

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Vivenciando as Mudanças do Climatério:
**UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL FUNDAMENTADA NA
TEORIA DE DOROTHEA OREM**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0248

Título: Vivenciando as mudanças do
climatério : uma proposta assistencial



972523092 Ac. 241418

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CRISTIANE MARA BIRCK
MAIURA DE OLIVEIRA ROSA
ROSANE HUNKA
SIMONE CIDADE**

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0248
Ex.1**

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Vivenciando as Mudanças do Climatério:

**UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL FUNDAMENTADA NA TEORIA DE
DOROTHEA OREM**

**CRISTIANE MARA BIRCK
MAIURA DE OLIVEIRA ROSA
ROSANE HUNKA
SIMONE CIDADE**

**ORIENTADORA: EVANGUELIA K. A. DOS SANTOS
SUPERVISORAS: RITA DE CÁSSIA HEINZEN A. COELHO E
JAQUELINE DE SOUZA**

*Relatório apresentado à Disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada para Conclusão do Curso
de Graduação em Enfermagem*

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

“Há dias em que sinto esta precariedade que a menopausa confere. Mulheres já me declaram que passaram por ela sem percebê-la. Eu pressenti a sua aproximação e a vi penetrar em mim como uma sombra, dedo de veludo, consistência de espuma. Não a senti insidiosa ou maligna. Tomou conta de mim delicadamente, sugando-me a umidade como uma esponja. Depois dos primeiros toques, eclodiu em descompasso. Agora aquietou-se. Seu sinal em mim é como uma ausência. Aprendo a colocar-me dentro dos meus próprios limites. Tudo isso exige uma constante atenção, um permanente perceber-se. Todo um programa de vida” (Rachel Jardim).

Agradecimentos

Agradecemos a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a conclusão deste trabalho.

Aos nossos queridos pais, pelo exemplo de coragem, luta e estímulo e por tudo que nos proporcionaram para que vencêssemos mais este desafio.

Às clientes pela colaboração e disponibilidade, tornando possível a realização do nosso trabalho.

Às colegas da turma que souberam nos ouvir, nos incentivando e trocando experiências, transmitindo-nos estímulos e coragem.

À orientadora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, pelo incentivo, por ter acreditado em nós, guiando-nos com sabedoria, paciência e carinho no decorrer desta trajetória.

Às supervisoras Jaqueline de Souza e Rita de Cássia Heinzen Almeida Coelho pela liberdade de atuação e apoio dado em todas as nossas atividades.

À Maternidade Carmela Dutra, em especial às funcionárias do Ambulatório e Unidade de Internação V e aquelas que participaram de nossas atividades educativas.

À psicóloga Cristine Kassick pela disponibilidade, gentileza, sensibilidade, respeito e por promover valiosas reflexões.

À Luzia pelo compromisso, responsabilidade e competência na digitação deste trabalho.

Ao nosso amigo Everaldo Félix pela paciência e disponibilidade para confecção do nosso material didático.

Aos nossos (as) amigos (as) e namorados pelo incentivo, companheirismo e compreensão nas horas de ausência.

À Zé, Dinha e Gerson pela ajuda e momentos de descontração que nos proporcionaram.

À Prof^a. Maria de Lourdes Cardoso pela atenção, idéias inovadoras que tanto ajudaram, e, principalmente por acreditar em nosso potencial.

À Dra. Miriam C. Mello pela contribuição com excelente material bibliográfico.

À Deus, força infinita, pelo dom da vida e por nos guiar e iluminar nossos caminhos.

Resumo

Este trabalho descreve e analisa uma prática assistencial com mulheres na fase do climatério implementando o marco conceitual através do Processo de Enfermagem, sendo estes fundamentados na teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem e adaptado por Santos (1991). O Processo de Enfermagem fundamentado na teoria de Orem divide-se em três etapas: diagnóstico e prescrição; projeção e planejamento de sistema de assistência de enfermagem e provisão. A assistência foi prestada à 103 mulheres no período de 5 de setembro a 18 de novembro de 1996, tanto a nível ambulatorial quanto a nível de unidade de internação da Maternidade Carmela Dutra. Foram assistidas também as funcionárias que trabalham nos setores da Zeladoria, Nutrição e Lavanderia, bem como clientes na sala de espera do serviço da mastologia. A assistência foi planejada e desenvolvida a partir dos déficits de auto-cuidado de acordo com o marco teórico e Processo de Enfermagem proposto. Os resultados mostraram que o marco conceitual implementado na prática foi adequado, permitindo seu aprofundamento, além de contribuir para a ampliação e entendimento do significado do auto cuidado, bem como a qualidade da prática assistencial.

Sumário

1 - INTRODUÇÃO.....	09
2 - OBJETIVOS.....	13
2.1 - Objetivo geral.....	13
2.2 - Objetivos específicos.....	13
3 - REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 - Climatério.....	14
3.2 - Menopausa.....	15
3.3 - Epidemiologia.....	16
3.4 - Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino.....	18
3.5 - Fisiologia do Ciclo Ovariano.....	19
3.6 - Patologia Cervical.....	20
3.7 - Tumores de mama - aspectos epidemiológicos e prevenção.....	23
3.8 - Repercussões Clínicas.....	24
3.9 - Aspectos Psicossociais e Sexuais.....	36
3.10 - Métodos de Tratamento.....	41
3.11 - Análise crítica da Terapia de Reposição Hormonal: riscos e benefícios.....	46
3.12 - Contracepção.....	48
3.13 - Dieta.....	50
3.14 - Exercícios Físicos.....	51
3.15 - Cirurgias Ginecológicas.....	53
3.16 - Assistência de Enfermagem.....	55
3.17 - Formação de Grupos.....	56
4 - MARCO CONCEITUAL.....	58
4.1 - Pressupostos da teorista.....	58
4.2 - Pressupostos pessoais.....	59
4.3 - Conceitos.....	59
4.4 - Processo de Enfermagem.....	66
5 - METODOLOGIA.....	71
5.1 - Planejamento das ações.....	72

5.2 - Cronograma	74
6 - RESULTADOS	75
6.1 - Descrevendo o perfil das mulheres assistidas	75
6.2 - Relatando alguns depoimentos das mulheres assistidas	85
6.3 - Descrição do Processo de Enfermagem baseado no Instrumento de trabalho	90
6.4 - Avaliação dos objetivos	95
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7.1 - Facilidades encontradas	98
7.2 - Dificuldades encontradas	98
7.3 - Sugestões para a instituição	99
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
9 - ANEXOS	105

1 - Introdução

O presente trabalho foi realizado pelas acadêmicas Cristiane Mara Birck, Maiura de Oliveira Rosa, Rosane Hunka e Simone Cidade, alunas da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na Unidade de Internação V e Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, SC, com mulheres na fase do Climatério e também com mulheres dentro da faixa etária com a qual nos propusemos a trabalhar. Estas mulheres participaram de nossas atividades educativas.

O trabalho foi desenvolvido no período de 05 de setembro de 1996 à 18 de novembro de 1996 e constou de três etapas: planejamento, execução e relatório, tendo como orientadora a Profª e Enfermeira Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e Supervisoras as Enfermeiras Jaqueline de Souza e Rita de Cássia de Almeida Coelho.

É uma proposta de assistência de Enfermagem baseada no referencial de Dorothea Orem visando a promoção da Saúde da Mulher, através de orientação, estímulo e capacitação da mesma para o auto-cuidado durante a fase do climatério, menopausa e pós-menopausa. Para alcançar estes objetivos realizamos palestras, consultas de enfermagem, acompanhamento de consultas médicas e distribuição de material educativo.

Esse interesse pela área da saúde mulher manifestou-se desde a 4ª fase, onde iniciamos nossas consultas de enfermagem além disso nossa percepção de que a mulher que vivencia o climatério passa por modificações profundas em sua vida pessoal, e que esta pode ser assistida de forma diferenciada pelos serviços de saúde.

A princípio idealizamos a realização do projeto na área de aleitamento materno na Maternidade Carlos Corrêa, com a tentativa da implementação dos dez Passos para o sucesso do aleitamento materno. No entanto encontramos obstáculos que desviaram nosso foco de atenção para a área da Saúde da Mulher Climatérica a partir de interesses pessoais e da sugestão da orientadora dos estágios da 8ª fase curricular.

Além disso, percebemos que vários trabalhos já haviam sido feitos sobre aleitamento materno. Apesar de considerarmos este assunto de extrema importância, sentimo-nos estimuladas a aceitar esse desafio pessoal de buscar e construir conhecimento sobre um tema até então obscuro e não trabalhado durante a graduação.

Ao entrar em contato com as possíveis supervisoras do campo e com nossa orientadora, recebemos estímulos a nossa proposta, estas a aceitaram como um desafio e se propuseram a construir conosco o conhecimento necessário à efetivação do nosso projeto.

Ficou definido então o campo de estágio, supervisoras e orientadora, a partir dessa definição começamos a busca de referências bibliográficas.

Nosso interesse intensificou-se na área à medida que tomamos conhecimento sobre o assunto e várias outras razões nos motivaram a continuar esse estudo, como a necessidade da atuação da enfermagem na prevenção de complicações e morbidade feminina decorrentes desta fase.

A OMS (1994) define climatério como um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos, e tendo como resultado a queda dos níveis de estrogênio e progesterona; e a menopausa como um episódio dentro do climatério que representa a última menstruação da vida da mulher.

Ainda segundo a OMS (1994), no Brasil, a menopausa ocorre por volta dos 48 aos 50 anos de idade, considerando-se precoce quando antes dos 40 anos e tardia após os 55 anos. As projeções demonstram que a expectativa de vida para o ano 2.000 alcançará os 75 anos de idade, disto se depreende que as mulheres passarão em média 1/3 de sua vida em um estado de importante carência estrogênica.

“Nesta fase da vida da mulher, esta fica mais sujeita ao aparecimento de doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer, alterações emocionais e psiquiátricas, entre outras. A análise dos diversos fatores de risco que cercam a mulher nesta fase da vida, faz com que

sejam abordados com maior amplitude seus aspectos epidemiológicos. Os estudos desses aspectos epidemiológicos determinam um melhor conhecimento da associação do sintomas e das manifestações clínicas que surgem e que prejudicam o bem estar da mulher no climatério e na menopausa. A compreensão desses acontecimentos possibilita o melhor atendimento no que concerne às orientações gerais e terapêuticas para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres". (Sakamoto e Halbe, 1986).

É importante considerar ainda que de acordo com a OMS (1994), a menopausa pode ainda acontecer de forma não natural, através de intervenção cirúrgica ao se realizar ooforectomia bilateral associada ou não a uma histerectomia. Não considera as histerectomias simples, uma vez que a função ovariana pode ser mantida de forma natural durante um período variável após cirurgia.

Existem vários aspectos dentro da questão climatério: qual o nível de conhecimento científico do organismo feminino quando do seu envelhecimento? Como combater os sintomas do climatério com procedimentos conhecidos e disponíveis que garantam uma ação eficaz? Existe de fato um grande conhecimento científico do organismo feminino e cada vez mais se entende melhor o impacto de déficit hormonal na mulher. Apesar de não se saber porque o organismo para de produzir os hormônios, trabalha-se com determinismo do fato.

Do ponto de vista da divulgação à sociedade ainda existe um longo caminho a percorrer. A desinformação ou entendimento errôneo da informação são uma constante.

O que principalmente leva a mulher a procura do especialista são as temíveis ondas de calor, que acometem com intensidade variável cerca de 70% das mulheres no climatério. Além das ondas de calor existe ainda uma série de outros problemas com consequências imediatas à qualidade de vida da mulher, como o ressecamento vaginal, a incontinência urinária, insônia e irritabilidade (Baracat, 1994).

Do ponto de vista da paciente, as alterações neurobiológicas provocadas pela falência ovariana podem degradar a qualidade de vida, gerando stress, baixa auto-confiança e auto-estima.

Optamos pela teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem como norteadora de nossa proposta, por considerarmos que esta é a que melhor se adequa pois "a enfermagem

consiste na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de auto-cuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade”. (OREM, 1971, p.69)

Percebemos que a teoria do auto cuidado se adequa a nossa proposta pois a mulher climatérica vivencia todo um processo de profundas modificações neste período que poderão acarretar riscos e complicações à sua saúde. Neste ponto “ enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto acha-se incapacitado ou limitado para promover auto-cuidado contínuo ou eficaz. “(Orem)

Assim, o enfermeiro auxiliando no auto-cuidado, propiciará à mulher a manutenção da vida, da saúde e bem estar nesta fase, a partir do momento em que esta cliente realiza e regula o exercício e o desenvolvimento de atividades de auto-cuidado.

O campo de estágio escolhido foi a Maternidade Carmela Dutra que ampliou em muito suas atividades, criando novos e relevantes serviços direcionados à saúde integral da mulher e do binômio mãe e filho. Continua prestando atendimento à mulheres de nível social diversificado, provenientes de todos os municípios vizinhos em situações de saúde/doença, estando ou não relacionados com as fases do ciclo grávido - puerperal. Atualmente dispõe de 111 leitos, destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico.

O Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde reconhecendo estas atuações, elegeram em março/92 a Maternidade Carmela Dutra como Centro de Referência Estadual em saúde da Mulher e referência internacional na área de aleitamento materno reconhecida pelo UNICEF como Hospital Amigo da Criança, a partir de julho de 1996.

Acreditamos ser este estudo de grande importância para nosso aprendizado, tendo em vista o grande leque de opções com as quais poderemos trabalhar esta área ainda “nova” para a enfermagem.

2 - Objetivos

2.1 - Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem à mulher na fase do climatério à nível de ambulatório e Unidade de Internação, fundamentadas na Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem.

2.2 - Objetivos Específicos:

- 1 - Identificar e analisar os déficits de competência para o auto-cuidado da mulher no climatério;
- 2 - Estabelecer Plano Assistencial de Enfermagem em conjunto com a mulher, com base nos déficits de competência para o auto-cuidado;
- 3 - Avaliar a assistência prestada;
- 4 - Aprimorar conhecimento teórico-prático acerca do tema proposto.

3 - *Revisão de Literatura*

Neste capítulo, abordaremos aspectos relativos aos conteúdos: climatério, menopausa, epidemiologia, anatomia do aparelho reprodutor feminino, fisiologia do ciclo ovariano, patologia cervical, tumores de mama, repercussões clínicas, aspectos psicossociais e sexuais, métodos de tratamento, análise crítica da terapêutica, cirurgia hormonal, contracepção, dieta, exercícios físicos, cirurgias ginecologias, assistência de enfermagem, formação de grupo.

3.1 - Climatério

Segundo Almeida (1995) “Klimakter”, de origem grega significa ponto crítico da vida humana; transição do período reprodutivo para a velhice.

Santana (1995) define climatério como a transição entre a vida reprodutiva e a velhice da mulher e caracteriza-se pelo declínio fisiológico de sua função ovariana. Climatério também é definido como a pré-menopausa, ou seja, o tempo de transição entre a vida fértil da mulher e a última menstruação (Suplicy, 1983).

De Lorey (1984) aponta que o climatério geralmente diz respeito ao período sócio-cultural de mudança que ocorre na meia-idade.

Para Halbe (1990) o climatério é um processo fisiológico de mudança física e emocional.

Já para a OMS (1994), climatério é o período em que se iniciam as manifestações endocrinológicas, biológicas e clínicas imediatamente anteriores à menopausa e que se

estende até o final do seu primeiro ano. Inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende até os 65 anos de idade.

Luca (1995) coloca que o climatério é o conjunto de alterações orgânicas e emocionais cujo início se confunde com o final do período reprodutivo. Tende a desaparecer a medida que surgem as adaptações necessárias para a manutenção da saúde.

3.2 - Menopausa

Entre as idades de 45 a 52 anos (a média é de 54,3 anos) o fluxo menstrual cessa na maioria das mulheres. Este período, denominado menopausa, está associado à atrofia das mamas e órgãos genitais e, algumas vezes, a modificações emocionais e vasculares e perda da densidade óssea.

Fraiman (1989) define menopausa como a última menstruação da mulher, ou seja, aquela menstruação que encerra em definitivo o seu ciclo reprodutivo, tal como a “menarca” (primeira menstruação) o iniciou. Menopausa é a cessação definitiva das menstruações espontâneas ou cirurgicamente induzidas, definida como mediata nos dois primeiros anos ou tardia nos anos subsequentes (Luca, 1993).

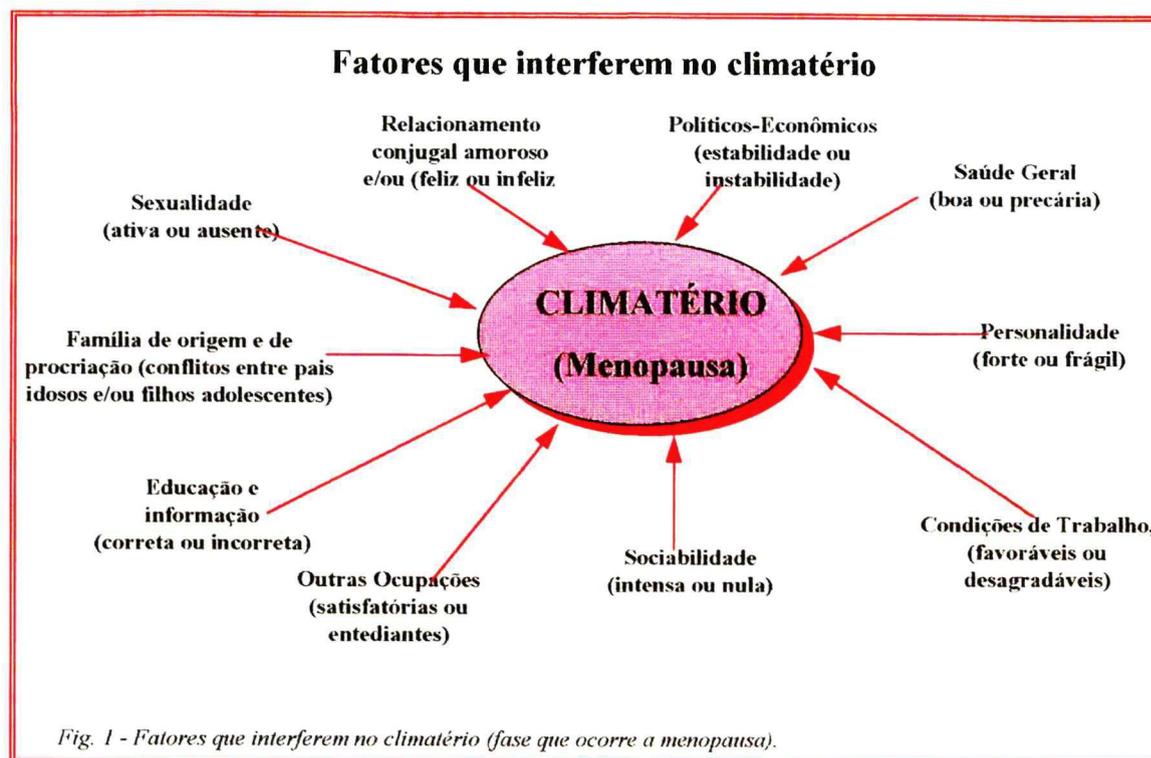
Para a OMS (1994), menopausa é a interrupção das menstruações resultantes do término da atividade folicular ovariana.

Segundo Suplicy (1983) a menopausa é um fenômeno que ocorre durante o climatério e cuja importância é diferente para cada mulher.

A menopausa pode ainda acontecer de forma não-natural, isto é, através de intervenção cirúrgica ao se realizar a ooforectomia bilateral associada ou não a histerectomia. A OMS não considera as histerectomias simples, uma vez que a função ovariana pode ser mantida de forma normal durante um período variável após essa cirurgia.

Fernandes (1996) considera a menopausa como uma doença. Doença, segundo o dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa, é falta ou perturbação da saúde. De outra parte, a menopausa, um evento natural na vida das mulheres, se dá pela falta de produção de hormônios femininos, ou seja, os estrogênios. Coloca, ainda, que freqüentemente instala-se uma confusão na análise da menopausa por achar que esta é um evento natural e, portanto, destituído de qualquer interferência desfavorável sobre a saúde feminina. Para

Fernandes (1996) a menopausa acarreta perturbação à saúde feminina e portanto deve ser considerada como doença.



3.3 - Epidemiologia

Durante a sua vida, diversos problemas podem acometer a mulher. Na menopausa, muitos desses problemas podem apresentar características relevantes, pois, segundo Halbe (1990) essa fase é um fenômeno biopsicossocial que representa a transição, entre a menacme e a senectude, abrangendo processos de alterações do estágio produtor e não-reprodutor, diminuição da função estrogênica ovariana, abolição do ovário como fonte de hormônio esteróidicos, envelhecimento biológico e adaptação psicossocial.

De modo geral, a menopausa natural ocorre ao redor dos 50 anos. No Brasil, Fonseca et al (1985), observaram a média 48,1 ano, sendo que 74,% delas apresentam menopausa com 50 anos ou menos e 25,2% apresentaram com 51 anos ou mais.

A média etária da menopausa artificial, segundo observações de Jazzmann (1995) foi de 45,5 anos, sendo que este grupo compreendia aproximadamente 10% das mulheres menopausais. Fonseca et al (1986) referem que os sintomas climatéricos aparecem mais precocemente quando a histerectomia é realizada em pacientes com idade inferior a 40 anos,

e que nas pacientes histerectomizadas, entre 41 e 50 anos, os sintomas climatéricos coincidem com a idade esperada.

Fromer (1964) coloca que, comparando-se às mulheres de 100 anos atrás, houve um acréscimo de 4 anos. A expectativa média de vida gerava, no início do século, em torno de 40 a 45 anos de idade. Assim sendo, conforme Fraiman (1989), muitas morriam antes de chegarem à menopausa, que ocorre (e ocorria então), por volta dos 42 aos 48 anos de idade. Quando chegavam na menopausa, a maioria já apresentava sinais de envelhecimento precoce, dada a precariedade das condições de vida em geral.

A menopausa, então, estava relacionada intimamente com a velhice, doença e morte, bem como à quase impossibilidade de exercício de atividades produtivas e criativas, participação política e no mercado de trabalho.

Ginsburg (1991) relatou alguns dos fatores que poderiam interferir na menopausa. Dentre esses fatores, estariam a nutrição adequada, as nulíparas com menopausa precoce, de ter o último filho mas tardiamente, a parotidite na mulher adulta levando à insuficiência ovariana, o fumo levando a uma precocidade, e o fator mais importante seria o número de folículos ovarianos presentes.

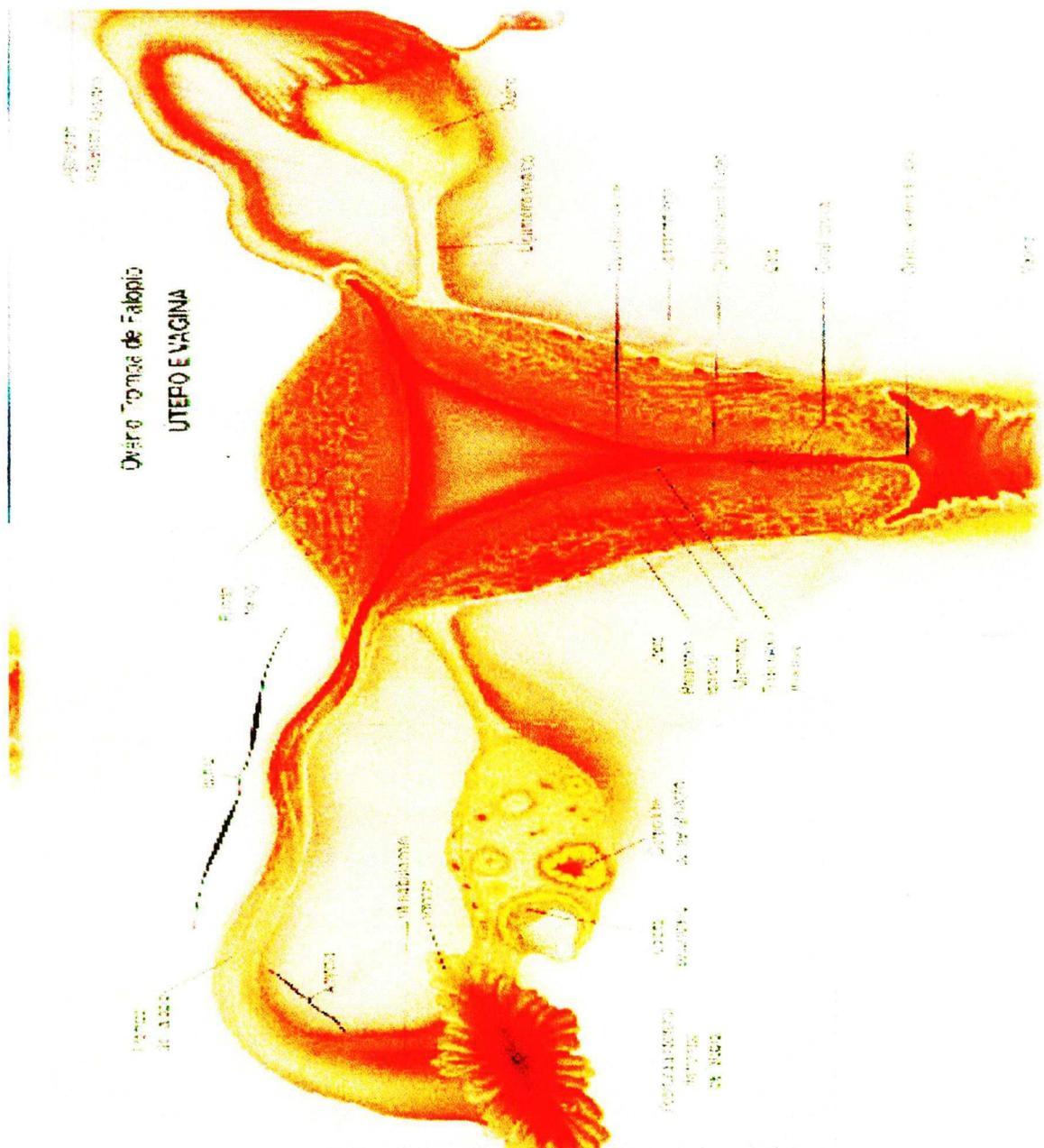
O hormônio folículo estimulante (FSH), com o passar dos anos, começa a sofrer um aumento gradativo. Segundo observações de Lenton et al (1988), esse início ocorre ao redor dos 40 anos de idade (aproximadamente 5 a 6 anos antes da menopausa), com aumento mais significativo a partir dos 48 anos. Quanto ao hormônio luteinizante (LH), o aumento ocorre principalmente após os 46 anos de idade (3 a 4 anos antes de cessar a menstruação), aumento este mais tardio que o FHS.

A incidência média das manifestações clínicas que aparecem no climatério e pós-menopausa é de aproximadamente 40%, mesmo na ausência de lesão orgânica ou funcional. Ao passo que em se tratando somente das mulheres, cujo bem-estar biopsicossocial encontra-se afetada por essas manifestações, a incidência do climatério descompensada cai para 25% dos casos (Halbe, 1990).

Um perfil das pacientes que procuram assistência médica, segundo Anderson et al (1987), procuram por algum sintoma físico em 97% das vezes, e 63% delas por algum sintoma emocional.

Outro importante fator existente quanto ao aparecimento dos sintomas climatéricos é a histerectomia. Fonseca et al (1986), observaram que a histerectomia pode interferir em virtude da irrigação arterial. Interessante são as observações de que apenas 37,5% das pacientes castradas cirurgicamente desenvolviam ondas de calor. Ao contrário, Logstad & Janson (1986) observaram que o aparecimento dos sintomas vasomotores entre pacientes climatéricas castradas cirurgicamente foi de 70% nos diferentes graus de intensidade (leve, moderada e intenso).

3.4 - Anatomia do Aparelho reprodutor.



3.5 - Fisiologia do Ciclo ovariano

O folículo é a unidade funcional dos ovários. Durante a embriogênese são formados de seis a oito milhões de folículos localizados na região cortical dos ovários. Cada folículo contém no seu interior o gameta feminino (ovócito). Como os gametas estão em divisão meiótica, seu número não aumentará, e ao nascimento, as mulheres já tem determinado o número de folículos que será utilizado durante toda sua vida (FEBRASGO, 1995).

Desde a vida fetal os folículos primordiais são recrutados em grupos e apresentam um crescimento, passando por fases: folículo primário, secundário e terciário, de De Graaf e folículo atresco. Os primários, secundários são classificados com pré-antrais e os terciários de De Graaf como antrais.

O fluido folicular acumula-se entre as células da granulosa, resultando na formação de pequena cavidade interna em um dos polos ovócitos. As células da camada escamosa do folículo vão sofrer diferenciação em células cubóides e este é o primeiro sinal do recrutamento. Estas células se multiplicam formando múltiplas camadas. Quando o folículo secundário apresenta 2 a 3 camadas das células da granulosa, induz a diferenciação das cúpulas da granulosa, induz a diferenciação das células mesenquimais, formando as camadas da teca.

Célula da teca = receptores do hormônio luteinizantes (LH)

Células da granulosa = receptores do hormônio folículo estimulante (FSH).

Assim sob a absorção do LH, as células da teca convertem colesterol em androgênios (androstinediona e testosterona). Estes androgênios difundem-se para células granulosas e por ação do FSH são convertidos em estrogênios (estradiol). Os androgênios que caem na circulação podem ser convertidos em estrona.

Ainda, segundo FEBRASGO (1995), o fenômeno do recrutamento se inicia ainda na vida fetal e estendem-se até a menopausa. Uma vez recrutados os folículos desenvolvem-se pelas diferentes fases até folículo pré-ovulatório ou em atresia. Ao nascimento restam de um a dois milhões de folículos ovarianos, na puberdade 400 mil e mais ou menos aos 45 anos de 8 a 10 mil folículos.

A medida que a idade avança a população folicular é menor por ciclo, tendo como consequência diminuição da fertilidade e declínio das taxas de estrogênio e inibina e aumento dos níveis plasmáticos de FSH antes dos 45 anos mesmo nas mulheres que menstruam.

Após a menopausa, a população folicular se esgota, não havendo mais possibilidade de uma interação entre células da teca e granulosa para síntese de estradiol, uma vez que as células regredem com os ovócitos no processo de atresia.

Células da Teca LH estrona = androgênios (androstenediona)

Androstenediona conversão estrona = estrogênios

Queda dos níveis de estrogênios, tecidos sofrem modificações e também no metabolismo de lipoproteínas e cálcio.

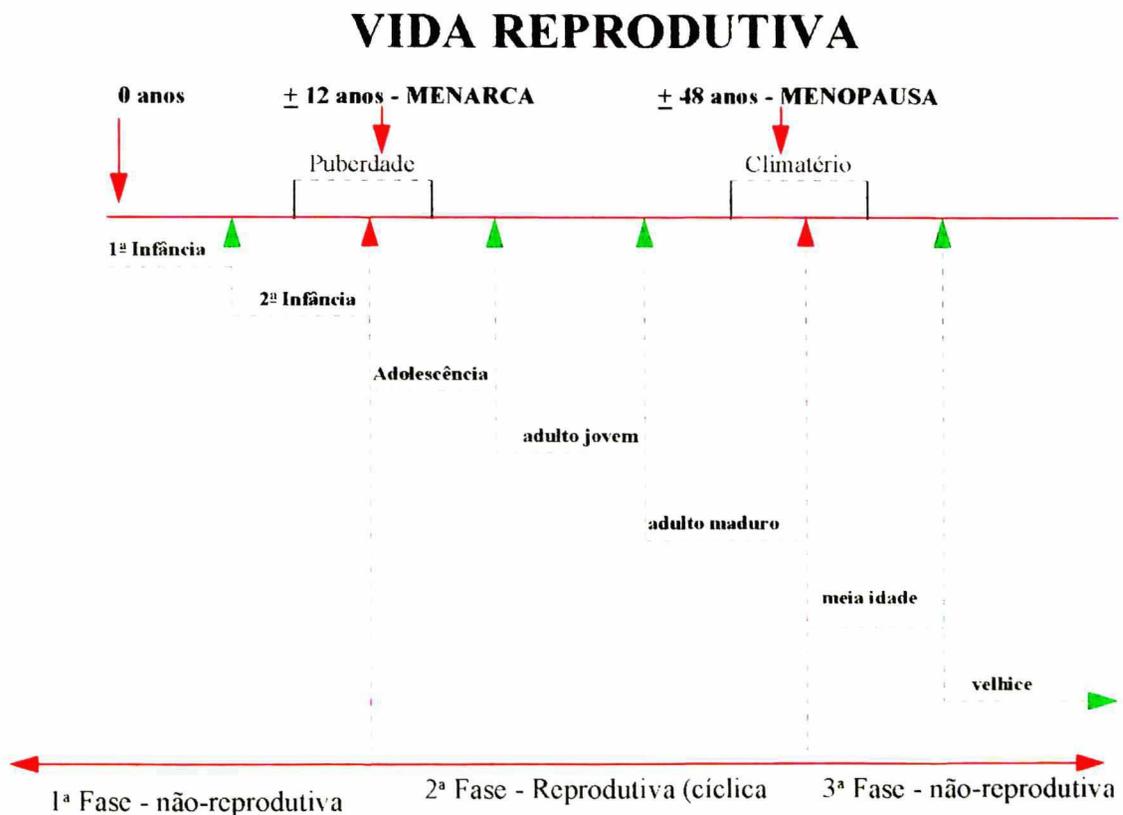


Fig. 3 - Fases da vida reprodutiva da mulher

3.6 - Patologia Cervical: Prevenção e Tratamento

O útero, tem durante o climatério, a maior concentração de patologias benignas ou malignas. No atendimento da mulher com síndrome do climatério, portanto, não se pode perder a oportunidade de identificar alterações patológicas do útero, sobretudo aquelas com potencial evolutivo.

Patologias mais freqüentes e seu tratamento

- Sangramento uterino disfuncional

É o sangramento aumentado, na quantidade ou duração do fluxo menstrual, no encurtamento do ciclo, na perda irregular secundária a alteração endócrinas, controle do ciclo menstrual e que pressupõe ausência de patologia orgânica, ou gestação.

Segundo Halbe e Sakamoto (1994), a incidência do sangramento disfuncional é a de 5 a 10% entre as primeiras consultas ao ambulatório geral.

O climatério é responsável por 60% a 70% de todos os sangramentos disfuncionais. Secundário à fase lútea deficiente, descamação irregular ou anovulação, muitas vezes necessitam de investigação da função ovariana para o seu manejo correto, pois as mulheres com anovulação crônica têm risco aumentado para adenocarcinoma do endométrio.

O tratamento baseia-se no uso de progestagênicos, cíclicos ou contínuos, oral ou intramuscular, variando de 5 a 200 mg/dia.

- Carcinoma de endométrio

É o tumor maligno prévio mais comum nas mulheres de países desenvolvidos e está em 2º lugar dos pélvicos femininos. no Brasil.

Alto risco para carcinoma de endométrio existe com obesidade, uso inadequado de estrogênios, ciclos anovulatórios crônicos, menopausa após 52 anos, ausência de gestação prévia.

O diagnóstico é feito por ultra sonografia transvaginal ou etiologia endometrial (Pessini e Almeida, 1993).

O estadiamento e o tratamento do carcinoma de endométrio são cirúrgicos. A radioterapia complementa a maior parte dos casos.

- Neoplasias intra-epitelial cervical e carcinoma epidermóide de colo

Os fatores de riscos relacionados com o câncer cérvico uterino são:

- . início da atividade sexual em idade precoce;
- . multiplicidade de parceiros;
- . antecedentes de DST, principalmente pelo HPV;
- . baixo nível sócio econômico;
- . tabagismo;
- . carência nutricional;

As formas de conduzir a NIC são:

1) Observação

2) Tratamento destrutivo

- . eletrocauterização;
- . termocoagulação
- . crioterapia;
- . vaporização com laser
- . fotocoagulação com infravermelho;

3) Tratamento excisional

- **Leiomioma** ou mioma é um tumor benigno da musculatura uterina. Está associada a sangramento anormal em torno de 30% dos casos. Segundo Silveira et al (1995) tem importante associação com endometriose, adenomiose, doenças fibrocística da mama, hiperplasia endometrial.

Os miomas podem ser assintomáticos e podem determinar dor ou alterações funcionais por compressão dos órgãos vizinhos ou podem provocar sangramento anormal.

O tratamento é basicamente cirúrgico, no entanto, a tentativa de tratamento clínico com medroxiprogesterona cíclica está indicada.

Após a menopausa, com diminuição dos níveis de estrogênio haverá a regressão dos nódulos miometriais e o desaparecimento da sintomatologia.

A prevenção

Para Pinotti, Halbe e Hegg (1995), a partir do conhecimento da epidemiologia e do comportamento biológico dos tumores malignos, bem como do tratamento de suas lesões precursoras, pode-se elaborar uma estratégia de prevenção:

- . integrando a prevenção primária;
- . dando atendimento especial às pacientes classificadas como de alto risco;
- . evitando fatores predisponentes;
- . diagnosticando , tratando e controlando as lesões pré-malignas.

3.7 - Tumores de mama - aspectos epidemiológicos e prevenção

Para Beirão (1993), o climatério é época de prevalência de tumores de mama. São mais importantes os tumores malignos epiteliais, os carcinomas. Na área de patologia benigna temos como representante principal a mastopatia dita funcional na sua forma fibrocística diferencial com tumor maligno, o que exige estudo semiológico especial até, por vezes, a biópsia para identificação histológica.

O problema do câncer de mama, hoje está centrado no diagnóstico mais precoce, na melhoria dos índices de cura e em resultados estéticos mais adequados.

Afirmou-se aos poucos, o conceito de que o câncer de mama exigia um controle local efetivo da doença e uma atitude que prevenisse metástases sistêmicas.

Em vários pólos o problema do tratamento conservador do câncer de mama passou a ser considerado. Encorpadadas estatísticas revelaram resultados idênticos nos tumores iniciais de até 25 cm entre a mastectomia radical de Hastead e a ressecção parcial da mama seguida de radioterapia.

Aspectos epidemiológicos

O câncer de mama é mais freqüente em populações de nível sócio-econômico elevado, com interessantes variações geográficas e étnicas.

Alguns fatores genéticos são conhecidos: a ocorrência de câncer de mama na mãe ou irmã aumenta o risco de duas a três vezes se na mãe e irmã, este aumento é de 15 vezes. O

câncer bilateral, na mãe, antes dos 50 anos, aumenta o risco em 12 vezes. Hoje se fala na possibilidade de gens específicos que predisponham ao câncer de mama.

Os aspectos hormonais são importantes e ligados a ação estrogênica continuada: menarca precoce, primeira gestação tardia, menopausa tardia, nuliparidade, anovulação, dieta rica em gorduras, estrogênio-terapia pura no climatério, obesidade.

Prevenção

Para Beirão (1993) a semiótica dos tumores de mama está fundamentada no exame clínico, na mamografia, na punção para diagnóstico mais precoces do câncer, incluindo a possibilidade de detectar lesões pré-clínicas e, mesmo pré-malignas, e a definição do tipo de patologia precedendo o primeiro tratamento cirúrgico.

Com todos os progressos semiológicos devemos ter presente, no entanto que 90% dos cânceres de mama são identificados primeiro pela própria paciente. Esta verdade enseja estímulo ao auto exame das mamas. Se uma mulher se tornar hábil no exame de suas mamas, e for estimulada a praticá-lo mensalmente, após o período menstrual, ou num determinado dia do mês, se não mais menstruar, certamente esta assegurando um diagnóstico mais precoce do seu câncer de mama. Seguramente, uma campanha educativa, nesse sentido será a forma mais efetiva de se conseguir, com custo mínimo, uma melhoria de resultados na sobrevida do câncer de mama.

O exame de mamas precisa ser minucioso e demorado para que possam ser detectadas as pequenas alterações. Inspeção simples e dinâmica, palpação da mama deslizando os dedos sobre o tecido mamário distendido pela elevação do membro superior homolateral, palpações das fossas axilares, sub e supra-claviculares, das regiões cervicais. Ter presente que pior do que a ausência de um exame é a presença de um exame ineficiente: a primeira exige a realização de um exame; a segunda gera falsa segurança.

Ainda segundo Beirão (1993) torna-se necessário também a utilização de outros meios complementares de diagnóstico como a mamografia, que detecta alterações pré-clínicas.

3.8 - Repercussões clínicas

O climatério traz, pelas modificações hormonais e metabólicas, alterações que são características desta fase da vida.

Para Silveira et al (1995) a sintomatologia no climatério é intimamente dependente do perfil psicológico da mulher, de sua vida sexual e social anterior, de sua capacidade de superar frustrações e, sobretudo, da forma como ela e a sociedade a que pertence encaram o climatério e o envelhecimento.

Fogachos - as ondas de calor representam o sintoma mais amigável em mulheres climatéricas. São definidas como a sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que se espalha pela região do tórax, pescoço e da face.

Suspeita-se, segundo Silveira et al (1995), que uma alteração de secreção ou do metabolismo das catecolâminas induziria a uma alteração da secreção de LHRH com aumento dos pulsos LH, o que levaria a uma ativação do sistema nervoso autônomo, desregulando o sistema termorregulador, determinando os fogachos. Ainda, conforme Silveira et al (1995) outra hipótese para explicar os fogachos, relaciona os níveis de catecolâminas com um aumento dos níveis de FSH, este teria efeito TSH (Hormônio tireostimulante), estimulando a tireóide. O aumento dos níveis dos hormônios tiroideanos é que será responsável pelos calores endógenos.

As ondas de calor terminam por vezes com sudoreses profusas e sensação de frio. Contudo, a duração, a intensidade e as características, variam individualmente, podendo determinar relevante espectro de sinais e sintomas. Segundo Walsh & Schiff (1989) a concepção do sintoma vasomotor é individual e encontra-se relacionada a diversos fatores, como a raça e as tradições sociais, culturais e médicas.

Para Kronenberg (1994) o início da instabilidade vasomotora é peculiar a cada mulher. Assim, algumas apresentam sintomas concomitantemente aos ciclos menstruais irregulares, sendo que a sua intensidade diminui por ocasião do fluxo menstrual. Outras, ao inverso, referem o aparecimento dos sintomas ainda com ciclos regulares, o que pode ocorrer vários anos antes da menopausa. Todavia, na maioria das mulheres as ondas de calor ocorrem após a instalação da menopausa, particularmente nos dois primeiros anos. Há mulheres que assinalam alguns determinantes da instabilidade vasomotora, como estresse, clima quente, ambiente pequeno e confinado, caféina, álcool e alimentos condimentados.

Baracat (1994) coloca que, classicamente, as ondas de calor acometem à noite. A mulher estando coberta, descobre-se pelo calor súbito; ao apresentar sudorese, perde calor

e sente frio, voltando a se cobrir. Sendo mais freqüentemente noturno, piora a qualidade do sono. Disto, podem decorrer distúrbios na esfera psíquica, como fadiga e irritabilidade, além de diminuição do poder de concentração e da memória.

Alterações cutâneas e capilares

Os mecanismos de alterações mais importantes no envelhecimento cutâneo são: diminuição das secreções endócrinas e estreitamento das arteríolas cutâneas. Estas alterações afetam as reações enzimáticas do tecido conjuntivo e estruturas epiteliais, interferem na nutrição tissular e no metabolismo do colágeno, elástico, dos vasos, do tecido adiposo e do músculo (Bakos, 1986).

Garn & French (1963) colocam que, com a idade, há uma progressiva redução no número de melanócitos dopa-positivos com conseqüente formação de manchas hipcrômicas. Há também formação de lentigos (manchas na pele - sardas) e melanoses (pigmento escuros) em áreas expostas. Hiperpigmentação podem surgir também nas regiões dos genitais e aréolas mamárias.

Todos os anexos cutâneos mostram a diminuição da função. Os pêlos diminuem em número e volume, e embranquecem. Os pêlos do corpo, axilas e púbis, que atingem o seu desenvolvimento máximo ao redor da quarta década de vida, sofrem progressiva diminuição com a idade (Sampaio, 1981).

Segundo Rook (1979) as glândulas sebáceas diminuem sua função e tamanho muito embora, possam ser novamente estimuladas por androgênios endógenos, reassumindo suas funções normais. As glândulas sudoríparas reduzem seu número e suas funções em graus variáveis.

Bakos (1986) coloca que a derme reduz a espessura com a perda das fibras elásticas e colágenas. As fibras elásticas ficam mais amorfas e as colágenas afinam-se. Essas alterações são também responsáveis pelo enrugamento, muito embora grandes sulcos possam ser frutos de alterações da hipoderme e massa muscular.

Segundo Walter et al (1972), no climatério diminui o fluxo sanguíneo cutâneo, mais pela redução da velocidade circulatória do que por alterações vasculares.

A hipoderme também poderá diminuir com a idade, agravando as condições da pele que, além de mais fina e vulnerável, ficará mais desprotegida sem o seu acolchoamento adiposo, favorecendo o enrugamento. Estas alterações são marcantes na face onde cada músculo age em várias direções e a pele que recobre é tão elástica que está pronta a se enrugam e voltar a ficar lisa. Com o correr da idade, a pele perde a elasticidade e os músculos enfraquecem e ficam frouxos, o coxim subcutâneo dissolve-se e a pele perde o apoio, levando ao aparecimento de rugas (Gandelman, 1988).

O padrão das rugas inclui sulcos em todas as direções. Sulcos horizontais na fronte e nariz, pregas nas pálpebras e canto externo dos olhos, de onde se espalham rugas oblíquas - os "pés de galinha". Rugas verticais surgem na glabella, no lábio superior e na frente da orelha e uma ruga oblíqua importante no sulco nasolabial.

As alterações mais freqüentemente observadas nos cabelos no climatério são o embranquecimento e a queda dos cabelos.

O embranquecimento capilar inicia-se nas têmporas, em faixa etária que depende da raça e hereditariedade, disseminando-se gradualmente, pelo couro cabeludo e, posteriormente, no púbis e axilas, podendo estes últimos conservarem sua cor mesmo em pessoas de idade avançada (Bakos, 1986).

Segundo Rook (1979), a diminuição de melonócitos na papila folicular e a redução da melanogênese nos pêlos restantes parecem ser as responsáveis por esse embranquecimento. Não parecem existir pêlos grisalhos; essa impressão é causada pela presença simultânea de pêlos brancos e escuros alternados (Korting, 1980). Além da idade cronológica fatores hormonais e de hereditariedade são muito importantes no branqueamento capilar (Bakos, 1986).

Quanto a queda de cabelos, é um dos sintomas freqüentemente relatados no climatério.

Bekhor (1986) observou que nas mulheres a queda de cabelos se processa de maneira difusa, há uma mudança gradual na espessura dos cabelos do occipto para o ápice. Na grande maioria, essa diminuição de cabelos permanece não perceptível cosmeticamente; ela torna-se evidente na senilidade.

Segundo Ham (1963) a calvície é muito rara na mulher e provavelmente ela está relacionada com três fatores: hereditariedade, hormônios sexuais masculinos e doenças locais do couro cabeludo.

Jamin (1988) refere que os fatores que levam à queda de cabelos no climatério ainda não estão esclarecidos. É possível que vários fenômenos estejam envolvidos:

. o número de brotos de um cabelo parece geneticamente determinado (cerca de 25); assim, naturalmente com a idade, o número de cabelos diminui;

. a duração do crescimento (fase anagênica) é androgênio depende e está provado que existem indivíduos geneticamente predispostos à alopecia, neles existem uma hiperatividade de $5 - \alpha$ - redutase ao nível vértex (Bingham & Shaw, 1973). Assim leva a hiper-reprodução de diidrotestosterona, estimulando o crescimento e esgotando os cabelos antes da hora. O aumento da testosterona livre e queda de progesterona aumentariam este fenômeno após a menopausa.

Segundo este autor, na menopausa há hiperandrogenismo relativo em virtude do baixo nível sangüíneo de estradiol e progesterona, ou seja, existe uma perda de antiandrogênios naturais (estradiol e progesterona), o que leva a um aumento da pilosidade e a queda de cabelos.

Para Bekhor (1986), qualquer mulher que tenha um princípio rápido e progressivo de alopecia androgênica, deve ser investigada uma doença endocrinológica, particularmente se a queda de cabelo estiver associada à disfunção menstrual, acne e virilização.

Manifestações urogenitais

As manifestações genitais são também conhecidas como doença atrófica do climatério, e apresentando dispareunia, prurido vulvar, corrimento e desvio menstrual. Todas essas manifestações decorrem do processo de envelhecimento, e principalmente do hipoestrogenismo que tende a se agravar progressivamente com o passar dos anos de menopausa.

O prurido vulvar e a dispareunia são conseqüências diretas da atrofia vulvovaginal por hiperestrogenismo, geralmente em relação com processo infeccioso local. Nessa condição, ocorre perda da rugosidade da mucosa vulvovaginal, redução acentuada da lubrificação e

modificações importantes da flora vaginal nativa. Essas mudanças explicam esses sintomas, bastantes freqüentes nas mulheres menopausais (Fonseca, 1987).

O corrimento é realmente comum, pois, com a instalação do hipoenestrogenismo, a flora vaginal sofre modificações que determina a substituição dos bacilos de Döderlein por flora inespecífica, que tende a alcalinizar o meio vaginal. Assim, para Nahoun & Simões (1976), a própria mudança do conteúdo vaginal somada muitas vezes a lesões traumáticas da vulva e vagina, bem como a queda de resistência orgânica local, acarretam aumento da secreção vaginal, e, geralmente com conteúdo anômalo, determinado por germes específicos ou inespecíficos que caracterizam o corrimento de apresentação variável.

Os desvios menstruais no climatério podem ser tanto para mais como para menos. Os desvios para menos, caracterizados por hipomenorréia, oligomenorréia, espaniomenorréia e amenorréia, geralmente não constituem motivo de preocupação nem para a paciente nem para o profissional, pois são considerados normais nesse período que precede a menopausa, caracterizando a falência ovariana (Nahoun & Simões, 1976).

Os desvios menstruais para mais, embora também comuns no período do climatério, geralmente causam apreensão para a paciente e para o médico, pois com relativa freqüência, podem estar associados ou serem determinados por doenças orgânicas como: câncer de colo ou corpo do útero, mioma, adeniose, eventualmente neoplasia funcionante do ovário. Assim a primeira hipótese de desvios menstruais para mais em mulher no climatério, e principalmente em se tratando de metrorragia na pós-menopausa, deve ser orientada para patologia orgânica, devendo sempre ser excluída a possibilidade de neoplasia maligna (Halbe, 1987).

A fisiopatologia do sangramento uterino disfuncional no climatério pode ser explicada pelo rápido amadurecimento dos folículos em decorrência dos elevados níveis de gonadotropinas, da insuficiência lútea, anorrelia decorrente da falência ovariana própria desse período biológico da mulher, e também pelos sinais hipotalâmicos alterados em consequência do processo de envelhecimento (Halbe & Lengruber, 1987). Tanto os desvios para menos como para mais, são resultados da mudança de padrão endócrino da mulher, inicialmente apresentando-se com níveis menores de progesterona agravando e culminando com níveis desprezíveis de progesterona quando do início dos ciclos anovulatórios.

No climatério, a carência estrogênica repercute significativamente na bexiga, uretra e tecidos adjacentes, determinando reações atróficas que clinicamente se manifestam por incontinência urinária, dificuldade para micção, urgência miccional, disúria e desconforto no hipogástrico. Nesse quadro, também denominado de síndrome uretral, exercem influência fatores como: infecção de repetição, atrofia com obstrução das vias

Aumento de Peso

Além dos sintomas e sinais clássicos, esta fase da mulher é acompanhada de várias outras alterações metabólicas e às vezes cardiovasculares.

Esta fase da vida feminina é acompanhada de ganho de peso às vezes acentuado. A pressão social em termos de excesso de peso é muito maior do que no homem. mesmo não havendo caracterização de um estado de obesidade, não é tolerado, havendo quase uma exigência social para que a mulher permaneça magra. Esta pressão social transforma-se em pressão dela consigo mesma e acaba acarretando alterações psíquicas e conflitos, piorando o quadro de angústia e de outros sintomas da esfera emocional característicos da menopausa.

Segundo Almeida (1993) existe uma tendência geral a um ganho de peso após os 40 anos, mas esta tendência é maior nas mulheres do que nos homens. Na mulher esta tendência inicia-se às vezes, mais cedo, após os 35 anos, acentuando-se nas fases pré - pós menopausa. A mulher realmente tem uma tendência maior a ganhar peso e uma dificuldade também maior em perder, quando comparada com o sexo masculino. As variações de peso constituem uma constante na vida da mulher, muitas vezes o ganho é fisiológico, por exemplo na gravidez; outras vezes é decorrência da retenção hídrica associada aos hormônios femininos (variação de peso durante o ciclo menstrual).

A atrofia resultante do hipoestrogenismo altera a mucosa da uretra, contribuindo não somente para o aparecimento da incontinência urinária, como também para as infecções de repetição, e com o agravamento pela incompetência de fechamento uretral (Souza et al, 1988); Urbanetz et al, 1991). Os demais sintomas, como urgência miccional, disúria e desconforto local, são também explicados pelas modificações atróficas das mucosas uretral e vesical, bem como dos tecidos conjuntivos e muscular adjacente.

Na vulva, a privação estrogênica leva a alterações importantes. Observa-se diminuição dos pêlos pubianos, os quais tornam-se mais finos; os grandes lábios apresentam menor conteúdo elástico e de gordura subcutânea, favorecendo o enrugamento da pele; os pequenos lábios tornam-se proeminentes; as glândulas de Bartholim atrofiam e os clitóris torna-se pouco proeminentes (FEBRASGO, 1995).

Na menopausa o ganho de peso está associado a uma fase de vida na qual o sedentarismo é mais freqüente num círculo vicioso; o comprometimento estético acarreta ansiedade; a ansiedade por sua vez gera um mecanismo de compensação de maior ingestão calórica. O aumento de peso, mesmo não tão excessivo, é acompanhado de hiperinsulinismo. O hiperinsulinismo constitui atualmente o mais freqüente distúrbio hormonal e é responsável por uma série de alterações metabólico-vasculares agrupados sob a denominação “Síndrome X” (Almeida, 1993).

Na sua forma completa, a “Síndrome X” é constituída pela presença de obesidade, hipertensão arterial e doença arterosclerótica (doença coronariana, doença vascular cerebral).

A mulher após a menopausa pode vir a apresentar algumas destas manifestações. Assim, é que a hipertensão arterial é a mais freqüente, havendo necessidade de que medidas mais periódicas dos níveis arteriais e instituição adequada do tratamento case se detecte níveis alterados.

Esta fase da mulher pode também ser acompanhada por alterações no metabolismo dos lipídeos. Os níveis aumentados de colesterol e triglicérides devem ser combatidos com a dieta adequada, exercício e eventualmente o uso de drogas.

Osteoporose

Silveira (1993) diz que osteoporose é a diminuição progressiva e generalizada da massa óssea, embora a proporção entre os elementos minerais e orgânicos não esteja alterada. Decorre do aumento da reabsorção óssea, pelos osteoclastos, enquanto a formação permanece normal, conduzindo ao enfraquecimento generalizado do esqueleto, acarretando uma maior incidência de fraturas na coluna, cabeça, do fêmur, pulsos e quadril.

Riggs & Melton (1986), preferiram separar a osteoporose em dois tipos: osteoporose pós-menopausal (tipo I) e osteoporose senil (tipo II). A osteoporose pós-menopausal,

caracterizar-se-ia por perda acelerada da massa óssea após a menopausa, conseqüente ao aumento mais acentuado da reabsorção óssea do que da formação óssea relacionada ao envelhecimento.

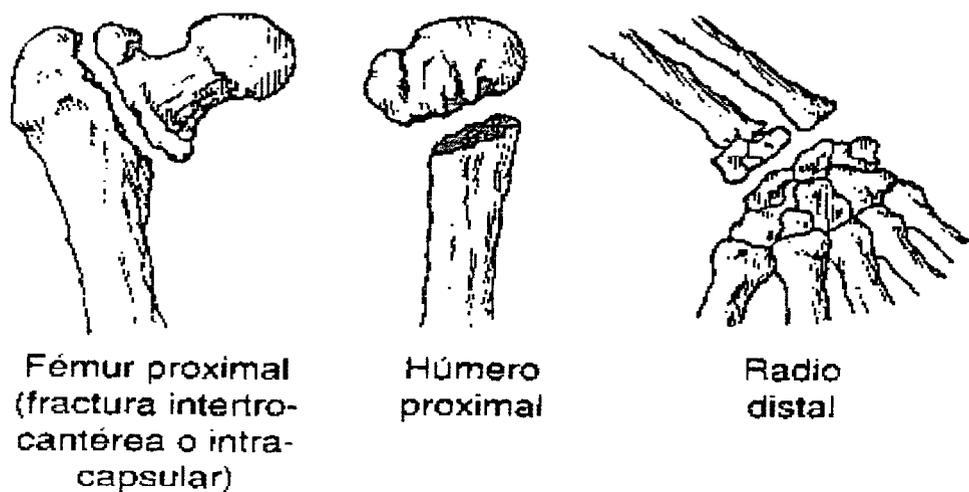
A osteoalgia(dores ósseas), artralgia (dores articulares) e mialgia (dores musculares) são manifestações dolorosas relacionadas aos fenômenos de envelhecimento e de atrofia do sistema ósteo-muscular-articular. Essas manifestações são agravadas pelo sedentarismo, mas, sem dúvida, também podem ser decorrência da osteoporose (Halbe, 1987).

Segundo Mello (1996), quando a mulher entra na fase de déficit hormonal, também se altera o metabolismo do cálcio, que, ao lado da vitamina D, participa diretamente da manutenção óssea, podendo chegar à osteoporose. Antes da menopausa, para manter o equilíbrio ósseo, a mulher necessita de 800 mg de cálcio por dia. Após, pela falta de estrogênio, a necessidade aumenta para 1200 mg diários. Outro ponto nesse caso é a exposição à luz solar, já que a vitamina D, essencial para a absorção e a utilização do cálcio, é sintetizada na pele a partir de substâncias precursoras após exposição à luz. Não adianta ingerir o cálcio necessário, se a mulher não ficar exposta pelo menos 30 minutos por dia ao sol.

Conforme o Ministério da Saúde (1994) a etiologia da osteoporose é controversa, embora cada vez maiores sejam as evidências que a relacionam com a deficiência de estrogênio. O mecanismo de ação é indireto pois está bem estabelecido que o osso não possui receptores estrogênicos. Existem, ainda, algumas evidências de que o efeito do estrogênio no metabolismo ósseo é mediado pelo controle na secreção de calcitonina.

Na mulher, durante o ciclo biológico normal, há perda de 35% do osso cortical e 50% do osso trabecular, enquanto o homem perde dois terços desta quantidade. Entre 30 e 49 anos, a mulher perde 0,18%/ano do osso esponjoso, com aumento para 1,4%/ano, nos cinco primeiros anos após a menopausa (FEBRASGO, 1995).

A finalidade do tratamento da osteoporose é preventiva, pois infelizmente nem a estrogenerioterapia, nem outra modalidade terapêutica consegue inverter os malefícios da osteoporose.



Fémur proximal
(fractura intertro-
cantérea o intra-
capsular)

Húmero
proximal

Radio
distal

Fig. 4 - Fraturas extra-vertebrais mais freqüentes.

Doenças cardiovasculares

A doença cardiovascular (DCV) representa a principal causa de mortalidade no mundo, sendo sua incidência aumentada em mulheres na pós-menopausa e em mulheres jovens com falência gonadal espontânea ou cirúrgicas.

Wehba (1995) coloca que vários são os fatores de riscos implicados na gênese da doença cardiovascular (DCV); entre eles, incluem-se a elevação dos lipídeos séricos, a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes, a obesidade, o sedentarismo, os antecedentes familiares e a menopausa.

Durante o período de funcionamento ovariano normal, estatisticamente, virtualmente inexistente a estenose coronariana e o infarto do miocárdio, desde que mulheres não sejam diabéticas e/ou fumantes pesados. O aumento da doença cardíaca com a idade é significativo.

Segundo Halbe et al (1995) a hipótese mais provável é de que o hipoestrogenismo eleva as lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL) e as de densidade baixa (LDL), que assim, aumentam os riscos para a doença cardiovascular isquêmica e, por outro lado, o hipoestrogenismo não interfere nas lipoproteínas de alta densidade (HDL), pois hoje sabe-se que as mesmas exercem ação protetora. Outro aspecto importante é a antecipação da menopausa, quer seja por climatério precoce idiopático, por ooforectomia e, com menor

influência, a histerectomia simples, que são condições que parecem agravar os riscos para dislipidemias e doença arteriosclerótica, quando não tratadas adequadamente.

Para Almeida (1993) a tentativa de explicar porque as mulheres histerectomizadas sem ooforectomia têm também aumento de doença coronariana seria devido à produção pelo útero de prostaciclina, as quais podem reduzir os risco coronariano. Hoje se aceita que as pacientes submetidas à histerectomias vão a uma insuficiência ovariana. Esse fenômeno seria explicado decorrente de uma diminuição da produção de estradiol e/ou por uma importante ação endocrinológica do útero sobre a função dos ovários.

Sabe-se que mulheres pós-menopáusicas têm maior risco de alteração do metabolismo dos carboidratos, com aumento da intolerância à glicose e resistência à insulina, aumentando os risco de doença vascular.

A hiperinsulinemia, que pode ocorrer pelo hipoestrogenismo do climatério, pode promover alterações vasculares e aumento do risco de doença cardiovascular, por promoção direta da aterogênese ou por afetar, adversamente, outros fatores de risco para moléstia cardiovasculares, como: a hipertensão arterial sistêmica; a dislipidemia; a angina microvascular e a diminuição da fibrinólise (FEBRASGO, 1995). A resistência à insulina pode aumentar os triglicerídeos e a VLDL e diminuir a HDL, aumentando a aterogênese.

Concluindo: com a menopausa os estrogênios diminuem, ocorre a elevação do mau colesterol (LDL) e redução do bom colesterol (HDL), resultando no acúmulo de gordura na parede dos vasos sanguíneos sob a forma de placas (ateroma). Isso pode gerar eclosão da angina ou do infarto do miocárdio.

A reposição de hormônios - os estrogênios - na mulher menopáusicas assume importante papel preventivo também contra doenças cardiovasculares. Não só auxiliando o metabolismo das gorduras mas também relaxando as paredes dos vasos e aumentando o fluxo sanguíneo para o coração (Aldrighi, 1993).

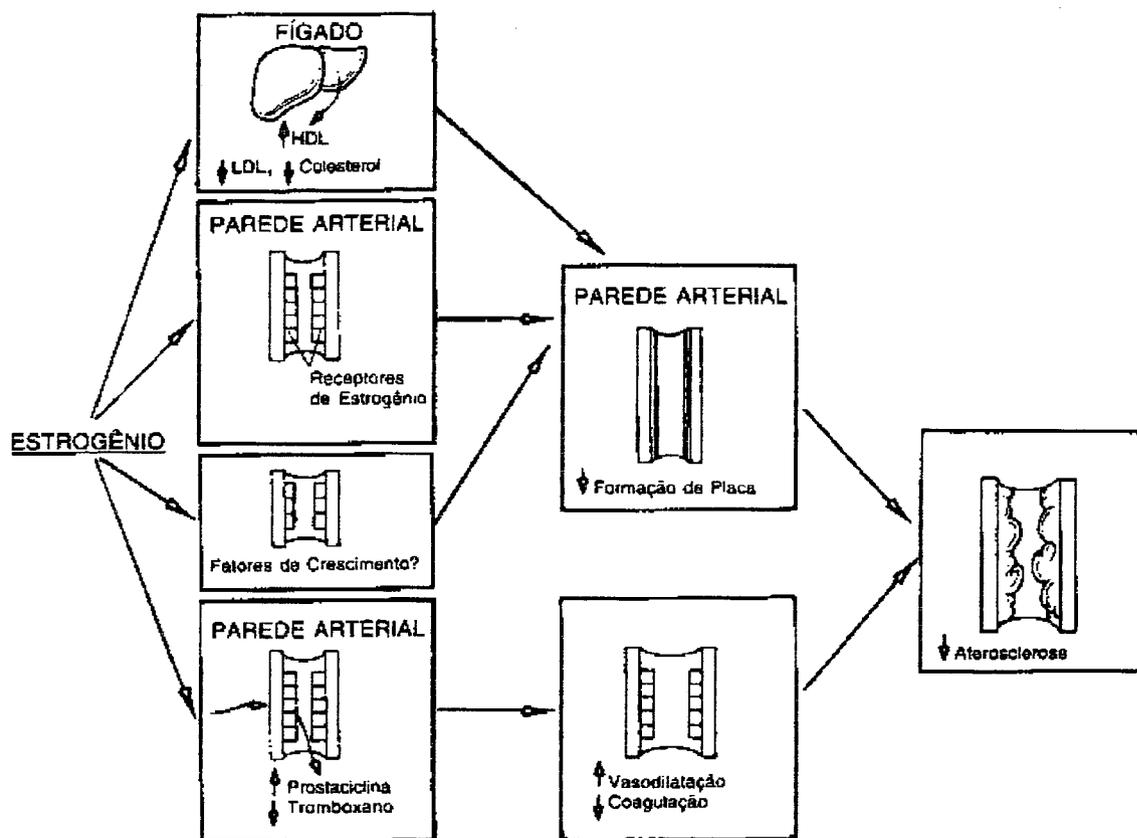


Fig 5 - Representação esquemática simplificada dos mecanismos postulados através dos quais a correção de eficiência estrogênica na mulher pós-menopáusicas pode fornecer proteção cardiovascular contra a aterosclerose e a cardiopatia coronariana. Os efeitos do estrogênio sobre os fatores de crescimento e a biologia dos vasos arteriais ainda não foram esclarecidos, LDL, Lipoproteína de baixa densidade.

Modificações mamárias

As glândulas mamárias, sinônimos estético do feminino e da fertilidade, e a mama púber, que é a imagem da beleza e da maturidade sexual. Segundo Silveira et al (1995), ao nascer a glândula mamária é formada basicamente pelos ductos principais, que se alongam e se ramificam durante a infância. Na puberdade, sob a ação estrogênica, inicia-se a proliferação do epitélio ductal e, pela ação da progesterona, formam-se os ácinos, que aumentam de número a cada ciclo menstrual. No climatério os ácinos (alvéolos) e os tecidos fibrosos interlobulares se atrofiam, porém, persistem os sistemas caniculares principal e

intermediário. Pela involução do epitélio glandular, a mama fica composta basicamente de grandes ductos, tecido conjuntivo e gordura, tornando-se a mama flácida, instalando-se grau variável de ptose, dependendo de fatores consitucionais.

A mastalogia e mastodinia são manifestações comuns aos diferentes grupos da mulher, mas seguramente agravando-se no período do climatério. A razão para essa piora está na progressiva deficiência de progesterona decorrente da falência ovariana. Outra justificativa para tal é a existência prévia de displasia mamária, que tem seus sintomas exacerbados devido às mudanças endócrinas do climatério (Pinotti, 1980).

3.9 - Aspectos Psicossociais e Sexuais

O climatério é um processo fisiológico de mudança física e emocional. A menopausa ou parada definitiva das menstruações é um evento universal que faz parte de todas as mulheres que atingem a meia idade. Como nessa evolução, intervêm fatores biológicos, psicológicos e sociais, o climatério deverá ser considerado como a resultante desses fatores.

A menopausa, como sinal de perda da capacidade de procriar, assim como os períodos que antecedem ou sucedem, que abrangem todo o climatério, segundo Halbe (1990), têm repercussões importantes no psiquismo da mulher. O problema consiste em compreender como uma mulher lida com o equilíbrio hormonal, com as mudanças em sua vida: como lida com as reações dos familiares e antigos amigos ante às alterações físicas que podem aparecer nesse período.

A menopausa tem uma evolução diferente para cada mulher, dependendo de suas características intrapsíquicas, sempre lembrando que essa mulher faz parte de um contexto sócio-cultural que influenciará desde o nascimento até a morte. Dessa forma, a menopausa pode ser mais ou menos conflitante.

Almeida (1995) coloca que 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.

Essa fase da vida deveria representar apenas o fim do ciclo reprodutivo, sem grande impacto sobre, por exemplo, a fisiologia e a anatomia de vida sexual. Mas, existe uma

associação muito grande entre poder ser mãe e ser mulher. Então, a perda da capacidade reprodutiva representa um pouco a perda da identidade de ser mulher (Vargas, 1983).

Apesar de ser uma fase natural é previsível da vida, o climatério pode gerar uma situação de insegurança e instabilidade. A mulher pode começar a se sentir menos desejada, atraente e bonita. Isso é um fator de perturbação.

Fraiman (1989) diz que o climatério não é velhice, mas é o envelhecer, e este fato traz à mulher condições de insegurança e desamor. Não é um período fácil; implica na aceitação do tempo.

Na mulher há uma queda dos níveis hormonais de forma súbita e as modificações corporais se tornam tão evidentes que ela se submete ao tratamento que lhe preserve a juventude, tão enaltecida e exigida pela sociedade, tornando-se refém destas modificações fisiológicas e prisioneira de armadilhas que prometem ilusoriamente, “a juventude eterna”(Fraiman, 1989).

Segundo Kassick (psicóloga entrevistada), falar em fatores psicológicos que acompanham o climatério e a menopausa, nos faz pensar em dois fatores centrais:

- . perda da função reprodutiva;
- . envelhecimento.

Destes dois decorrem uma série de outros que variam de intensidade e qualidades em TODAS as mulheres.

A perda da função reprodutiva está muito associada à sensação de inutilidade e incapacidade que algumas mulheres vivenciam e relatam nesta fase. O envelhecimento, por sua vez, coloca mulher frente a frente com a morte.

A vida da mulher se dá em ciclos e ao passar por eles (da infância para a adolescência, da adolescência para a idade adulta, ser mãe e da idade para a velhice) nos deparamos com momentos e situações críticas. Quando a entrada no climatério ou a menopausa coincidem com uma aposentadoria precoce ou com o aparecimento de uma doença grave, ou ainda com a perda do companheiro, os sintomas e as sensações de perda, incapacidade e inutilidade podem ser exacerbadas.

A mulher é criada, comparada e vista (pelos outros e por ela mesma) como a *reprodutora* da humanidade. O fato de ser a mulher quem gera os filhos e filhas lhe atribui um caráter *santificado, divino*. Quando lhe é tirado aquilo que identifica e qualifica como ser humano, é natural que se tenha uma sensação de perda e de morte. Hoje em dia, a maternidade não é a única preocupação da mulher. As mulheres hoje buscam reconhecimento e espaço de outras maneiras mas, a maternidade continua sendo um campo do domínio feminino e se constitui em uma cobrança do papel de mulher. As próprias mulheres cobram suas iguais deste papel.

Ter um filho ainda é reconhecido como função feminina e quando se entra no climatério e na menopausa há uma constatação de que o ciclo reprodutivo da mulher acabou. Acabou a capacidade de criar, de gerar... Quando isto é interpretado ao pé da letra, a sensação poderá aumentar. A sensação de incapacitação, os riscos que chegam com a idade, as limitações físicas levam algumas mulheres a perderem a vontade de viver ou de investir na vida, em coisas gratificantes e prazerosas, podendo levá-las a um profundo estado de depressão e/ou ansiedade.

Então, encarar o envelhecimento, sentir a pele sem o viço da juventude, sentir a memória lhe faltando, cansaço, insônia, vão levando a mulher a um processo de desencantamento, desalento. Há uma espécie de luta contra a chegada da menopausa e parece que quanto menos a mulher aceita, mais fortes são os sintomas.

Existem sem dúvida, diferentes maneiras de encarar e passar pelo climatério e menopausa. Isto vai depender das diferenças individuais e da maneira como cada mulher encara seu processo de envelhecimento. Há aquelas que ficam resignadas e se entregam aos sintomas e doenças advindas da velhice... Há aquelas que lutam contra e procuram desesperadamente rejuvenescer... E há aquelas que vivenciam esta fase na sua plenitude e procuram extrair dela o que há de melhor.

O climatério e a menopausa, no entanto, não podem ser encarados como uma doença. fazem parte da vida, do processo de crescimento. O que se pode, e deve fazer é ter seus desconfortos diminuídos. Os sintomas típicos desta fase, aqueles relacionados a interrupção da produção dos hormônios femininos, bem como os inconvenientes psico-emocionais,

podem ser contornados com tratamentos adequados. Os cuidados com o corpo e a auto-estima elevada facilitam o enfrentamento desta fase da vida da mulher.

Os sintomas e a maneira de enfrentá-los serão tanto mais agravados, quanto pior for a qualidade de vida da mulher antes do climatério. Um casamento fracassado, problemas com os filhos, doenças na família, incapacitação física podem incrementar os sentimentos de fracasso e a sensação de proximidade da morte.

Por outro lado, uma casa alegre, uma família estruturada (independente do tipo de estrutura familiar vivida pela mulher, separada do primeiro marido, recasada, filhos morando em casa com suas respectivas famílias), uma mulher que busca satisfação em outros âmbitos da vida que não a maternidade e a criação dos filhos e netos, os próprios netos em relação com os avós facilitam a passagem da mulher por este período crítico que é o climatério e a menopausa.

A sexualidade da mulher na menopausa também sofre algumas alterações. O desejo existe mas os problemas da falta de hormônios que produzem secura vaginal podem transformar a relação sexual em algo doloroso e não prazeroso. Mais uma vez, a mulher não precisa submeter-se a ter relações com dor ou a ficar sem tê-las. Um acompanhamento médico para resolver estes problemas proporcionará mais possibilidades à mulher e devolverá a ela o prazer. A participação e compreensão do companheiro é, mais uma vez fundamental.

A informação e o apoio familiar, bem como a auto-estima elevada se fazem fundamentais para garantir uma alta qualidade de vida para as mulheres em menopausa, favorecendo a vida do casal e da família.

Para Balandier (1976) a mulher é sempre situada nos “lugares” em que se marcam as diferenças e as discontinuidades e onde ela propicia as ligações; não tem existência a não ser na diferença e na relação. É requerida lá onde estão as fronteiras e se dão as passagens: da natureza à cultura, da reprodução à produção, da sociedade ao que lhe é exterior, da igualdade à desigualdade, das coisas aos signos e símbolos. A origem do poder macho confunde-se com as origens da sociedade; esta foi construída, reproduzida e diversificada a partir de uma redução da mulher ao estado instrumental e ela continua sendo obscuramente vista como indissociável dessa condição de formação.

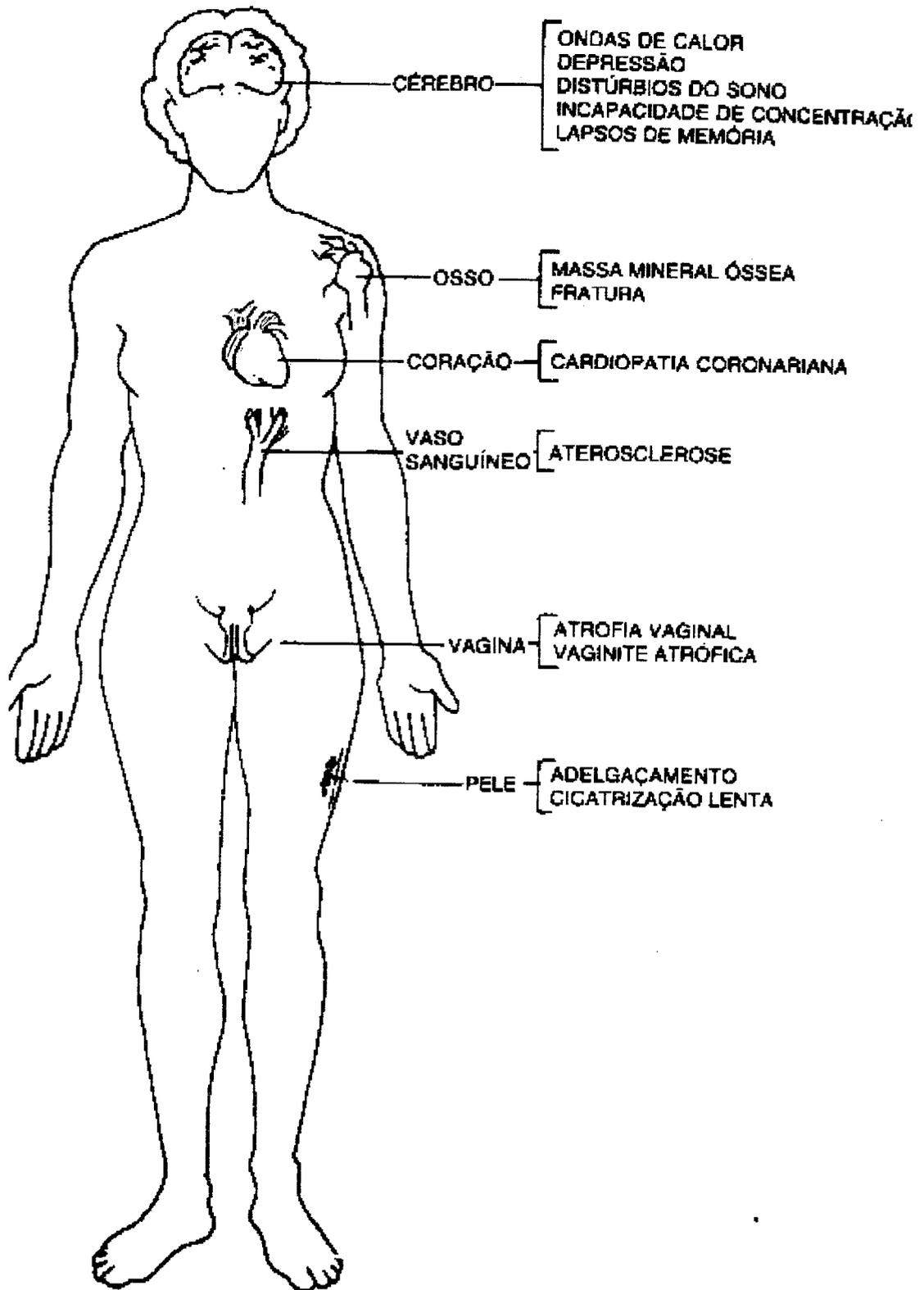


Fig. 6 - Efeito da falta ou redução de estrogênio em diferentes órgãos e sistemas teciduais durante e depois da menopausa.

3.10 - Métodos de Tratamento

Segundo Beirão (1993), dispõe-se atualmente de quatro opções que, usadas isoladas ou associadas, podem ser usadas no tratamento da mulher climatérica.

- 1) Estrogenoterapia;
- 2) Agentes não esteróides
- 3) Drogas psicoativas;
- 4) Apoio emocional

Terapia de Reposição Hormonal no climatério

Para Halbe (1990) função ovariana influencia de forma significativa o estrogênio feminino que, por sua vez, condiciona modificações importantes nos órgãos alvo, ou seja, todo sistema geniturinário, mamas, pele, ossos e sistema cardiovascular.

A disfunção ovariana caracteriza-se pela perda da capacidade dos ovários de produzir quantidades equilibradas de esteróides sexuais, particularmente estrogênios e progesterona. Algumas forma de terapia de reposição hormonal (TRH) em função dos sintomas apresentados.

Segundo Silveira (1993), cabe zelar pela integridade do sistema ósseo da mulher através da detecção precoce de osteopenia ou osteoporose, ou de fatores de risco para perda da massa óssea.

Indicações da TRH

O uso de estrogênios foi muito difundido nos anos 70. Na década de 80, sofreu restrições importantes pela preocupação com a ocorrência de câncer de endométrio e de mama. No entanto, pesquisas posteriores mostraram que esquemas terapêuticos com descamações periódicas de endométrio diminuíam significativamente a ocorrência de patologia endometrial.

O tratamento para os sintomas climatéricos é indiscutível. As principais controvérsias existem quanto as pacientes assintomáticas, que receberiam TRH profilaticamente, para prevenir osteopenia, osteoporose ou doença cardiovascular no período climatérico, pré-menopausa e principalmente no período pós-menopausa. A falta de produções de

estrogênios condiciona uma perda da massa óssea para algumas mulheres de forma acentuada.

Até o presente momento, o agente terapêutico que comprovadamente retarda a perda óssea e reduz o risco de fraturas é a estrogênio terapia.

Riscos da TRH

Endométrio - O risco para câncer de endométrio aumenta de 4 a 8 vezes em relação às pacientes sem estrogênio terapia, sendo dependente da dose e duração do tratamento.

Gambrell (1988) publicou trabalho retrospectivo mostrando que o risco de câncer de endométrio em população de mulheres sem qualquer tratamento era de 242,2 em 100.000 mulheres, enquanto que nas pacientes em tratamento combinando estrogênio mais progesterona este índice caiu para 70,8 em 100.000 mulheres

Na TRH do climatério, a associação de estrogênio com progesterona está hoje perfeitamente estabelecida, sendo recomendado o uso de progesterona para provocar descamação periódica, no mínimo de três a quatro vezes ao ano.

Mama - Os estudos epidemiológicos sobre o risco de câncer de mama, após uso de estrogênio terapia no climatério, são controversos. Embora o estrogênio tenha importante ação no tecido mamário é discutível sua ação na gênese do carcinoma de mama.

Contra-Indicações: Algumas situações configuram contra-indicações para terapia hormonal:

- . gestação;
- . sangramento uterino anormal não investigado;
- . distúrbio tromboembólico ativo;
- . distúrbio tromboflebítico ativo;
- . neoplasia estrogênio dependente;
- . doença hepática aguda.

Em outras situações, ocorre a necessidade de avaliar riscos e benefícios no uso de hormônio terapia, o que caracteriza as contra indicações relativas:

- . diabetes mellitus;
- . miomatose uterina;

- . hipertensão arterial sistêmica;
- . obesidade;
- . tabagismo;
- . doença fibrocística da mama;
- . distúrbios convulsivos;
- . porfiria;
- . hiperlipidemia familiar.

Drogas utilizadas:

Estrogênios: na TRH são utilizadas fundamentalmente dois tipos de hormônios, estrogênios e progestogênios.

Dentre os diferentes estrogênios existentes dá-se preferência ao uso dos naturais. Os principais são:

- . 17 - beta - estradiol
- . Valerato de estradiol
- . Estrogênios conjugados
- . estriol.

Estrogênios conjugados existem de duas formas: via oral por absorção entérica e creme vaginal com absorção via mucosa vaginal, dependendo do grau de maturação do epitélio. Desta forma a absorção para o meio interno é irregular, sem efeitos sistêmicos significativos.

Estriol é utilizado na dose de 1 a 3 mg diários para tratamento de sintomas locais da atrofia urogenital.

Estradiol transdérmico apresenta absorção contínua via pele, com uma passagem menor de substâncias ativas pelo fígado. Existem sob forma de creme e sistemas transdérmicos que liberam gradativamente o estradiol.

Progestogênios são administrados periodicamente para descamar o endométrio. Segundo Whitehead (1987), deve-se administrar o progestogênio por período de 12 dias, após o qual ocorre a descamação endometrial.

Os derivados da 19 - norestridona tem efeito oposto aos estrogênios quanto ao metabolismo lipoprotéico, ou seja, aumentam o colesterol total e LDL, diminuindo o HDL.

Tibolona recentemente lançada tem ação estrogênica, progestogênica e androgênica fraca. Apresenta efeitos benéficos sobre a sintomatologia comum do climatério e parece ter ação diminuindo a remodelação óssea.

Esquemas terapêuticos: o tratamento é feito preferentemente com estrogênios associados a um progestogênio. Podem ser utilizados esquemas cíclicos ou contínuos. O esquema cíclico é utilizado preferencialmente para pacientes pré-menopáusicas. Inicia-se o estrogênio no primeiro dia do ciclo menstrual e este é mantido por 21 dias, associando-se um progestogênio a partir do 10^o dia. Suspende-se a medicação por 7 dias, período no qual deverá ocorrer a menstruação, e reinicia-se novo ciclo.

Quanto à paciente histerectomizada, recentemente tem sido discutida a necessidade de associar o progestogênio à estrogênio terapia. Não haveria necessidade de proteção do endométrio pelo progestogênio e este poderia ter eventual efeito nocivo sobre as mamas.

- Agentes não esteróides

Segundo Beirão (1993) na vigência das contra-indicações à estrogênio terapia, ou ante a recusa veemente da paciente ao uso da hormonioterapia, ou, mais raramente, quando ocorrem sintomas adversos à terapêutica estrogênica recorremos, então, ao uso de agentes não esteróides, que vão aliviar a paciente, agindo nos diferentes neurotransmissores cerebrais.

Dentro dos antidopaminérgicos destaca-se a Veraliprida, que melhora a ansiedade, depressão e irritabilidade, bem como sintomas vasomotores. Com características farmacológicas semelhantes a metoclopramide e o sulpiride. O sulpiride age melhor quando o quadro sintomológico é dominado pela instabilidade emocional, com crises de choro, ansiedade e depressão.

No estudo de Varga, o Domperidone, mostrou-se de aplicação em ginecologia, agindo sobre sintomas gastrintestinais surgidos no climatério, sobre os fogachos e suprimindo as dores de cabeça de origem vascular.

Agindo como agonista alfa adrenérgicos, a Clonidina, tem mostrado efeito benéfico sobre os sintomas de fogachos e dor de cabeça, especialmente em mulheres com hipertensão preexistente.

Os avanços mais recentes dentro do manejo de pacientes climatéricas no referente à osteoporose, sem o uso de estrogênio terapia de reposição, prendem-se ao uso de compostos antiestrogênicos tais como CLOMIFENE e TAMOXIFEN.

Drogas Psicoativas

Agem como hipnosedativos, relaxantes musculares, ansiolíticos e anticonvulsivantes. Diminuem a fase REM do sono. Entre eles: Alprazolam, Bromazepam, Diazepam, Midazolam.

Os benzodiazepínicos mostraram-se muito eficazes para aliviar os distúrbios decorrentes da ansiedade. São potentes tranquilizadores, além de seguros.

Antidepressivos

Destacam-se: Imipramina, Amitriptilina e Nomifenasina. Beirão (1993) afirma que sua prescrição deve ser feita por profissional mais especializado pois o fundamental é investigar e tratar primeiro o distúrbio fundamental que levou à depressão severa, e não simplesmente corriqueiramente prescrever psicofármacos sem compreender e abordar a origem dos sintomas.

- Apoio Emocional

Escuta, aconselhamento, apoio emocional são os grandes medicamentos não hormonais que devem estar sempre presentes no atendimento da mulher climatérica. Nessa fase crítica da vida, fase de avaliação, num mundo tão individualizado, a pessoa não tem com quem dividir seus temores adaptativos para enfrentar a velhice

Se a mulher, verificando no espelho as marcas dos anos que passaram, for uma pessoa que apenas passou pela vida, uma pessoa com sensação de tempo perdida e fracassada, estaremos, então, diante de alguém com o substrato necessário para que a insônia, o fogacho, a fadiga, a cefaléia, a ansiedade, o medo e até mesmo a depressão adquiram dimensões assustadoras.

Segundo Beirão (1993), o profissional de saúde que atende esta paciente, ao fazer as revisões ginecológicas periódicas, além de estar atento para detectar patologias orgânicas que possam estar presentes deverá:

- reforçar sua atitude sadia frente à vida;

- exaltar importância da dieta adequada, exercício físico e do sol;
- induzi-la a aceitar pequenos desafios, com os quais sua capacidade intelectual é estimulada e exercitada;
- direcioná-la para atividades de lazer que impliquem convívio social, obrigando-o a cuidados pessoais e assim evitando o perigo da solidão.
- trabalhar no sentido de decodificar as imagens negativas introjetadas, em nossa sociedade, no referente a mulher climatérica.

São estas atitudes da mulher frente ao climatério, sempre reforçadas e apoiadas pelo médico e por sua família, os melhores estímulos para o sistema nervoso central, fazendo com que os neurotransmissores cerebrais (adrenalina, noradrenalina, dopamina, serotonina, endorfinas, GABA), trabalhem harmonicamente, permitindo um equilíbrio saudável e adequado para esta fase fisiológica da vida, que deve ser vivenciada com o menor número possível de medicamento e como máximo de interesse.

3.11 - Análise crítica da terapêutica de reposição hormonal: riscos e benefícios

Aspectos favoráveis

Segundo Luca (1995) não há dúvidas quanto ao reconhecimento das repercussões funestas do hipoestrogenismo sobre os órgãos alvo. Não obstante, se a carência ovariana ocorrer em contexto biológico, é irreversível e causa do progressivo e generalizado desgaste orgânico e funcional. A recuperação é possível, em grande parte com a utilização dos hormônios declinantes, hoje facilmente disponíveis. Para Luca (1995) a terapêutica de reposição hormonal será introduzida tão logo surjam indícios de alterações funcionais dos ovários, traduzida em oligoovulação e falhas do crescimento folicular. Instalada a menopausa a cliente será seu próprio árbitro, escolhendo entre o reaparecimento das menstruações mediante ministração dos hormônios com intervalos rígidos, ou mantendo a menopausa, ao aceitar o tratamento estro-progestativo diário e interrompido. A primeira opção afiança a descamação do endométrio ao conservar os incômodos periódicos e nem todas aceitam. A segunda opção esconde possíveis modificações das células endometriais, talvez imaginárias, porque a mucosa uterina na vigência do tratamento contínuo acaba por atrofiar segundo nos informam recentes investigações.

Ainda segundo Luca (1995) não há evidências até o momento, que incriminem os hormônios como agentes desencadeantes de câncer mamário.

Segundo Gambrell (1988) possui-se informações suficientes para elaborar comentários favoráveis. Sabe-se que estrogênio-terapia isolada pode resultar na proliferação indesejável do endométrio com possível evolução para hiperplasia. Entretanto sempre que se adiciona progesterona aos estrogênios o endométrio é protegido, desvanecendo o temível risco.

Para Whitehead & Fraser (1987) numerosas investigações demonstraram que a adição de progesterona na terapêutica de reposição hormonal, durante 10 a 13 dias do mês, reduz o risco relativo de adenocarcinoma do endométrio em relação a de mulheres não tratadas.

Controvérsias

Luca (1995) controversa a influência da terapêutica de reposição hormonal sobre o sistema cardiovascular. Em mulheres com sistema vascular sadio não há associação entre terapêutica de reposição hormonal e aumento do risco de AVC, tromboflebite e embolias. Previne-se, no entanto, que as fumantes inveteradas, estão sujeitas as vasculopatias.

A inter-relação entre terapêutica de reposição hormonal, metabolismo lipídico e aterogênese tem sido motivo de publicações que abordam, de forma exaustiva, os aspectos clínicos, metabólicos e epidemiológicos. Isto faz com que Pinotti, Halbe, Hegg, (1995) delimitem duas especificações da terapêutica de reposição hormonal.

- 1) utilização dos estrogênios naturais nas doses mínimas eficazes;
- 2) utilização da medroxiprogesterona em doses mínimas acessórias para proteção endometrial.

Os maiores entraves à terapêutica de reposição hormonal e constante adesão ao tratamento são sintomas e sinais menores como mastalgia, cefaléia, depressão, insônia quase sempre passageiros e tênues, são causas de aborrecimento e desistência. A ocorrência de perda sanguínea trans-hormonal não é de fácil resolução e obrigam a mudanças de prescrição.

3.12 - Contracepção

Mello (1996) enfoca que a anticoncepção no climatério reveste-se de importância fundamental, pois a gravidez pode aumentar o risco de mortalidade materna e anomalias

fetais, sem esquecer que os próprios métodos anticoncepcionais podem acarretar riscos ao organismo feminino. O climatério é definido como a fase da vida biológica da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e não-reprodutivo. A fase inicial do climatério, também denominada de precoce, inicia-se aos 35 anos e termina aos 45 anos. A seguir, começa a segunda fase, a da perimenopausa, com início aos 46 anos e término aos 55 anos; a última, a fase tardia do climatério dos 56 anos aos 65 anos. A anticoncepção nessa fase deve persistir até um ano após a menstruação que em nosso meio ocorre, em média aos 48,3 anos portanto, para Mello (1996) a anticoncepção restringe-se-á as primeiras fases - dos 35 anos até a data da ocorrência da menopausa. Surge nessa época da vida uma diminuição da fertilidade do casal, ocorre diminuição da frequência das relações sexuais e também há diminuição da fertilidade masculina, à medida que avança a idade, por esses motivos, todos os métodos anticoncepcionais apresentam eficácia maior nessa faixa etária. Nessa fase da vida pode haver riscos à gravidez, ao parto, ao feto e ao recém-nascido. A gravidez é muitas vezes indesejada nessa fase da vida da mulher, seja por problemas sociais, econômicos ou médicos; daí a importância de utilizar métodos anticoncepcionais eficazes. A mulher que apresenta ciclos menstruais regulares, em geral, está ovulando, tendo grandes possibilidades de engravidar, sendo mister um método anticoncepcional muito eficaz. Para aquelas que apresentam ciclos menstruais irregulares, tem ovulação esporádicas, com menores possibilidades de engravidar, ainda há necessidade de métodos anticoncepcionais. Porém as que apresentam amenorréia por períodos de tempo maior ou igual a um ano, com FSH e LH elevado, são anovuladoras, sendo definitivamente inférteis, não tendo necessidade de métodos anticoncepcionais (Mello, 1996).

Métodos Hormonais

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHC/O)

Doses altas de esteróides sexuais contidos nos anticoncepcionais orais combinados podem ocasionar complicações vasculares de natureza venosa ou arterial. O estrogênio é o hormônio responsável pelo problema venoso e as complicações arteriais são decorrentes dos progestogênios (Mello, 1996).

Pílulas pós-coital:

É o sinônimo de método de intercepção. Considera-se seu emprego em situações de emergência, em mulheres com ciclos menstruais regulares, em relacionamento sexual não protegido de meio de ciclo (Mello, 1996).

Métodos de barreiras (condom ou preservativos)

Diafragma: tem a vantagem, da mesma forma que todos os métodos de barreira, de não ocasionar alterações sistêmicas. A menor eficácia, o aumento da frequência no relaxamento pélvico e do prolapso uterino nesse grupo etário são as desvantagens desse tipo de anticoncepção (Mello, 1996).

Espermicidas: tem a vantagem de aumentar a lubrificação, principalmente nas mulheres que já apresentam depleção estrogênica e secura vaginal mais pronunciada. Novamente, a grande desvantagem situa-se no maior índice de falha (Mello, 1996).

Esponja contraceptiva: é uma esponja de colágeno ou de poliuterano que libera o espermicida nonoxinol- 9 e tem duração de 24 horas. A desvantagem reside na menor eficácia (Mello, 1996).

Métodos comportamentais: os quatro tipos de métodos comportamentais ou naturais - o de Ogyno -Knauss ou a tabelinha ou do calendário, da temperatura basal, de Billing ou do muco cervical e o sitotérmico, que é uma associação dos anteriores - tem a desvantagem de serem menos eficazes porque nessa faixa etária os ciclos menstruais tendem a ser mais irregulares. Portanto, são métodos que preferencialmente devem ser evitados (Mello, 1996).

Métodos Irreversíveis

Laqueadura tubária: tem a vantagem de ser um dos métodos mais eficazes, de não apresentar risco recorrente e de possibilitar o diagnóstico e tratamento de ginecopatias. Para os casais que estão seguros da contracepção permanente que desejam, pode ser método adequado. Deve-se, porém, sempre antes de sua execução, informar, discutir e aconselhar o casal para que a decisão seja bem pensada, pois é um método definitivo, e, se ocorrer arrependimentos por qualquer razão o retorno à fertilidade exige a utilização de técnica de difícil execução e de alto custo econômico. Quando a mulher apresenta-se em idade mais avançada, já próximo da menopausa, esse método não é vantajoso, pois a morbiletalidade é maior do que a de outros métodos (Mello, 1996).

Vasectomia: é um procedimento fácil e seguro de ser executado e a eficácia é alta, Método cuja procura vem aumentando e, em geral, é realizado ambulatorialmente ou em consultório e não apresenta recorrência (Mello, 1996).

3.13 - Dieta

Durante o climatério, a dieta alimentar e os exercícios físicos são fatores fundamentais para promover e manter o organismo saudável, principalmente no que diz respeito aos sistema osteomuscular e cardiovascular (Mello, 1996).

Mello (1996) coloca que, o fato de chegar ao climatério não deve ser preocupação para a mulher. Trata-se de um estado normal ou fisiológico e não uma enfermidade. No climatério, o ovário deixa de realizar suas duas funções básicas: produção e liberação de óvulos e a produção de hormônios, principalmente o estrogênio. Esse hormônio é responsável, entre outras coisas, pelo controle da produção de proteínas, pela formação de diferentes tipos de colesterol e pela absorção e eliminação do cálcio.

Através da dieta alimentar, a mulher deve procurar manter o peso ideal e o equilíbrio dos níveis de colesterol LDL e HDL, antes realizados pelo hormônio que o ovário deixou de produzir. Segundo Mello (1996), o LDL deposita gordura no interior da parede do vaso, facilitando portanto a aterosclerose, ou seja, a obstrução gradativa do vaso. É fundamental que a mulher, com o início do climatério, tome medidas necessárias para evitar futuras doenças cardiovasculares.

Mello (1996) coloca ainda, que é importante salientar que a dieta alimentar não tem ligação direta com nenhuma sintomatologia. A dieta previne as doenças silenciosas: a onda de calor o principal sintoma inicial do climatério - não provoca morbimortalidade, mas prejudica a qualidade de vida. O que mata é o infarto do miocárdio e o derrame cerebral, que se manifestam bem depois da menopausa.

Para Baracat et al (1994) a dieta deve ser equilibrada, rica em alimentos com altos teores de cálcio (anexo 2) como leite e seus derivados ou verduras verdes (brócolis, couve, alface, almeirão, repolho) e pobre em proteínas (principalmente os derivados de carnes vermelhas) e fosfatos (presentes nos refrigerantes e cereais). As pacientes devem ser orientadas a diminuir o consumo de café (no máximo 4 xícaras ao dia). álcool (quantidades

inferiores a dois drinques por dia), fumo (no máximo dez cigarros/dia) e a expor-se ao sol durante pelo menos 15 minutos diários.

O Ministério da Saúde coloca que, faz-se de modo genérico, visando proporcionar os requerimentos nutricionais necessários, afim de que os pacientes tenham ingestão adequada de calorias, proteínas, gorduras, carboidratos, cálcio e outros micronutrientes necessários à manutenção da saúde, peso adequado manutenção da massa óssea e proteção cardiovascular.

- Alterações ponderais após os 50 anos as mulheres tendem a aumentar o peso. As necessidades energéticas em repouso diminuem cerca de 2% a cada década. Este aumento de peso provavelmente tem seu maior componente na diminuição da atividade física.

- Dietas hipocalóricas para as pacientes com sobrepeso e obesidade.

O tratamento de eleição para sobrepeso e obesidade é a dieta que oferece baixo ou muito baixo valor calórico.

- dietas de muito baixo valor calórico - são as que contém menos de 800 cal/dia. Caracterizam - se por serem cetogênicos e deficientes em micro e macronutrientes essenciais. Podem produzir distúrbios eletrolíticos . Necessitam acompanhamento médico contínuo e devem estar reservados a centros especializados em nutrição.

- dietas de baixo valor calórico- oferecem uma ingestão em torno de 20 cal por quilo de peso, diariamente. A maioria das pacientes situam-se ao redor de 1200 cal. Em geral as dietas são planejadas contendo quantidades de proteínas necessárias para manter balanço nitrogenado (1,2 a 1,5 por Kg de peso ideal). Fornece suficiente quantidade de proteínas necessárias para prevenir cetose e um pouco de gordura para suprir os ácidos graxos essenciais (Ministério da Saúde, 1994).

3.14 - Exercícios Físicos

Segundo Fraiman (1989) em conjunto com dieta adequada, o exercício físico é a melhor forma para manter o tônus muscular - evite engordar durante e após a menopausa - a manutenção de seu peso e boa forma física irão ajudá-la a sentir-se mentalmente positiva.

O exercício físico é importante. Não é apenas essencial para o seu bem-estar físico, mas é bom para a saúde emocional. O exercício não tem que ser formal ou organizado, ele

pode incluir as atividades que talvez sejam parte de sua rotina diária como o trabalho doméstico, jardinagem ou mesmo subir escadas. Faça flexões e extensões para ativar a circulação e manter a elasticidade muscular. Tente dar caminhadas, faça-o cedinho, com uma companhia. Você também pode correr, nadar, jogar boliche, tênis, bocha, peteca, etc.

• O movimento acelera a circulação, permite melhor irrigação, promove boa respiração, aumenta a resistência em geral, restaura o bom humor, atenua as tensões musculares, lubrifica articulações e coluna e permite à pessoa desligar-se temporariamente de suas preocupações, entre tantos outros efeitos positivos. Feita com regularidade e boa orientação, a prática de atividade física não tem nenhuma contra-indicação. Pelo contrário, pode até proporcionar uma melhoria acelerada na digestão, no sono, na atenção e contracepção, na memória e na sociabilidade (Fraiman, (1989).

De acordo com o Ministério da Saúde (1994) os exercícios físicos praticados de maneira regular ajudam a combater a hipertensão, obesidade, coronariopatia isquêmica, ansiedade, depressão e síndrome de dores músculo-esqueléticas. Devem ser praticados como parte integrante de um programa completo de saúde preventiva.

• *Exercício Físico e doença cardiovascular:* exercício físico estimula o aumento do HDL colesterol protegendo da doença coronariana. São necessárias quatro meses de atividades energéticas para se obter resultados.

• *Exercício Físico e peso corpóreo:* a redução do peso corporal é a maior motivação para a mulher climatérica participar de um programa de exercícios físicos. É imprescindível que o exercício físico seja associado a controle dietético. O exercício físico, liberando neuro-transmissores cerebrais, pode reduzir o apetite.

• *Exercício Físico e Efeito ósseo:* a perda da massa óssea, osteoporose, se acentua com o envelhecimento. Intensifica-se com a ausência do estrogênio. As fraturas ocorrem geralmente onde predomina o osso trabecular sobre o compacto, como por exemplo vértebras, fêmur proximal, rádio distal e ossos da bacia. Na osteoporose deve-se levar em conta exercícios específicos, de ação localizada e exercícios gerais, como a caminhada, a natação e o ciclismo.

• *Andar:* excelente exercício, principalmente para os ossos dos membros inferiores e coluna vertebral. deve-se andar no mínimo trinta minutos. em velocidade maior que a usada

para passear, de preferência ao sol, antes das 10 horas e depois das 15 horas, por que os raios ultravioletas realizam a fotossíntese da vitamina D. Correr não é adequado para mulheres osteoporóticas, pelo risco de fraturas.

Natação: - bom exercício, para os músculos dos ombros, dos membros superiores e inferiores.

Ciclismo: os exercícios específicos visam fortalecer os músculos e ossos de determinada região corporal. Os exercícios devem ser individualizados, bem planejados regularmente, para produzir um máximo de benefícios com um mínimo de risco.

** Efeitos neuropsicológicos e afetivos do exercício*

O exercício físico regular pode desenvolver a sensação de bem estar, melhora na auto-estima, atenuação da ansiedade, da tensão e da depressão.

Considerações gerais para a prática de Exercícios Físicos

Deve-se escolher cuidadosamente sapatos, roupas e equipamentos. Tênis acolchoados são adequados para corrida e caminhadas. Deve-se evitar roupas apertadas e de material pouco ventilado que propiciam hiperaquecimento e exaustão térmica, além de produzir perda excessiva de suor. A mulher climatérica deve fazer consulta médica antes de iniciar programa intensivo de exercícios. (Ministério da Saúde, 1994).

3.15 - Cirurgias Ginecológicas.

Neste último quarto de século, estamos assistindo a um alarmante aumento de incidência de histerectomias, muitas das quais, é forçado que reconheçamos, desnecessárias, analisa Machado (1995).

Treloar (1981), em estudo prospectivo, acompanhando 769 mulheres da menarca à menopausa, mostrou que 31% foram histerectomizadas antes de atingir a menopausa natural.

Para Mc Donald (1996), as indicações para a histerectomia abdominal são:

1) indicações que pedem uma completa inspeção da cavidade peritoneal, como as malignidades ginecológicas diagnosticadas e as massas pélvicas não diagnosticadas;

2) situações obstétricas de emergência;

3) remoção do útero e de massas anexais consideradas demasiado grandes e demasiado imóveis para uma remoção vaginal segura;

4) pacientes que requerem outra cirurgia intra-abdominal de uma avaliação por ocasião da histerectomia, como um reparo de hérnia ventral, fistulas gastrintestinais e geniturinárias complexas, adesiólise ampla, colecistectomia, uretropexia retropúbica e sacrocolpopexia.

Mc Donald (1996) enfoca ainda as indicações atuais para histerectomias:

Anatômicas: relaxamento pélvico, descenso uterino, cistourethrocele, retocele, enterocele, prolapso retal, anatomia anormal, anomalias de desenvolvimento, fistulas enterointestinais, fistulas ou anomalias arteriovenosas pélvicas.

Funcionais: incontinência urinária, sangramento uterino disfuncional, dispareunia, dismenorréia secundária, dor pélvica crônica.

Infeciosas: doença inflamatória pélvica crônica, piometra, tuberculose.

Emergências obstétricas atonia uterina, rotura uterina, gravidez abdominal, extensão de incisão uterina, inversão uterina, placenta prévia, placenta acreta, increta, percreta, coroamnionite, aborto séptico, traumatismo (raros), acidentes em veículos motorizados, lesão penetrante no abdome inferior, hemorragia por perfuração de dispositivo anticoncepcional intra-uterino.

Neoplásicas (benignas): fibromas, endometriose, adenomiose, tumores ovarianos.

Neoplásicas (malignas) câncer endometrial, câncer ovariano (familiar), câncer cervical, câncer vaginal, sarcoma uterino, câncer da trompa de Falópio, cânceres pélvicos não ginecológicos, cânceres metastáticos para o útero, as trompas e os ovários, câncer do colon/retal, câncer vesical.

Segundo Lui (1995), os fibromas uterinos (27%), o prolapso do útero (21%) e endometriose (15%) e o câncer (11%) são as indicações mais comuns para a realização da histerectomia abdominal. A histerectomia abdominal é três vezes mais freqüente do que a vaginal. A maior exposição que o acesso abdominal oferece torna-o a via preferida quando há uma grande massa ou infecção na pelve, câncer, patologia anexial ou sinais de aderências extensas.

De acordo com Lui (1995), a ooforectomia profilática na ocasião da histerectomia para uma doença, constitui um tópico controverso em obstetria e ginecologia. Quase sempre deixando permanecer os ovários de aspecto macroscópico normal nas mulheres com menos de 40 anos de idade. Acima dos 40 anos, as preocupações com o desenvolvimento de um futuro câncer ovariano levam à freqüente recomendação de que os ovários sejam ressecados. A justificativa para este raciocínio tem relação com o fato do câncer ovariano epitelial atingir um pico na faixa etária de 40-60 anos. Calculou-se que 2 a 7% das pacientes com os ovários preservados desenvolvem subsequente uma lesão que requer outra cirurgia.

Sob o aspecto hormonal, a histerectomia pré-menopáusicas com ooforectomia bilateral deve exigir reposição de hormônio para tratar sintomas vasomotores bem como proteção contra a osteoporose e a doença cardiovascular (Lui, 1995).

3.16 - Assistência de Enfermagem

Repentinamente, a mulher nota que algo está mudando em seu organismo: seu ciclo menstrual se encurta, apresenta pequenas manchas escuras que antecedem e/ou seguem à menstruação; intercalam-se ciclos normais com irregularidades menstruais, às vezes hemorrágicas, até que a menstruação cessa, caracterizando a menopausa. E, assim, a lenta mas progressiva insuficiência ovariana vai também sorrateiramente deixando suas marcas, resultando numa sucessão de perdas e de ganhos, em meio à manutenção de alguns sentimentos básicos: perda da capacidade, perda do controle dos filhos, que se tornam independentes, alterações físicas e até alguns lapsos de memória.

A enfermagem exerce importante papel no que diz respeito à conscientização e compreensão desta fase visando a competência da mulher para o auto cuidado. A seguir abordaremos algumas orientações importantes à mulher nesta fase.

- compreensão da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino.
- esclarecimento de conceitos de climatério e menopausa e por que ocorrem.
- sinais e sintomas desta fase.
- formas de tratamento.
- importância de refeições leves e freqüentes, ricas em cálcio, hipossódicas e hipolipídicas.

- realizar exercícios regularmente.
- banho de sol antes das 10:00 e após as 15:00, pelo menos 30'.
- evitar café em excesso, fumo e álcool.
- realizar exame preventivo de mama e ginecológico.
- procurar profissional de saúde para demais orientações.

O ideal seria que as mulheres procurassem superar as dificuldades que surgem nessa fase da vida mas isto é mais fácil dizer do que fazer, porque envolve uma gama enorme de valores socialmente compartilhados e sedimentados ao longo da história. Para viabilizar essa superação, o que se requer a longo prazo é uma mudança na educação, no seu sentido mais amplo. Trata-se de tentar reciclar os valores que são transmitidos no processo de socialização, de tal forma que a imagem de mulher que se construa a partir daí não esteja alicerçada sobre a sua função reprodutiva, mas a valorize como ser humano, pessoa. (Almeida, 1993)

É importante conceder a paciente uma oportunidade para discutir suas preocupações e corrigir apreensões desnecessárias. Ao se desenvolver um plano de tratamento específico, deve-se ajudar a paciente a compreender os fatores envolvidos nesse plano. Ela e seu parceiro/cônjuge, podem desejar saber quais são os recursos e opções disponíveis. (Brunner & Suddarth, 1984)

3.17 - Formação de grupos

O homem sendo um ser social, necessita de outros seres para subexistir. O indivíduo torna-se-á pessoa social através do processo de socialização que tem, início no seu campo familiar. Este é logo ampliado por vários outros grupos.

A palavra grupo é empregada para designar um conjunto de pessoas que estão voltadas para um objetivo.

Atkinson e Murray (1989) estabelecem como grupo a formação por quaisquer três ou mais pessoas interdependentes que compartilham um objetivo comum, do qual todos estão cientes”

São três os elementos principais que caracterizam um grupo: agregado de pessoas, relacionamento interpessoal e objetivo comum.

Mailhiot (1976), ao descrever o desenvolvimento de grupos de trabalho salienta para a importância da integração entre os membros e coloca como pré-requisito para qualquer trabalho em grupo. Nomeia inicialmente três fases: fase individualista, de identificação e a fase de integração propriamente dita.

Ainda segundo Atkinson e Murray (1989), distinguem três fases na formação do grupo: a fase de iniciação, fase do trabalho e a fase de conclusão. Na primeira fase existe a preocupação quanto ao ambiente físico e psicossocial. O funcionamento do grupo é favorecido pelo tipo de local do encontro, disposição de mesas e cadeiras, temperatura e a iluminação. Em seguida o grupo preocupa-se em manter uma atmosfera psicossocial, ou seja, estabelecer relacionamentos, sentimentos e estilos de interação entre os membros.

Geralmente o primeiro encontro inicia-se com a apresentação dos membros do grupo, que podem incluir além dos membros do grupo, vida pessoal. Neste tipo de comunicação, existe a intenção geralmente inconsciente de se desenvolver a coesidade do grupo, pois as pessoas sentem-se mais a vontade e dispostas para compartilhar, quando percebem que possuem alguma coisa em comum.

Todos os estudos aqui revisados mostram a importância da área selecionada para o presente trabalho.

4 - Marco Conceitual

De acordo com Silva e Arruda (1993), Marco Conceitual “é um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos; famílias, grupo ou comunidade atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem.

Neste estudo tais definições e conceitos estão fundamentados na Teoria de Auto-Cuidado de Dorothea Orem e adaptadas do marco conceitual elaborado por Santos (1991). Os mesmos foram utilizados para, direcionar a assistência de enfermagem prestada à mulher no climatério.

Inicialmente apresentaremos os pressupostos da teorista e os das autoras do estudo.

4.1 - Pressupostos da Teoria de Dorothea Orem.

- O auto-cuidado é uma necessidade universal dos seres humanos;
- O auto-cuidado é uma ação deliberada que possui propósito padrão e sequência, que busca metas e resultados; (OREM, 1985:84);
- as atividades de auto-cuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence; (OREM, 1985, p.108);

- As maneiras de encontrar as necessidades de auto-cuidado (processos, tecnologias e práticas de auto-cuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores; (OREM, 1980, p.29; 1985; p.37);

- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e padrão estabelecidos para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao auto-cuidado; (OREM, 1985, p.109);

- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo; (OREM, 1980);

- A enfermagem é um serviço de ajuda. (OREM, 1980, p.30, 1985, p.38);

4.2 - Pressupostos Pessoais

- A mulher é um ser bio-simbólico-social, que integrado com o meio ambiente sofre influência da sociedade e deste meio.

- O climatério envolve a saúde física e mental da mulher e é área de interesse para o profissional enfermeiro que deve implementar ações que visem o melhor enfrentamento desta fase.

- As necessidades de auto-cuidado variam de mulher para mulher e são influenciadas por elementos sócio-culturais.

- O auto-cuidado consiste em ações deliberadas com propósitos definidos.

- As decisões e ações das mulheres para o auto-cuidado no período do climatério, são influenciadas pela história de vida, idade, estrutura cognitiva, física, sócio cultural, habilidades psicomotoras e estado de saúde, além de crenças, hábitos e práticas culturais características de cada indivíduo sobretudo das mulheres neste período.

4.3 - Conceitos

Ser Humano

Na concepção de OREM, o ser humano é “uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ao sistema”.

(OREM, 1971, p.14). Orem (1985) acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de auto-cuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. O mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente.

O foco central deste estudo é a mulher no climatério que consideramos como um ser único, com necessidades não meramente biológicas, mas sociais, psicológicas, com uma história de vida singular que precisa ser respeitada e possui uma necessidade de desenvolver ações de auto-cuidado para manter a vida, saúde e o bem estar.

Meio Ambiente

Para Orem, o meio ambiente como um conceito separado tem sido considerado como relativamente insignificante, já que para a teorista o ser humano e meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao auto-cuidado. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de auto-cuidado (OREM, 1971, 1980, 1985).

Conforme Santos (1991), meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas, ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra.

O meio ambiente, neste estudo, refere-se “ao conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde a mulher está inserida. O meio físico e geográfico inclui componentes bióticos (flora e fauna) e abióticos (solo, ar, água, luz, temperatura, sais minerais, energia e demais elementos da superfície terrestre e do universo). O contexto sócio-cultural é representado pelo conjunto de sistemas social, cultural, econômico, político e religioso em um dado momento histórico e em uma determinada sociedade”(Santos, 1991).

O meio físico e geográfico da mulher climatérica compreende todos os espaços físicos ocupados pela mesma. O contexto sócio-cultural da mulher climatérica inclui sua família, amigos, vizinhos, instituições e profissionais de saúde, a comunidade, sociedade da qual faz parte, entre outros (adaptado de Santos, 1991).

Na fase do climatério, mulher e meio ambiente devem estar interligados, para formar um sistema integrado, a fim de tornar efetivo o auto-cuidado.

Sociedade/Comunidade

O conceito de sociedade/comunidade é explicado por OREM (1971) “como um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo, constituído de indivíduos e famílias, compartilham não somente uma área e ambientes comuns, mas também interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida.

Percebemos que o climatério é também de natureza sócio-cultural, porque a visão que a mulher tem acerca do climatério é construída socialmente embora não dependa do conhecimento científico. A mulher sofre influência no que diz respeito a maior exigência da mesma à adaptação ao climatério, no âmbito familiar, profissional e social.

Consideramos que o auto-cuidado seria incentivado se a sociedade se despojasse dos preconceitos inerentes ao climatério (infertilidade), ou seja, contraditório ao papel da mulher definido pela sociedade.

Auto Cuidado

É considerado por OREM (1971, p.19, 1980, p.35 e 1985, p.84) como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar”. Auto-cuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz. Para Orem (1985), auto-cuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido conforme os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos.

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas auto-cuidado são designados por Orem (1985), de requisitos de auto-cuidado. Três tipos de requisitos de auto-cuidado são identificados pela teórica:

1 - Os requisitos de auto-cuidado universais que são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores;

2 - Os requisitos de auto-cuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos, que estão associados com processos desenvolvimentais humanos e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital (por exemplo, gestação, nascimento de um filho, lactação), e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento;

3 - Os requisitos de auto-cuidado relativos aos desvios de saúde, que estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico.

O auto-cuidado da mulher que vivencia a fase do climatério, refere-se às ações que estas executam em seu próprio benefício, evitando as possíveis complicações e permitindo que essa vivência seja encarada como um processo natural do ciclo vital a ser vivenciado com saúde e bem estar.

Demanda Terapêutica do Auto Cuidado

Consiste na “totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado”(Orem, 1980, p.39, 1985, p.89). A demanda terapêutica do auto-cuidado, portanto, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de auto-cuidado, através do qual os requisitos de auto-cuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade (Orem, 1980, p.39-40, 1985, p.89).

A demanda terapêutica do auto-cuidado da mulher no climatério refere-se à totalidade das ações a serem desempenhadas durante o tratamento e recuperação, de modo a satisfazer seus requisitos de auto-cuidado. Estas ações podem estar voltadas à solução de déficits de conhecimento sobre o assunto por parte da mulher, prevenção de complicações decorrentes deste déficit, bem como de tornar esta mulher capaz de assumir seu auto-cuidado com efetividade.

Competência do indivíduo para o auto-cuidado

É a terminologia utilizada para referir-se ao “poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado, uma habilidade. Tal habilidade é complexa e “é

adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos de vida, mantém ou promove o bem estar” (OREM, 1985, p.105). Segundo OREM (1985), a competência para o auto-cuidado pode variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice, o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam à aprendizagem, às exposições a influências culturais e à utilização de recursos no viver diário. A determinação da adequabilidade da competência para o auto-cuidado é fundamental para que se possa identificar a presença ou ausência de déficit de auto-cuidado.

No que tange ao climatério, significa o poder da mulher que, a partir de experiências vivenciadas e conhecimentos adquiridos tornar-se-á apta para satisfazer seus requisitos de auto-cuidado. Aspectos que envolvem este poder (físicos, sociais, cognitivos e culturais).

Aprendizagem

Para Orem (1985) a aprendizagem e o uso de conhecimentos orientados interna e externamente se constituem em elementos centrais na sequência de ações de auto-cuidado. O processo de aprendizagem segundo Orem (1985), inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de auto-cuidado e habilidades relacionadas.

Para que a mulher desenvolva o processo de auto-cuidado no climatério, requer desta aprendizagem, sendo influenciada por todo um contexto ou seja, conhecimentos e habilidades que atendam os requisitos para o auto-cuidado. Esta aprendizagem envolve também aspectos afetivos onde a motivação e interesse em aprender se constituem em elementos “chave” neste processo.

Enfermagem

De acordo com Orem (1985, p.55 e 1980, p.7), a condição que justifica a existência da enfermagem para o indivíduo adulto é “a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano na maneira de enfrentar seus efeitos.

Segundo a visão da teórica, a enfermagem é “serviço, arte e tecnologia”. Como serviço a enfermagem refere-se a maneira de ajudar os seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira para

ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meios ambientes.

Como arte, a enfermagem consiste “na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de auto-cuidado”.

Como tecnologia a enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou o método para obtenção de resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos.

A enfermagem frente a mulher climatérica, atua juntamente com esta de forma interpessoal a fim de promover e gerenciar o auto-cuidado, no sentido de manter a saúde e bem estar, capacitando-a para o auto-cuidado conseqüentemente diminuindo seus déficits.

Competência ou poder da enfermagem para gerenciar o Auto-Cuidado

Refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. Segundo Orem (1985, p.143), “a competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar de outros e a competência do indivíduo para o auto-cuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa”.

Orem estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado. Estes sistemas se referem como determinar os déficit dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica do auto-cuidado. São eles:

1 - Sistema de compensação total quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado;

2 - Sistema de compensação parcial quando o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de auto-cuidado;

3 - Sistema de suporte educativo quando o cliente necessita da assistência de enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação às necessidades de auto-cuidado.

A determinação de sistemas de assistência de enfermagem relacionada ao auto-cuidado indica que espécie de métodos o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao cliente.

Deste modo o profissional intervém no auto-cuidado como regulador do sistema, fazendo pelo cliente aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ou ensinando, orientando e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades para o auto-cuidado.

No climatério a competência e o poder de enfermagem refere-se a capacidade e o potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pela e com a mulher no climatério.

Esta capacidade requer do profissional um conjunto de habilidades e conhecimentos específicos sobre climatério, epidemiologia, anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, repercussões clínicas, tratamento (hormonal e não-hormonal), aspectos psicossociais, contraceção, patologia cervical e de mamas, dieta e exercício no climatério.

Cabe a enfermagem auxiliar indivíduos a exercer direitos e responsabilidades afim de contribuir para decisões e ações de saúde deste indivíduos, dando assim suporte para as metas de vida e atividades significativas.

Saúde

A saúde é descrita como “um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento”). Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por Orem (1985) como inseparáveis do indivíduo.

Para a situação da mulher que se encontra na fase do climatério, ter saúde consiste em integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais visando seu potencial máximo de saúde.

Doença

Embora Orem (1971, 1980 e 1985) não explicita o conceito de doença a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal ou funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de auto-cuidado.

As diferentes modificações vivenciadas pela mulher climatérica, podem desencadear alterações sistêmicas, psicológicas e sociais) Essas complicações decorrentes do climatério nem sempre podem ser resolvidas de forma eficaz, tendo em vista a precariedade dos serviços de saúde no que tange ações preventivas deste sistema.

4.4 - Processo de Enfermagem

Segundo George (1993) a abordagem do processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de auto-cuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de auto-cuidado.

Os passos que compõem o processo de enfermagem de Orem podem ser resumidos da seguinte maneira:

Passo 1 - A determinação inicial e subsequente da razão pela qual uma pessoa deve estar sob cuidados médicos.

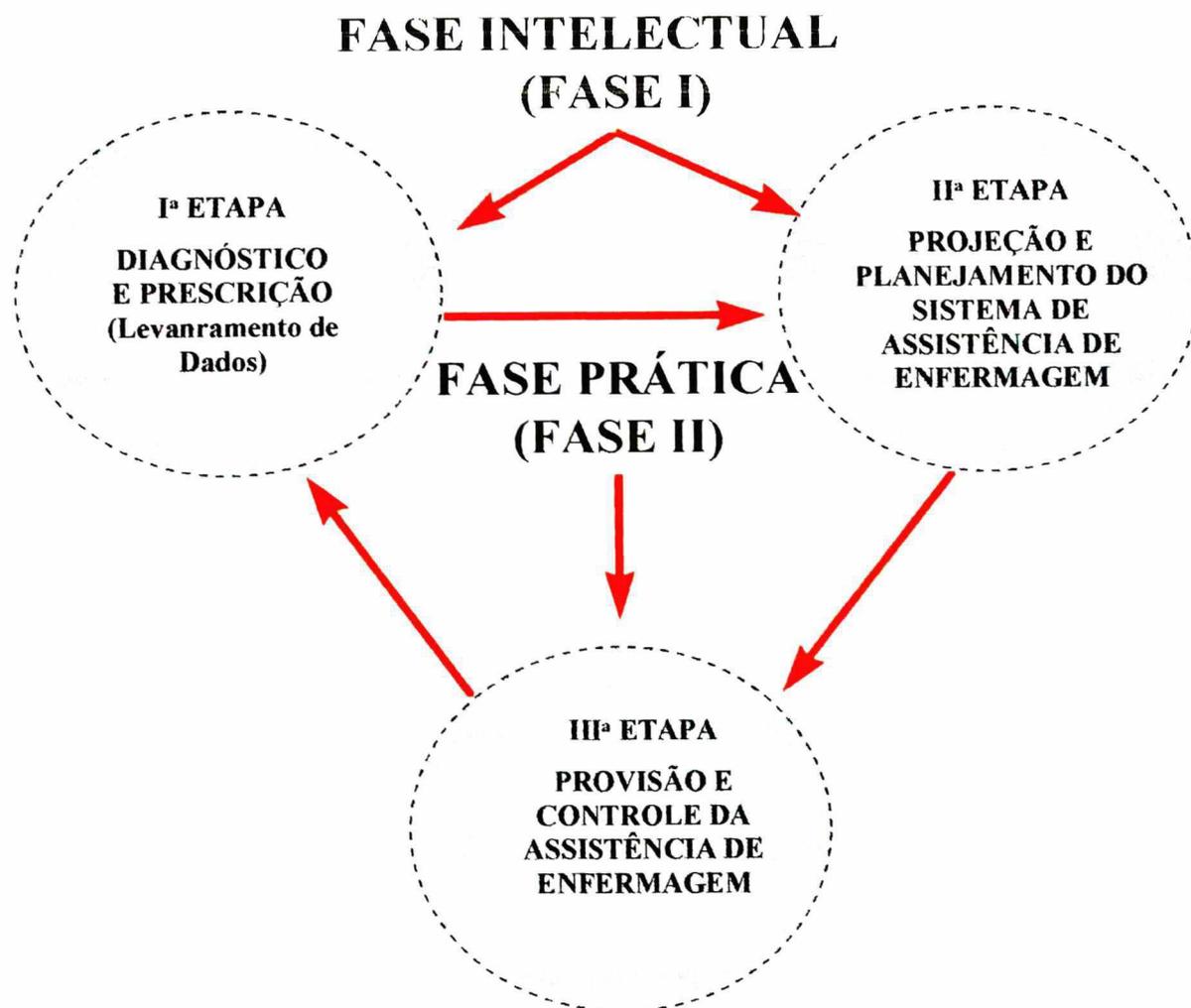
Passo 2 - O planejamento de um sistema de enfermagem (e) o planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema planejado...

Passo 3 - O início, a condução e controle de ações de auxílio para: (1) compensar as limitações de auto-cuidado do paciente...(2) sobrepujar possíveis limitações de auto cuidado....e (3) encorajar e proteger as habilidades de auto-cuidado do paciente.

Etapas do processo de Enfermagem

A estrutura do processo de enfermagem de acordo com Orem (1980) contém diferentes etapas sendo que as mesmas compreendem duas fases: uma primeira denominada fase intelectual, que em linhas gerais consiste em três passos básicos. A segunda, denominada fase prática, inclui especificamente a iniciação, a condução e o controle das ações de assistência, visando (a), compensar as limitações de auto-cuidado do cliente, assegurando que o auto-cuidado fornecido seja terapêutico, e dar início a adaptação comportamental do cliente, diante das limitações existentes; (b) superar quando possível, as limitações de auto-cuidado do cliente e/ou de sua família, de modo que no futuro, a curto ou a longo prazo as ações de auto-cuidado terapêutico sejam efetivas; e © estimular e proteger as habilidades de auto-cuidado do cliente e prevenir o desenvolvimento de novas limitações de auto-cuidado (Orem, 1985, p.224)

A estrutura do processo de enfermagem de Orem (1980,1985) com suas diferentes fases e etapas podem ser representadas pelo esquema (Fig 01) a seguir:



Fase Intelectual

Iª Etapa - Diagnóstico e Prescrição

A primeira etapa do processo de enfermagem está constituída de operações de diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica em uma operação investigativa que permite às enfermeiras fazerem avaliações e julgamentos quanto a situação existente em relação ao cuidado à saúde e tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito (Orem 1980, p.205 e 1985, p.225). Nesta etapa Orem (1985) sugere que as enfermeiras busquem respostas para as seguintes questões:

1 - Qual é a demanda terapêutica do auto-cuidado do paciente? Agora? Futuramente?

2 - O paciente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado de modo a satisfazer a demanda terapêutica do cuidado?

3 - Se tem, qual a natureza e as razões para sua existência?

4 - Deve o paciente ser impedido de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger capacidades de auto-cuidado já desenvolvidas para propósitos terapêuticos?

5 - Qual é o potencial do paciente para se engajar nas ações de auto-cuidado em período futuro? Aumentar ou aprofundar o conhecimento do auto-cuidado? Aprender técnicas de auto cuidado? Incorporações de medidas efetivas de auto-cuidado E benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado, incluindo novas no sistema de auto-cuidado e na vida diária? (Orem, 1985, p.225)

De acordo com Orem (1985) tais questionamentos exigem que as enfermeiras busquem caminhos efetivos e meios seguros que garantam a obtenção de informações essenciais e determinem a qualidade e quantidade dos dados coletados. As operações de diagnóstico e prescrição segundo a teorista são concernentes à demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente e a sua competência em satisfazê-la. As mesmas devem ser coordenadas com operações interpessoais e contratuais desenvolvidas com o cliente ou com pessoas que decidem e agem por ele (Orem, 1985, p.226)

IIª Etapa - Projeção e planejamento do sistema de assistência de Enfermagem

A segunda etapa do processo de enfermagem segundo Orem (1985) envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. Projetar um sistema de Enfermagem de acordo com a teorista, consiste essencialmente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de Enfermagem a um cliente, tão logo seus requisitos e limitações de auto-cuidado sejam identificados e descritos. O mesmo envolve basicamente duas operações: uma primeira que é fazer ocorrer uma boa organização dos componentes de demanda terapêutica de auto-cuidado dos clientes e uma segunda, que consiste na combinação de maneiras de ajuda que deverão ser tanto efetivas quanto eficientes para compensar ou superar os déficits de auto-cuidado. Neste sentido Orem (1980, p.96-101, 1985p.152-154) propõe três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo. Tais sistemas, portanto, são

projetados a partir da identificação dos déficits de auto-cuidado apresentados pelos clientes para satisfazer a demanda terapêutica necessária para manter a vida, a saúde e o bem estar. Sua implementação (produção) envolve a seleção e aplicação de um ou mais métodos de assistência de enfermagem. Estes métodos incluem : (a) agir ou fazer por alguém, (b) encaminhar, c) manter condições físicas e psicológicas (d) prover condições ambientais e (e) ensinar.

Para Orem (1985) a projeção dos sistemas de enfermagem é feita com os propósitos de: (1) criar um sistema de relacionamento entre os componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado do cliente que irão resultar em uma boa regulação da condição de saúde e de desenvolvimento do mesmo; (2) especificar o momento e a quantidade do contato entre enfermeira-cliente e as razões para tal contato e (3) identificar as contribuições da enfermeira e do cliente em satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado, em fazer ajustes a esta demanda e regular o exercício ou o desenvolvimento da competência de auto-cuidado.

Segundo a teórica, a enfermeira utiliza dois tipos de conhecimento a fim de projetar sistemas válidos de enfermagem para os clientes: o conhecimento factual, que deriva do cliente ou está relacionado com ele. Nesse particular são feitas descrições do mesmo a partir de uma perspectiva de enfermagem e incluindo informações detalhadas das habilidades e limitações que este cliente possui em relação ao auto-cuidado. Tais informações são adquiridas e organizadas através de atividades que foram descritas anteriormente na I etapa do Processo de Enfermagem. O outro tipo de conhecimento é geral e está relacionado com as informações acumuladas sobre os tipos de demanda terapêutica do auto-cuidado e sobre como as maneiras de auxiliar podem compensar ou superar limitações de auto-cuidado terapêutico

O planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema projetado consiste na segunda parte da IIª Etapa do Processo de Enfermagem. Orem (1985, p 236) considera que o mesmo consiste na passagem da projeção de sistemas de enfermagem, ou de partes de tais sistemas, para modos e meios de sua produção. Um plano determina a organização e o momento das tarefas essenciais a serem executadas, designa o desempenho da enfermeira ou do cliente como os clientes serão auxiliados pelas enfermeiras no desempenho das tarefas. O planejamento inclui as especificações do sistema de enfermagem

propostas de tempo, lugar, condições ambientais, equipamentos e suprimentos requeridos para a produção do sistema.

IIIª - Etapa - provisão e controle da assistência de enfermagem

A terceira etapa do Processo de Enfermagem envolve a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidados. Esta etapa que corresponde a fase prática do Processo de Enfermagem, constituiu-se em um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas. Segundo Orem (1985, p.237) esta etapa é denominada de produção de cuidado para regular demandas terapêuticas de auto-cuidado e competência para o auto-cuidado. Para a teórica, sistemas regulatórios de enfermagem são produzidos quando as enfermeiras interagem com os clientes e agem consistentemente para satisfazer as demandas terapêuticas de auto-cuidado destes clientes para regular o exercício ou desenvolvimento de suas capacidades para se engajarem no auto-cuidado.

5 - Metodologia

O estágio foi desenvolvido na Unidade de Internação V e Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, no período de 05/09/96 a 18/11/96. Trata-se de um serviço de referência onde a clientela é oriunda dos diversos Postos de Saúde da Grande Florianópolis e provém de classes sociais diversas. O total de atendimento geral é de em média 41.500 pacientes/ano.

O serviço de ambulatório desenvolve ações de nível primário, secundário e terciário, saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, oncologia ginecológica, mastologia, climatério e sexualidade. Em média realiza 7.500 atendimentos ambulatoriais por ano. Trata-se de uma maternidade/escola conveniada com a UFSC, e com outras Instituições Assistenciais e de Ensino.

A população alvo deste estudo consiste em mulheres climatéricas (dentro da faixa etária de 40 a 65 anos) atendidas no ambulatório e unidade de internação de cirurgia ginecológica, sendo que estas intervenções podem levar a uma menopausa precoce.

O ambulatório tem em seu quadro funcional 1 médico, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem. As consultas médicas específicas do climatério ocorrem às sextas-feiras a partir das 8:00 horas, com agendamento prévio. Inexiste consulta de enfermagem.

O Posto III presta assistência simultânea às Unidades V, VI e anexo que atendem a cirurgias ginecológicas, oncologia e complicações pós-aborto, possuindo um quadro funcional de 1 enfermeira, 6 técnicos de enfermagem, 12 auxiliares de enfermagem, 1 técnico administrativo, 7 A.S.H.A. A Unidade V atende especificamente a cirurgia

ginecológica, realizando em média 60 cirurgias/mês (SAME, 1995) sendo que as mais comuns são histerectomia total mais anexectomia, mastectomia, Wertheim Meigs, colpoperineoplastia, ooforectomia e salpingectomia

As consultas de enfermagem individuais baseadas em instrumento elaborado, foram realizadas em 19 mulheres posteriormente às consultas com os profissionais da área médica específica do climatério, nas sextas-feiras a partir das 8:00 horas.

Devido a baixa demanda sentimos a necessidade de estender nosso trabalho às funcionárias da instituição, especificamente às mulheres dos setores da zeladoria, nutrição e lavanderia, sendo 9 grupos de turnos diferentes.

A assistência foi prestada através de oficinas, palestras e utilização de material didático (álbum seriado, manequins, folhetos educativos)

Em conjunto com psicóloga, realizamos atividades em sala de espera do serviço da mastologia com enfoque no climatério e prevenção de câncer de colo e mama e aspectos psicológicos.

Logo, foram assistidas 84 mulheres, exceto as consultas de enfermagem individuais.

As segundas feiras e as quintas as atividades foram desenvolvidas no ambulatório no horário das 8:00 às 9:30 hs, sendo estas com o intuito de assistir as consultas médicas bem como a marcação e revisão das cirurgias.

5.1 - Planejamento das ações

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
1 - Identificar e analisar os déficits de competência para o auto-cuidado da mulher no climatério.	- Através de um instrumento de coleta de dados contendo os requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. (anexo 1)	Os objetivos 1, 2 e 3 serão alcançados se houver participação das mulheres nas atividades propostas, bem como a melhora na qualidade da assistência prestada.
2 - Estabelecer plano assistencial de enfermagem em conjunto com a mulher, com base nos déficits de competência para auto-cuidado.	- Formação de um grupo com as mulheres que participam de consultas médicas de climatério; - implantar consultas de enfermagem individuais; - realizar atividades educativas (palestras, oficinas); - discutir e refletir a viabilidade da criação da associação das mulheres climatéricas. -Entrevistar equipe multidisciplinar (psicologia, nutrição, ginecologia) - Consultar responsáveis pela formação de grupos de ostomizados.	

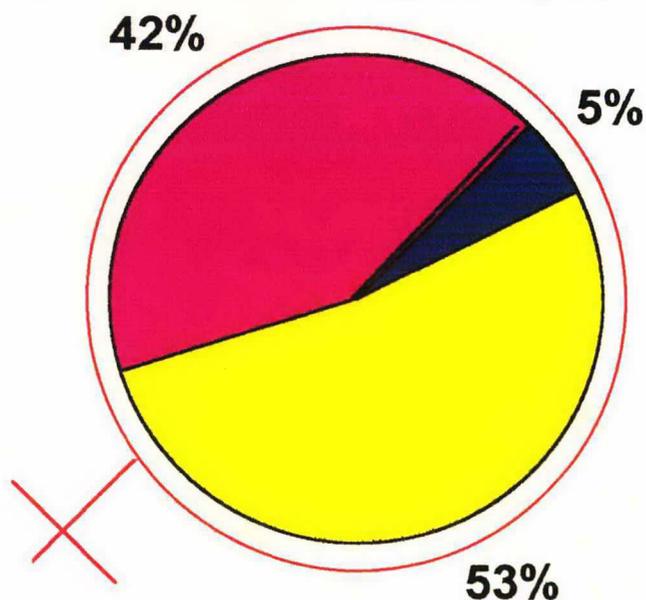
3 - Avaliar a assistência prestada	<ul style="list-style-type: none"> - registrar diariamente os dados colhidos através dos instrumentos. (Anexos 1 e 2) - através da aceitação, participação das mulheres nas atividades propostas (depoimentos) 	
4 - Aprimorar conhecimento teórico-prático acerca, do climatério e da teoria do autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - realizar estudos em relação ao tema; (Epidemiologia, anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, repercussões clínicas, tratamento (hormonal ou não hormonal), aspectos psicossociais, contracepção, patologia cervical e de mamas, dieta e exercícios no climatério). - realizar e participar de palestras sobre climatério; - saúde da mulher; - realizar estudos sobre cirurgias ginecológicas em relação ao tema (histerectomia, ooforectomia, Wertheim Meigs) - Ler dissertações e trabalhos desenvolvidos com grupos, bem como trajetória para formação destes grupos. 	Os objetivos serão alcançados se no término do estágio prático as atividades propostas forem desenvolvidas em bom nível teórico.

6 - Resultados

6.1 - Descrevendo o perfil das mulheres assistidas

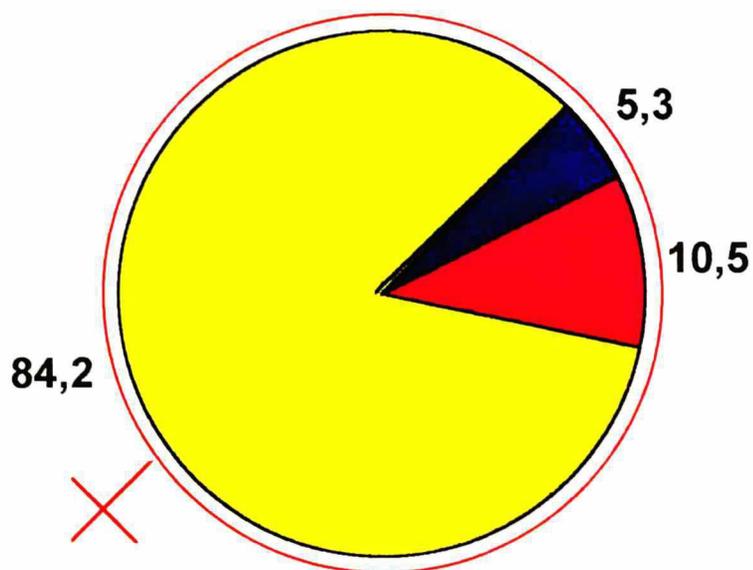
A seguir demonstraremos, através de gráficos e tabelas, o perfil das mulheres assistidas durante as consultas de enfermagem e atividades educativas

Gráfico I e Tabela I - Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com a Escolaridade - Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



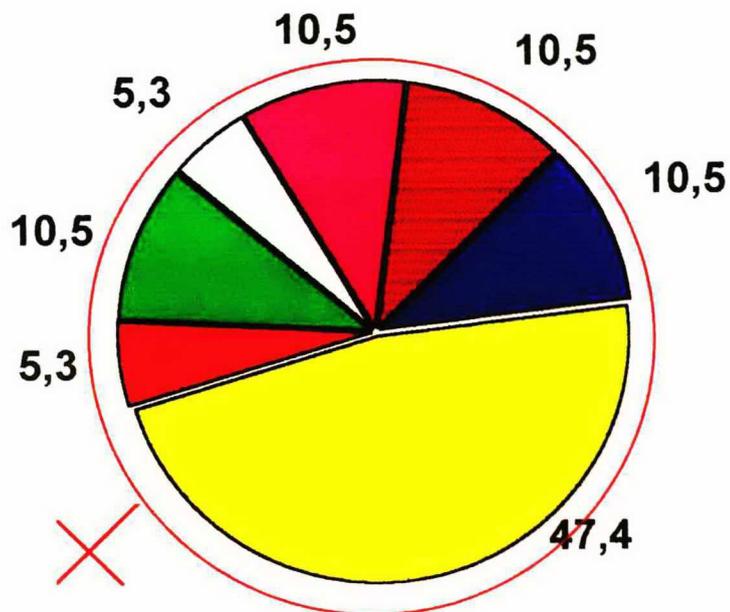
Mulheres Assistidas Escolaridade	Nº	%
analfabeta	1	5,3
primário	10	52,6
primeiro grau	8	42,1
Total	19	100,0

Gráfico II e Tabela II - Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com o Tratamento Utilizado - Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



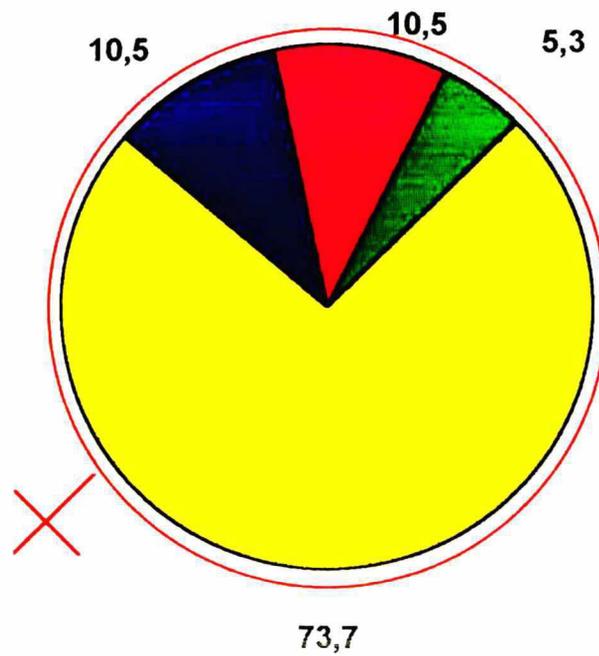
Mulheres Assistidas - Tratamento Utilizado	Nº	%
utiliza terapêutica hormonal	1	5,3
utiliza terapêutica não hormonal	2	10,5
não utiliza terapêutica	16	84,2
Total	19	100,0

Gráfico III e Tabela III - Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com a Ocupação - Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



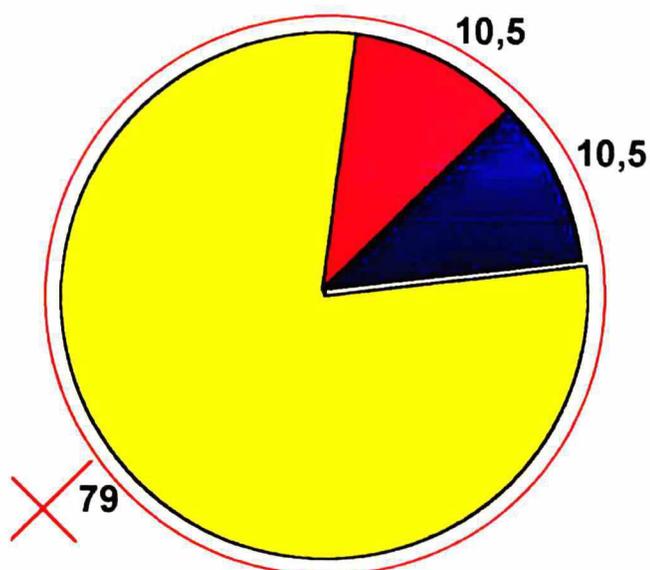
Mulheres Assistidas - Ocupação	Nº	%
agricultora	2	10,5
do lar	9	47,4
doméstica	1	5,3
Comerciante	2	10,5
Aux. Ser. Gerais	1	5,3
Costureira	2	10,5
Merendeira	2	10,5
Total	19	100,0

Gráfico IV e Tabela IV - Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com o Estado Civil - Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



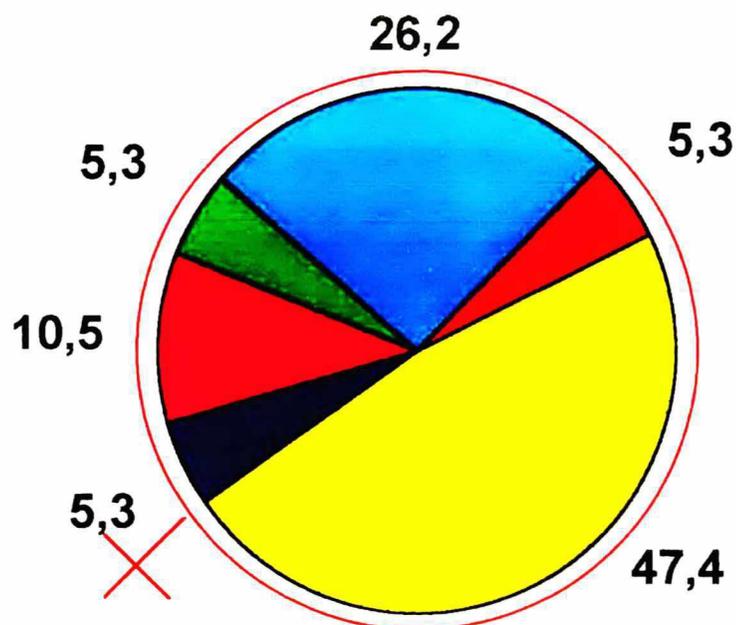
Mulheres Assistidas - Estado Civil	Nº	%
casada	14	73,7
solteira	2	10,5
viúva	2	10,5
separada	1	5,3
Total	19	100,0

Gráfico V e Tabela V - Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com o Conhecimento acerca do Assunto- Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



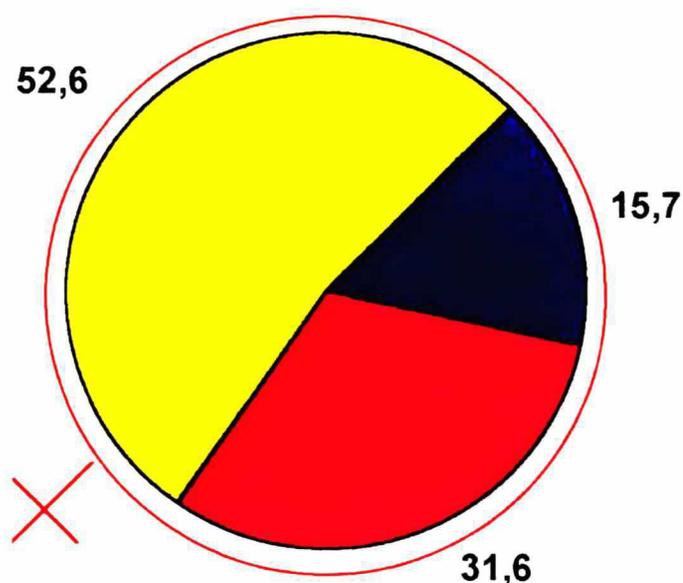
Mulheres Assistidas - Conhecimento acerca do Assunto	Nº	%
sabiam do assunto	2	10,5
nunca ouviram nada sobre o assunto	15	79,0
sabiam o que ouviam de outras mulheres	2	10,5
Total	19	100,0

Gráfico VI e Tabela VI- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com as Cirurgias Realizadas Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



Mulheres Assistidas - Cirurgias realizadas	Nº	%
ooforectomia uni ou bilateral	1	5,3
wertheim meigs	9	47,4
histerectomia simples	1	5,3
colpoperineoplastia	2	10,5
conização	1	5,3
outras	5	26,2
Total	19	100,0

Gráfico VII e Tabela VII- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Consulta de Enfermagem de acordo com a Idade Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



Mulheres Assistidas - Idade	Nº	%
< 40 anos	3	15,7
40 - 50 anos	6	31,6
50 - 60	10	52,6
Total	19	100,0

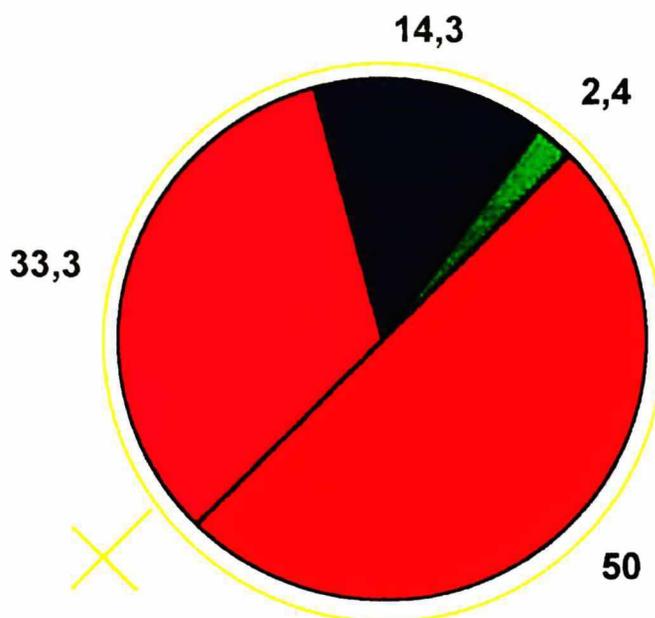
Através da análise dos resultados acima observamos que a maioria das mulheres com as quais realizamos Consulta de Enfermagem, estão dentro da faixa etária com qual nos propusemos a trabalhar (52,6%).

A maioria tinha relação estável - casadas - (73,7%), com baixo grau de instrução (52,6%). Pudemos relacionar a falta de conhecimento prévio em relação ao climatério (79%) e a não adesão a qualquer tipo de tratamento (84,2%) a este baixo nível de instrução.

Grande parte das mulheres não exercem atividades fora do lar (47,4%). Estas mulheres segundo depoimentos, possuem, talvez devido a esta condição, dificuldade de acesso a informações.

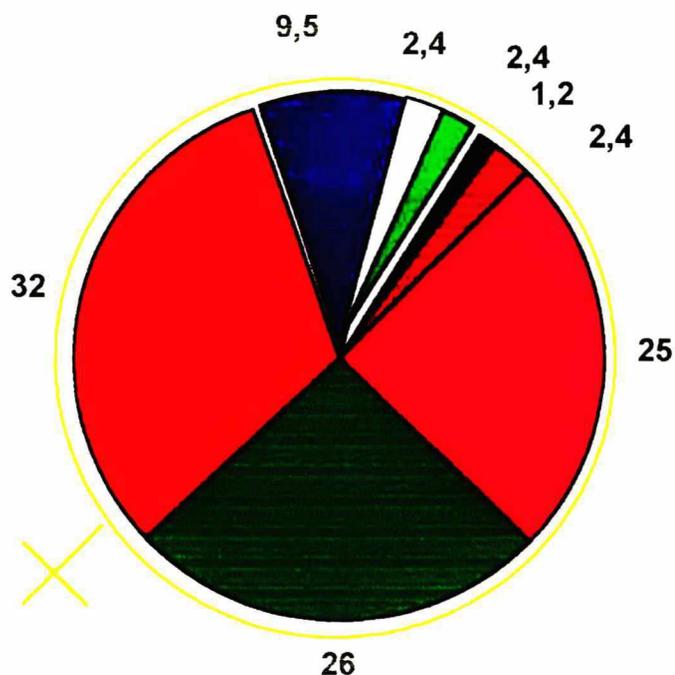
Em relação às cirurgias observamos que o grande número de Wertheim-Meigs (47,4%), se a falta de esclarecimento e pelo preconceito que gira em torno do climatério, o que leva a detecção tardia de carcinomas e conseqüentemente maior extensão da área a ser removida.

Gráfico VIII e Tabela VIII- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Prática Educativa de acordo com a Idade Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



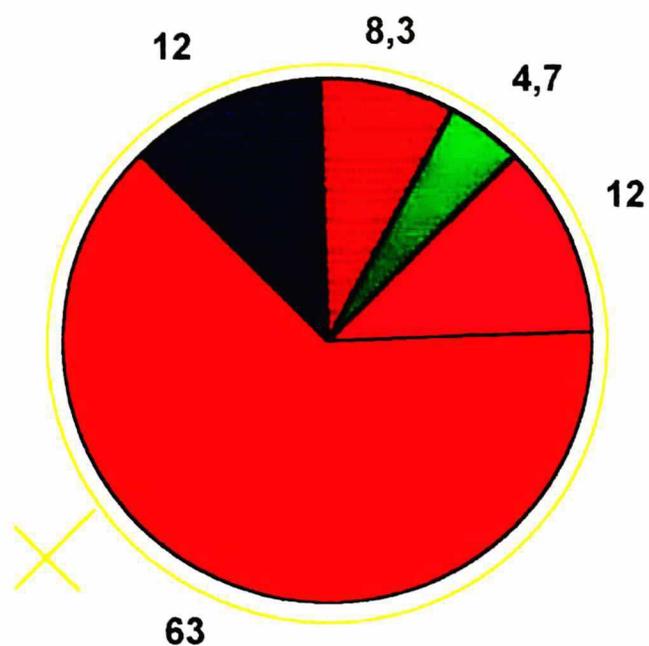
Mulheres Assistidas - Idade	Nº	%
< 40 anos	42	50
40 - 50 anos	28	33,3
50 -60	12	14,3
acima de 60 anos	2	2,4
Total	84	100,0

**Gráfico IX e Tabela IX- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Prática Educativa de acordo com a Ocupação
Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996**



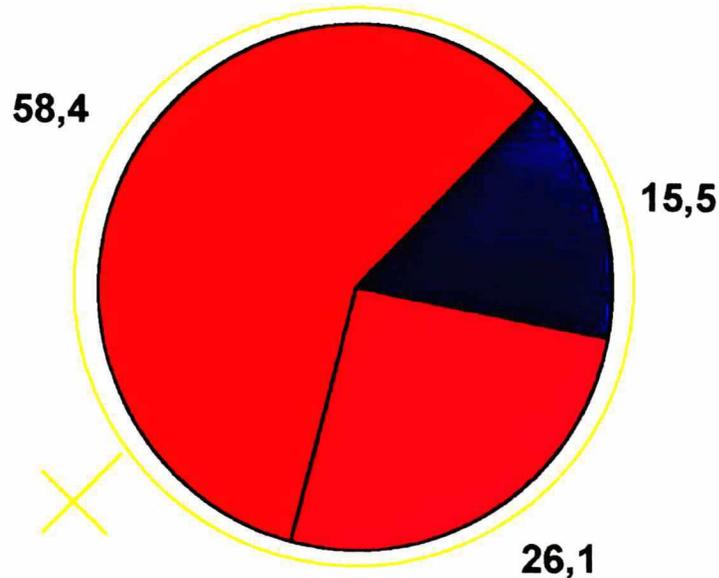
Mulheres Assistidas - Ocupação	Nº	%
Aux. serviços gerais (lavanderia)	21	25,0
Aux. serviços gerais (nutrição)	22	26,0
Aux. serviços gerais (zeladoria)	26	32,0
Do lar	8	9,5
Agricultora	2	2,4
Doméstica	2	2,4
Professora	1	1,2
Secretária	2	2,4
Total	84	100,0

**Gráfico X e Tabela X- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Prática Educativa de acordo com o Estado Civil
Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996**



Mulheres Assistidas - Estado Civil	Nº	%
solteira	12	12,0
casada	53	63,0
viúva	10	12,0
separada	7	8,3
amasiada	4	4,7
Total	84	100,0

Gráfico XI e Tabela XI- Distribuição das Mulheres Assistidas durante a Prática Educativa acerca do conhecimento do assunto. Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1996



Mulheres Assistidas - Conhecimento do Assunto	Nº	%
sabiam sobre o assunto	13	15,5
nunca ouviram nada sobre o assunto	22	26,1
sabiam o que ouviam de outras mulheres	49	58,4
Total	84	100,0

Em relação às atividades educativas percebemos que uma porcentagem maior de mulheres tinha alguma noção sobre o assunto (58,4%) tendo em vista que a maioria de nossa clientela nestas atividades eram funcionárias da Maternidade Carmela Dutra, auxiliar de serviços gerais - zeladoria (31%). A faixa etária estava em torno dos 40 - 50 anos de idade (33,3%) e, destas 63% tinham relação estável.

6.2 Relatando alguns depoimentos das mulheres assistidas

“ Menopausa não sei o que é, o calor ainda não me deu...minha mãe vai para os 90 anos e nunca reclamou de nada...acho que naquela época elas nem ligavam pra isso. Vocês já notaram que elas só olham pra mim?...”(C, 50 a).

“Pelo que minha mãe fala, é um saco. Dá um calorão...” (V, 27 anos).

“...é a ausência de menstruação...”(J, 33a).

“A gente fica chata...pensei que tinha acabado”. (D.37a).

“...aparece muita dor...a minha mãe disse que nesse vem e pára, vem e pára, engravidou outra vez”(R. 35a).

“A minha mãe diz que tem dor nos ossos e na cabeça. Pra dormir é angustiante, um calor chato. Precisa de ventilador mesmo quando tá frio”(A.25a).

“O que me falam é que depois dos 30 anos as mulheres tem que se tratar, uns te falam se cuida, outros dizem dá calorão, ah!...não sei nada o que me falam. A gente só escuta comentários”(M.43a).

“Sei que o preventivo de câncer é preciso fazê 1 vez por ano, né? Tem que erguê os braços, olhar embaixo do braço, aí que percebe os caroços, né?”. (V.39 anos).

“Depois da menopausa, a minha vida virou do avesso as vezes eu tô de cara amarrada, eu me fecho, não gosto de falá com ninguém”(M.55 anos).

“Nunca tive acesso a este assunto”(A. 28 anos).

“... dá um quenturão, um estado de nervo, horrível...”(I. 45 anos).

“...estou na flor da minha idade”(N. 44 anos).

“Tenho muita curiosidade sobre o assunto, pretendo esclarecer”(K, 21 anos)

“O que eu sei? É o que acabei de ler agora.” (P. 18 anos).

“Ainda não estou na menopausa, mas já sinto um pouco dessa coisa” (M, 41 anos).

“Tive uma menopausa cirúrgica aos 49 anos, não tive uma menopausa muito problemática, fiquei um pouco nervosa”. (T, 70 anos).

“Minha menstruação já encerrou há 1 ano ainda tenho alguns calorões”. (I, 59 anos).

“Passei bem com a menopausa. Só tive calorões, mas isto é comum, né?...”(A, 52 anos).

“Sofro de osteoporose. Quando ficava perto da menstruação ficava muito nervosa, nervosa mesmo”. (N, 56 anos).

“Não sei nada” (A, 33 anos).

“Não tive aquela fase do calorão. Comecei o tratamento logo. Só que começou a me dar muito pêlo no rosto... (L, 51 anos).

“Minha mãe na passagem da menopausa teve muito problema de flebite. Mas ela nunca falou nada sobre isso. Ela é muito fechada”. (M, 48 anos).

“Já estou na menopausa faz tempo. Tenho calorão, falta de vista e muito esquecida. Tirei tudo com 39 anos, mas a menopausa só chegou bem mais tarde. Comecei a sentir as coisas da menopausa só depois dos 50 anos... não uso hormônio porque no meu caso eu não preciso, eu não sinto nada”. (P, 53 anos).

“Comecei a sentir muitas dores nas articulações. A médica disse que não podia ser da menopausa. Fiz exames e acusou osteoporose. Depois que eu não pude ter mais filhos, pensei que não era mais mulher. Foi difícil. Por mais que eu soubesse que não era assim, a cabeça não aceitava”. (M, 43 anos).

“Fiquei mais triste depois da menopausa. É uma coisa que incomoda. Esse calorão que dá é muito ruim, dor é só na cabeça. Eu uso adesivo, mas me dá muita coceira no local”. (O, 57 anos).

“Eu disse que comprimido eu não tomava. Engordei demais por isso quis o adesivo. Estou enorme. Eu não era assim...”(O, 57 anos)

“Estou perto. O que sei é que o que mais afeta é o calorão, o humor também muda”. (M, 45 anos).

“O que eu sei é que é uma alteração hormonal”. (M, 40 anos).

“Fecharam a maternidade e abriram o parque de diversão”. (quando a mulher está na menopausa). “Acho que isso deveria ter na educação, na escola mesmo, porque a gente chega nesta idade e não sabe nada”. (A. 33 anos).

“...diz que o calorão dá porque não sangra mais e o sangue vai para a cabeça...” (N, 56 anos).

“Não sei muito, pelo pouco que sei, foi o que senti”. (V. 51 anos).

“Eu não tenho vontade, me dói”. (relacionado a sexualidade). (T. 46 anos).

“Menopausa é o tal do calorão, a pessoa fica mais lerda, é mais fria em relação ao sexo”. (M.A., 41 anos).

“Quero saber tudo sobre menopausa”. (R. 38 anos).

“Acredito que já estou, porque já fazem três anos que não menstruo mais. Sinto muito calor e dor nos ossos. A médica quis dar remédio para voltar, mas eu não quis. Já que a minha menstruação foi embora de forma normal por que eu quero de volta? Ela disse que podia melhorar. Pra que, não tenho marido!”(C. 53 anos).

“Ah, então estou na menopausa”(A respeito de um dos sintomas abordados). (A, 37 anos).

“A mulher mais velha dá graças a Deus quando o marido não procura”. (A,52 anos).

“O que eu mais ouço falar da menopausa é que dá calorão. Eu acho que vou ter que tirar o útero porque tenho muita cólica e vem muita menstruação. Talvez ela vá embora e tomara que não volte nunca mais”. (I, 35 anos).

“Minha menstruação já se foi aos 38 anos”. (C, 51 anos).

“Se caracteriza pela diminuição dos hormônios femininos”. (A, 23 anos).

“Minha mãe passou por vários sintomas bem despercebidos. Ainda está se tratando. Está com depressão severa”. (A, 32 anos).

O que gostaria de saber

“Eu gostaria mesmo de saber. Por que sou diabética e tomo insulina. Tem alguma coisa a ver? O médico disse que não posso tomar hormônio, por que?”(C, 50 anos).

“E agora eu ainda vou poder ter relações com meu marido? Eu ainda vou sentir...eu me preocupo muito com a saúde, mas eu gosto muito do meu marido. Me preocupo com esta parte, quero satisfazê-lo.” (F, 33 anos).

“Quer dizer que agora depois da cirurgia (histerectomia abdominal total), não vou mais entrar na menopausa?” (L, 42 anos).

“Essa fase dura muito tempo?... E essas mulheres bem novas que tiram tudo, útero, ovários, tiram tudo. E daí? Como é que fica ?” (C, 50 anos).

“Mas o ovário eles tiram todo ou deixam um pedaço?” (R, 35 anos).

“Por acaso dá muita dor de cabeça também?” (J, 33 anos).

“O hormônio pode dá câncer...ou engordar?”(V, 27 anos).

“E a quantidade de menstruação vem mais ou vem menos?” (em relação a irregularidade menstrual) (M, 43 anos).

“Sei que dá um monte de coisa, calorão...Dá isso, dá aquilo... pode engravidar? (R, 33 anos).

“O câncer de mama aumenta antes ou depois da menopausa? (C, 49 anos).

“Ela pode engravidar na menopausa? (M, 29 anos).

“Quando tirar tudo não fica um buraco?...As pessoas dizem que quando tira fica oca. (C, 41 anos).

“E quando tem relação, como fica, prá onde vai o líquido do homem”. (C, 41 anos).

“Tem um ditado que diz menstrua cedo entra na menopausa mais cedo, é verdade? (A, 28 anos).

“E se a mulher não tem relação, como vai saber se está seca (M, 37 anos).

“Tem como se cuidar pra não passar por isso?” (M, 41 anos).

“Essa menopausa que eles falam, deixam a mulher fria mesma?”(N, 42 anos)

...fico tão sentida, tenho vontade de chorar, será que vai ser sempre assim...? “(M, 55 anos).

“E esse negócio de não sentir mais vontade de fazer aquilo, tem tratamento? Esse hormônio ajuda?” (T, 46 anos).

“ E como eu já tirei tudo tem que fazer preventivo?” (A, 45 anos).

“Tem idade pra começar a tomar esse hormônio?” (A, 32 anos).

“Tem a ver a mulher que ficou moça cedo, ir embora a menstruação cedo?”(V, 39 anos).

“O homem também tem menopausa?”(K, 21 anos).

“Tem pessoas que acham que por que a gente tira o útero fica fria. Eu não fiquei. Por que algumas mulheres ficam?” (V, 53 anos).

“ Então a menstruação sai do ovário? “ (V, 51 anos).

“E aqueles adesivos funcionam? Como é?” (I, 45 anos).

6.3. Descrição do Processo de Enfermagem Baseado na Teoria do Auto Cuidado

I - Identificação

L.I.M., 42 anos, cor branca, sexo feminino, viúva, escolaridade 1º grau. É natural de Governador Celso Ramos, SC, onde mantém residência fixa com 2 filhos e 1 nora. Religião católica praticante, ocupação atual do lar.

Seu primeiro cônjuge faleceu há 21 anos. casou-se novamente e está separada há 16 anos.

Atualmente não possui companheiro.

Endereço atual: Praia dos Ganchos do Meio

Governador Celso Ramos - SC

II - Requisitos de Auto Cuidado

A - UNIVERSAIS

a1. Manutenção do influxo suficiente de ar

Apresenta boas condições do sistema respiratório, eupnéica, no momento frequência respiratória 20 mpm, padrão respiratório de ritmo regular, com boa expansão pulmonar. Apresenta boa perfusão das extremidades. Não possui hábitos ou vícios que interferem na respiração. Refere não ter problemas respiratórios.

“Não tenho problemas pra respirar, só quando pego gripe. Lá em casa é assim com todo mundo”.

Demonstra conhecimento sobre a importância do atendimento das necessidades de oxigenação, as alterações que ocorrem com o tabagismo.

“Meu primeiro marido fumava. Isto era motivo de brigas, porque eu odeio cigarros”.

a2. Manutenção do influxo suficiente de água

Refere ingerir em média de um litro de água por dia. Prefere suco de frutas, principalmente laranja e chá de camomila, rejeita refrigerantes. A pele e mucosas apresentam-se hidratadas, com turgor e elasticidade normais. Reconhece a importância da ingestão hídrica.

“Acho que tomo pouca água, mas costumo comer bastante frutas. Tenho muito medo da água da CASAN, sempre filtro antes”.

a3 - Manutenção do influxo suficiente de alimentos

Aspecto geral alerta, com boa disposição, peso 68 Kg, altura: 1,55 cm. Postura ereta, músculos normotróficos, firmes com bom tônus. Boas condições dentárias, não usa próteses. faz visitas ao dentista esporadicamente. padrão de ingestão alimentar regular. 4 refeições diárias. Desconhece a importância da dieta na fase do climatério como fonte correta de nutrientes necessários para o organismo nesta fase. Refere preferência por alimentos salgados.

a4 - Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção

Quanto ao funcionamento intestinal refere eliminação regular normal com frequência de duas vezes ao dia (uma pela manhã e outra a noite), refere dor esporadicamente ao evacuar devido ao fato de ter hemorróida.

Desconhece sobre a relação existente entre as eliminações e a quantidade e qualidade de líquidos e alimentos ingeridos no que diz respeito à função urinária. Nega qualquer tipo de distúrbio, (disúria, ardência miccional, retenção, incontinência, infecção). Nega distúrbio ou alteração genitais.

a5 - Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Demonstra conhecimento acerca da importância de estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso.

“Acordo por volta das 6:30 horas da manhã, faço café para meus filhos e minha nora. E aí começo a limpar a casa, passar e lavar roupa. Dô um jeitinho no quintal, nas minhas plantas e aí vai o serviço da casa o dia inteiro. Não costumo descansar durante o dia. Não tenho ninguém para me ajudar, os meninos e a nora todos saem já de manhã para trabalhar. É isso, à noite é que fico cansada. Assisto às novela das oito e logo vou dormir”

Habitualmente dorme em média oito horas/dia. Refere sono tranquilo. Diz que o quarto onde dorme é grande, ventilado, dessa forma as condições do ambiente físico do domicílio favorecem o atendimento das necessidades de sono e repouso.

a6 - Manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação

No que diz respeito a composição familiar, L. considera que a mesma está constituída por ela, seus filhos, sua nora, seus pais adotivos, a família do seu marido (falecido) e também a família de sua nora. Na sua concepção todos formam sua família

“Família para mim, é a coisa mais importante do mundo. Sem a família a gente não é nada. os filhos são tudo para mim”.

A dinâmica das relações no interior da família se dá, segundo L. de forma harmônica e carinhosa. Internamente já vivenciaram várias crises provocadas principalmente pelo falecimento do seu primeiro marido e também pelo “namoro” com o segundo companheiro, embora isto não tenha sido motivo para o desgraçamento da mesma. Refere que a situação econômica é razoável, recebe pensão do marido e ajuda econômica dos filhos.

“Agora com essa idade não quero mais saber de homem, eu gostava mesmo do meu primeiro marido, mas Deus o levou, depois arranjei um que só deu dor de cabeça. bebia, fumava e em casa era aquela briga”.

Quanto à relação com o grupo de pares (amigos/ pessoas da mesma idade, vizinhas e outros) L. diz que não tem muita amizade, nem mesmo com os vizinhos. Não participa de atividades comunitárias. Demonstra pouca motivação para estabelecer equilíbrio entre recolhimento e interação social.

a7 - Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais

Aspecto geral saudável, apresenta-se lúcida, receptiva e com boa disposição. Com boa aparência higiênica, está com vestuário limpo, adequado para a situação e temperatura ambiente. Sinais vitais no momento estabilizados, dentro dos limites da normalidade: Pulso: 80bpm; pulso cheio, rítmico; PA: 110 X 70 mmHg; respiração normal, com 20 mpm e T = 37° C, estrutura e funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório e digestivo aparentemente normais. Quanto aos órgãos dos sentidos, apresentam-se íntegros e funcionando normalmente.

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, diz que só procura em caso de doença mais grave, quando é algo comum costuma tomar chás caseiros. Normalmente os serviços que utiliza são os da Rede Pública. Nega hábitos tabagistas e etilistas,

desconhece os fatores de risco para os tumores ginecológicos mais incidentes em nosso meio. Refere ter reação alérgica (tosse) ao comer cação.

B) Desenvolvimentais:

Refere que sua menarca foi aos 15 anos de idade, com início da atividade sexual aos 18 anos, ciclo menstrual regular, pouca quantidade de fluxo. Nega corrimento vaginal, doenças sexualmente transmissíveis e aborto.

Gesta IV: IV, parto normal, amamentou-os no peito em média 2 meses cada filho.

Quanto a sexualidade, relata não manter relação sexual há 16 anos, mas que nega dispareunia anterior. Não refere antecedentes mamários. Diz ser filha adotiva e não conhece pais biológicos.

Usou anticoncepcional oral (Primovlar - Neovlar), durante 2 anos no segundo casamento; interrompeu o uso por falta de parceiro.

“Há, já faz tanto tempo que não tenho um homem, e não sinto falta. Depois do meu companheiro, não quero mais me encomodá, a gente brigava muito, perdi o gosto pela coisa...”

“Eu gostava quando era meu marido, depois que ele morreu, sei lá...”

C) Desvio De Saúde

L., refere ser uma mulher sem história anterior ou atual de processos patológicos agudos ou crônicos. Quanto ao atendimento dos requisitos de auto-cuidado de desvio de saúde, procura posto de saúde somente quando sente alguma coisa. Procurou serviço de saúde devido ao aumento do seu fluxo menstrual acompanhado de cólica. Desconhece atitude frente ao climatério, tratamento e cirurgia (HAT + anexectomia bilateral), e qualquer fator relacionado ao climatério.

Refere estar calma, pois diz que colocou tudo na mão de Deus.

“A menopausa é calorão, então depois da cirurgia, eu não vou mais entrar na menopausa?”

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO E DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTO-CUIDADO		PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		INICIAÇÃO		PROVISÃO	
ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO ASSIST./ OBJETIVO DE SAÚDE	AÇÃO DE ENFERMAGEM		CONTROLE DA ASSISTÊNCIA	
1. Desconhece importância da dieta nesta fase.	1. Requisito de autocuidado universal.	1. Sistema de suporte educativo.	1. Adquirir conhecimento sobre a importância da dieta nesta fase.	1. Esclarecer sobre métodos como: refeições leves e frequentes; dieta rica em cálcio (leite desnatado e derivados, vegetais verdes); dieta hipocolesterolêmica e hipocalórica; diminuir consumo de sal; evitar fumo e álcool realizar exercícios regulares (caminhadas, dança, etc.); usar roupas leves; explicar a importância do banho de sol.		1, 2, 3.- As ações de enfermagem foram desenvolvidas através de orientação a partir dos déficits de autocuidado. - A cliente mostrou interesse questionando sobre o assunto.	
2. Não tem conhecimento sobre a importância da ingestão hídrica e alimentar em relação as eliminações.	2. Requisito de autocuidado universal.	2. Sistema de suporte educativo.	2. Adquirir conhecimento e compreensão sobre a importância das fibras e água para melhorar o trânsito intestinal, uma vez que a cliente apresenta hemorróida.	2. - Esclarecer sobre a importância da boa ingestão hídrica e fibras. - Verificar a disponibilidade para aquisição destes alimentos.			
3. Desconhece atitudes frente ao climatério, tratamento e cirurgia (HAT + anexectomia-bilateral).	3. Requisito de autocuidado de desvio de saúde.	3. Sistema de suporte educativo.	3. Adquirir conhecimento sobre mudanças corpóreas e psicológicas que ocorrem nesta fase bem como tratamento e intervenção cirúrgica a qual foi submetida.	3. Esclarecer sobre fisiologia da mulher no climatério, repercussões clínicas, tratamentos, bem como: cuidados durante esta fase. - Explicar sobre a intervenção cirúrgica e cuidados no pós-operatório.			

6.4. Avaliação dos Objetivos

- Identificar e analisar os déficits de competência para o auto-cuidado da mulher no climatério:

Através da utilização de um instrumento anteriormente citado, foi possível identificar os déficits de competência para o auto cuidado das mulheres assistidas na fase do climatério. Este instrumento contém requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

Durante as atividades educativas nos foi possível identificar os déficits de auto-cuidado, incentivando as mulheres a se engajarem neste.

- Estabelecer Plano Assistencial de Enfermagem em conjunto com a mulher, com base nos déficits de competência para o auto-cuidado:

Foram identificados os déficits de competência para o auto-cuidado através de conversas, palestras e consultas de enfermagem. Após levantados estes déficits orientávamos as mulheres para que as mesmas pudessem atingir a competência para o auto-cuidado.

As consultas eram realizadas de maneira menos formal possível, de modo a deixar a cliente à vontade para exteriorizar suas dúvidas, sentimentos e expectativas em relação ao climatério.

O instrumento de coleta de dados serviu como norteador das consultas, no entanto estas eram conduzidas a partir dos questionamentos, crenças e valores e atitudes frente ao climatério destas mulheres.

Nas terças-feiras foram realizadas atividades educativas na sala de espera da mastologia. No restante dos dias foram realizadas na unidade de internação V, sala de espera do ambulatório e setores da nutrição, lavanderia e zeladoria, perfazendo um total de 25 atividades educativas, enfatizando aspectos do climatério, prevenção de câncer cérvico uterino e de mamas.

Não foi possível viabilizar a criação de uma associação das mulheres climatéricas, tendo em vista a diversidade da procedência, e o fato de que estas mulheres estavam

destinadas apenas para a consulta médica e tinham um horário restrito pois exerciam outra atividade, portanto não havia interação entre as mesmas.

Como parte da elaboração de nosso plano assistencial tínhamos previsto consulta a outros profissionais da área (nutricionista, psicóloga, ginecologista e enfermeira responsável por um grupo de vivência). Contactuamos com a nutricionista da Maternidade Carmela Dutra, Adriana S. de Oliveira Mello; Psicóloga voluntária na Maternidade Carmela Dutra, Cristine Kassick; Ginecologista da Maternidade Carmela Dutra, Dra. Miriam C. Mello; Enfermeira do Grupo de Vivência dos Ostromizados, Margareth Menezes.

Através destas entrevistas e material bibliográfico cedido por estas profissionais, consideramos que conseguimos estabelecer um plano assistencial com melhor embasamento teórico para uma assistência de melhor qualidade.

- Avaliar a assistência prestada

Esta avaliação foi realizada através da observação da motivação da mulher para se engajar nas atividades de auto-cuidado, dos dados registrados nos instrumentos, da receptividade e participação nas atividades propostas, bem como pelos depoimentos prestados.

“Acho que esta deveria ter na educação, na escola mesmo, porque a gente chega nesta idade e não sabe nada” (A, 33 anos)

- Aprimorar conhecimento teórico-prático acerca do climatério, da teoria do auto-cuidado e formação de grupo.

Os conhecimentos foram aprofundados através de consultas bibliográficas atualizadas, descritas no capítulo 3, discussões com profissionais da área, acompanhamento do pré, trans e pós-operatório das cirurgias propostas, exposição do tema às mulheres durante atividades educativas e consultas de enfermagem, participação durante as consultas médicas.

O conhecimento acerca da teoria foi possível através da aplicação da mesma na prática.

7 - Considerações Finais

Concluimos nosso trabalho sentindo-nos mais preparadas e melhor fundamentadas para o exercício de promover ações de auto cuidado.

A teoria de Orem mostra que o auto cuidado é empenho humano, sendo a enfermagem um serviço de ajuda, uma estrutura de apoio para estimular as potencialidades de cada indivíduo para o auto cuidado.

▷ No que se relaciona à assistência à mulher frente ao climatério, o auto cuidado é de vital importância, tendo em vista as mudanças que ocorrem neste período de vida. A questão maior será levar em conta como as mudanças serão administradas por estas mulheres.

Lamentavelmente, no mundo ocidental ainda existe a desvalorização da mulher, a partir do seu climatério. Isto distancia muito da concepção que se tem a respeito deste período da vida feminina em outras culturas, talvez menos desenvolvidas em outros aspectos. Como exemplo, na Índia a mulher pode ascender a cargos públicos e de maior responsabilidade de condução, só a partir da menopausa.

A mulher climatérica tende a formular e a responder questões fundamentais na reorganização de suas prioridades vitais. Por exemplo, quem sou eu? Como vai ser de agora em diante? Já sou muito velha para começar algo? Ainda sou útil?

Percebemos que se a mulher climatérica for bem preparada através de informações, expectativas realistas e conhecimento sobre a transição e seu impacto social, bem como a

variedade de métodos e formas de atenção disponíveis para alívio de sintomas, então será capaz de chegar a este estágio da vida com um senso de controle pessoal - fator que facilitaria a aquisição do seu bem-estar emocional.

É importante lembrar que a mulher, debilitada pela idade, não está definitivamente degradada e pode transpor este terço de sua vida sem sofrer nenhuma discriminação imposta pela sociedade constituída. Apesar do interesse crescente pelo tema, lamentavelmente ainda nos parece longínquo o tempo em que grande parte do nosso povo tenha direito e acesso a uma velhice digna.

7.1 - Facilidades Encontradas

- Espaço físico adequado para o desenvolvimento e a execução das atividades propostas, pois tivemos à disposição uma sala própria para consultas de enfermagem mesmo não nos limitando a ela.

- Liberdade de atuação nos locais propostos e também nos setores da zeladoria, nutrição, mastologia e lavanderia.

- Bom relacionamento interpessoal com clientes, equipe multidisciplinar e funcionários.

- Disponibilidade, atenção e apoio por parte de supervisoras e orientadora, as quais permaneciam maior parte do tempo na instituição.

- Receptividade, interesse pelo tema demonstrado pela maioria das pessoas para as quais era divulgado nosso trabalho.

- Acesso à material didático necessário para execução das atividades.

- Incentivo e apoio por parte da direção da instituição.

- Aplicação do instrumento na íntegra.

7.2 - Dificuldades Encontradas

- No período de estágio a unidade V encontrava-se em reforma, dificultando a interação com as clientes devido à ruídos, odores e outros inconvenientes. Além disso, a interação com

os funcionários ficou prejudicada, pois os mesmos permaneciam a maior parte do tempo no posto de Enfermagem que se situava distante da unidade.

- No início encontramos dificuldade em adquirir clientes, pois o tema, além de inovador gera estigma, dificultando a divulgação da nossa proposta até mesmo para os profissionais da instituição.

- Não houve possibilidade da formação do grupo devido a alta rotatividade das clientes pela diversidade da procedência das mesmas e pouca disponibilidade de horário.

- Apesar de termos divulgado nosso trabalho junto aos médicos, não houve encaminhamento de clientes para nossas consultas de enfermagem.

- Informações incompletas nos prontuários o que dificultava obter maiores informações sobre as clientes.

7.3 - Sugestões para a Instituição

- Que todas as pacientes submetidas a cirurgias de ooforectomia, histerectomia e wertheim meigs, sejam orientadas no período pré e pós-operatório já que percebemos que muitas pacientes que se submetiam a cirurgia tinham dúvidas, acreditamos ser papel da enfermagem dar essas orientações.

- Implementação de consultas de enfermagem para a área do climatério, tendo em vista que muitas clientes não são orientadas adequadamente, devido à alta demanda e que conseqüentemente impede maior tempo de consulta.

- Colocação de cartazes informativos sobre climatério nos quartos e corredores, na unidade e ambulatório.

8 - Referências Bibliográficas

- ALDRIGHI, J. M. Doenças cardiovasculares. In: *Saúde e bem-estar quando a menopausa chegar*. SOBRAC. São Paulo, 1993.
- ALMEIDA, Áurea Beirão. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ANDERSON, E.; HAMBURGER, S. LIU, J.H.; REBAR, r.W. Characteristics of menopausal women seeking assistance. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 156:428, 1987. In: PINOTTI, J.A.; HALBE, H.W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- ATKINSON, L. D. & MURRAY, M. F. *Fundamentos de Enfermagem*: Introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, c. 7, p.67-76.
- BAKOS, L. Aspectos dermatológicos em geriatria. In: HUTZ, A. *Temas de geriatria e gerontologia*. São Paulo : Fundo Editorial Byk, 1986, p. 191.
- BALANDIER, G. *Antropológicas*. São Paulo : Cultrix/ Edusp, 1976.
- BARACAT, E. C.; BORTOLETTO, C. C. R. ; HAIDAR, M. ^a et al Síndrome do climatério: aspectos epidemiológicos. *G.O. Atual*, 1994.
- BEKHOR, P. S. Common hair disorders. *Australian Family. Pshysician*, 15:870, 1986. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- BINGHAM, K. D. & SHAW, D. A. Pole pattern baldness and the metabolism of androgens by human scalp skin *J. Soc. Cosmet. Chem*, 24:523, 1973. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- BRUNNER, Lilian Sholtus & SUDDARTH, Dores Smith. *Tratado de Enfermagem médico cirúrgica*. 5 ed., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1984.
- DAVIS, Ann Jeanette. Intervenções Cirúrgicas. In: GERSHENSON, Davi M. DECHERNEY, Alan H., CURRY, Stephen L. *Ginecologia operatória*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.445-446.

- DELOREY, C. Health care and midlife women. In: PINOTTI, J. A. HALBE, H. W. HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- FEBRASCOGO. *Climatério*. Manual de orientação. São Paulo, 1995.
- FERNANDES, C. Menopausa é doença? *Ritmo de vida*, São Paulo: Limay, 1996. p. 32-33.
- FONSECA, A. M. Climatério Compensado. In: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. São Paulo: Roca, 1987.
- FONSECA, A. M.; HEGG, R.; GUARNIERI Netto C.; MELLO, N. R.; FILASSI, J. R.; SALVATORE, C. A. Climatério: Aspectos epidemiológicos e clínicos. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, 14:43, 1985.
- FONSECA, A. M.; ZECCHI DE SOUZA, A.; GUARNIERI NETTO, C. MELLO, N. R.; ELIAS, D. S.; VITÓRIA, S. M. SALVATORE, C. A. Histerectomia e climatério. *Ginecol. Obst. Bras.*, 9:117, 1986.
- FRAIMAN, Ana Pervin. *Menopausa - conceitos e preconceitos*. São Paulo: Hermes, 1989.
- FREDERICKSON, Helen L. *Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FROMER, D. J. Changing age the menopause. *Br. Med. J.*; 2:349, 1964. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- GAMBRELL Jr. R. D. Studies of endometrial and breast disease with hormone replacement therapy. In: STUDD, J. W.W. & WHITEHEAD, M. I. The menopause. Oxford, England Blackwell. Sci. Publ. Ltda, 1988. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- GANDELMAN, I. M. *Rugas*. *Doutora*, 5:55-62, 1988.
- GARN, S. T. & FRENCH, N. Y. Postpartium and age changes in areolar pigmentation. *Amer J. Obstet. Gynec.*; 85:873, 1963. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- GEORGE, Júlia B. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GINSBURG, J. What determines the age at the menopause? *BMJ*, 302: 1288, 1991. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- HAGSTAD, A. & JANSON, P. O. The epidemiology of climateric symptoms. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand (Suppl.)* 134:59. 1986. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- HALBE, H. W. Aspectos epidemiológicos e clínicos em 1319 pacientes climatéricas. *Rev. Gin. Obstet.* 1:182, 1990.
- _____, Climatério. In: *Ginecologia Endócrina*. 1. São Paulo: Roca, 1981.

- _____, Climatério Descompensado. In: *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca, 1987.
- HALBE, H. W. & LENGGRUBER, E. Hemorragia uterina disfuncional. In: *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca, 1987.
- HALBE, H. W. & SAKAMOTO, L. C. Hemorragia uterina disfuncional. In: *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca, 2. ed. 1994.
- HAM, A. W. & LEESON, T. S. Sistema tegumentar: o tegumento externo (pele e seus anexos). In: HAM, A. W. & LEESON, T. S. *Histologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1963, p. 492.
- JAMIN, C. Phanères, peau, menopause et oestrogènes. Sem. Hosp. Paris, 64: 1641, 1988. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- JASZMANN, L.; Vn LITH, N. D.; ZAAT, J. C. A. The age at menopause in the Netherlands. Int. J. Fert., 14:106, 1969. São Paulo: Roca, 1995.
- KORTING, G. W. Geriatric Dermatology. English, Philadelphia, Saunders, 1980. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- KRONENBERG, F. Hot Flashes. In: LOBO R. A. Treatment of Post menopausal woman. Basic and cinical aspects. New York: Raven Press, 1994, p. 97-118. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- LENTON, E. A.; SEXTON, L.; LEE, S.; COOKE, I. D. Progressive changes in LH and FSH and LH: FSL ratio in women thorghout reproctive life. Maturistas, 10:35, 1988. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- LUCA, Laurival. Análise crítica da terapêutica de reposição hormonal. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- LUI, Raymond. Cirurgias Ginecológicas. In: GERSHENSON, David M.; DECHERNEY, Alan H.; CURRY, Stephen L. *Ginecologia operatória*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. P. 291-292.
- MACHADO, Lucas V. Repercussões da histerectomia e ooferectomia na menopausa. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- Mc DONALD, T. W. Histerectomia Abdominal Total. In: LARRY, J. C. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- MAILHIOT, G. B. *Dinâmica e gênese dos grupos*: São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao climatério. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher/ COMIN, 1994.

- MELLO, Nelson Roberto de. Osteoporose: um mal que pode ser evitado. In: Ritmo de vida, São Paulo: Limay, 1996, p. 20-22.
- OREM, Dorothea E. *Nursing concepts of practice*. 2 ed. New York: Mc. Graw - Hil Book Company, 1971.
- _____, *Nursing concepts of practice*. 2 ed. New York: Mc. Graw - Hil Book Company, 1980.
- _____, *Nursing concepts of practice*. 2 ed. New York: Mc. Graw - Hil Book Company, 1985.
- PESSINI, S. A. & ALMEIDA, S. B. O endométrio no climatério. In: ALMEIDA, A. B. *Climatério*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca 1995.
- PINOTTI, J. A.; *Diagnóstico em mastologia*. São Paulo: Manole 1980.
- RIGGS, B. L. & MELTON III, L. J. Involutional osteoporosis. N. Engl. J. Med, 314: 1676-1686, 1986. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- ROOK, A. The ages of man and their dermatoses. Textbook of dermatology. 3. ed., v.1, Oxford, Blackwell, 1979. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- SAMPAIO, S. A. P. Alterações e afecções da pele. In: SERRO AZUL, L. G.; CARVALHO F., E. T. DECOURT, L. V. *Clínica do indivíduo idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- SANTANA, T. G. M. & HALBE, H. W. Climatério. *Femina*. 14:996-998, 1986.
- SANTOS, Evanguelia K. A. dos. *A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem*. Florianópolis, 1991. Dissertação (mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- SILVEIRA, G. P. G. Osteoporose. In: ALMEIDA, A. B. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- SILVEIRA, Filomena; MANICOBA, Geovanina; ALENCAR, Maria Eugênia; CANELLA, Paulo Roberto. Climatério: implicações biopsicossociais. *Rev. Gin. Obstet.* 5: 12-20, 1995.
- SOUZA, A. Z. et al. *Uroginecologia Prática*. São Paulo: Manole, 1988.
- SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. Petrópolis: vozes, 1983.

- TRELOAR, A. E. Menstrual cyclicity and the premenopause. *Maturitas*, 3249:264, 1981.
In: ALMEIDA, A. B. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- URBANETZ, A. et al. Síndrome uretral. *Femina*, 19:296, 1991.
- VARGAS, H. S. *Psicologia do envelhecimento*. Fundo Editorial Byk Prociencx, São Paulo, 1983.
- WALSH, B. & SCHIFF, I. Vasomotor flushes. In: Menopause: Evolutin Treatment and health concerns. Allan Liss, 1989. P. 71-87. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- WALTER, J.; KIRCHER, S. T.; POLZIRN, P. Die Periphere arterielle durchblutung inhöheren Lebensalter. *Med. Welt.*, 23 (NF): 122, 1972. In: PINOTTI, J. A. HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- WEHBA, S. Doença cardiovascular e climatério. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.
- WHITEHEAD, M. I. & FRASER, D. The effects of estrogeno and progestogens of the endometrium. *Obstet. Gynec. Clin. N. A.*, 14:299, 1987. In: PINOTTI, J. A. HALBE, H. W.; HEGG, R. *Menopausa*. São Paulo: Roca, 1995.

9 - *Anexos*

LEVANTAMENTO DE DADOS PARA A ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (Anexo 1)

1 - Identificação:

Nome: Cônjuge
Idade: Cônjuge
Religião:
Estado Civil:
Escolaridade: Cônjuge:
Ocupação: Cônjuge:
Procedência:
Número de filhos:
Endereço:
Outras Observações:

2 - Requisitos de auto-cuidado

A - *Universais;*

A1 - *Manutenção da Oxigenação*

- padrão respiratório;
- perfusão das extremidades
- Hábitos e vícios que interferem na respiração.

A2 - *Manutenção de influxo suficiente de água:*

- padrão da ingesta hídrica nas 24 horas.
- Condições de hidratação da pele e mucosas.

A3 - *Manutenção de influxo suficiente de alimentos.*

- História dietética;
- Alimentos preferidos
- Conhecimento sobre importância da dieta rica, adequada para fase do climatério.
- Fatores ambientais que interferem no padrão da ingestão alimentar.

A4 - *Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção:*

- Padrão de eliminação intestinal. (hemorróidas, flatulência, obstipação, incontinência)
- Padrão de eliminação urinária e alterações.
- Conhecimento sobre a importância da ingesta alimentar e hídrica em relação as eliminações.

A5 - *Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;*

- Tipo e ritmo de atividades desenvolvidas diariamente;
- Hábitos relacionados ao sono e repouso.
- Divisão do trabalho doméstico.
- Atividades fora do lar.
- Reconhecimento de necessidade e estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso.

A6 - *Manutenção do equilíbrio, recolhimento e integração social;*

- Situação econômica da família de origem;
- Concepção de família.

A7 - Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais.

- Aspecto geral;
- Sinais vitais;
- Peso/altura
- Utilização do serviço de saúde no sentido de promover o funcionamento e desenvolvimento normais;
- Conhecimento dos fatores e co-fatores de risco para tumores ginecológicos.
- Nível de motivação para atender as necessidades de funcionamento e desenvolvimento normais;
- Hábitos tabagistas e etilistas.
- Alergias

A8 - Prevenção de riscos de vida, ao funcionamento do bem estar.

- Condições habitacionais;
- Condições ambientais;
- Condições sócio-econômicas;
- Conhecimento sobre a necessidade de adotar medidas de prevenção para situações de risco a vida, ao funcionamento e bem estar.

B) Desenvolvimentais

- 1 - História reprodutiva;
- Menarca
- Ciclo menstrual (duração, fluxo)
- Idade da 1ª relação sexual
- Libido
- Orgasmo
- Dispareunia.
- Número gestações/tipos parto/abortos
- Amamentação
- Sexualidade antes e depois do climatério
- ✕ - Genograma
- Antecedentes de problemas mamários

2 - História contraceptiva

- Utiliza ou não método contraceptivo
- Qual
- tempo de uso
- causa interrupção.

C) - Desvio de saúde

- Percepção da mulher frente ao processo saúde-doença
- Sinais e sintomas
- Atitude frente ao climatério
- Atitude frente ao tratamento
- Situações emocionais vivenciadas próximas ou anteriores ao climatério.
- Nível de stress emocional
- História do climatério (quando iniciaram os sintomas, qual atitude tomada, tipo de atendimento que recebeu)
- Crenças e valores relacionados ao climatério
- O que sabe sobre climatério
- Condições sócio-culturais, práticas e alternativas.

ALIMENTOS RICOS EM CÁLCIO (Anexo 2)

Abórorra, broto de	149	Gema de ovo de galinha	123
Agrião	168	Gergelim, sementes de	417
Amêndoa	497	Girassol, sementes de	117
Aveia, preparo instantâneo	497	Hortelã	138
Avelã	287	Iogurte	120
Azeitona	122	Leite de cabra	200
Badejo (peixe)	181	Leite de vaca desnatado	124
Beterraba	99	Leite de vaca magro	106
Beterraba (folhas)	114	Leite de vaca desidratado integral	909
Brócolis (cozido)	130	Marisco	80
Café solúvel	179	Merluza (peixe)	190
Camarão	96	Nescau	152
Castanha do Pará	172	Nozes	83
Chá comercial	400	Orégano	232
Chocolate com leite	216	Peixe de água doce	124
Coalhada	490	Queijo de minas frescal	685
Couve flor crua	122	Queijo parmesão	1357
Couve Manteiga	330	Rabanete	138
Creme de leite magro	97	Sardinha em conserva	402
Doce de leite	176	Siri, carne	107
Espinafre	93	Waffles	192
Feijão branco miúdo	476		



Campo de Estágio - Ambulatório da Maternidade Carmela Dutra



Consulta de Enfermagem



Atividade Educativa na Unidade de Internação V



Atividade Educativa na Sala de Espera da Mastologia



Atividade Educativa para Funcionárias
LAVANDERIA



Atividade Educativa para Funcionárias do Setor da LAVANDERIA



Atividade Educativa para Funcionárias do Setor da Zeladoria



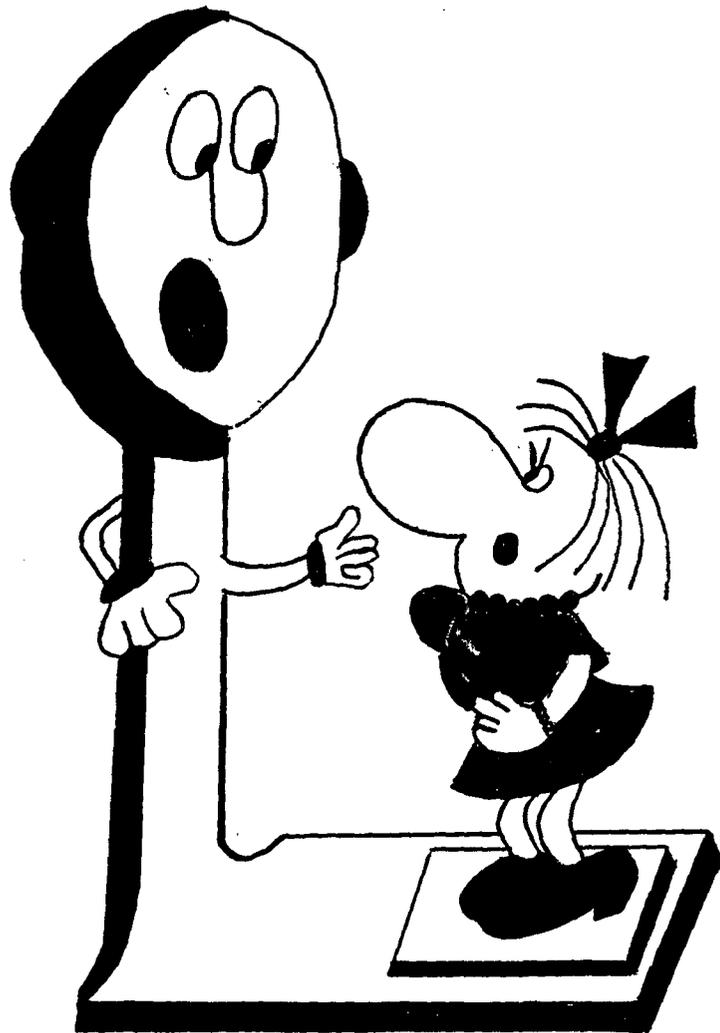
Atividade Educativa para Funcionárias do Setor - Zeladoria



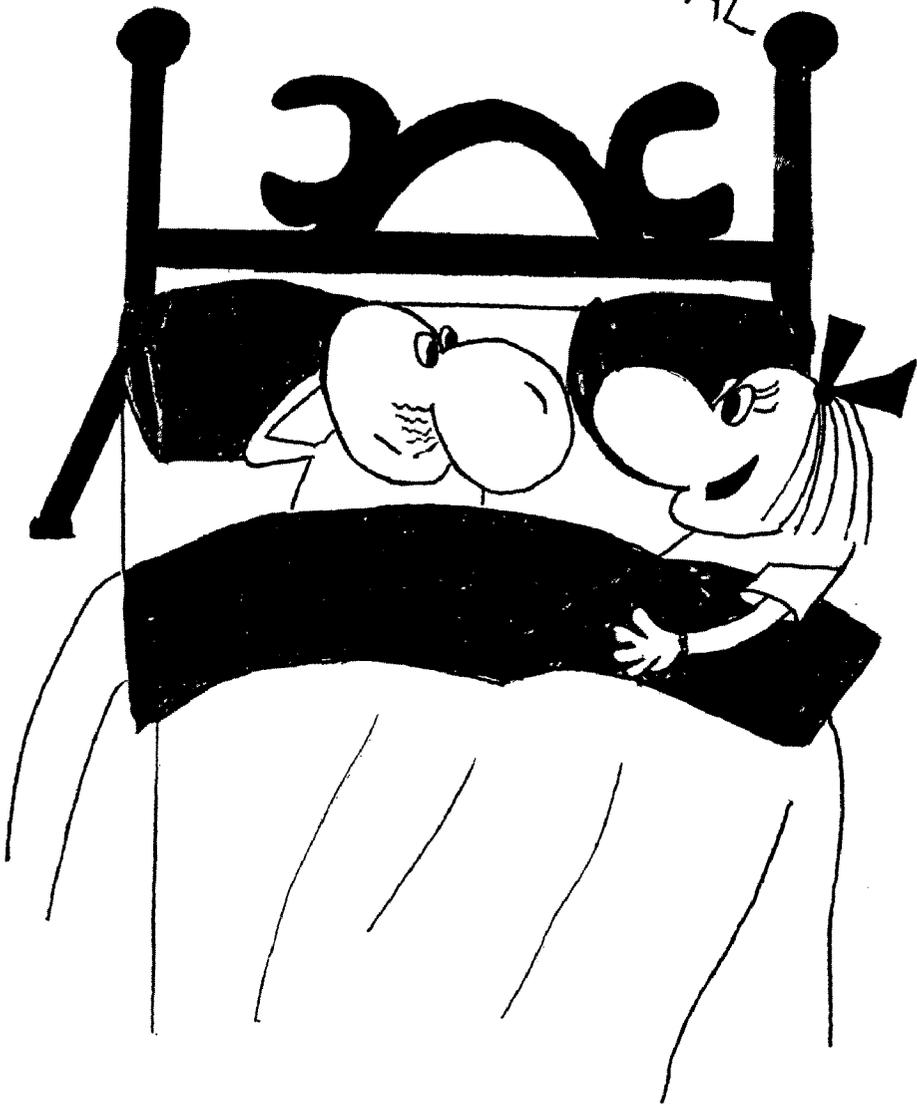
Atividade Educativa para Funcionárias do Setor de Nutrição

SE VOCÊ SENTIR ...

AUMENTO DE PESO



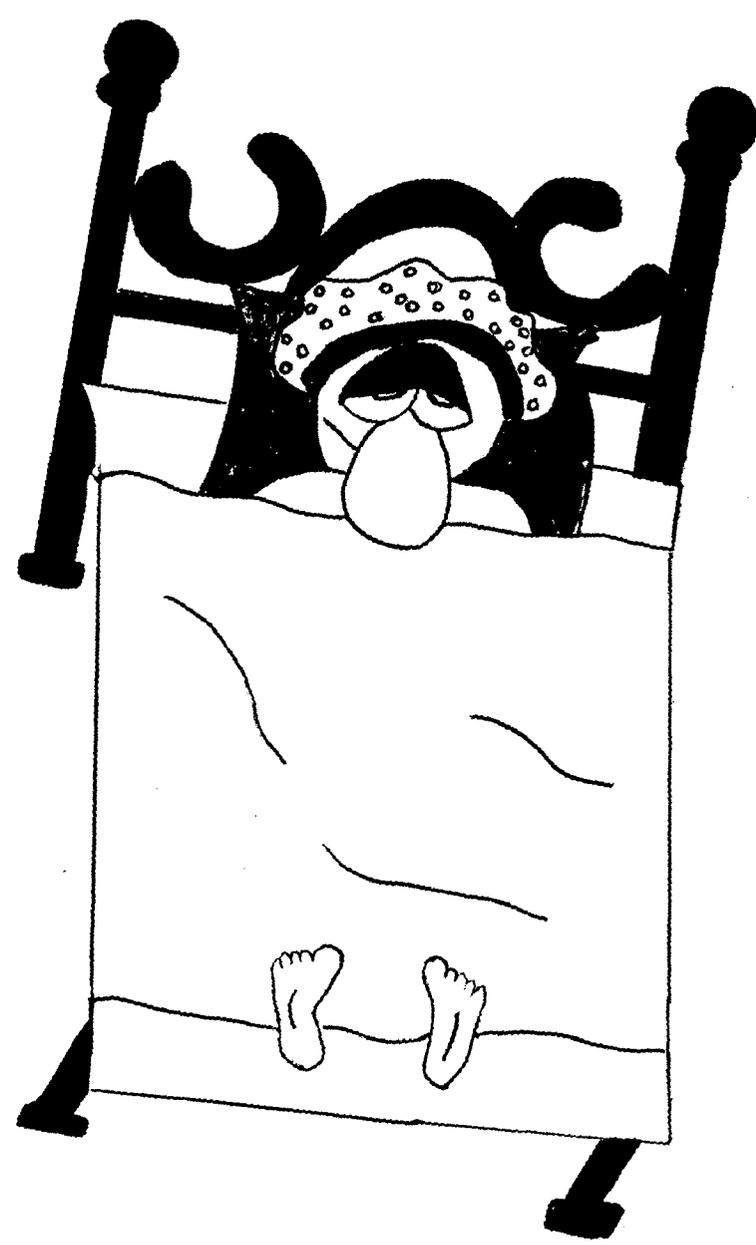
SECURA VAGINAL



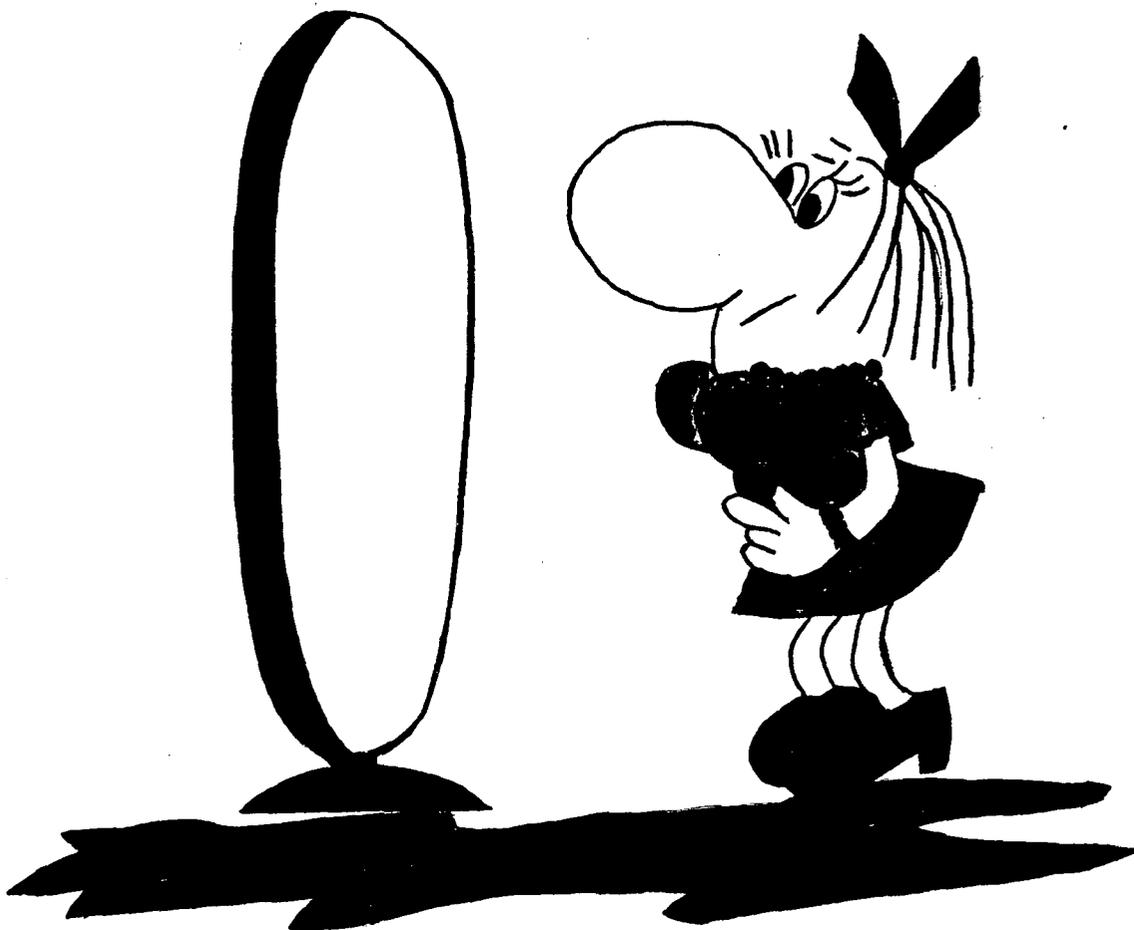
FOGACHOS



INSÔNIA



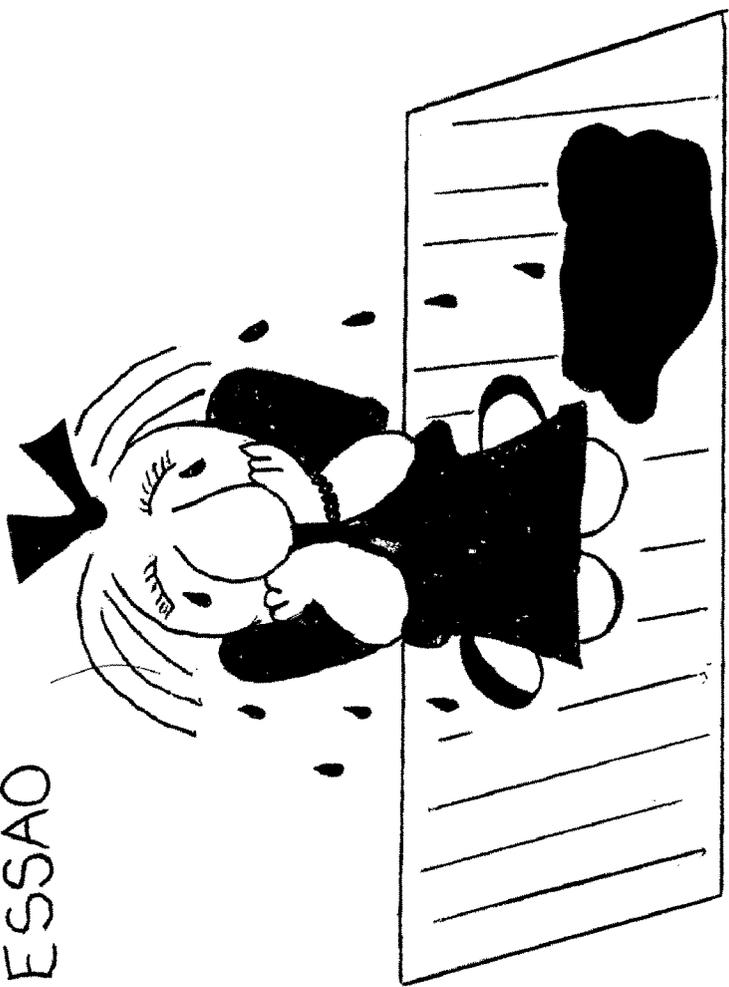
ALTERAÇÕES CORPORAIS



IRRITABILIDADE

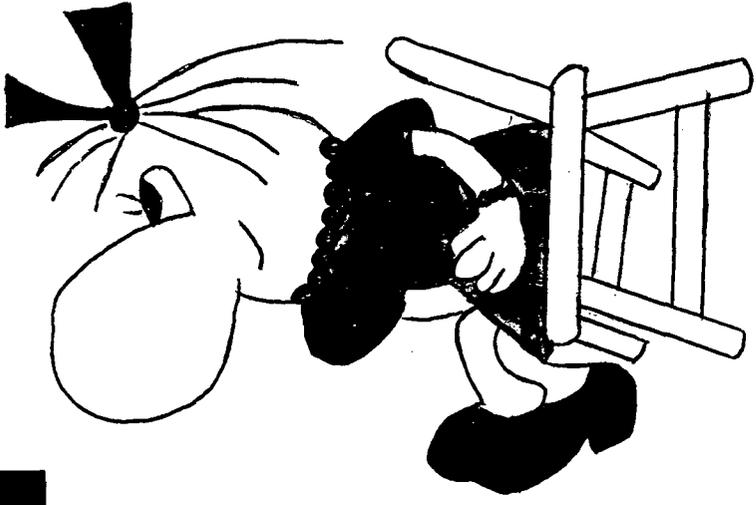
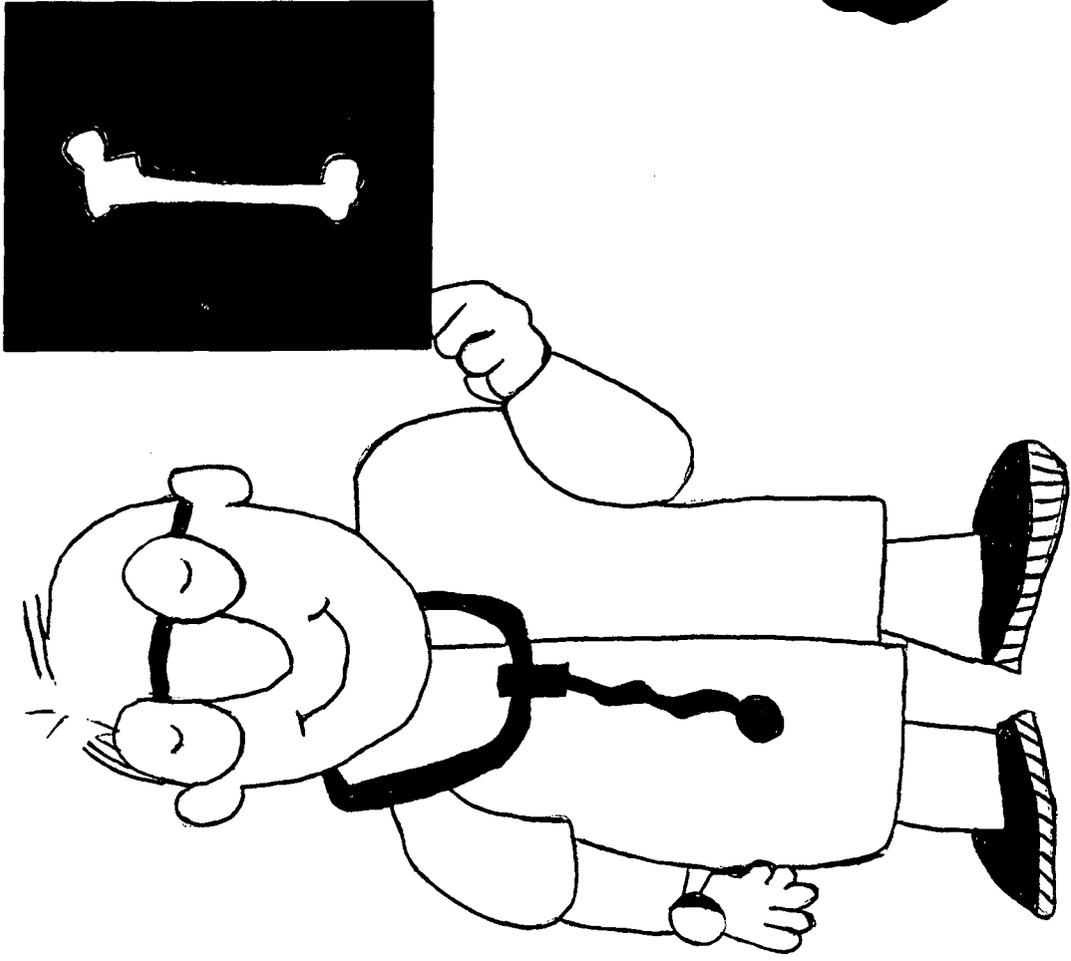


DEPRESSÃO



DORES MUSCULARES





OSTEOPOROSE

... VOCÊ PODE

ESTAR NO

CLIMATÉRIO.