este fator é um agravante na vida da mulher climatérica, pois limita sua habilidade crítica, fazendo com que, por exemplo, a decisão sobre os recursos empregados em sua saúde fujam de seu domínio. Torna-se difícil para a mulher criticar o que é desconhecido.

Gráfico 4: Distribuição de mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, de acordo com a renda mensal familiar/2002.



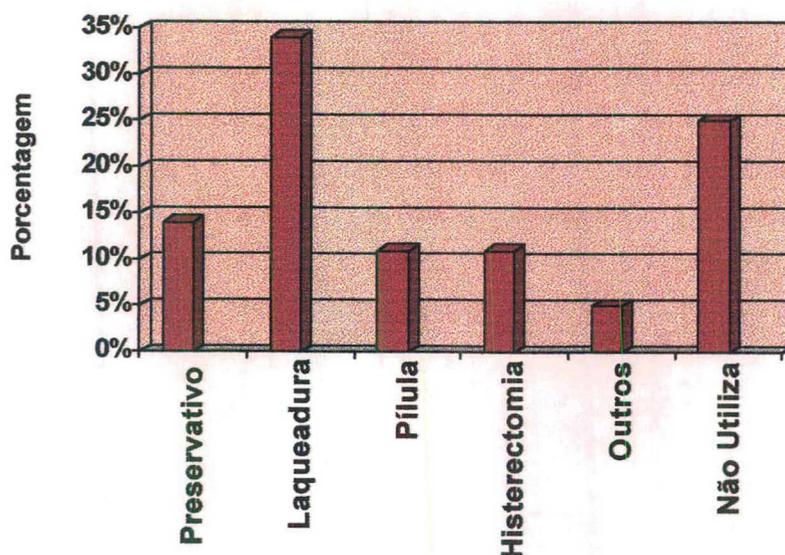
Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

De acordo com o gráfico, 9% das mulheres vivem em uma família com renda mensal de até 200 reais; 38% cuja família mensalmente ganha até 400 reais; 11% até 600%; 9% até 800 reais; 11% até 1.000 reais e 22% com renda mensal de 1.000 reais ou mais.

A situação econômica das famílias da maioria das mulheres dificultam a adoção de cuidados importantes na fase do climatério, tais como alimentação equilibrada, prática de atividades físicas, acompanhamento de saúde e atividades de lazer. Estes cuidados implicam em sua maioria em gastos, o que seria indesejado, devido ao perfil socioeconômico que se encontram a maioria das mulheres. A exemplo da sociedade brasileira, torna-se difícil empreender uma rotina que favoreça o bem-estar completo da mulher climatérica.

A mulher nesta fase vivencia perdas, como a da juventude e da capacidade reprodutiva, e que são, na verdade, apenas prerrogativas exigidas pela sociedade ainda cerceada por mitos e incongruências. Esta desvalorização econômica e social pode gerar sentimentos de frustração e conflitos, já evidenciados no período do climatério.

Gráfico 5: Distribuição de mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, conforme alguns métodos contraceptivos utilizado/2002.



Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Quanto ao método contraceptivo utilizado, 34% havia feito laqueadura e uma parcela expressiva de 25%, não utilizava nenhum método contraceptivo. De acordo com análises anteriores, as mulheres encontram-se, em sua maioria, na faixa etária que corresponde à pós-menopausa, portanto, gravidez é algo que não as preocupa mais. Outras porém não utilizam métodos contraceptivos pelo fato de estarem sem parceiro sexual ou companheiro naquela época.

Outra parcela, 14% utiliza-se do preservativo masculino como contraceptivo e também para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O contraceptivo oral era

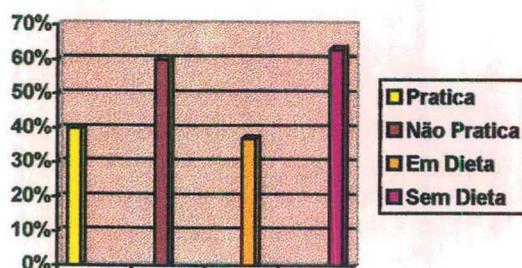
usado por 11% das mulheres. Outros tipos de métodos contraceptivos como coito interrompido e tabelinha foram mencionados por 5% das mulheres. E 11% das mulheres haviam realizado histerectomia.

Verificamos que a responsabilidade de adoção de métodos contraceptivos em sua maioria recai sobre as mulheres, que muitas vezes acaba se submetendo a um procedimento cirúrgico, pelo fato da grande maioria dos métodos contraceptivos serem de uso feminino, bem como pela falta de envolvimento dos parceiros sexuais na adoção de um método que seja o mais adequado para o casal.

Em suas falas as mulheres expressaram o quanto este fato lhes incomoda, pois sentem-se sozinhas ao decidirem sobre algo que diz respeito ao casal. Isto foi percebido quando Alecrim referiu: “O que eu posso fazer? Meu marido não quer usar camisinha de jeito nenhum, então para ele, a mulher é quem tem que se cuidar”.

Segundo Freitas et al. (1989), no período do climatério, especialmente na perimenopausa, ocorrem ciclos ovulatórios e anovulatórios, sendo assim, a ocorrência de uma gravidez não está descartada, tornando necessário o reforço educativo quanto a utilização de métodos contraceptivos.

Gráfico 6: Distribuição do percentual de mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, em relação à atividade física e dieta/2002.

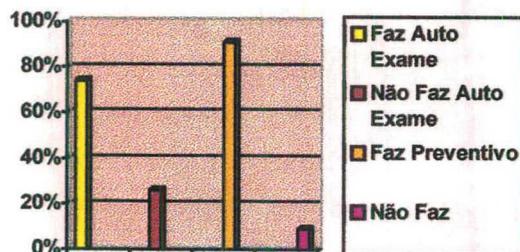


Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Conforme o gráfico apresentado, o índice de mulheres que não praticavam atividade física corresponde a 60% e as que praticavam regularmente, a 40%. A sobrecarga horária de trabalho, a falta de estímulo e de companhia, juntamente com ausência de indicação profissional para a realização de atividade física foram alguns dos fatores que impediam as mulheres de realizar atividades físicas diárias. As que realizavam referiram que na sua

maioria praticavam as mesmas, devido à indicação médica ou nutricional e não pelo fato de gostarem de realizá-las.

Gráfico 7: Distribuição das mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, em relação a realização do auto exame de mamas e do exame preventivo de câncer cérvico-uterino/2002.

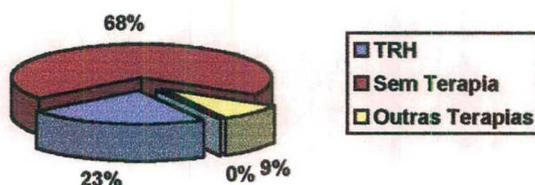


Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

De acordo com o gráfico, 74% das mulheres atendidas faziam auto exame de mamas com regularidade, sendo que a maioria não sentia dificuldades em realizá-lo, demonstrando-nos de que forma o faziam. Através da interação foi possível perceber o quanto se preocupavam com as chances de desenvolver câncer de mama. Do total de mulheres, 26% não faziam com frequência o auto exame mensal, sendo a falta de esclarecimento sobre a dinâmica do mesmo um fator relevante. Nestas ocasiões, foi possível orientar às mesmas sobre o modo adequado, período, frequência e importância da realização do auto exame.

Quanto ao exame preventivo de câncer cérvico-uterino, 91% das mulheres atendidas realizavam anualmente. Do total de mulheres, 9% não se submetiam ao exame, devido aos seguintes determinantes: medo dos procedimentos, insatisfação com o serviço de saúde e desconhecimento da importância do exame. Após uma demonstração didática sobre a dinâmica de um exame preventivo de câncer cérvico-uterino, uma das clientes atendidas concordou em agendar uma consulta ginecológica, sendo de grande importância, pois aos 36 anos de idade e mãe de 3 filhos nunca havia passado por esta avaliação.

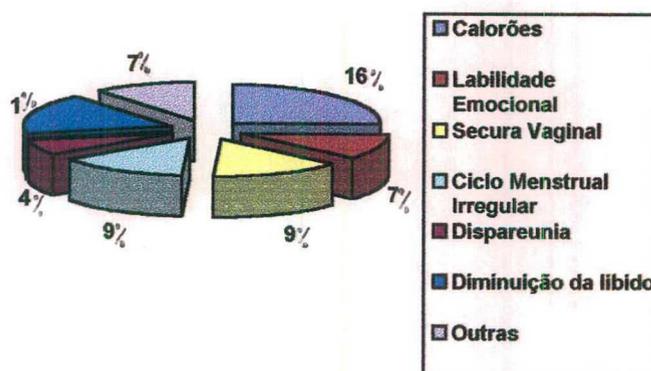
Gráfico 8: Distribuição das mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II- Florianópolis, em relação ao uso de terapia de reposição hormonal (TRH) ou outras terapias/2002.



Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Este gráfico mostra que 23% das mulheres faziam terapia de reposição hormonal, 68% não utilizavam nenhum tipo de tratamento e 9% citaram o uso de outras terapias como homeopatia e fitoterapia. Percebemos que o uso da TRH não é muito difundido entre a maioria destas mulheres desse grupo social, embora as mesmas tenham demonstrado grande interesse em conhecer a eficácia deste tratamento.

Gráfico 9: Distribuição das mulheres atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II - Florianópolis, em relação as alterações físicas e emocionais/2002.



Fonte: Instrumento para identificação do perfil das mulheres climatéricas e dos fatores que influenciam no seu bem-estar, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC

De acordo com gráfico, 26% das alterações físicas se constituíam de calorões, 14% de secura vaginal, 14% de ciclo menstrual irregular e 11% de dispareunia. Entre as alterações emocionais, 11% referiram labilidade emocional, 18% diminuição da libido e 6% das mulheres registraram outras queixas, tais como cefaléia, insônia, incontinência urinária, ressecamento da pele, aumento de peso, suores e osteoporose.

Os dados acima distribuídos confirmam o que a literatura diz, quanto a grande ocorrência de episódios de instabilidade vasomotora, atrofia vaginal, alterações na libido sexual e maior labilidade emocional, já citados anteriormente.

Desta maneira, torna-se necessário esclarecer estas mulheres, para que compreendam as modificações ocorridas nesta fase e assumam conscientemente os cuidados com a sua saúde, podendo optar pelas alternativas que lhe tragam maiores benefícios.

Objetivo específico 3

Compartilhar saberes e experiências sobre saúde, abordando temas relacionados ao climatério de acordo com as necessidades de aprendizagem das mulheres que vivenciam esta fase, individualmente ou em grupo, na sala de espera do HU e através de consulta de enfermagem e oficinas no Centro de saúde do Saco Grande II.

As atividades educativas se deram de forma individual ou coletiva. Durante as consultas, após o levantamento de dados e identificação de problemas, gradativamente fomos compartilhando conhecimentos e experiências com as clientes.

Elas expressavam seus anseios, medos e dúvidas e a maneira pela qual enfrentavam as mudanças ocorridas.

De forma coletiva, as atividades educativas e a construção do saber deram-se ao realizarmos o grupo do climatério. Ao dialogarmos com a nossa supervisora de campo do centro de saúde do Saco Grande II, percebemos que o caminho ideal para sensibilizarmos as mulheres dar-se-ia através da formação de grupos de vivências e não através de palestras. O grupo favoreceria uma melhor interação e aproximação entre os participantes, além do que facilitaria o estabelecimento de empatia e do processo de comunicação. Estes quesitos possivelmente oportunizariam o estabelecimento de transações entre os membros do grupo e de objetivos comuns. Foram realizadas duas reuniões no auditório do centro de saúde e participaram no período matutino e vespertino, respectivamente 4 e 8 mulheres. As

mesmas foram convidadas através de ligações telefônicas e durante as consultas de enfermagem.

Percebemos que as participantes do primeiro grupo compareceram novamente no segundo encontro, sendo que uma delas trouxe uma vizinha que se interessou pelo tema. As outras participantes lamentaram não terem comparecido no encontro anterior, devido aos encargos domésticos.

Após a apresentação, para dar início a interação, questionávamos se todas compreendiam a diferença entre os termos climatério e menopausa e rapidamente esclarecíamos a fisiologia da menopausa e os sinais e sintomas característicos do climatério. Em seguida, estimulávamos as mulheres a expressarem dúvidas, a citarem as alterações do climatério apresentadas para que a partir da identificação dos problemas fosse possível decidir em conjunto, quais as melhores ações e cuidados para alcançar o bem-estar. Após este momento inicial, as participantes naturalmente levantavam questões que por vezes eram respondidas por outras mulheres. Um dos momentos que mais nos marcou foi quando Anis referiu: “Ouvi dizer que na menopausa a mulher pode ficar louca. Eu tenho medo disso”. Neste momento Hortelã ressalta: “Não é verdade. Como você pode ver, passei pela menopausa e estou aqui, perfeitamente consciente. Pode ficar tranqüila”. E assim se seguiram os diálogos que tornavam-se cada vez mais interessantes. O ambiente foi propício para que se desenvolvesse a interação, sendo confirmado pelas comunicações verbais e não verbais. Havia no grupo mulheres muito diferentes. De extremamente comunicativas à outras menos, no entanto a percepção possibilitou que todas contribuíssem com seus conhecimentos em relação ao climatério e outros assuntos pertinentes. Tanto o conhecimento científico quanto o popular fizeram-se presentes e válidos, isto confirma nosso entendimento em relação ao processo educativo, no qual todos aprendem e todos ensinam. Por fim, fizemos uma análise rápida do que representou a reunião para nós.

As mulheres falaram da falta de um espaço, que pudessem compartilhar seus sentimentos e dúvidas tão freqüentes nesta fase e verbalizaram a necessidade de reivindicar a formação de um grupo específico do climatério.

Por esta razão e pelo questionamento das mulheres em relação à continuidade do grupo, levantamos a hipótese e ao mesmo tempo sugestão, dos profissionais do centro de saúde darem seqüência ao trabalho encetado. Esta proposta foi encaminhada a nossa supervisora de campo e as enfermeiras da Residência Multidisciplinar, para que fosse avaliada. Conforme reação destes profissionais, é possível que este grupo seja incluído no

programa de atenção às mulheres, no qual serão abordados assuntos relevantes à saúde da mulher, onde se inclui o climatério.

Além das atividades de grupo, outra forma de desenvolver o processo educativo de forma coletiva ocorreu através das oficinas. Estas oficinas tiveram como objetivo deixar aflorar as questões subjetivas, pois a mulher no climatério internaliza sentimentos e pensamentos que muitas vezes não são expressos, o que pode causar sofrimento emocional, e porque não dizer, já que mente e corpo se fundem harmoniosamente, também sofrimento físico.

Realizamos duas oficinas, no auditório do centro de saúde, com duração média de 02 horas. Na primeira oficina compareceram 06 mulheres, sendo que 3 delas participaram também de pelo menos uma reunião de grupo. A seguir, descreveremos cada momento da oficina.

Primeiro Momento

Sentadas, formando um círculo, nos apresentamos e explicamos sucintamente o objetivo do encontro, solicitando que cada um diga seu nome, idade e expectativas quanto à oficina.

Segundo Momento

Solicitamos que todos se levantassem, e que ao som de um ritmo dançante, tipo forró, fossem caminhando pelo ambiente, despreocupadamente, na direção que nos agradasse. Pedimos para que fossem soltando o corpo na medida em que se movimentavam. Após cerca de 5 minutos, solicitamos que escolhessem um par, o que as fez começar a dançar espontaneamente. Percebemos o quanto foi prazeroso este momento de descontração, em que muitos risos se fizeram presentes.

Terceiro Momento

Novamente sentadas em círculo, iniciamos a dinâmica intitulada “Como Sou”, que segundo Lehmann (1992), tem com objetivo auxiliar as mulheres a iniciar o processo de autoconhecimento.

Selecionamos algumas fotos que mostravam mulheres sozinhas, tristes, desamparadas, em conflito, felizes, com a família, no trabalho, etc. que poderiam ilustrar os sentimentos e

estimular a expressão verbal. As fotos foram dispostas de maneira que todas puderam ser observadas. Isto ocorreu na medida em que as mulheres se aproximaram.

Criamos um ambiente de confiança e de silêncio, para que cada uma pudesse pensar, com clareza, e escolher a foto que mais a representasse naquele momento. Depois que cada uma escolheu a sua foto, todas sentaram e continuam em silêncio.

Solicitamos para que cada mulher presente mostrasse espontaneamente a foto escolhida, explicando ao grupo os sentimentos e pensamentos que influenciaram na escolha. Cada uma mostrou a foto ao grupo e explicou de que modo aquela foto representa aquilo que ela é ou sente.

Quarto Momento

Neste momento, estimulamos a expressão e o autoconhecimento através da arte, utilizando a seguinte dinâmica:

Entregamos uma folha de papel para cada mulher, deixando à sua escolha canetas hidrocor, giz de cera, lápis de cor ou tintas. Pedimos para que dividissem o papel em 3 partes e que desenhassem espontaneamente (cerca de 10 minutos). Orientamos para que se utilizassem de palavras, caso não se sentissem à vontade para desenhar.

Solicitamos para que elas tentassem exprimir por intermédio da arte seus sentimentos em relação a como elas se vêem, como acreditam que os outros a vêem, como gostariam que as outras pessoas as vissem.

Após cerca de 10 minutos, cada mulher mostrava o seu papel e comentava a respeito.

Quinto Momento

Neste momento, foi proposto um relaxamento, elaborado por nós, que durou cerca de 20 minutos. Colocamos uma música suave, instrumental, e pedimos as mulheres que deitassem nos colchonetes distribuídos pela sala. Iniciamos este momento com o seguinte relaxamento:

Agora, feche os olhos... Procure relaxar completamente o seu corpo... entregue-o ao descanso... Comece deixando os pés soltos, livres....sinta o peso de cada um.... relaxe as pernas, o quadril, sinta o contato do seu corpo com o chão.... Respire devagar.... enchendo os pulmões de ar e soltando lentamente....Sinta o ar entrando e saindo de suas narinas... Faça isso sem pressa.... Procure relaxar a musculatura da barriga, deixando-a solta... Sinta a sua respiração mexer com esta parte do corpo... Deixe os braços livres ... descansados....

Sinta a área do seu pescoço e ombros...solte-os, relaxe... deixe a tensão desaparecer...solte a cabeça.... Respire....

Sinta o peso do seu corpo em contato com o chão.... Sinta cada parte do seu corpo relaxada.... Ao perceber ainda algum ponto de tensão, concentre-se nele. Imagine que mãos suaves e mornas acariciam e massageiam este ponto.... entregue-se a este momento, sem medos ou culpas.... esqueça de qualquer coisa que possa tirar-lhe deste sossego....

Neste momento, ainda de olhos fechados imagine-se flutuando no espaço transporte-se a um campo, uma montanha, um jardim, uma praia ... vá em pensamento a um lugar onde sua mente esteja livre e segura ... neste espaço, você está descobrindo seus sentimentos ... está livre de tensão ... está calma e em contato com sua força interior ... imagine uma luz azul penetrando por todo o seu corpo, capaz de curar qualquer coisa que não esteja bem ... deixe-se envolver por esta luz (pausa de 2 minutos)

Agora, conduza sua consciência de volta ao seu corpo lentamente ... inicie movimentando os pés ... as mãos ... quando sentir o domínio completo de seu corpo, abra os olhos com suavidade ... desperte, revigorada pela energia recebida ... se espreguice.

Estes momentos de introspecção e/ou descontração auxiliam a mulher re-encontrar o seu mundo interior, e despertar para as suas próprias percepções, muitas vezes adormecidas pelas contingências da vida. Desta maneira, acreditamos ter estimulado a sensibilidade de cada mulher, de modo a resgatar o equilíbrio emocional tantas vezes prejudicado no período do climatério, não só por determinantes biológicos, como principalmente socioculturais.

Fizemos o encerramento da oficina ligando as atividades realizadas ao período vivenciado, buscando torná-lo o mais compreensível possível.

Avaliamos a experiência como positiva, o que foi confirmado através das respostas ao instrumento de avaliação da oficina (apêndice 7), elaborado previamente e que foram respondidos no término das atividades.

A segunda oficina contou com a monitoria de uma massoterapeuta, cuja mãe participou dos grupos e da consulta de enfermagem. A profissional, embora jovem, participou da consulta sobre o climatério, a fim adquirir mais domínio sobre o assunto. A partir de nossas conversas, confirmamos a sua presença na oficina.

A profissional nos ensinou a realizar exercícios de alongamento, os quais podem ser feitos em casa, para alívio de tensões ou dores musculares e de coluna. Também realizou individualmente, massagem relaxante, por cerca de 5 minutos em cada participante. Cada

mulher deitou-se em decúbito ventral, sobre o colchonete, ouvindo uma música suave, enquanto aguardava a sua vez.

Esta segunda oficina coincidiu com o último dia de estágio, devido a isso, o encerramento consistiu em agradecimentos e despedidas, pois estávamos muito gratas a cada uma das mulheres ali presentes. Sentimos através das manifestações de carinho a grande aceitação do nosso trabalho. Conversamos novamente sobre a possibilidade do grupo do climatério permanecer como atividade permanente. Aproveitamos para comemorar o aniversário de uma das participantes, que também coincidiu com a data de nosso encontro. Além das atividades educativas no CS II do Saco Grande desenvolvemos ações junto ao HU.

A dinâmica da sala de espera no Hospital Universitário foi diferente de todo o contexto do centro de saúde.

As mulheres aguardavam pela consulta médica em um corredor onde são atendidas as clientes do setor de ginecologia geral. O mesmo corredor dá acesso ao ambulatório de pediatria e serviço de oftalmologia, o que aumentava o número de pessoas circulantes no local.

Após conferirmos a lista de clientes climatéricas, nos dirigíamos junto com a nossa supervisora de campo ao corredor de espera. Apresentávamo-nos e sucintamente explicávamos o objetivo de nosso trabalho. O diálogo iniciava indagando-se qual o motivo da consulta e a partir deste momento os diálogos se seguiam.

A sala de espera concentrava questões referentes às alterações e questões específicas ao climatério. Neste aspecto foi diferente das questões levantadas nas consultas no centro de saúde, que abrangia além do climatério, outros assuntos ligados a saúde da mulher. Os temas mais abordados foram: os calorões; pele ressecada; esquecimento; secreta vaginal; a idade em que se iniciam os sinais e sintomas; dieta indicada; importância de atividades físicas; menopausa artificial; osteoporose; o caso de quem fez histerectomia; terapia de reposição hormonal (TRH), uso de contraceptivo oral e menopausa precoce entre outros.

Em relação à TRH, que atualmente tem-se discutido muito, distribuímos uma nota de esclarecimento (anexo 7), gentilmente cedida por nossa supervisora local, na qual a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO – e a Sociedade Brasileira do Climatério esclarecem usuárias de TRH e população em geral divulgam alguns resultados de pesquisas sobre as influências da terapêutica de reposição hormonal em mulheres pós-menopausadas. Na ocasião, nossa supervisora salientou a importância das mulheres obterem o conhecimento para escolherem com segurança e

consciência a terapêutica adequada. Segundo ela, consciente significa decidir sobre seu próprio corpo e exercer autonomia sobre a sua vida.

Objetivo específico 4

Ampliar conhecimentos pessoais sobre a temática do climatério, buscando a compreensão acerca do assunto para melhor atender a esta clientela em suas reais necessidades.

Embora estivéssemos atentas para a ocorrência de algum evento específico sobre o climatério, não tomamos conhecimento da realização de nenhum. No entanto, participamos do II Curso Pré-Jornada intitulado “Medicina Alternativa – outras Racionalidades Médicas”, realizado nos dias 07 e 08 de agosto no Auditório da Reitoria – UFSC, com carga horária total de 06 horas e 30 minutos. A palavra “alternativa” nos chamou a atenção pelo fato de estarmos dando no nosso trabalho uma ênfase ao aspecto natural ao processo do climatério, buscando não focar a Terapia de Reposição Hormonal como única alternativa eficaz e viável para o tratamento dos sintomas que podem surgir no período. Agradou-nos ainda mais participar do evento, devido à palestra sobre fitoestrógenos, ministrada por uma médica chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HU – UFSC.

Neste encontro, outras formas de tratamento, consideradas como alternativas, como acupuntura, fitoterapia e homeopatia foram elucidadas, e percebemos a sua aplicabilidade na sintomatologia climatérica, embora ainda não haja estudos profundos sobre o assunto. Isto corrobora com a necessidade de expandir e realizar pesquisas e aumentar dedicação dos profissionais por esta área. A maior parte dos resultados benéficos do emprego destas terapias é obtido não de estudos e pesquisas científicas, mas sim da prática diária dos profissionais, principalmente nos ambulatórios de saúde pública e por intermédio da medicina popular, especialmente falando dos fitoterápicos, que testam a eficácia das plantas através do uso caseiro e da experimentação.

Acreditamos que, se a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher estiver debruçada de conhecimentos sobre outras alternativas de tratamento ou acompanhamento na fase do climatério, poderá fornecer a mesma um leque maior de opções, de modo que a mulher possa decidir sobre o que lhe convém, tendo como base suas crenças, seus valores e sua história de vida. Desta maneira, as mulheres climatéricas tornam-se sujeitos ativos, e não passivos, de seus cuidados com a saúde.

No transcorrer do estágio, realizamos a revisão de literatura proposta, através da qual pudemos aprofundar nosso saber sobre o assunto e melhor prestar assistência à mulher climatérica. Com isso, foi possível encontrar respostas para as dúvidas e questionamentos que surgiram durante as consultas e esclarecê-los posteriormente.

O climatério, por ser um processo que envolve determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais, deveria ser amplamente estudado para ser melhor compreendido. O que percebemos na prática é o enfoque biologicista dado pelos profissionais da saúde a esta fase, o que compartimentaliza e reduz a mulher à esquemas orgânicos, facilmente tratados tão somente pela polêmica terapia de reposição hormonal. Ao consideramos a mulher como um todo integrado, podemos identificar com maior precisão suas reais necessidades e auxiliá-las a adquirirem recursos para alcançar o bem-estar.

Objetivo específico 5

Sensibilizar os profissionais do Centro de Saúde do Saco Grande II, a respeito das questões referentes ao climatério.

A equipe do Centro de Saúde do Saco Grande foi sensibilizada através de uma estratégia diferente da proposta estabelecida anteriormente. Repensamos esta estratégia, pois percebemos que seria inviável reunir os funcionários para realizarmos palestrar ou reuniões, devido ao expediente diferente de cada um e da rotina de atendimento muitas vezes atribulada. Convidamos então as mulheres na faixa etária acima de 35 anos e demais interessadas no assunto para conversar conosco, e para nossa surpresa o resultado foi favorável. Algumas funcionárias nos procuravam espontaneamente para conversar e agendar consulta. Algumas agendaram para amigas, vizinhas e parentes.

Percebemos a grande aceitação de nosso trabalho, através do respeito e participação destas mulheres nas consultas, o que nos fez concluir que a equipe foi sensibilizada diretamente, pois encontramos no ambiente de trabalho mulheres que vivenciavam o período do climatério e que se dispuseram a colaborar e enriquecer o nosso trabalho.

Objetivo específico 6

Conhecer os serviços que prestam assistência à mulher climatérica em Florianópolis.

A assistência à mulher climatérica no Centro de Saúde e na sala de espera do Ambulatório de Tocoginecologia do HU, possibilitou-nos conhecer diferentes realidades no que diz respeito ao atendimento às mulheres climatéricas.

As mulheres atendidas no centro de saúde, em sua maioria, desconheciam o termo climatérico e seus sinais e sintomas. Tinham no entanto, dúvidas quanto à terapia de reposição hormonal e outras dúvidas referentes à saúde da mulher que não estão ligadas diretamente ao climatérico.

No ambulatório de tocoginecologia do HU, foi possível observar o quanto as mulheres questionavam especificamente sobre o climatérico. Concluímos que esta diferença se deu pelo fato destas mulheres procurem o serviço exclusivamente para atender problemas ligados ao climatérico.

Durante a sala de espera, abordou-se vários temas que na medida do possível eram compartilhados, e eram discutidas e esclarecidas e que se não fossem completamente esgotados naquele momento, ainda era oportunizado à consulta também sanar suas dúvidas ou obter maiores esclarecimentos.

Além deste serviço, em Florianópolis, temos um trabalho desenvolvido pela Policlínica de Referência Regional, onde a consulta de climatérico é realizada diariamente no setor E (ginecologia) por profissionais médicos, sendo que o tratamento instituído é a estrogenerioterapia. Este serviço funciona há cerca de 5 anos. Segundo a enfermeira, as pacientes são encaminhadas pelos centros de saúde e pelos serviços internos da policlínica. Dentre estes serviços, encontra-se o serviço de atenção à terceira idade, que envolve consultas de enfermagem em diabetes, hipertensão e osteoporose.

Através da tabela a seguir, verifica-se o número de mulheres que realizaram consulta de climatérico de janeiro à julho de 2002, neste local.

Aproveitamento de Vagas de Consultas e Retornos na PPR (Policlínica de Referência Regional) em Climatério entre os meses de janeiro e julho de 2002.

Mês	Consultas Ofertadas	Retornos Ofertados	Consultas Agendadas	Retornos Agendados	Faltosos	Total de Atendimentos
Janeiro	60	50	45	39	0	84
Fevereiro	58	52	42	48	16	74
Março	64	64	59	62	20	101
Abril	86	76	84	76	23	137
Maiο	60	56	34	52	07	79
Junho	68	64	61	63	25	99
Julho	46	44	46	37	06	77

Fonte: Central de Marcação de Consultas/PPR

Somam-se a estes serviços, o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Saúde com esta clientela.

Realizamos uma visita a Oficina de Fitoterapia Associação Vida Verde, no bairro Saco Grande II, localizada em uma edificação nos fundos da Paróquia São Francisco Xavier. A associação conta com o apoio da Arquidiocese de Florianópolis, através da Pastoral da Saúde e da própria paróquia da comunidade.

Segundo informações retiradas do registro histórico da oficina, a Pastoral da Saúde iniciou seus trabalhos em Santa Catarina em 1978, a partir da inspiração do 1º-ENEMEC (Encontro Nacional de Medicina Comunitária) ocorrido em Lins, estado de São Paulo. Logo após, em 1981, na Campanha da Fraternidade da CNBB – Saúde para Todos, foi dado o impulso de iniciar um trabalho nas comunidades com a formação de agentes comunitários de saúde. Paulatinamente, as dioceses foram introduzindo as plantas medicinais, trazendo o conhecimento popular de forma empírica.

Após uma caminhada de 10 anos, a maioria das dioceses já haviam optado pela formação de lideranças com preparo mais específico sobre o assunto. Iniciou assim as parcerias com os especialistas em fitoterapia ou estudiosos, para que fossem conhecidos o princípio ativo, as indicações e contra-indicações das plantas medicinais, bem como a utilização regionalizada das mesmas.

A oficina funciona no período vespertino, das 14:00 às 17:00 horas, e oferece à comunidade orientações a respeito do uso das plantas medicinais, bem como fornece medicamentos fitoterápicos, a preços simbólicos. O trabalho destes voluntários têm como objetivo resgatar a sabedoria popular e buscar a integração dos saberes, a fim de promover a qualidade de vida das pessoas.

Os voluntários também cultivam, ao lado da Oficina, um Horto com uma variedade de ervas e plantas medicinais, que são a base para o preparo de tinturas, pomadas, xaropes, sabonetes e chás.

Os fitoterápicos manipulados para alívio dos sintomas do climatério são:

- Composto Menopausa: amora, inhame e radichi.
- Radichi

Segundo informações verbais fornecidas por uma voluntária da Associação Vida Verde, existe uma grande procura por estes fitoterápicos, pois as mulheres que já fizeram ou fazem uso relatam alívio da sintomatologia característica do climatério, especialmente dos calorões. De acordo com a mesma, não existe uma ligação firmada entre a Pastoral e o Centro Comunitário de Saúde, embora alguns profissionais encaminhem a clientela para este serviço.

Acreditamos que talvez a falta de conhecimentos sobre a fitoterapia, aliada a uma tendência arraigada dos profissionais da área da saúde em sobrepujar a sabedoria popular façam com que este serviço não seja adequadamente valorizado, e assim permaneça sem os recursos necessários para que se aprofunde o tema.

7. ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO

7.1 Visita Domiciliária

Realizamos visita domiciliar à 04 mulheres, previamente atendidas no Centro de Saúde do Saco Grande II, através da consulta de enfermagem com enfoque no climatério. Estas visitas tiveram como objetivo dar continuidade a interação e aumentar a percepção e a eficácia das transações estabelecidas anteriormente. Esta ação também possibilitou avaliarmos a compreensão que a mulher obteve do processo experienciado e as ações que foram executadas ou que pretendem realizar para alcançar o equilíbrio físico e emocional.

Através da visita, pudemos perceber mais amplamente o contexto socioeconômico e familiar, no qual estas mulheres estão inseridas, bem como possíveis determinantes que influenciam no bem-estar destas mulheres. Desta maneira, a visita domiciliária permitiu o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, segundo King de maneira integral, seguindo-se todos as etapas preconizadas.

7.2 Organização do evento na área da saúde sobre o climatério

Foi realizada uma Mesa Redonda intitulada “O Climatério em uma Perspectiva Interdisciplinar”, em 02 de agosto de 2002, no Auditório do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, com carga horária de 04 horas. A mesa redonda foi inscrita como um evento de extensão, dentro da atividade de ensino, através do

Departamento de Apoio à Extensão. O evento foi organizado pelas acadêmicas, em conjunto com a orientadora.

A escolha dos palestrantes deu-se por indicação de alguns profissionais e de nossa orientadora, sendo o compromisso firmado através de contatos telefônicos e pessoais. No intuito de divulgar o evento, elaboramos “mosquitinhos” que foram distribuídos para todos os acadêmicos do curso de graduação em enfermagem e cartazes (apêndice 9), afixados em todos os murais do Centro de Ciências da Saúde e outros locais do campus universitário.

Divulgamos também no centro de saúde do Saco Grande II e Hospital Universitário. Para a realização do mesmo, contamos com o apoio do Departamento de Enfermagem da UFSC, que nos forneceu os certificados e auxiliou no lanche; Central de Apoio a Eventos – UFSC fornecendo-nos pastas e blocos; Livrarias Catarinense, contribuindo com canetas esferográficas e os Supermercados Comper com a doação de biscoitos para o lanche.

A mesa redonda congregou profissionais de diferentes áreas do setor saúde para discutir aspectos relevantes do climatério. Os mesmos abordaram os seguintes temas: o que é o climatério e a menopausa, quando ocorrem, sinais e sintomas deste período; cuidados com a nutrição; importância das atividades físicas; aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais que permeiam o climatério; sexualidade no climatério; formas de tratamento; função hormonal e a relação do climatério com as doenças metabólicas.

O evento contou com a participação de 88 inscritos. Dentre os profissionais da área da saúde, encontraram-se enfermeiros, médicos, farmacêuticos, técnicos e atendentes de enfermagem; estudantes dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e engenharia mecânica e também outros profissionais e comunidade.

Percebemos a relevância do tema na atualidade, devido às novas descobertas e pesquisas que estão sendo realizadas, que estimulavam à reflexão por parte da equipe interdisciplinar que assiste a mulher no climatério. O evento abriu espaço para discussões enriquecedoras e esclarecedoras, que possibilitaram o compartilhar de saberes entre os diversos profissionais de saúde e o público presente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho nos trouxe incomensurável crescimento pessoal e profissional. Cada passo que demos rumo aos nossos objetivos nos incentivou na busca de novos conhecimentos, de iniciativas, de ações para que pudéssemos concluir esta nova etapa de nossas vidas. Pudemos perceber que até mesmo os percalços foram estímulos para buscarmos o aperfeiçoamento.

Este trabalho representa um marco em nossas vidas, uma vez que nos possibilitou vivenciar de forma concreta o cotidiano do profissional enfermeiro antes mesmo da conclusão do curso. No decorrer de todo o processo oscilamos entre o medo de assumir o papel de profissional e o desejo de atuar efetivamente na condição de “quase” enfermeiro e sentimos o quanto é instigante galgar os caminhos desta profissão, mas também o quanto é desafiador exercê-la com responsabilidade e competência.

A vivência proporcionada permitiu assistir o ser humano de forma holística, pois durante todo o desenvolvimento da prática assistencial tentamos ver a mulher dentro de todas as suas dimensões e dentro de seu contexto sócio-cultural e econômico, respeitando as crenças e valores das clientes e nos comprometendo com aqueles valores e ideais que acreditamos e cultivamos.

A confiança e o estímulo da orientadora na condução do trabalho foram fatores que nos motivaram a caminhar em busca de um atendimento mais humanístico e centrado na mulher e suas necessidades.

As supervisoras de campo que possibilitaram o desenvolvimento de nossa autonomia, o que consideramos primordial na busca da autoconfiança.

A boa aceitação de nosso trabalho pelos funcionários do Centro de Saúde do Saco Grande II e Ambulatório de Tocoginecologia do HU, serviu de estímulo ao desenvolvimento de nossas atividades e nos ajudou a compreender a importância da necessidade de um trabalho conjunto e de equipe na enfermagem.

Percebemos o respeito e interesse dos profissionais pelo nosso trabalho, pela adesão destes a nossa proposta, pelos questionamentos, indicações e pelo apoio dispensado. Acreditamos que este tipo de trabalho possa servir para uma reflexão sobre a atuação destes profissionais junto a esta parcela de mulheres, que por muito tempo foi esquecida pela área de saúde. Carregamos a certeza de que uma semente foi lançada em solo ainda pouco cultivado, porém fértil e que no futuro teremos trabalhos mais concretos, envolvendo e atendendo especificamente a mulher no período do climatério.

O trabalho destacou-se por focar um tema pouco explorado, embora a clientela existente seja expressiva, exigindo dos profissionais uma atenção mais direcionada.

Destacou-se também pelo caráter inovador, uma vez que nenhum dos campos de estágio dispunha de assistência de enfermagem voltada para o climatério.

Trabalhar com mulheres que se encontravam em uma faixa etária superior à nossa, foi gratificante, interessante e enriquecedor em virtude das experiências e conhecimentos compartilhados. A interação com as clientes estabeleceu uma relação de igualdade e de responsabilidade. Ao respeitarmos o conhecimento destas mulheres as mesmas sentiram-se valorizadas e agentes de transformação, o que despertou em nós o sentimento de reciprocidade.

Neste sentido destacamos a importância do referencial teórico utilizado para guiar o nosso cuidado, centrado na interação, comunicação e transação, valorizando as relações pessoais, interpessoais e sociais, o que facilitou o desenvolvimento das ações, principalmente as atividades educativas. A experiência de trabalharmos com a teoria de Imogene King foi extremamente enriquecedora. Percebemos a sua aplicabilidade e viabilidade, pois pudemos olhar a mulher climatérica integralmente, como um ser que se relaciona consigo, com os outros e com o meio em que vive e buscar o seu bem estar e o equilíbrio.

Trabalhar com grupos permitiu compreender que a construção do saber torna-se mais agradável quando as pessoas envolvidas partilham de interesses comuns, facilitando assim a recepção e a transmissão de conhecimentos.

Compreender melhor os fatores que envolvem e influenciam o climatério, bem como os tratamentos e cuidados dispensados neste período certamente nos permitiram proporcionar um atendimento mais congruente as necessidades reais da clientela e nos incentivaram a conhecer e aprofundar nossos estudos nesta área.

Para as mulheres cremos que o desenvolvimento deste trabalho foi positivo, o que constatamos através de suas avaliações, de seus depoimentos, questionamentos, falas, adesão a proposta e principalmente porque algumas delas informaram que vão reinvidicar a continuidade as ações junto a unidade de saúde.

Estamos certas que a medida que a mulher adquire conhecimentos sobre o período da vida que está vivenciando, no caso o climatério, esta poderá decidir de forma lúcida e esclarecida, sobre os próprios cuidados de saúde, em consonância com as suas crenças, sentimentos e histórias de vida. Assim sendo, este trabalho auxiliou a esta clientela tornar-se protagonista de sua vida e ajudou-a a conhecer as possibilidades e oportunidades inerentes a este período para que ela possa vive-lo de forma mais saudável e prazerosa.

Cabe a nós, profissionais de saúde, servirmos como instrumento na construção coletiva do saber, redescobrimo a mulher neste período, ainda tão relegado e esquecido.

Finalizar uma tarefa é como pôr um ponto em uma oração. Conseqüentemente, abrimos espaço para um novo parágrafo na vida.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A. de. Reposição hormonal – controvérsias. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 58, n.4, abr.2001. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/search.asp>> . Acesso em: 15 jun. 2002.

ARIE, W. M. Y. et al. **Fitoestrogênios**. Disponível em <<http://www.usp.br/medicina/departamento/g-o/gineco/artigo022001.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2002.

BIRCK, C. M.; ROSA, M. de O.; HUNKA, R.; CIDADE, S. **Vivenciando as mudanças do climatério: uma proposta assistencial fundamentada na teoria de Dorothea Orem**. Florianópolis, 1999. 128 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. **Assistência ao climatério**. Brasília: COMIN, 1994.

CANELLA, P. Climatério: reflexões sobre a clínica e a técnica. **Revista Femina**. v. 26, n. 8, set. 1998.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1997.

COLLA, D. A.; PEREIRA, F. P.; COELHO, M. H. **Vivenciando quatro nascimentos: ser filho, ser mãe, ser pai e ser família.** Florianópolis, 2000. 45 f. Projeto de Prática Assistencial (Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

COPELAND, L. J. **Tratado de ginecologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

DAOUD, I. G. **Encontros e desencontros na existência das mulheres durante o climatério,** 2000. 178f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FORTES, J. R. de A.; HIRATA, E. S. Aspectos psiquiátricos do climatério. In: PINOTTI. **Menopausa.** São Paulo: Rocca, 1995. 41-46.

FONSECA, A. M. da et al. Terapia de reposição hormonal no climatério em situações especiais – doenças metabólicas. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: 1996. 7(1):51-54

FRAIMAN, A.P. **Menopausa – conceitos e preconceitos.** São Paulo: Hermes, 1989.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAS, E. V. de; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREITAS, F. de et al. **Rotinas de ginecologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

GAHAGAN, J. **Comportamento interpessoal e de grupo.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUIMARÃES, A.; NOVIK, P. R.; PODGAEC, S. Contra-indicações da terapia de reposição hormonal. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 3, n. 6, p. 162-165, 1995.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1993.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. 369 p.

WENTZ, A. C. Tratamento da menopausa. In: JONES, H. W.; WENTZ, A. C.; BURNETT, L. s. N. **Tratado de ginecologia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. p. 289-318.

KING, I. M. **Enfermeria como profesión: filosofía, principios y objetivos**. México: Limusa, 1984.

KLEIN, J. **O estudo de grupos**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.

LANDERDAHL, M. C. **Climatério: perda, ameaça ou desafio?** 1997. 116f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEHMANN, C.; MORÁN, P.; HINGSTON, M. **Mulher – corpo, mente, alma**. São Paulo: Edições Paulinas, 1992.

LEOPARDI, M. T. et al. A prática da enfermagem para a construção da cidadania. In: **Texto & Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 33 - 52, 1992.

LOPES, C. M. C. Atenção ao climatério: intervenções preventivas. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. p. 105-108.

LOPES, C. M. C. et al. Tratamento da menopausa com esquemas alternativos não explicitamente de natureza hormonal. **Revista Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**, n.3, nov. 2000. Disponível em: < <http://www.cibersaude.com.br/search.asp> > . Acesso em: 15 jun. 2002.

LOPES, G. P.; MONTGOMERY, M. Aspectos psicosssexuais do climatério. In: NORONHA, T. D.; LOPES, G. P.; MONTGOMERY, M. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: ALMED, 1993. p. 163-165.

LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. **Sendo mulher no climatério: uma abordagem compreensiva**. João Pessoa: Idéia, 2000.

LIBERMAN, S. Envelhecimento do sistema endócrino. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MADUREIRA, V. S. F. **Eu, você – nós: co-partícipes no educar**. 1994. 170f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MELO, N. R. de et al. **Climatério**. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/search.asp> . Acesso em: 15 jun. 2002.

MELO, N. R. de. Tratamento fitoterápico no controle clínico da mulher no climatério. **Jornal da Sogesp**, n. 26. 2001. Disponível em: < <http://www.sgjornal.jpg> > . Acesso em: 15 jun. 2002.

NASCIMENTO, E. R. P. **Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na teoria de Imogene King**, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NETO, J. S. P.; LIMA, J. C. de. Terapia de reposição hormonal (TRH) na perimenopausa. **Femina**. Outubro 2000 vol 28 n9.

NORONHA, T. D.; MONTGOMERY, M. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: ALMED, 1993.

PEDACE, A. F. Aspectos emocionais do climatério. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. p. 160-164.

PESSINI, S. A. et al. Climatério e menopausa. In: FREITAS, F. de et al. **Rotinas de ginecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. Cap. 10. p. 115-125.

ROCHA, M. L. **Assistência de enfermagem a clientes traumatológico-ortopédicos fundamentada no marco conceitual e teoria de L. King**, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, C. P. da; ALVES, K. C.; ZARDO, S. **O preventivo de câncer de mama e cérvico-uterino como uma oportunidade para estimular o autocuidado à mulher na fase climatérica**. Florianópolis, 2001. 176f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SOUZA, D. F. **A percepção das mulheres no climatério e menopausa**. Palhoça, 2002. Monografia do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - UNISUL.

SOUZA, J. F. de. **Atualidade de Paulo Freire: contribuição ao debate sobre educação na diversidade cultural**. Recife: Bagaço; Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação de Jovens e Adultos e em educação Popular da UFPE, 2001.

THIRIET, M.; KÉPÈS, S. **Mulheres de 50 anos** – como viver plenamente esta nova idade. Porto Alegre: L&PM Editores, 1994.

VIEIRA, P. M., LIZ, T. G. de; GESSER, V. L. **Climatério e sexualidade** – da realidade à possibilidade de cuidar em enfermagem. Florianópolis, 1999. 141 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

YIM, K. D. et al. Efeitos da isoflavona na síndrome do climatério. **Revista Brasileira de Medicina-Caderno**, Goiás, v.57, nov. 2000. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/search.asp>>. Acesso em: 18 jun. 2002.

ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

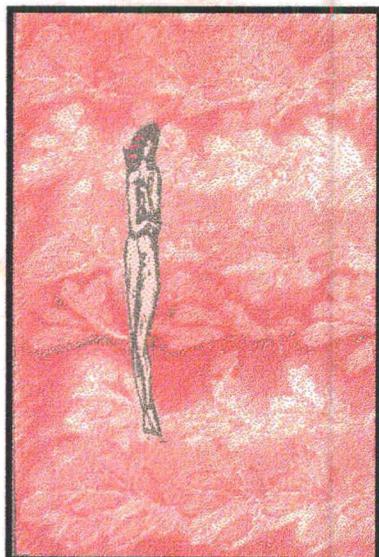
ZAMPIERI, M. de F. M. **Texto didático da IV unidade curricular**. Disciplina Atenção Primária de Saúde. Florianópolis, 2002.

10. APÊNDICES

10.1 Apêndice 1 Encaminhamentos

CLIMATÉRIO	
ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM	
NOME:	_____
PRONTUÁRIO No.	_____
Agendar na Recepção	
DATA CONSULTA: __ / __ / __	HORÁRIO: ____: ____
Ps: A consulta é parte integrante do Trabalho de Conclusão do Curso em Enfermagem – UFSC.	
Gratas pela Colaboração	
Andresa e Janaína	

10.2 Apêndice 2 Divulgação da Consulta de Enfermagem



*Vamos
Conversar
Sobre
Menopausa e
Climatério?*

*Saiba mais sobre estes assuntos
marcando uma consulta de enfermagem conosco!*

*Andresa e Janaina
Informações na Recepção*

10.3 Apêndice 3

10.3 Apêndice 3 Instrumento para Identificação do Perfil das Mulheres Climatéricas e dos Fatores que Influenciam em seu Bem-Estar

1. Identificação e Dados Complementares

Nome: _____

Idade: _____ Raça: _____ Ocupação: _____

Situação Conjugal: _____ Grau de Instrução: _____

Endereço: _____

Telefone para Contato: _____

Renda Mensal: _____

Composição Familiar: _____

2. Dados Ginecológicos e de Saúde

Idade em que ocorreu a 1^a-menstruação: _____

Data da última menstruação: _____

Regularidade do ciclo menstrual: _____

Duração do período menstrual: _____

Intensidade do fluxo menstrual: _____

Número de Gestações: _____ Número de partos/tipo: _____

Como é a sua atividade sexual? _____

Como se sente em relação a sexualidade? _____

Existe alguma dificuldade ou problema nesta área? _____

Utiliza algum método contraceptivo? _____ Qual? _____

Há quanto tempo? _____ De que modo você o utiliza? _____

Você faz o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama? _____

Qual a periodicidade? _____

Você sabe realizar o auto exame da mama? _____

Encontra alguma dificuldade na realização do mesmo? _____

Realizou algum destes exames () mamografia, () densitometria óssea
() glicemia, () colesterol? Há quanto tempo? _____

Faz uso de algum medicamento? _____ Qual? _____

Você têm hipertensão arterial, diabetes ou algum problema cardíaco? _____

Possui antecedentes familiares com alguma destas patologias? _____

É tabagista? _____ Há quanto tempo? _____ Faz uso de álcool? _____

3. Dados sobre a Alimentação e Exercícios Físicos

Você faz alguma dieta? _____ Sob orientação de algum profissional? _____

Você possui o hábito de comer frutas e verduras? _____ Com
que frequência? _____

Você sabe quais as fontes alimentares de cálcio e fibras? Cite: _____

Qual a frequência de ingestão destes alimentos? _____

Você sabe quais as fontes de gordura na sua alimentação? Cite: _____

Com que frequência você consome gordura nas refeições? _____

Você faz exercícios físicos? _____ Quais? _____

Com regularidade? _____ Qual a duração? _____

Você recebeu alguma orientação sobre os mesmos? _____

Em que ambientes são praticados os exercícios? _____

4. Aspectos Emocionais e Relacionais

Atualmente como você se sente:

Fisicamente: _____

Psicologicamente: _____

Socialmente: _____

Como mulher: _____

Como esposa: _____

Como mãe: _____

Como é o relacionamento familiar? _____

Participa de algum grupo social? _____

Você considera importante? _____

Você dispensa tempo para o lazer e o descanso? _____ O que você gosta de fazer? _____

5. Conhecimentos sobre o Climatério

Qual é o seu entendimento a respeito do climatério? _____

Você conhece os sinais e sintomas relacionados ao climatério? _____

Você tem dúvidas ou queixas a este respeito? Quais? _____

Atualmente realiza algum cuidado específico à fase que vivencia? _____

Faz uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH)? _____

Como soube da existência deste serviço? _____

10.4 Apêndice 4 Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____, estou ciente de que minha participação neste estudo irá contribuir para a realização do Projeto Assistencial intitulado: **“Vivenciando o Climatério como um Processo Natural, Segundo a Ótica de King”**, elaborado pelas Acadêmicas da 8^a fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Minha participação é voluntária, contudo, me será resguardado o anonimato.

Assinatura da Cliente

Assinatura da Acadêmica de Enfermagem

Florianópolis, _____ de _____ de 2002.

10.5 Apêndice 5 Processo de Enfermagem Completo**1. Identificação**

Nome:

Idade:

Ocupação:

Situação Conjugal:

Grau de Instrução:

Endereço:

Telefone para Contato:

Coleta de Dados	Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento	Implementação	Avaliação

10.6 Apêndice 6 Processo de Enfermagem Simplificado**1. Identificação**

Nome:

Idade:

Ocupação:

Situação Conjugal:

Grau de Instrução:

Endereço:

Telefone para Contato:

Coleta de Dados	Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento	Implementação

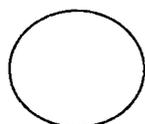
10.7 Apêndice 7 Ficha de Avaliação da Oficina

AVALIAÇÃO DA OFICINA

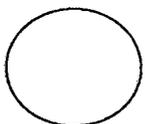
Identificação

Nome: _____ Idade: _____

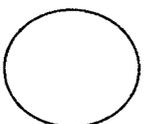
Ocupação: _____ Situação Conjugal _____



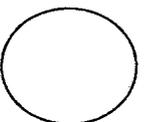
O que você achou do alongamento?



O que você achou da dinâmica “Como Sou”?



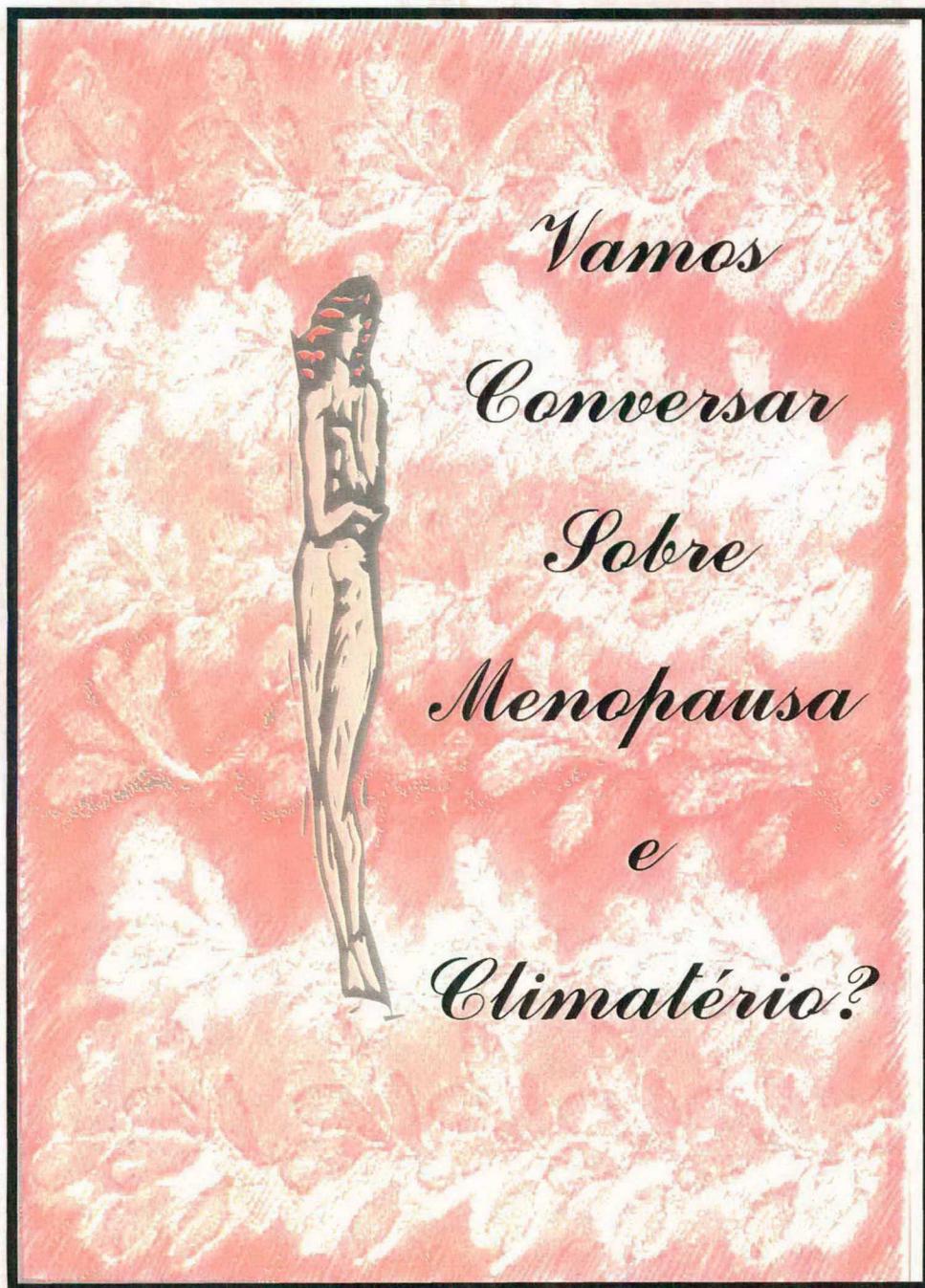
Para você, a dinâmica que envolvia pinturas e desenhos, foi:



O que você achou do relaxamento?

Avaliação Geral da Oficina / Sugestões:

10.8 Apêndice 8 Cartilha Educativa



O que é climatério?

É uma fase natural na vida da mulher, em que ocorre a passagem do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, resultante da diminuição gradual dos hormônios femininos produzidos pelos ovários (estrogênio e progesterona), podendo se estender dos 35 aos 65 anos de idade.

Neste período, podem ocorrer intensas transformações físicas, emocionais, sociais, que são vistas como saudáveis ou doentias, dependendo de como a mulher, a família e a sociedade compreendem este acontecimento.

O que é menopausa?

A menopausa, evento marcante dentro do climatério, é a última menstruação na vida da mulher. Alteração natural que ocorre aproximadamente entre os 48 e 50 anos de idade decorrente do declínio da função ovariana. É caracterizada por 12 meses seguidos sem menstruação.

Sinais e Sintomas que podem surgir no Climatério

- Ondas de calor (“fogachos” ou “calorões”) – são apresentadas por cerca de 85% das mulheres. Iniciam-se pela face e cabeça como uma sensação de calor e vermelhidão, podendo passar para o pescoço e outras partes do corpo. Cada onda de calor dura em torno de 2 a 3 minutos, estando associada a um aumento de temperatura e fluxo sanguíneo. Estes calorões são seguidos de sudorese e diminuição da temperatura corporal.
- Alterações na menstruação – os ciclos menstruais se modificam, podendo ser regulares ou irregulares até a menopausa. A menstruação aparece com intervalos cada vez maiores, podendo ficar ausente por vários meses antes de recomeçar. O fluxo menstrual pode alterar-se, tornando-se mais ou menos intenso. Nesta fase, o risco de engravidar ainda existe, por isso se desejar, a mulher deve utilizar algum método contraceptivo.

- Variações no humor – a irritabilidade, o nervosismo, ansiedade e depressão estão associados aos baixos níveis de estrogênio nas mulheres climatéricas. Os fatores sociais, culturais, familiares e pessoais também influenciam estas variações.
- Falta ou interrupção do sono – também relacionado aos baixos níveis de estrogênio pode levar a perda de memória, falta de concentração e nervosismo. O sono também é prejudicado pelas ondas de calor e suores noturnos.
- Alterações na vagina – a mulher pode apresentar secura vaginal devido a uma diminuição da lubrificação; a parede da vagina fica mais lisa e fina, perdendo sua elasticidade; a queda de estrogênio diminui a proteção natural da vagina facilitando o aparecimento de infecções cujos principais sintomas são ardência, coceira e corrimento no aparelho genital. Estas alterações podem fazer com que a mulher sinta dor durante a relação sexual.
- Alterações no aparelho urinário – o enfraquecimento da musculatura pélvica associado aos baixos níveis de estrogênio podem ocasionar urgência e vontade frequente de urinar, ocorrendo em alguns casos, perda de urina aos esforços.
- Alterações da pele – a pele perde sua elasticidade ficando mais fina, enrugada e seca. Os cabelos e pêlos ficam também mais finos.
- Aumento do peso – após a menopausa, com a diminuição do estrogênio, existe uma tendência maior ao acúmulo de gordura corporal, acentuado pela falta de atividade física.
- Sexualidade – a resposta sexual pode estar alterada pela redução dos níveis de estrógeno e progesterona, hormônios femininos, e também por fatores psicossócio-culturais. A mulher, no entanto, não perde a capacidade de manter uma vida sexual prazerosa.

Além destes sinais e sintomas, decorrentes principalmente da falta de estrogênio, existem outros que podem começar na mesma época e que a longo prazo podem tornar-se graves. São eles a osteoporose e doença cardiovascular.

- Osteoporose – há o enfraquecimento dos ossos, aumentando o risco de fraturas. A falta de estrogênio aliada a inatividade física são fatores que podem levar à osteoporose.
- Doença cardiovascular – o estrogênio ajuda a evitar alterações indesejáveis nos níveis de colesterol e também impede o acúmulo de gordura na parede dos vasos sanguíneos. Sendo assim, o risco de doença cardíaca ou circulatória aumenta nas mulheres climatéricas.

Orientações sobre Alimentação

- Para manutenção da massa óssea procure ingerir alimentos ricos em cálcio, como o leite e seus derivados (preferencialmente os desnatados, pois contém mais cálcio e menos gordura), folhas verde- escuras e sardinha.
- Procure ingerir alimentos ricos em cálcio na última refeição do dia, pois à noite a absorção de cálcio é maior.
- Consuma fibras, pois elas auxiliam o organismo a manter-se saudável, principalmente os intestinos. Estão presentes em maior quantidade nos cereais integrais, frutas e vegetais, especialmente os de cor verde. Apenas evite misturá-las com o cálcio em uma mesma refeição, pois elas dificultam a absorção do cálcio.

Evite alimentos ricos em gordura, principalmente as frituras, pois elevam o colesterol ruim (LDL), que causa a adesão de placas gordurosas nos vasos sanguíneos, além de aumentar a deposição de gordura corporal.

- Procure ingerir pouco açúcar, dando preferência aos açúcares das frutas.
- Reduza o consumo de sal, pois auxilia na prevenção e controle da hipertensão arterial.

Orientações sobre atividades Físicas

A prática de exercícios físicos, quando bem orientada, traz muitos benefícios, tanto físicos como mentais. Sabe-se que os exercícios físicos aumentam o colesterol bom (HDL), que protege os vasos sanguíneos da doença coronariana. Também favorecem a redução da gordura corporal e aumentam a massa muscular. São auxiliares no combate e prevenção da osteoporose, pois aumentam a formação do osso, principalmente quando associados a uma dieta rica em cálcio.

As atividades físicas regulares fornecem sensação de bem-estar, reduzindo a ansiedade, a tensão e a depressão.

Quando a mulher não dispõe de recursos financeiros ou de tempo para realizar atividades físicas em um local especializado, pode utilizar-se de criatividade e disposição para exercitar-se prazerosamente de outras maneiras, em casa, como dançar ao som de músicas de sua preferência, realizar atividades rotineiras cantando, utilizar cadeiras ou pesos confeccionados em casa para exercitar-se, entre outros modos de aproveitar inteligentemente os momentos do seu dia. Para que isto seja possível, a mulher deve contar com a monitoria de um profissional qualificado, que possa orientar-lhe sobre a postura, respiração, intensidade dos exercícios, modo correto de executá-los, enfim, um profissional que possa acompanhá-la periodicamente.

A seguir, algumas dicas para a prática de exercícios físicos:

- Ao realizar caminhadas, deve-se andar no mínimo 30 minutos, em velocidade maior que a usada para passear.
- Ao praticar exercícios ao ar livre, faça-os preferencialmente ao sol, em horários antes das 10:00 horas e após às 16:00 horas.
- Deve-se realizar, antes e depois dos exercícios, aquecimento e relaxamento, de 5 a 10 minutos cada.
- Realizar consulta médica antes de realizar qualquer programa intensivo de exercícios.
- Deve-se ingerir bastante líquidos e adotar dieta adequada.
- Escolher roupas confortáveis e que permitam a ventilação. Os tênis são os calçados mais indicados, devendo amortecer o impacto dos pés durante a prática das atividades.

Acompanhamento da Saúde

A mulher climatérica deve realizar um controle periódico de sua saúde, como:

- Consulta ginecológica e exame preventivo de câncer cérvico-uterino anualmente. Em mulheres acima de 50 anos, a cada 6 meses.
- Auto exame das mamas mensalmente, a partir do quinto dia após a menstruação.
- Mamografia a cada dois anos.
- Densitometria Óssea para avaliar a perda de massa óssea conforme orientação médica.
- Exame para avaliar níveis de colesterol e glicose anualmente.

Mensagem Final às mulheres climatéricas:

Embora o climatério seja uma fase em que ocorrem muitas transformações em seu corpo, em seu estado mental e emocional, pode ser uma oportunidade de autoconhecimento e amadurecimento, na qual se descobre novas possibilidades e alternativas para se viver mais e melhor, com qualidade de vida e prazer.

Ao olhar o climatério com naturalidade, é possível superar as barreiras encontradas na cultura e na sociedade que comumente valorizam os mais jovens e os mais produtivos. As mulheres podem sentir-se úteis, belas e vitoriosas, sem temer a infertilidade e o avançar da idade, pois encontrarão razões para serem, simplesmente, **MULHERES**.

Referências Bibliográficas:

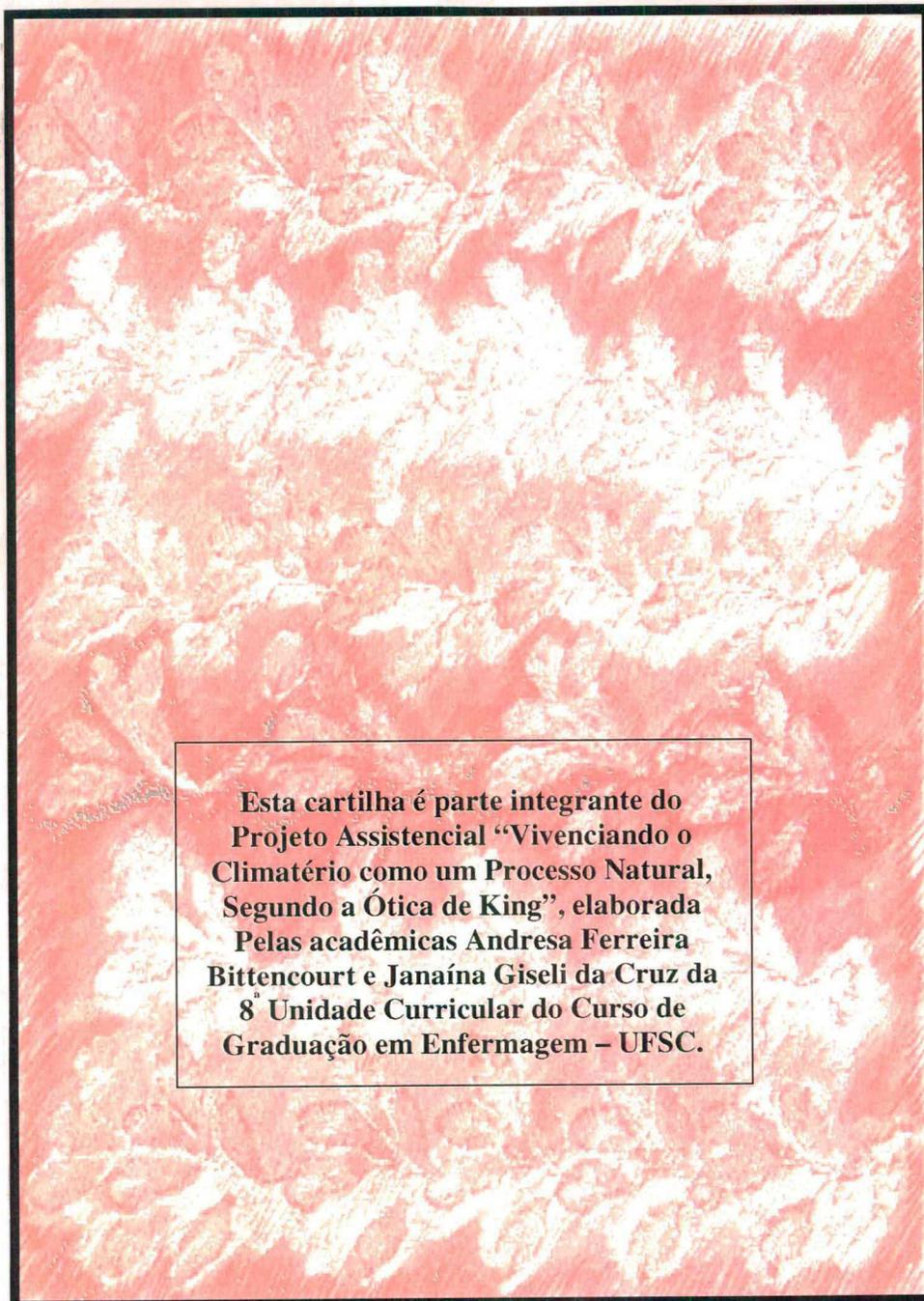
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. **Assistência ao climatério**. Brasília: COMIN, 1994.

COPELAND, L. J. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

FREITAS, F. de; KRUSE, W.; RIVOIRE, W.; MENKE, C. H. **Rotinas de ginecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

WENTZ, A. C. Tratamento da menopausa. In: JONES, H. W.; WENTZ, A. C.; BURNETT, L. s. N. **Tratado de ginecologia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. p. 289-318.

LOPES, C. M. C. Atenção ao climatério: intervenções preventivas. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. p. 105-108.



Esta cartilha é parte integrante do Projeto Assistencial “Vivenciando o Climatério como um Processo Natural, Segundo a Ótica de King”, elaborada Pelas acadêmicas Andresa Ferreira Bittencourt e Janaína Giseli da Cruz da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

10.9 Apêndice 9 Divulgação da Mesa Redonda

Participe da Mesa Redonda

“O Climatério em uma Perspectiva Interdisciplinar”

Data: 02 de agosto de 2002

Horário: 14:00 – 18:00 horas

Local: Auditório do Centro de

Ciências da Saúde - UFPE

Inscrições Gratuitas no Local

Os participantes receberão certificado



Participantes:

Miriam Lavares da Cunha Melo - Prof^ª do Dep. de Tocoginecologia da UFPE: Aspectos Fisiológicos Relacionados ao Climatério

Mariza Helena Coral - Endocrinologista; Função Hormonal - Terapia de Reposição e sua Relação com as Doenças Metabólicas

César Paulo Simionato - Médico: A Acupuntura e a Fitoterapia como Alternativas para o Tratamento dos Distúrbios do Climatério

Gabriela Ultramari - Psicóloga: Influência dos Aspectos Psicológicos e Socioculturais no Bem Estar da Mulher Climatérica.

Olga Regina Zigelli Garcia - Enfermeira: Sexualidade no Climatério

Maria da Graça Winckler Balen - Nutricionista: Nutrição no Climatério.

Marize Amorim Lopes - Prof^ª de Educação Física da UFPE - Atividade Física no Climatério.

10.10 Apêndice 10 Avaliação da Mesa Redonda

Mesa Redonda: “O Climatério em uma Perspectiva Interdisciplinar”

Ficha de Avaliação

Identificação: Profissional / Área _____

Estudante / Curso _____ Outros _____

Assinale com um “X” as carinhas, avaliando o evento quanto à:

😊 😐 😞 - Divulgação

😊 😐 😞 - Horário

😊 😐 😞 - Tema do Evento

😊 😐 😞 - Local do Evento

😊 😐 😞 - Conteúdo Abordado

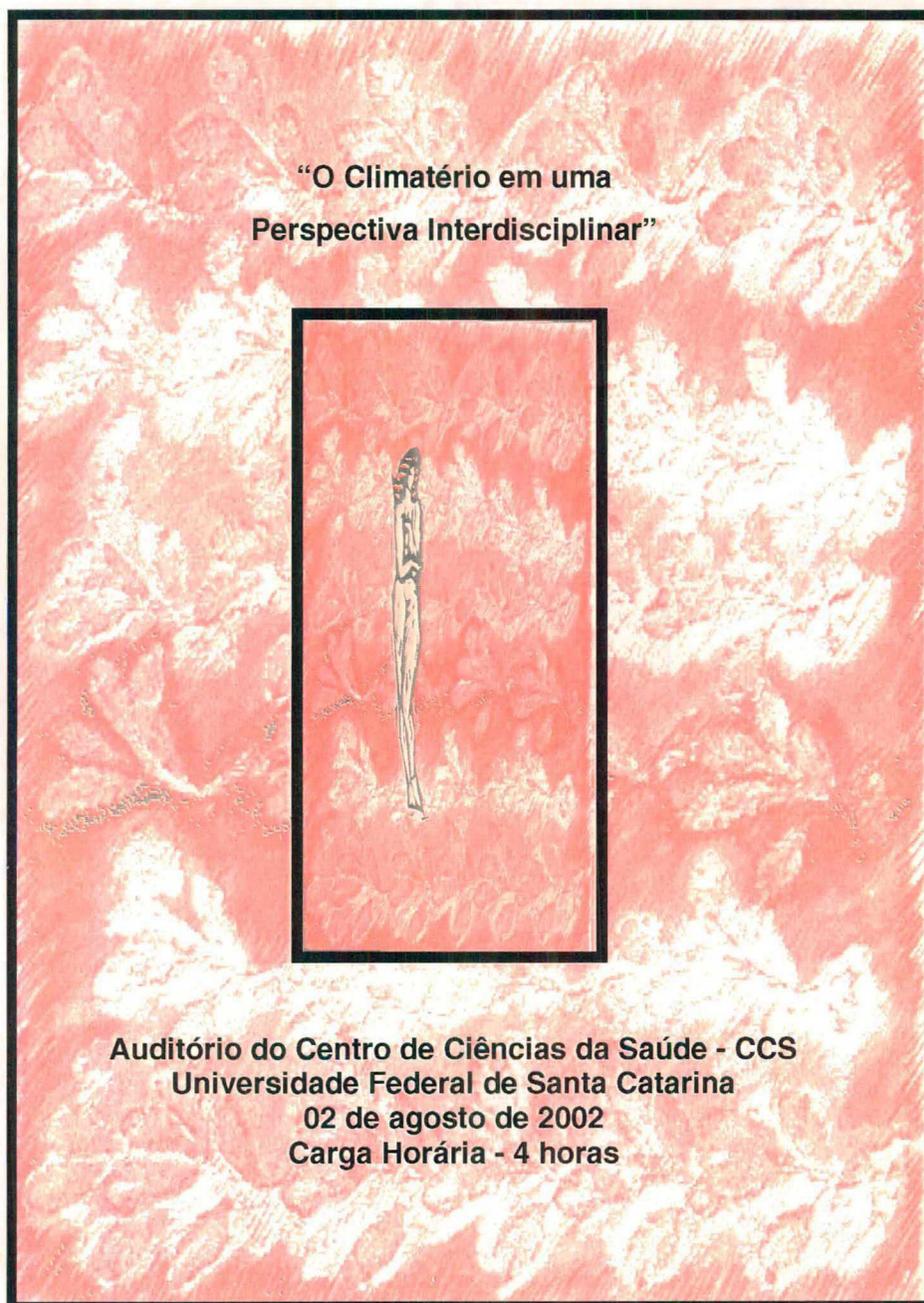
😊 😐 😞 - Recepção

😊 😐 😞 - Forma de Abordagem do Tema

😊 😐 😞 - Organização do Evento em Geral

Comentários:

10.11 Apêndice 11 Programação da Mesa Redonda



**“O Climatério em uma
Perspectiva Interdisciplinar”**

**Auditório do Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal de Santa Catarina
02 de agosto de 2002
Carga Horária - 4 horas**

Agradecimento

Este evento é parte integrante do Projeto Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem intitulado "Vivenciando o Climatério como um Processo Natural, segundo a Ótica de King", desenvolvido pelas acadêmicas Andresa Ferreira Bittencourt e Janaína Giseli da Cruz. As acadêmicas agradecem sua participação.

Objetivo

Congregar profissionais de diferentes áreas do setor saúde para discutir aspectos relevantes sobre o climatério.

Público Alvo

Comunidade universitária, profissionais da área da saúde e demais interessados.

Programação

- 14:00 – 14:10
Abertura e formação da primeira mesa
- 14:10 – 14:30
Miriam Tavares da Cunha Melo – Prof^a do Dep. de Tocoginecologia da UFSC
"Aspectos Fisiológicos Relacionados ao Climatério"
- 14:30 – 14:50
Olga Regina Zigelli Garcia – Prof^a do Dep. de Enfermagem da UFSC
"Sexualidade no Climatério"
- 14:50 – 15:10
César Paulo Simionato - Médico
"A Acupuntura e a Fitoterapia como Alternativas para o Tratamento dos Distúrbios do Climatério"

- 15: 10 – 15: 30
Mariza Helena Coral – Endocrinologista
“Função Hormonal – Terapia de Reposição e sua
Relação com as Doenças Metabólicas”
- 15: 30 – 16: 00
Debate
- 16:00 - 16:20
Coffee Break
- 16:20 - 16:25
Formação da segunda mesa
- 16:25 - 16:45
Maria da Graça Winckler Balen – Nutricionista
“Nutrição no Climatério”
- 16:45 – 17:05
Marize Amorim Lopes – Prof^a do Dep. de Educação Física
da UFSC
“Atividade Física no Climatério”
- 17:05 – 17:25
Gabriela Oltramari – Psicóloga
“Influência dos Aspectos Psicológicos e Socioculturais
para o Bem Estar da Mulher Climatérica”
- 17:25 - 17: 55
Debate

Encerramento

Organização

Andresa Ferreira Bittencourt - Ac. de Enfermagem da 8ª fase
Janaína Giseli da Cruz - Ac. de Enfermagem da 8ª fase
Maria de Fátima Mota Zampieri - Profª do Dep. de Enfermagem
e Orientadora do Projeto Assistencial
"Vivenciando o Climatério como um Processo Natural, segundo
a Ótica de King"

Apoio

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Central de Apoio à Eventos
Floricultura Dona Flor
Livrarias Catarinense
Supermercados Comper

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1

Estudo Dirigido sobre câncer cérvico-uterino e de mama elaborado por Maria da Graça Nascimento. Texto didático da disciplina de Atenção Primária de Saúde - IV Unidade Curricular de Enfermagem, 1994.

Câncer Cérvico-uterino

Magnitude do Problema

O câncer cérvico-uterino é o tipo mais comum de câncer encontrado entre as mulheres de vários países da América Latina e do Caribe. No Brasil no período de 1976 a 1980 o câncer cérvico-uterino representou na população feminina a neoplasia de maior frequência, atingindo 23,7% dos casos.

Estima-se que a cada ano, aproximadamente, uma em cada 1000 mulheres que vem destas regiões, pertencentes a faixa etária de 30 a 54 anos desenvolve um tipo de câncer cérvico-uterino. São mulheres jovens, que se encontram na fase mais ativa de suas vidas. Essas mulheres são em grande parte provenientes de níveis sócio-econômicos baixos, o que se agrava ainda mais os problemas familiares e sociais preexistentes.

Nas populações de alto risco, as mulheres de 20 a 50 anos são mais sujeitas a ocorrência de carcinoma, sendo assim, os programas de detecção devem estar voltados para esta faixa etária. No Brasil a faixa etária priorizada é a de 25 a 60 anos, com ênfase nas mulheres dessa faixa que nunca realizaram exame de detecção precoce.

Etiologia

A causa etiológica no sentido biológico do carcinoma cervical, como a de todos os outros cânceres é desconhecida. Sabe-se no entanto que é uma afecção progressiva iniciada com transformações neoplásicas intraepiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasia (leve, moderada e acentuada). Atualmente essas lesões são classificadas como neoplasias intra-

epiteliais cervicais (NIC I, II e III) sendo que NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ*.

Epidemiologia

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com: início da atividade sexual em idade precoce (menos de 20 anos); multiplicidade de parceiros; história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente decorrentes de infecções por papiloma vírus (HPV 16,18,31 e 35) e herpes vírus tipo 2 (HSV – 2); baixo nível sócio econômico; hábitos de fumar, carência nutricional a hipovitaminose A; multiparidade; higiene genital deficiente.

Todas estas variáveis caracterizam o grupo de maior risco para o câncer cérvico-uterino e devem ser considerados na determinação da população alvo.

Medidas de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

As ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino tem por finalidade evitar ou remover os fatores de risco, além do diagnóstico precoce através do rastreamento clínico de lesões pré-malignas ou malignas. O diagnóstico e o tratamento dessas lesões é feito com o uso de citologia, colposcopia e histologia. Em nível primário não especializado, o método disponível é a citologia.

Deteção por meio de citologia

A citologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas, no conteúdo cérvico-vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplásico.

O simples fato de realizar colheitas citológicas não constitui um programa de controle do câncer cérvico-uterino. Além da citologia cervical, devem ser obtidos os dados pessoais da cliente em sua primeira visita ao serviço. Esta informação permitirá além do diagnóstico e tratamento, segmento dos casos detectados. Geralmente os dados colhidos são: identificação (idade, endereço, profissão); ciclo menstrual (idade em que ocorreu a menarca, intervalo, tipo menstrual, duração do ciclo, data da última menstruação); métodos anticoncepcionais (tipo, forma de uso, quanto tempo de uso, quem indicou, efeitos colaterais); número de gestações; número de partos (espontâneos, provocados); fluxo vaginal (quanto tempo, cor, odor, quantidade, consistência, prurido, ocorrências anteriores); atividade sexual (idade de início,

número de parceiros, dor na relação, sangramento ao coito); câncer na família (quem, em que local); cirurgia ginecológica (qual, quanto tempo); cauterizações (quantas, há quanto tempo); exame de mamas (auto-exame, exame ginecológico); outras queixas.

Colheita da Amostra

As amostras para detecção do câncer cérvico-uterino podem ser tomadas por médicos e enfermeiros. As clientes devem ser instruídas para que não usem duchas ou medicamentos vaginais nas 72 horas que precedem o exame, assim como, se abstenham de relação sexual nas 24 horas que precedem o exame. As clientes não devem estar menstruadas.

Uma amostra adequada para exame citológico requer ainda que a cérvice seja exposta através de um espéculo vaginal e que se proceda um raspado no fundo do saco vaginal posterior, ectocérvice (junção escamocolunar – JEC) e endocérvice. O raspado nesses três locais caracterizam a colheita tríplice. A colheita deve ser realizada com espátula ou outro instrumento similar, constituído de material rígido e não absorvente. A lâmina com extremidade fosca permite a identificação da cliente (número de registro, nome). O esfregaço é realizado sem espessamento e fixado imediatamente com solução fixadora. Após a fixação, as lâminas já secas deverão ser adequadamente acondicionadas, de preferência em caixa de material plástico, e enviadas ao laboratório de citologia.

Para as mulheres que ainda não iniciaram atividade sexual preconiza-se a partir de 25 anos coleta de material do fundo de saco vaginal, utilizando-se para isso de pipeta (citopipeta) ou cotonete).

A escolha do número ou tamanho do espéculo deve levar em consideração a história ginecológica e obstétrica de cada cliente.

Técnica para colheita e preparo do esfregaço:

1 – Material necessário:

- Lâmina com extremidade fosca em recipiente com álcool
- Lápis preto (com ponta fina).
- Espátula de Ayres de madeira, esterelizada, empacotada individualmente.

- Espéculo esterelizado, de número compatível com a história ginecológica e/ou obstétrica da cliente.
- Gaze em folha esterelizada em pequenos pacotes.
- Solução fixadora
- Caixa para colocação de lâminas;
- Recipiente com solução desecrostante para colocação dos espéculos;
- Recipiente para colocação do material reutilizável;
- Recipiente para colocação do material inutilizável;
- Papel descartável para colocar sobre a mesa do exame;
- Avental de preferência individual;
- Mesa de exame ginecológico e escada;
- Foco de luz

2- Procedimentos:

Do enfermeiro com a cliente

Na realização da colheita de material para exame preventivo de câncer ginecológico, devem ser tomadas medidas comuns em ginecologia, com o intuito de assegurar que os achados obtidos sejam adequados e conseguir um ambiente seguro e cômodo para a cliente e o examinador.

Precauções com a cliente:

- Orientar a cliente para esvaziar a bexiga;
- Prover a cliente de roupa adequada;
- Proporcionar privacidade, utilizando biombo se necessário e cobrindo a cliente com o lençol;
- Com a cliente na mesa, explicar o procedimento para alcançar colaboração e diminuir a tensão;
- Ensinar a cliente como respirar e relaxar durante o exame;

- Posicionar adequadamente na posição ginecológica, ajudando-a a colocar os pés no estribo da mesa de exame, baixar os glúteos até que se sobressaiam um pouco da borda inferior da mesa, solicitar que relaxe os joelhos e os separe bem;

- Descrever de forma oral e escrita o que encontrar.

Do enfermeiro na execução da técnica:

- Lavar as mãos;
- Enxugar a lâmina com um pano limpo ou gaze, e na extremidade fosca colocar o número do prontuário, o nome da cliente e o tipo do material colhido (optativo);
- Colocar o espéculo.

Colocação do espéculo:

O espéculo que normalmente se utiliza consta de duas folhas ou valvas, que são introduzidas fechadas e se abrem mediante um mecanismo de parafuso no cabo.

Existem três tamanhos de espéculo: pequeno, médio e grande.

Para realizar o exame com espéculo, tem que ser seguidos os seguintes passos:

- Coloque luva descartável;
- Pegue o espéculo com as valvas fechadas;
- Com o dedo polegar e indicador separe os grandes lábios, solicitando a cliente que respire pela boca e relaxe;
- Introduza o espéculo fechado em posição oblíqua ao intróito vaginal, fazendo pressão sobre o reto, evitando assim, traumatizar a uretra e o clitóris. Tome cuidado para não machucar a pele ou puxar os pêlos com as valvas do espéculo;
- Quando as valvas estiverem na metade do canal vaginal, gire-as para que fiquem em posição horizontal, abra-as com cuidado e procure a cérvix, enquanto faz um pouco de pressão para baixo com a asa. Continue introduzindo as valvas lenta e cuidadosamente, na direção da cérvix;
- Uma vez visualizada a cérvix, fixe o espéculo fechando o parafuso, para deste modo liberar ambas as mãos;
- Colher esfregaço cérvico-vaginal.

Colheita do esfregaço:

Para colher o esfregaço cérvico-vaginal, tem que ser seguidos os seguintes passos:

- Segure a lâmina com uma das mãos, pegando-a pela borda superior (fosca) e introduza a parte arredondada da espátula de Ayres no fundo do saco vaginal posterior e faça o raspado.
 - Espalhe o material colhido no centro da lâmina fazendo um esfregaço pouco espesso, no sentido horizontal.
 - Com a outra extremidade da espátula, coloque a parte menor no orifício cervical externo, fazendo um raspado periorifical da ectocérvice (JEC). Deve-se fazer este movimento firmemente para destacar as células da mucosa, realizando a rotação de 360 graus.
 - Espalhe o material colhido sobre a amostra do fundo de saco, fazendo um esfregaço pouco espesso no sentido horizontal.
 - Para a endocérvice, introduza um cotonete umidificado com soro fisiológico no canal cervical (ou Schuab ou escova de Campos da Paz) e faça um movimento. Em seguida coloque o material sobre a mesma lâmina e faça o esfregaço (optativo). Em mulheres grávidas não é feito coleta de material citológico da endocérvice.
- Uma outra opção para o preparo dos esfregaços consiste em colocar as amostras colhidas do fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice na extremidade distal, no centro e na extremidade proximal da lâmina, respectivamente.

Fixação do esfregaço:

A fixação do esfregaço visa conservar o material colhido, mantendo as características das células, deve ser procedido imediatamente após a colheita. As técnicas recomendadas são:

Solução fixadora	Especificação
Álcool a 95%	Lâmina com material submerso no álcool a 95%, em vidro de boca larga
Poliétilenoglicol (Varbowax)	Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre, até a formação de uma película leitosa e opaca na superfície.
Propinilglicol	Borrifar a lâmina com o spray fixador, a uma distância de 20 cm.

Remover o espéculo:

Puxe lentamente o espéculo, quando estiver na metade da vagina, vá fechando as valvas, girando lentamente para que fiquem na mesma posição em que foram introduzidas.

Destino do material:

Coloque o material utilizado nos respectivos recipientes (após desencrostados, o espéculo e possíveis pinças devem ser colocadas em solução desinfetante e posteriormente esterelizadas).

Liberar a cliente para se vestir.

Lavar as mãos

Orientar a cliente sobre as medidas de prevenção e retorno.

Fazer anotações na ficha de controle do envio de lâminas para o laboratório

Troque o papel colocado sobre o lençol móvel da mesa ginecológica

Resultado da Citologia

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional.

A nomenclatura recomendada pelo Ministério da Saúde e a sugerida pela Organização Mundial de Saúde, e é a seguir apresentada:

Classificação descritiva	NIC
Negativo para células malignas Atipias inflamatórias Displasia Leve	NIC I
Displasia Moderada	NIC II
Displasia Acentuada	NIC III
<i>Carcinoma invasor</i> Carcinoma de células escamosas Adenocarcinoma Outros tipos de células (especificar) Células neoplásicas de outra origem (especificar)	NIC III

A técnica de coloração para citologia (Papanicolau) permite também identificar a microflora vaginal nos esfregaços.

Os resultados da análise da microbiologia vaginal devem acompanhar os resultados da citologia cérvico-vaginal. São assim classificados:

Tipo	Microorganismo
I	Lactobacilos com citólise sem citólise
II	Flora mista
III	Cocóide
IV	<i>Gardnerella vaginalis</i> (<i>Haemophilus vaginalis</i>)
V	<i>Leptothrix vaginalis</i>
VI	<i>Trichomonas vaginalis</i>
VII	<i>Chlamydia Trachomatis</i>
VIII	Fungos
IX	Vírus
X	Achados raros
XI	Inconclusivo

A simples presença de um microorganismo não implica em processo inflamatório, sendo necessário, para tal, que a estrutura celular apresente variações que caracterizem a inflamação.

Ações do enfermeiro no controle e prevenção do câncer cérvico-uterino:

- Orientar a população sobre as medidas preventivas existentes;
- Colher o material citológico cervical;
- Orientar individualmente a cliente;
- Registrar e controlar o retorno, nos casos de risco detectados;
- Treinar o pessoal auxiliar;
- Desenvolver pesquisas na área..

Câncer de Mama

Magnitude do Problema

O câncer de mama, é um dos mais freqüentes tumores malignos. É o maior problema de patologia mamária. Estudos epidemiológicos sobre o câncer de mama demonstram taxas de incidência e mortalidade diferentes de acordo com a população estudada. A comparação internacional das taxas de mortalidade, ajustadas à faixa etária, indicam que países como a Inglaterra, Escócia, Suécia e Estados Unidos, possuem as taxas mais altas de mortalidade, sendo que a probabilidade de uma mulher desenvolver câncer de mama no decorrer da vida, chega a uma em dez mulheres. No Brasil, os óbitos por câncer de mama representam 16% da mortalidade por neoplasia maligna, ou 2,3% de todas as causas de morte entre mulheres. Na região sudeste-sul, o câncer de mama é a maior causa de morte por neoplasia. Estes dados, combinados com a expectativa de vida da mulher ao nascer, alertam para um problema de saúde pública.

O diagnóstico e o tratamento de câncer de mama no estágio pré-invasor pode ter influência significativa na diminuição desta mortalidade. Após esses estádios o tratamento local é reduzido.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou até anos. Os nódulos ou tumores malignos são freqüentemente as primeiras manifestações do carcinoma e nesta ocasião ele já existe em torno de 7 ou 8 anos.

Esses fatos mostram a importância das ações de detecção, mais freqüentes, nas mulheres consideradas com maior risco.

Etiologia

Até o momento não se conhece os fatores etiológicos do câncer de mama.

Do ponto de vista morfológico, o câncer de mama pode ser:

- a) parenquimatoso, quando há predominância do parênquima, o tumor se apresenta como couve-flor, tendo a ulceração;
- b) do tipo esquimoso, quando há predominância do estroma conjuntivo, o tumor é duro e retrátil.

A propagação do carcinoma da mama se faz preferentemente através da rede linfática, atingindo a própria pele do órgão, a fascia muscular subjacente e os linfonodos axilares e supra claviculares, bem como os da cadeia paraesternal.

Em fase mais avançada as metástases podem comprometer outros órgãos como: pulmões, ossos, fígado, cérebro, ovários e supra-renais.

A incidência do carcinoma varia de acordo com o quadrante mamário sendo: 46% no quadrante superior externo (QSE); 27% região areolar; 13% no quadrante superior interno (QSI); 9% no quadrante inferior externo (QIE) e 5% no quadrante inferior interno (QII).

Epidemiologia

Existem fatores que atuando isoladamente ou simultaneamente, definem o grupo de risco para câncer de mama, que são: história familiar de câncer mamário; primeira gestação tardia (depois de 28 anos); nuliparidade; disfunções hormonais; história de patologia mamária benigna (displasia mamária). Fatores como obesidade; menarca precoce (antes de 16 anos); menopausa tardia; não lactação; alimentação rica em gordura e exposição a radiações ionizantes são consideradas com relativa significação epidemiológica.

Ações de Controle do Câncer de Mama

Tem como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia. Quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico, e mais longa a sobrevivência da cliente.

Para o diagnóstico de câncer de mama é necessário seguir as seguintes etapas:

1. Anamnese: tem muito valor, principalmente se a cliente referir presença de nódulo mamário, secreção sanguinolenta pela papila, ou eczema localizado nesta mesma região. A anamnese deve conter: época de menarca, época da 1ª gestação, número de partos, se amamentou menos ou mais de 20 dias, uso de anticoncepcional oral ou estrogênio-terapia, época de menopausa, câncer de mama na família e história de displasia;
2. Exame Clínico;
3. Punção Biopsia: quando identificado nódulo mamário;
4. Citologia: do líquido obtido por expressão papilar ou do derrame espontâneo;
5. Mastografia: radiografia da mama, que dá uma avaliação mais segura do nódulo;

6. Ultrassonografia: para diagnóstico diferencial entre tumor sólido e cístico;

7. Auto Exame:

Exame Clínico da Mama:

Para o exame clínico da mama costuma-se dividi-la em quatro regiões ou quadrantes e para isso, traça-se pelo mamilo uma linha vertical e uma horizontal. Esta divisão facilita a descrição dos dados encontrados.

O exame começa com a paciente sentada e é concluído com a paciente em posição deitada. Inicialmente, a paciente deve estar sentada na mesa de exames, com os braços rentes ao tórax, vestida apenas com um avental aberto na frente.

Os tempos obrigatórios do exame de mama são: a inspeção, a palpação e a expressão.

Inspeção:

É realizado com a cliente em pé ou sentada. Tem por objetivos analisar a simetria, as dimensões e a forma das mamas, das papilas e da aréola, e a presença de alterações da superfície representadas por depressões, abaulamentos, retrações da superfície da mama ou da papila, espessamento da pele (casca de laranja) e coloração. A inspeção pode ser estática ou dinâmica.

Na inspeção estática a cliente fica com os braços localizados ao longo do corpo.

A inspeção dinâmica exige procedimentos que ponham em evidência a relação da mama com os planos profundos, principalmente com a aponeurose pré-peitoral, músculo peitoral e com os planos superficiais, e é constituída pelas manobras da mama pendente, da contratura dos músculos peitorais e do estriamento dos músculos peitorais.

Manobra das mamas pendentes: com a cliente sentada, solicita-se que a mesma coloque as mãos sobre as coxas.

Manobra da contratura dos músculos peitorais : com a cliente sentada, solicita-se que a mesma, com os braços na linha da axila e com as mãos entrelaçadas, faça contrações dos músculos peitorais.

Manobra de estriamento dos músculos peitorais: com a cliente sentada solicita-se que:

- 1) com as mãos em cada lado da cintura, force os braços para trás;
- 2) com as mãos entrelaçadas, eleve os braços acima da cabeça.

Uma atenção especial deve, portanto, ser dedicada à descoberta dos seguintes sinais:

- ruptura mínima do perfil mamário, depressão ou convexidade quando a paciente realiza a inspeção dinâmica;
- a existência de uma verdadeira pele de casca de laranja, espontânea ou provocada pelo preecamento da pele;
- mamilo retraído, umbilicado, ou até mesmo inteiramente em dedo de luva, desde que seja de aparecimento recente e assimétrico.
- Ulceração ou eczema mamilar, unilateral, crônico.

Palpação:

A palpação deve ser iniciada pela mama supostamente normal. Cada mama deve ser palpada com a mão oposta, devendo o examinador pousar a outra mão sobre o ombro da cliente, ou seja, com a mão direita palpa-se a mama esquerda e com a mão esquerda palpa-se a mama direita.

Executa-se a palpação por quadrantes. O exame é feito com a face palmar dos dedos juntos, que vão percorrendo quadrante por quadrante. Concluída esta etapa, passa-se a palpação digital, realizando a manobra de Bloodood, habitualmente chamada “manobra de tocar piano sobre a mama”.

Estes manobras podem ser feitas também de maneira “radiada”, isto é, partindo da papila mamária no sentido das regiões periféricas. Através delas o examinador poderá perceber tumores de menor diâmetro. Pode também, analisar com mais precisão as características da mama (superfície, consistência) e a presença ou não de dor, relacionada a própria palpação. Se bem executados, estes procedimentos podem revelar, em mamas que não sejam muito volumosas, tumores de até 3 mm. Segundo o tamanho, os tumores podem ser classificados em: grandes (maior de 5 cm); médios (2 a 5 cm); pequenos (1 a 2 cm) e infraclínicos (menor de 1 cm).

Terminada a palpação de um lado, ainda com a paciente sentada, executam-se as mesmas manobras do outro lado.

Após esta palpação, palpam-se os grupos de linfonodos, dos quais a rede linfática das mamas é tributária. Para isto, procede-se da seguinte maneira:

Toma-se o braço da cliente com a mão homóloga do examinador (mão direita do examinador/braço direito da cliente), que é mantida em posição horizontal e apoiada sobre o braço do examinador, de modo a deixar livre o acesso ao oco axilar. Palpa-se a axila com a mão oposta, aprofundando tanto quanto possível à procura de linfonodos aumentados. Procura-se de igual maneira no outro lado.

A seguir examina-se as regiões infra-claviculares, as fossas supraclaviculares e as regiões laterais do pescoço.

Terminado o exame com a cliente sentada, passa-se à palpação da mama com a cliente deitada.

A cliente deve adotar o decúbito dorsal com as mãos atrás da cabeça e os ombros apoiados sobre um travesseiro. O examinador coloca-se atrás da cabeça, palpando cada mama com a mão homóloga ao lado que examina.

Devido ao achatamento da mama sobre o gradio costal, nesta posição evidenciam-se melhores os tumores de pequeno tamanho ou de localização mais profunda.

Expressão:

Completa-se o exame com a expressão das papilas mamárias, que deve ser realizada com os dedos e por quadrante, procurando localizar pelo tato o ducto do qual obtém-se a secreção. O aspecto da secreção varia de citrino claro ao fracamente sanguinolento. As secreções esverdeadas e sanguinolentas costumam indicar patologia dos ductos mamários, tais como papilomas ou carcinomas intraductais. Galactorréia mínima, banal na múltipara é isenta de significação patológica, contanto que não esteja associada a distúrbios do ciclo (indicada a exploração hormonal).

A descarga papilar (espontânea ou provocada) deverá ser colocada diretamente sobre uma lâmina.

Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos:

Achados Clínicos	Sugestivo de Malignidade	Sugestivo de Benignidade
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele semelhante à casca de laranja	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (papiloma)
Nódulos axilares e ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim (Fibroadenoma)
Massa tenra, renitente	Não	Sim (cisto)
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante a lactação

Ministério da Saúde. Normas e manuais técnicos. Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama. Brasília. Centro de Documentação do M. S. 1989.

O que anotar:

Em caso de alterações deverá ser anotado.

Característica da pele: se há retração, se o aspecto é ou não de casca de laranja, se há alteração na cor, edema e dor; se a temperatura está aumentada; se os mamilos apresentam erosões, crostas e descamação.

No caso da presença de nódulos: em que quadrantes se encontra; qual é o seu tamanho aproximado; qual sua forma; contorno; consistência; mobilidade e sensibilidade.

Após a comparação de uma mama com a outra, descrever qual o tamanho, forma e simetria.

Após comparar um mamilo com o outro, verificar sua posição, se há ou não retração, depressão, achatamento e desvio da papila.

Anotar se a secreção é espontânea ou provocada pela expressão da glândula mamária, qual a característica da substância encontrada.

Quanto à sensibilidade, verificar o lugar da dor, se é ou não espontânea. Os processos inflamatórios costumam ser muito dolorosos.

Periodicidade:

- . mulher com menor risco - anualmente
- . mulher com risco - semestralmente
- . mulheres que detectam anormalidade no auto exame - imediatamente

Auto Exame de Mama (AEM)

Permite a mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas.

A melhor abordagem é aquela do ensinamento prático, criando terminologia que ressalte a necessidade da mulher realizar o AEM de modo regular, cuidadoso e completo.

Etapas do auto exame das mamas:

Inspeção estática:

- a mulher deve estar em pé, desnuda, braços estendidos ao longo do tronco. Deve observar as mamas e estabelecer comparações de uma para a outra, em relação ao tamanho, posição, cor da pele, retrações ou outras alterações;

- em seguida, a mulher deve levantar os braços sobre a cabeça e fazer as mesmas comparações, observando ainda, se existe proteção de massa tumoral;
- finalmente, a mulher deve colocar as mãos nos quadris, pressionando-os, para que fique salientando o contorno das mamas. Esse procedimento evidencia retrações, que podem sugerir a presença do processo neoplásico.

Palpação:

A mulher deve deitar-se em posição cômoda e relaxada, com um braço atrás da cabeça e com o ombro sobrelevado. Às vezes é mais fácil efetuar a palpação durante o banho, pois os dedos escorregam com mais facilidade sobre a pele ensaboada, ou ainda usando um óleo. As mamas devem ser examinadas uma a uma, usando a palma e os dedos da mão contrária, movendo-os no sentido anti-horário, de forma circular da periferia para o centro. Em seguida são examinadas as regiões axilar e supraclavicular. Os sinais alarmantes da palpação são de qualquer nódulo, zonas de espessamento ou dor unilateral em região mamária, axilar ou clavicular, qualquer mudança de dimensões, estrutura ou forma em relação a auto-exames anteriores.

Expressão:

Com a mão contrária, a mulher segura a mama e desliza o polegar em direção ao mamilo. Esta manobra é feita em toda a mama.

Periodicidade:

O AEM deve ser realizado, período em que as mamas não apresentam edemas mensalmente, após a menstruação

Para mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o auto-exame na primeira semana de cada mês.

11.2 Anexo 2

NOVAK, E. R.; JONES, G. S. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

Infecções Geniturinárias e Doenças Sexualmente Transmissíveis

A vagina normal

As secreções vaginais normais são compostas de secreções vulvares das glândulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholin e de Skene; transudato da parede vaginal; células vaginais e cervicais esfoliadas; muco cervical; líquidos endometriais e do oviduto; e microorganismos e seus produtos metabólicos. O tipo e a quantidade de células esfoliadas, muco cervical e líquidos do trato genital superior são determinados por processos bioquímicos influenciados por níveis hormonais. As secreções vaginais podem aumentar no meio do ciclo menstrual, devido a um aumento da quantidade de muco cervical. Essas variações cíclicas não ocorrem quando são usados contraceptivos orais e não há ovulação.

O tecido descamativo vaginal é constituído de células epiteliais vaginais que respondem a quantidades variáveis de estrogênio e progesterona. As células superficiais, o tipo celular predominante em mulheres em idade reprodutiva, predominam quando há estimulação estrogênica. As células intermediárias predominam durante a fase lútea, devido a estimulação progestogênica. As células parabasais predominam na ausência destes hormônios, uma condição que pode ser encontrada em mulheres na pós-menopausa que não estão recebendo terapia de reposição hormonal.

A flora vaginal normal predominantemente aeróbica, com uma média de seis espécies diferentes de bactérias, sendo as mais comuns os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio. A microbiologia da vagina é determinada por fatores que afetam a capacidade de sobrevivência das bactérias. Estes fatores incluem o pH vaginal e a disponibilidade de glicose para o metabolismo bacteriano. O pH da vagina normal é menor que 4,5, que é mantido pela produção de ácido láctico. As secreções vaginais normais têm consistência flocular, cor branca e geralmente estão localizadas na porção profunda da vagina (fórnix posterior).

Infecções Vaginais

Vaginose Bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) foi previamente caracterizada como vaginite inespecífica ou vaginite por *Gardnerella*. É uma alteração da flora bacteriana vaginal normal que resulta na perda de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio e um super crescimento de bactérias predominantemente anaeróbicas (3,4). As bactérias anaeróbicas podem ser encontradas em menos de 1% da flora de mulheres normais. Entretanto, em mulheres com VB, a concentrações de anaeróbios, bem como de *Gardnerella vaginalis* e *Mycoplasma hominis*, é 100 a 1.000 vezes maior que em mulheres normais. Os lactobacilos geralmente estão ausentes.

Não se sabe o que deflagra o distúrbio da flora vaginal normal. Foi postulado que a alcalinização repetida da vagina, que ocorre com intercurso sexual freqüente ou uso de duchas, tem participação. Após o desaparecimento dos lactobacilos normais produtores de peróxido de hidrogênio, é difícil restabelecer a flora vaginal normal e é comum a recorrência de VB.

Diagnóstico

A vaginose bacteriana é diagnosticada com base nos seguintes achados:

1. Um odor vaginal de peixe, particularmente notável após o coito, e corrimento vaginal.
2. As secreções vaginais são cinza e revestem finamente as paredes vaginais.
3. O pH destas secreções é maior que 4,5 (geralmente 4,7 a 5,7).
4. A microscopia das secreções vaginais revela um número aumentado de células indicadoras, e os leucócitos estão conspicuamente ausentes. Em casos avançados de VB, mais de 20% das células epiteliais são células indicadoras.
5. A adição de KOH (hidróxido de potássio) às secreções vaginais (teste do cheiro) libera um odor de peixe semelhante ao da amina.

Tratamento

O ideal é que o tratamento da VB iniba anaeróbios, mas não lactobacilos vaginais. No tratamento são utilizados Metronidazol e Clindamicina.

Vaginite por *Trichomonas*

A vaginite por *Trichomonas* é causada pelo parasita flagelado, sexualmente transmitido, *Trichomonas vaginalis*. A taxa de transmissão é alta; 70% dos homens contraem a doença após uma única exposição a uma mulher infectada, o que sugere que a taxa de transmissão do homem para a mulher seja ainda maior. O parasita é um anaeróbio que tem a capacidade de gerar hidrogênio para se combinar ao oxigênio e criar um ambiente anaeróbico. Existe apenas na forma trofozoíta. A vaginite por *Trichomonas* freqüentemente acompanha a vaginose bacteriana, que pode ser diagnosticada em até 60% das pacientes com vaginite por *Trichomonas*.

Diagnóstico

Fatores imunes locais e o tamanho do inoculado influenciam o surgimento dos sintomas. Os sinais e sintomas podem ser muito mais leves em pacientes com um inoculado menor de *Trichomonas*, e a vaginite por *Trichomonas* freqüentemente é assintomática.

1. A vaginite por *Trichomonas* está associada a um corrimento vaginal profuso, purulento e fétido que pode ser acompanhado por prurido vulvar.
2. As secreções vaginais podem se exteriorizar da vagina.
3. Em pacientes com altas concentrações de organismos, pode-se observar um eritema vaginal em placas e colpite macular (colo “em morango”).
4. O pH das secreções vaginais geralmente é maior que 5.
5. A microscopia das secreções revela *Trichomonas* móveis e número aumentado de leucócitos.
6. Pode haver células indicadoras devido à associação comum com VB.
7. O teste do cheiro também pode ser positivo.

Tratamento

O tratamento é realizado usando-se Metronidazol. O parceiro sexual também deve ser tratado.

Candidíase Vulvovaginal

Estima-se que até 75% das mulheres sofram no mínimo 1 episódio de candidíase vulvovaginal (CVV) durante suas vidas. Quase 45 % das mulheres sofrerão 2 ou mais episódios por ano. Felizmente, poucas serão atingidas por uma infecção recorrente, crônica. A *Candida albicans* é responsável por 85 – 90 % das infecções vaginais por leveduras. Outras espécies de *Candida*, como *c. glabrata* e *c. tropicalis*, podem causar sintomas vulvovagiais e tendem a ser resistentes ao tratamento. *Candida* são fungos dimórficos que existem como blastosporos, responsáveis pela transmissão e colonização assintomática, e como micélios, que resultam da germinação do blastoporo e estimulam a colonização e facilitam a invasão tecidual. As extensas áreas de prurido e inflamação frequentemente associadas à invasão mínima das células epiteliais do trato genital inferior sugerem que uma toxina extracelular ou enzima pode participar da patogenia desta doença.

Os fatores que predis põem as mulheres ao desenvolvimento de CVV sintomática incluem o uso de antibióticos, gravidez e diabetes. Através de um mecanismo denominado “resistência à colonização”, os lactobacilos impedem o supercrescimento dos fungos oportunistas. O uso de antibióticos perturba a flora vaginal normal, diminuindo a concentração de lactobacilos e de outros componentes da flora normal e assim permitindo um suupercrescimento de fungos. A gravidez e a diabetes estão associadas a uma diminuição qualitativa na imunidade celular levando a uma maior incidência de candidíase.

Diagnóstico

Os sintomas de CVV consistem em prurido vulvar associado a um corrimento vaginal que tipicamente se assemelha a queijo de coalho.

1. O corrimento pode variar de aquoso a homogeneamente espesso. Podem ocorrer úlcera vaginal, dispareunia, queimação vulvar e irritação. Pode haver disúria externa (disúria por “borrifo”) quando a micção leva à exposição do epitélio vulvar e vestibular inflamado à urina. O exame revela eritema e edema da pele dos lábios e vulvar. Pode haver lesões periféricas pustulopapulares distintas. A vagina pode estar eritematosa, com corrimento esbranquiçado aderente. O colo parece normal.

2. O pH da vagina em pacientes com CVV geralmente é normal (< que 4,5).

3. Elementos fúngicos, sejam formas de levedura em brotamento ou micélio, solução salina geralmente são normais, embora possa haver um pequeno aumento do número de células inflamatórias em casos graves.

4. O teste do cheiro é negativo.

5. Pode ser feito um diagnóstico presuntivo, na ausência de elementos fúngicos comprovados à microscopia, se o pH e os resultados do esfregaço com solução salina forem normais. É recomendada uma cultura fúngica para confirmar o diagnóstico.

Tratamento

Drogas derivadas dos azóis, Butoconazol, Clotrimazol, Fluconazol, Miconazol, Ticonazol, Terconazol, geralmente são mais efetivas do que a nistatina.

O tratamento auxiliar com esteróide tópico fraco, como creme de hidrocortizona a 1% pode ser útil para aliviar alguns dos sintomas irritativos externos.

Vaginite Atrófica

O estrogênio desempenha um papel importante na manutenção da ecologia vaginal normal. Mulheres na menopausa, seja natural ou secundária à remoção cirúrgica dos ovários, podem desenvolver vaginite inflamatória, que pode ser acompanhada por um corrimento vaginal purulento, aumentado. Além disso, podem observar dispareunia e hemorragia pós-coito resultante da atrofia epitélia vaginal e vulvar. O exame revela atrofia da genitália externa, juntamente com uma perda das pregas vaginais. A mucosa vaginal pode estar um pouco friável em algumas áreas. A microscopia das secreções vaginais mostra um predomínio das células epiteliais parabasais e um número aumentado de leucócitos.

Este distúrbio é tratado com creme vaginal de estrogênio tópico. O uso de 1g de creme de estrogênios conjugados intravaginal diariamente, por 1-2 semanas, geralmente produz alívio.

Cervicite

O colo é constituído de dois tipos diferentes de células epiteliais: epitélio pavimentoso e epitélio glandular. A causa da inflamação cervical depende do epitélio afetado. O epitélio ectocervical pode ser inflamado pelos mesmos microorganismos responsáveis pelas vaginites. Na verdade, o epitélio pavimentoso ectocervical é uma extensão e é contínuo com o epitélio

vaginal. *Trichomonas*, *Candida* e o vírus *Herpes simplex* podem causar inflamação da ectocérvice. Inversamente, a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* infectam apenas o epitélio glandular e são responsáveis pela endocervicite mucopurulenta (CMP).

Diagnóstico

O diagnóstico da cervicite mucopurulenta baseia-se no achado de um corrimento endocervical purulento, geralmente de cor amarela ou verde e denominado “mucopus”.

1- Após a remoção das secreções ectocervicais com um grande *swab*, um pequeno *swab* de algodão é colocado no canal endocervical e o muco cervical é extraído. O *swab* de algodão é inspecionado contra o fundo branco ou preto para detectar a cor verde ou amarela do mucopus. Além disso, há edema, eritema e friabilidade da zona de ectopia (epitélio glandular). Embora possa ser difícil distinguir o edema e o eritema da endocérvice, a friabilidade ou a hemorragia facilmente induzida podem ser avaliadas tocando-se o ectrópio com um *swab* de algodão ou espátula.

2- A colocação do mucopus em uma lâmina que possa ser corada pelo Gram revelará a presença de um número aumentado de neutrófilos (>30 campos de grande aumento). Também pode ser detectada a presença de diplococos gram-negativos intracelulares, levando ao diagnóstico presuntivo de endocervicite gonocócica. Se os resultados da coloração pelo Gram forem negativos para gonococos, o diagnóstico presuntivo é CMP por *Chlamydia*.

3- Devem ser realizados testes para gonorréia (cultura em meio de Thayer-Martin) e clamídia, tais como cultura celular, teste imunoabsorvente ligado a enzimas (ELISA) (enzimas para clamídia) ou anticorpo fluorescente direto (Micro Trak). A etiologia microbiana da endocervicite é desconhecida em aproximadamente 50% dos casos nos quais não são detectados gonococos ou clamídia.

O tratamento da CMP consiste em um regime antibiótico recomendado para o tratamento de infecção não-complicada do trato genital inferior por clamídia e gonorréia. É imperativo que todos os parceiros sexuais sejam tratados com um regime antibiótico semelhante.

Tratamento para CMP por *Neisseria gonorrhoeae*:

Ceftriaxona 125 mg via intramuscular (dose única), ou

Ofloxacin 400 mg via oral (dose única), ou
Cefixima 400 mg via oral (dose única), ou
Ciprofloxacin 500 mg via oral (dose única).

Tratamento para CMP por *Chlamydia trachomatis*:

Doxiciclina 100 mg via oral 2x dia por 7 dias, ou
Azitromicina 1 g via oral (dose única), ou
Ofloxacin 300 mg via oral 2x dia por 7 dias, ou
Eritromicina base 500 mg via oral 4 x dia por 7 dias, ou
Etilsuccinato de eritromicina 800 mg via oral 4 x dia por 7 dias.

Outras Infecções Importantes

Verrugas Genitais

Os condilomas acuminados são uma manifestação de infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Os tipos de HPV 6 e 11 não oncogênicos geralmente são responsáveis pelas verrugas genitais. As verrugas tendem a ocorrer em áreas mais diretamente afetadas pelo coito, isto é, fosseta posterior e áreas laterais na vulva. Menos freqüentemente, podem ser encontradas verrugas em toda a vulva, na vagina e no colo. Pequeno trauma associado ao coito pode causar rupturas da pele vulvar, permitindo contato direto entre as partículas virais de um homem infectado e a camada basal da epiderme de sua susceptível parceira sexual. A infecção pode ser latente ou pode causar a replicação das partículas virais com a produção de uma verruga. As verrugas genitais exofíticas são altamente contagiosas; mais de 75% dos parceiros sexuais desenvolvem esta manifestação de infecção por HPV quando expostos.

O objetivo do tratamento é a remoção das verrugas; não é possível erradicar a infecção viral. O tratamento é mais bem-sucedido em pacientes com verrugas pequenas presentes há menos de 1 ano. Não foi determinado se o tratamento de verrugas genitais exofíticas reduz a transmissão de HPV. A seleção de um regime de tratamento específico depende do local anatômico, do tamanho e do número de verrugas, bem como do custo, da eficácia, da conveniência e dos possíveis efeitos adversos. As recorrências resultam mais freqüentemente da reativação de infecção subclínica que de reinfecção por um parceiro sexual; portanto, o

exame dos parceiros sexuais não é absolutamente necessário. Entretanto, muitos destes parceiros sexuais podem ter verrugas exofíticas e beneficiar-se do tratamento e aconselhamento acerca da transmissão de verrugas.

O tratamento pode ser através de crioterapia, Podofilina, Podofilox, ácido tricloroacético, eletrodessecação ou cauterio, *Laser* e Interferon.

Úlcera Genital

O diagnóstico baseado na anamnese e exame físico frequentemente é impreciso. Portanto, a avaliação de todas as mulheres com úlcera genital deve incluir um teste sorológico para sífilis. Devido às consequências do tratamento impróprio, tais como doença terciária e sífilis congênita em gestantes, os esforços de diagnóstico são para exclusão da sífilis. Um estudo ótimo da paciente com úlcera genital inclui a realização de um exame em campo escuro ou teste de imunofluorescência direta para *Treponema pallidum*, cultura ou teste com antígeno para HSV e cultura para *Haemophilus ducreyi*. Os microscópicos de campo escuro ou fluorescente e meios seletivos para cultura para *H. ducreyi* frequentemente não estão disponíveis na maioria dos consultórios e clínicas. Mesmo após testes completos, o diagnóstico permanece não confirmado em um quarto das pacientes com úlceras genitais. Por esta razão, a maioria dos clínicos baseia suas recomendações iniciais de diagnóstico e tratamento em sua impressão clínica do aspecto da úlcera genital e no conhecimento da causa mais provável em sua população de pacientes. Várias apresentações clínicas são altamente sugestivas de diagnósticos específicos:

1- Uma úlcera indolor com mínima dor à palpação, não acompanhada por linfadenopatia inguinal, provavelmente é sífilis, principalmente se a úlcera for endurecida.

Devem ser usados um teste de reagina plasmática rápida não-treponêmica (RPR) ou teste laboratorial de pesquisa de doença venérea (VDRL) e um teste treponêmico de confirmação – absorção de anticorpo treponêmico fluorescente (FTA ABS) ou micro-hemaglutinação-*Treponema pallidum* (MHA TP) quando existe o diagnóstico presuntivo de sífilis. Os resultados dos testes não treponêmicos geralmente correlacionam-se com a atividade da doença e devem ser prescritos quantitativamente.

2- Vesículas agrupadas misturas com pequenas úlceras, particularmente com uma história destas lesões, são quase patognômicas de herpes genital. Todavia, recomenda-se a confirmação laboratorial do diagnóstico, porque o diagnóstico de herpes genital é traumático para muitas mulheres, altera sua auto-imagem e afeta sua capacidade de iniciar novos relacionamentos sexuais e ter filhos. A cultura é o teste mais sensível e específico; a sensibilidade aproxima-se de 100% no estágio de vesícula e de 89% no estágio pustular e cai para apenas 33% em pacientes com úlceras. Os testes sem cultura possuem sensibilidade correspondente a aproximadamente 80% da cultura.

3- Uma a três úlceras extremamente dolorosas, acompanhadas por linfadenopatia inguinal dolorosa, provavelmente não são outra coisa além de cancróide. Isso ocorre principalmente se a adenopatia for flutuante.

4- Um bulcão inguinal acompanhado por uma ou várias úlceras é mais provavelmente cancróide. Se não houver úlcera, o diagnóstico mais provável é LGV.

Tratamento

Cancróide: Regimes recomendados para o tratamento de cancróide incluem *azitromicina*, 1 g por via oral em dose única; *ceftriaxona*, 250 mg por via intramuscular em dose única; ou *eritromicina* base, 500 mg por via oral, quatro vezes ao dia, por 7 dias. As pacientes devem ser reexaminadas 3-7 dias após o início do tratamento para assegurar a resolução gradual da úlcera genital, cuja cicatrização pode ser esperada dentro de 2 semanas, exceto se for incomumente grande.

Herpes: Um primeiro episódio de herpes genital deve ser tratado com *aciclovir*, 200 mg por via oral 5 vezes ao dia, por 7-10 dias, ou até que seja atingida resolução clínica. Embora o *aciclovir* produza controle parcial dos sinais e sintomas de herpes clínico, não erradica o vírus latente nem afeta o risco, a frequência ou a intensidade de recorrências subseqüentes após a interrupção da droga. O tratamento supressivo diário (400 mg por via oral duas vezes ao dia) reduz a frequência de recorrências de HSV em no mínimo 75% entre as pacientes com seis ou

mais recorrências de HSV por ano. O tratamento supressivo com *aciclovir* oral não elimina totalmente a eliminação viral sintomática ou assintomática ou o potencial de transmissão.

Sífilis: A *penicilina G* parenteral é a droga preferida para tratamento de todos os estágios de sífilis. A *penicilina G benzatina*, 2,4 milhões de unidades por via intramuscular em dose única, é o tratamento recomendado para adultos com sífilis primária, secundária ou latente precoce. A *reação de Jarisch-Herxheimer* é uma reação febril aguda – acompanhada por cefaléia, mialgia e outros sintomas – que pode ocorrer dentro das primeiras 24 horas após qualquer tratamento para sífilis; as pacientes devem ser advertidas desta possível reação adversa.

Sífilis latente é definida como aqueles períodos pós-infecção por *Treponema pallidum* em que as pacientes são sororreativas, mas não mostram outra evidência de doença. As pacientes com sífilis latente de duração superior a 1 ano ou de duração desconhecida devem ser tratadas com *penicilina G benzatina*, no total de 7,2 milhões de unidades, administradas como três doses de 2,4 milhões de unidades por via intramuscular cada, a intervalos de 1 semana. Todas as pacientes com sífilis latente devem ser avaliadas clinicamente para pesquisa de evidências de doença terciária (p. ex., aortite, neurosífilis, goma e irite). Os testes sorológicos não treponêmicos quantitativos devem ser repetidos em 6 meses e novamente em 12 meses. Um título inicialmente alto (>1:32) deve diminuir no mínimo quatro vezes (duas diluições) dentro de 12-24 meses.

Vírus da Imunodeficiência Humana

A infecção por HIV produz um espectro de doença que evolui de um estado assintomático até a síndrome da imunodeficiência adquirida totalmente desenvolvida (AIDS). O ritmo de progressão da doença é variável. O tempo médio entre a infecção por HIV e o desenvolvimento de AIDS é de 10 anos, com uma variação de alguns meses a mais de 12 anos. As mulheres com função imune alterada induzida pelo HVI estão sob risco aumentado de infecções tais como tuberculose (TB), pneumonia bacteriana e *Pneumocystis carinii* (PCP). Devido ao seu impacto sobre o sistema imune, o HIV afeta o diagnóstico, a avaliação, o

tratamento e o acompanhamento de muitas outras doenças e pode diminuir a eficácia da terapia antimicrobiana para algumas DSTs.

Diagnóstico

A infecção é diagnosticada com maior frequência por testes para anticorpos contra HIV 1. O teste para anticorpos começa com um teste de triagem sensível, tal como ELISA, ou ensaio rápido. Se confirmado pelo teste de Western blot ou outro teste suplementar, um resultado positivo do teste para anticorpos significa que a pessoa está infectada por HIV e é capaz de transmitir o vírus para outras pessoas. O anticorpo contra o vírus da imunodeficiência humana é detectável em mais de 95% das pacientes dentro de 6 meses após a infecção. Deve-se oferecer às mulheres com diagnóstico de qualquer DST, particularmente doença ulcerosa genital, o teste para HIV. Deve-se oferecer às mulheres em risco de DST, tais como aquelas com múltiplos parceiros sexuais ou cujos parceiros possuam múltiplos parceiros sexuais, o teste para HIV.

A avaliação inicial de uma mulher HIV-positiva inclui triagem para doenças associadas ao HIV, tais como TB e DSTs, administrações de vacinações recomendadas (hepatite B, pneumocócica e influenza) e aconselhamento comportamental e psicossocial. A neoplasia intra-epitelial está fortemente associada à infecção por HIV e foi constatado que ocorre com grande frequência em mulheres co-infectadas por HPV e HIV. A contagem de linfócitos T-CD4 é o melhor indicador laboratorial de progressão clínica, e estratégias de tratamento amplas para infecção por HIV são tipicamente estratificadas por contagem de CD4. As pacientes com contagens de CD4 de 200 a 500 células CD4/ul são mais propensas a desenvolver sintomas relacionados ao HIV e exigem intervenção clínica. As pacientes com contagens de CD4 <200 células/ul estão sob o risco aumentado de desenvolver HIV-doença complicada.

Tratamento

O tratamento da infecção por HIV e a profilaxia contra infecções oportunistas continuam a evoluir rapidamente. Atualmente, o início de terapia anti-retroviral (zidivudina (ZVD)) foi recomendada para mulheres sintomáticas com contagens de CD4 menores que 500 células/ul e para pacientes assintomáticas com contagens menores que 300 células/ul. Parece que a ZVD

retarda a progressão para a doença avançada. Além disso, pacientes com menos de 200 células T-CD4/ul ou com sintomas constitucionais devem receber profilaxia com PCP (*trimetoprim/sulfametoxazol* ou *pentamidina* em aerosol).

Infecção do Trato Urinário

Cistite Aguda

As mulheres com cistite aguda geralmente têm um início abrupto de sintomas do trato urinário intensos e múltiplos, incluindo disúria, polaciúria e urgência associadas a dor suprapúbica ou lombar. Pode ser observada dor à palpação suprapúbica, ao exame físico. A urinálise revela piúria e algumas vezes hematúria. Vários fatores aumentam o risco de cistite, incluindo intercurso sexual, uso de um diafragma e um espermicida, retardo da micção pós-coital e uma história de infecção recente do trato urinário.

A *Escherichia coli* é o patógenomais comum isolado da urina de mulheres jovens com cistite aguda, e está presente em 80% dos casos. O *Staphylococcus saprophyticus* está presente em outros 5-15% das pacientes com cistite. A fisiopatologia da cistite em mulheres envolve a colonização da vagina e uretra por bactérias coliformes do reto. Por esta razão, os efeitos de um agente antimicrobiano sobre a flora vaginal participam da erradicação da bacteriúria.

Tratamento

Altas concentrações de *trimetoprim* e as *fluoroquinolonas* nas secreções vaginais resultam na erradicação da *E. coli*, mas alteram minimamente a flora vaginal anaeróbica e microaerófila normal. O *trimetoprim/sulfametoxazol* (160-800 mg 12/12 h) ou o *trimetoprim* isolado (100 mg 12/12 h) são as escolhas ideais para um tratamento empírico de 3 dias para cistite não-complicada. As fluoroquinolonas (isto é, *ofloxacin*, 200 mg 12/12 h) também são altamente efetivas e bem toleradas em regimes de 3 dias, mas estas preparações têm maior custo que o *trimetoprim/sulfametoxazol* e geralmente devem ser reservadas para infecções recorrentes, falhas do tratamento, infecções em pacientes com alergias a outras drogas e infecções causadas por cepas resistentes a outros agentes antimicrobianos.

Em pacientes com sintomas típicos, é sugerido um estudo laboratorial abreviado seguido por tratamento empírico. O diagnóstico pode ser presumido se for detectada piúria por

microscopia ou teste para esterase leucocitária. Não é necessário urinocultura e deve ser administrado um breve curso de antibioticoterapia. Não é necessário consulta de acompanhamento ou cultura, exceto se os sintomas persistirem ou recorrerem.

Cistite Recorrente

Cerca de 20% das mulheres na pré-menopausa com um episódio inicial de cistite apresentarão infecções recorrentes. Mais de 90% destas recorrências são causadas por reinfecção exógena. A cistite recorrente deve ser documentada para excluir um microorganismo resistente. As pacientes podem ser tratadas por uma dentre três estratégias: profilaxia contínua, profilaxia pós-coital ou tratamento iniciado pela paciente quando os sintomas forem notados pela primeira vez. As mulheres na pós-menopausa também podem apresentar reinfecções freqüentes.

Uretrite

As mulheres com disúria causada por uretrite possuem um início mais gradual de sintomas leves, que podem estar associados a corrimento vaginal anormal ou a hemorragia relacionada à cervicite concomitante. As pacientes podem, também, ter um novo parceiro sexual ou apresentar dor abdominal baixa. O exame físico pode revelar a presença de cervicite mucopurulenta ou lesões herpéticas vulvovaginais. A *Chlamydia trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae* ou o herpes genital podem causar uretrite aguda. A piúria está presente à urinálise, mas é raramente observada hematúria.

Ocasionalmente, a vaginite causada por *Candida albicans* ou tricomonas está associada a disúria. Ao questionamento cuidadoso, as pacientes geralmente descrevem disúria externa, algumas vezes associada a corrimento vaginal e prurido e dispareunia. Geralmente não apresentam urgência ou polaciúria. Não há piúria e hematúria.

Pielonefrite Aguda

O espectro clínico da pielonefrite aguda não-complicada em mulheres jovens varia de septicemia por gram-negativos a uma enfermidade semelhante à cistite com dor leve no flanco. A *Escherichia coli* é responsável por mais de 80% destes casos. A microscopia da urina não-centrifugada revela piúria e bactérias gram-negativas. Deve ser realizada uma

urinocultura em todas as mulheres com suspeita de pielonefrite; devem ser realizadas hemoculturas em todas aquelas hospitalizadas, porque os resultados são positivos em 15-20% dos casos. Na ausência de náuseas e vômitos e de doença, o tratamento oral ambulatorial pode ser administrado com segurança. As pacientes com náuseas e vômitos, as com doença moderada a intensa e as que estão grávidas devem ser hospitalizadas. Os regimes de tratamento ambulatorial incluem *trimetoprim/sulfametoxazol* (160-800 mg 12/12 h) ou uma quinolona (isto é, *ofloxacin*, 200-300 mg 12/12 h) por 10-14 dias. Os esquemas de tratamento hospitalar incluem o uso de *ceftriaxona* parenteral (1-2 g/dia), *ampicilina* (1 g de 6/6 h) e *gentamicina* (principalmente se houver suspeita de espécies de enterococos) ou *aztreonam* (1 g a cada 8-12 h). Os sintomas devem desaparecer após 48-72 horas. Se a febre e a dor no flanco persistirem após 72 horas de tratamento, deve-se considerar a ultra-sonografia ou a tomografia computadorizada para excluir um abscesso perinéfrico ou intra-renal ou obstrução ureteral. Deve ser realizada uma cultura de acompanhamento 2 semanas após a conclusão do tratamento.

11.3 Anexo 3



FLORIANÓPOLIS - SAÚDE

RELATÓRIO AMBULATORIAL DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - RAAI

Nº 6306027 01

Data

IDENTIFICAÇÃO (Preenchido pela Recepção)										Matrícula do Responsável									
Nº do Cartão										Código da Unidade de Saúde									
Nome																			
Endereço															Nº				
Complemento ou Referência										CEP					Procedência				
Data Nascimento					Sexo		Encaminhado Por:					Hora de Chegada							
					1. Masculino 2. Feminino														
Necessidade do ACS Atualizar Cadastro																			

CONSULTA MÉDICA

Matrícula do Profissional										Tabela - SIA/SUS										CID-10-1					CID-10-2				
Tipo/Referenciamento										Grupo de Atenção																			

OUTRO TIPO DE CONSULTA/ATENDIMENTO

Matrícula do Profissional										Tabela - SIA/SUS										Tipo/Ref.					Grupo de Atenção									

PROCEDIMENTOS

Matrícula do Profissional										Tabela - SIA/SUS										Tabela - SIA/SUS														

VACINAS

Matrícula do Profissional										Tabela - SIA/SUS										Tipo					Tabela - SIA/SUS										Tipo				

MEDICAMENTOS/PRODUTOS FORNECIDOS

Matrícula do Profissional										Produto										Qtd.					Produto										Qtd.				

RELATÓRIO AMBULATORIAL DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL - RAAI

SOLICITAÇÃO DE SADT		Matrícula do Profissional Solicitante									
TIPO	QTD.	TIPO								QTD.	
Patologia Clínica	18	Citopatológico Cérvico Vaginal								12	
Radiodiagnóstico	20	Ultra-Sonografia Obstétrica								14	
	22	Outros								16	

NOTIFICAÇÃO

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		Código do ACS									
< 2 Anos com Diarréia nos quinze dias anteriores à Visita Domiciliar										7	
< 2 Anos com Diarréia nos quinze dias anteriores à Visita Domiciliar e usaram TRO										9	
< 2 Anos que teve Infecção Respiratória Aguda quinze dias anteriores à Visita Domiciliar										3	
MÉDICO		Código da Matrícula									
< 5 Anos que teve Pneumonia										2	
Valvulopatia Reumática em pessoa de 5 a 14 Anos 11 meses e 29 dias										6	
Acidente Vascular Cerebral - A V C										1	
Infarto Agudo do Miocárdio										4	
Doença Hipertensiva Específica de Gravidez - D H E G (forma grave)										8	
ENFERMEIRA (O)		Código da Matrícula									
Doença Hemolítica Perinatal										5	
Fratura de Colo de Femur em > 50 Anos										10	
Meningite Tuberculosa em < 5 Anos										11	
Hanseníase com Grau de Incapacidade II e III										13	
Citologia Oncótica NIC III/Carcinoma <i>In Situ</i>										15	

HOSPITALIZAÇÕES		Matrícula ou Código do Profissional									
Data	Nome	Sexo	Idade	Causa	Nome do Hospital						

ÓBITOS		Matrícula ou Código do Profissional									
Data	Nome	Sexo	Idade	Causa							

Assinatura e Carimbo da Recepção	Assinatura do Paciente ou Responsável	Horário da Saída
		: : : : : : :

11.4 Anexo 4



RELATÓRIO AMBULATORIAL DE ATIVIDADES COLETIVAS - RAAC

N.º: 23301

Data:

/ /

Florianópolis – Saúde

Unidade de Saúde			Horário da Atividade	Das	às	hs	Programação do n.º de Participantes
------------------	--	--	----------------------	-----	----	----	-------------------------------------

Matrícula dos Profissionais	Matrícula dos Profissionais	Matrícula dos Profissionais

Atividade/SIA			Tema	Grupo de Atenção	Escola	Série Escolar
---------------	--	--	------	------------------	--------	---------------

Nº	Nome do Participante	Código do Cartão	Sexo		Acompanhante	
			Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTAL DE PARTICIPANTES						

Assinatura do Profissional Responsável	Assinatura do Diretor ou Professor Quando for Escola	Assinatura de um dos Participantes quando for Outro Grupo de Atenção

ATIVIDADE/SIA (TABELA DO SIA –SUS PARA ATIVIDADES COLETIVAS) :

- 1295 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA UNIDADE- NÍVEL SUPERIOR
- 3379 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO FORA DA UNIDADE- NÍVEL SUPERIOR
- 3310 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO FORA DA UNIDADE- PSQUIATRA
- 1937 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA UNIDADE – NÍVEL MÉDIO
- 3352 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO FORA DA UNIDADE- NÍVEL MÉDIO
- 0388 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO TERAPÊUTICO
- 3573 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO TERAPÊUTICO – PSQUIATRA
- 4073 ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO FORA DA UNIDADE EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- 0329 PROCEDIMENTOS COLETIVOS EM ODONTOLOGIA
- 10009 PALESTRA
- 10010 SALA DE ESPERA

CÓDIGOS DO TEMA :

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 01 ALEITAMENTO MATERNO | 12 FITOTERAPIA |
| 02 ANSIEDADE | 13 HIGIENE BUCAL SUPERVISIONADA |
| 03 CLIMATÉRIO | 14 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL |
| 04 CONSULTA PEDIÁTRICA PRÉ-NATAL | 15 OUTROS |
| 05 DEPRESSÃO | 16 PLANEJAMENTO FAMILIAR |
| 06 DOENÇAS CRONICO DEGENER. | 17 PRÉ-NATAL |
| 07 DROGAS/ALCOOLISMO | 18 PSICOSE |
| 08 DST-AIDS | 19 PUERICULTURA |
| 09 EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 20 SEXUALIDADE |
| 10 ESCOV. E BOCHECHO COM FLUOR | 21 TERAPIAS |
| 11 EXAME EPIDEMIOLÓGICO (CPOD) | 22 VISITA MATERNIDADE |

CÓDIGOS DOS GRUPOS DE ATENÇÃO:

- 01 ACIDENTADO DO TRABALHO
- 02 ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VEÍCULO A MOTOR
- 03 ADOLESCENTES (11 a 19 ANOS)
- 04 AIDS
- 05 CLIMATÉRIO
- 06 CRIANÇAS IDADE ESCOLAR (6 A 10 ANOS)
- 07 CRIANÇAS DO " CAPITAL CRIANÇA " (0 A 5 ANOS)
- 08 DEFICIENTES (FÍSICO E OU MENTAL)
- 09 DIABÉTICO
- 10 DOENÇAS PROFISSIONAIS
- 11 DOENÇAS REUMÁTICAS
- 12 DST
- 13 GESTANTES
- 14 HANSENIASE
- 15 HIPERTENSO
- 16 IDOSO
- 17 INTEGRADO A SAÚDE DA MULHER
- 18 MULHER EM IDADE FÉRTIL
- 19 OBESOS
- 20 ONCOLOGIA
- 21 PREVENÇÃO AO CÂNCER
- 22 PUÉRPERA
- 23 SOFRIMENTO PSÍQUICO
- 24 TUBERCULOSE

11.5 Anexo 5

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO

Diagnóstico

Número do Exame

Recebido em:

 / /

Nome do Laboratório

C.G.C. do Laboratório

I - Dentro dos limites da Normalidade

- 01 - Sem Células Anormais
 02 - Alterações Celulares Benignas

Alterações Reativas e/ou Reparativas

- 03 - Inflamação
 04 - Metaplasia Escamosa
 05 - Reparação
 06 - Atrofia com Inflamação
 07 - Radiação
 08 - Outros

II - Alteração em Células Epiteliais

Em Células Escamosas

- 19 - Atipias de Significado Indeterminado
 20 - Efeito Citopático Compatível com HPV
 21 - NIC I (Displasia Leve)
 22 - NIC II (Displasia Moderada)
 23 - NIC III (Displasia Acentuada / Carcinoma "in situ")
 24 - Carcinoma Escamoso Invasor

Em Células Glandulares

- 25 - Atipias de Significado Indeterminado
 26 - Adenocarcinoma "in situ"
 27 - Adenocarcinoma invasor
 28 - Outras Neoplasias Malignas

Microbiologia

- 09 - Lactobacilos
 10 - Cocos
 11 - Bacilos
 12 - Sugestivo de Chlamydia sp
 13 - Actinomyces sp
 14 - Candida sp
 15 - Trichomonas Vaginalis
 16 - Vírus do Grupo Herpes
 17 - Gardnerella Vaginalis
 18 - Outros

III - Células Endometriais

- 29 - Presentes
 30 - Ausentes

 31 - Observações Gerais

AMOSTRA

- 32 - Satisfatória
 33 - Satisfatória mas Limitada
 34 - Insatisfatória

Data da Liberação do Resultado

 / /

Responsável pelo Resultado

CPF

11.6 Anexo 6

11.7 Anexo 7

ESCLARECIMENTO ÀS USUÁRIAS DA TERAPÊUTICA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E A POPULAÇÃO EM GERAL

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – **FEBRASGO** – e a Sociedade Brasileira do Climatério – **SOBRAC**, entidades médicas que cuidam da saúde da mulher climatérica, em virtude:

1. Das manifestações e da enorme repercussão na mídia quanto aos resultados do trabalho publicado pelo *Journal of American Medical Association* (JAMA, July 17, 2002 – Vol. 288, n.3, 321-333) do estudo denominado “*Women’s Health Initiative*” (WHI), patrocinado pelo *National Institute of Health* (NIH) dos Estados Unidos da América do Norte, sobre as influências da terapêutica de reposição hormonal em mulheres pós-menopáusicas;
2. Da grande preocupação com a saúde das mulheres nesta etapa da vida, especialmente das que estão em uso de TRH.

Acham-se no dever de prestar os seguintes esclarecimentos às usuárias de TRH e à população brasileira:

O estudo WHI reuniu, em várias cidades americanas, mais de 27.000 mulheres pós-menopáusicas com idade entre 50 e 79 anos, sendo a média etária de 63,2 anos. O objetivo primário foi avaliar os efeitos da TRH sobre o risco de infarto do miocárdio e de câncer de mama. Também se procurou verificar o risco de acidente vascular cerebral, de embolia pulmonar, de câncer colo-retal e de fratura de bacia. O tempo médio previsto de observação para este conjunto de mulheres era de 8,5 anos. As pacientes para fins do estudo planejado foram divididas em dois grupos:

Grupo 1 - Composto de pacientes que haviam retirado o útero (histerectomizadas), tratadas com Estrogênios Conjugados Equinos (ECE), nas doses de 0,625 mg/dia. Os seus resultados vêm sendo comparado com placebo (substância inativa). Os seus resultados não estão disponíveis ainda para o conhecimento público – ***Este grupo continua sendo estudado com as pacientes se mantendo dentro dos limites de segurança pré-estabelecidos pelo comitê de monitorização e segurança do estudo.***

Grupo 2 - Composto de pacientes com útero intacto, tratadas com a associação de estrogênios e progesterona, por via oral, no seguinte esquema: Estrogênios Conjugados Equinos e Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) nas respectivas doses de 0,625 e 2,5 mg/dia. Igualmente tiveram os seus resultados comparados com placebo. **Este grupo teve o seu acompanhamento interrompido após 5,2 anos de seguimento médio das pacientes pois a incidência de câncer invasivo de mama ultrapassou os limites de segurança pré-estabelecidos para as pacientes do estudo.**

Os resultados encontrados no grupo 2 (associação de estrogênios e progesterona), que sofreu interrupção na sua continuidade, foram: aumento do risco de câncer de mama (8 casos em 10.000 mulheres a cada ano) , infarto do miocárdio (7 casos em 10.000 mulheres a cada ano) acidente vascular cerebral - derrame cerebral - (8 casos em 10.000 mulheres a cada ano) e tromboembolismo venoso (8 casos em 10.000 mulheres a cada ano). De outra parte, houve diminuição do risco de fraturas (5 casos em 10.000 mulheres a cada ano) do quadril e de câncer colo-retal (6 casos em 10.000 mulheres a cada ano).

Considerações sobre o estudo

1. Deve ser levado em consideração que apenas um regime terapêutico foi utilizado, uma única dose dos hormônios foi empregada (doses convencionais) e uma única via de administração dos medicamentos foi testada. Não se analisou as vias não orais (adesivos transdérmicos, gel, implantes e via nasal). Não se avaliou os vários tipos de regimes terapêuticos disponíveis em nosso país. Analisou-se apenas o regime terapêutico que é mais empregado no país em que o estudo foi realizado. Não se levou em consideração os aspectos clínicos singulares de cada paciente que permitiriam a individualização por parte do médico do regime mais apropriado para cada caso, possibilitando, desta forma, otimizar os benefícios e reduzir os riscos.
2. O aumento do risco relativo de câncer de mama já era referido em estudos anteriores. Parece, conforme o próprio WHI mostra, depender do tempo de uso dos hormônios e do emprego concomitante e contínuo de progesterona junto com o estrogênio. O risco neste estudo só foi observado depois de um tempo médio de seguimento de 5,2 anos, o que já havia sido notado em outros estudos.
3. O grupo de mulheres no estudo WHI que estão usando apenas estrogênios não foi interrompido, pois os limites de segurança estão preservados. Os seus resultados serão divulgados em tempo oportuno.
4. Os resultados deste estudo, inquestionáveis, devem, no entanto, ficar restritos ao regime de tratamento empregado às pacientes dessa faixa etária. Não se podem extrapolar os seus resultados para todos os outros tipos de regimes terapêuticos. De igual modo, não podem ser estendidos para as mulheres que iniciam a TRH mais cedo em período mais próximo da menopausa.
5. Atualmente, existe uma tendência mundial para a administração de baixas doses de hormônios nas mulheres com maior tempo de pós-menopausa e/ou idade mais avançada, o que não foi avaliado no estudo WHI.

Parece-nos importante esclarecer que a decisão clínica de iniciar ou dar continuidade à TRH (conjunta de médico e paciente) deve levar sempre em consideração a peculiaridade de cada caso, em particular procurando-se individualizar o regime terapêutico a ser adotado, as doses e vias a serem empregadas, o tempo de utilização dos hormônios, os benefícios e os riscos desta modalidade de tratamento. Com base nos resultados publicados não parece apropriado indicar a TRH em esquema combinado e contínuo com estrogênios e progesterona, especialmente com os mesmos hormônios e as mesmas doses usadas no estudo WHI, visando a prevenção primária de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Por fim, gostaríamos de enfatizar que não existe razão para pânico. As pacientes usuárias de TRH que estejam preocupadas com o seu tratamento, devem compartilhar com os seus médicos de confiança a decisão da continuidade do seu atual regime de TRH, da eventual conveniência de mudanças ou mesmo da sua interrupção.



FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Rua Pedro de Toledo, 980 - cj.21 – São Paulo/SP – CEP- 04039-002
Av. Das Américas, 8445 – sl. 711 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro/RJ – CEP- 22793-081
Email: secretaria.executiva@febrasgo.org.br



SOBRAC – Sociedade Brasileira de Climatério
Rua Carreiro de Pedra, 98 – Chácara Stº Antônio
São Paulo/SP - CEP- 04728-020
Email: sobrac@menopausa.org.br

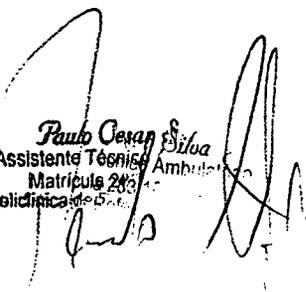
11.8 Anexo 8

Policlínica de Referência Regional

Declaração

Declaramos para os devidos fins que, as acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Andresa Ferreira Bittencourt e Janáina Giseli da Cruz, realizaram visita a esta instituição no dia 09 de agosto de 2002, com o objetivo de conhecer os serviços oferecidos às mulheres no climatério.

Florianópolis, 09 de agosto de 2002.


Paulo Cesar Silva
Assistente Técnico Ambulatório
Matrícula 243
Policlínica de Referência Regional

11.9 Anexo 9

Associação Vida Verde – Pastoral da Saúde
Saco Grande II , Florianópolis - SC

Declaração

Declaramos para os devidos fins que, as acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Andresa Ferreira Bittencourt e Janaína Giseli da Cruz, realizaram visita a este local no dia 08 de agosto de 2002, com o objetivo de conhecer os serviços oferecidos às mulheres no climatério.


Associação Vida Verde
CGC 01.098.552/0001-47

Florianópolis, 08 de agosto de 2002.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que, _____ esteve presente na Mesa Redonda "O Clima²rio em uma Perspectiva Multidisciplinar", na qualidade de participante, realizada no auditório do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 02 de agosto, com carga horária de 04 horas.

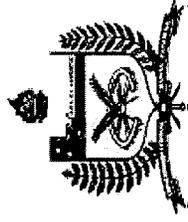
Florianópolis, 02 de agosto de 2002.

Prof. Dr.ª Vera Radúnia
Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em
Enfermagem

Prof. Msc. Maria de Fátima Mota Zappieri
Orientadora do Projeto Assistencial da VIII UC

Janaina C. de la Cruz / Andresa Ferreira Bittencourt
Acadêmicas/Comissão Organizadora

11.11 anexo 11



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que, **Andresa Ferreira Bittencourt** esteve presente na Mesa Redonda "O Clima^o em uma Perspectiva Multidisciplinar", na qualidade de coordenadora, realizada no auditório do Centro de Ciências da Saú^{de} – Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 02 de agosto, com carga horária de 04 horas.

Florianópolis, 02 de agosto de 2002.

Prof.^a Dr.^a Vera Radünz
Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em
Enfermagem

Prof.^a Msc. Maria de Fátima Mota Zampieri
Orientadora do Projeto Assistencial da VIII UC

Janaína Giseli da Cruz / Andresa Ferreira Bittencourt
Acadêmicas/Comissão Organizadora

11.12 Anexo 12



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que, **Janaina Giseli da Cruz** esteve presente na Mesa Redonda "O Climatério em uma Perspectiva Multidisciplinar", na qualidade de coordenadora, realizada no auditório do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 02 de agosto, com carga horária de 04 horas.

Florianópolis, 02 de agosto de 2002.

Prof. Dr^a. Vera Radlitz
Chefe do Departamento de Enfermagem
Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em
Enfermagem

Prof. Msc. Maria de Fátima Mota Zampieri
Orientadora do Projeto Assistencial da VIII UC

Janaina Giseli da Cruz / Andresa Ferreira Bittencourt
Acadêmicas/Comissão Organizadora

12. PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O RELATÓRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho apresenta de forma clara, objetiva e atualizada um tema de extrema relevância para as mulheres, o climatério. A escolha do tema, o local, nos quais foram desenvolvidas as atividades práticas e, o referencial utilizado estão em consonância com objetivos propostos e éticos acadêmicos. É um estudo inovador, que aborda um período de grande complexidade, envolto em tabus e mitos; considera os aspectos epidemiológicos, em relação ao aumento da expectativa de vida e, enfatiza a promoção da saúde para a vivência saudável desta fase. O estudo apresenta uma extensa revisão bibliográfica sobre o assunto que propicia a reflexão, amplia e aprofunda conhecimentos sobre este período de transição vividos pelas mulheres, o que certamente serviu, conforme relato dos resultados, como subsídios para o desenvolvimento da prática assistencial. Contempla os requisitos solicitados pela disciplina: tema, introdução, objetivos, metodologia, cronograma, resultados alcançados e conclusões finais. O texto está bem redigido, apresentando coerência e organização dos capítulos; obedece a sequência lógica e, atende os requisitos de ABNT. O referencial teórico materializou-se de acordo com a maneira de ser e de agir dos alunos junto à clientela. O trabalho reflete um grande empenho e comprometimento dos alunos c/ a clientela e instituição. Recomendo que o trabalho se transforme em artigo e seja publicado. Parabéns, municipal. Muito obrigado por compartilhar este momento c/ você. Sua estatura foi inspiradora.