

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



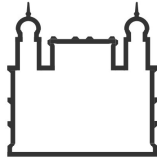
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SISTEMAS
E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORIENTADOR: DR. JOSÉ LUIZ TELLES DE ALMEIDA

INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER – A QUESTÃO DO
CLIMATÉRIO

CRISTINA GARCIA LOPES

Rio de Janeiro

Março/2007



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



MESTRADO ACADÊMICO

SUBÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SISTEMAS

E SERVIÇOS DE SAÚDE

INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER – A QUESTÃO DO CLIMATÉRIO

CRISTINA GARCIA LOPES

Dissertação de mestrado apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, subárea Planejamento e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Dr. JOSÉ LUIZ TELLES DE ALMEIDA

Data da Defesa: 14 de março de 2007

Dedicatória,

a todas as mulheres que participaram deste trabalho, tanto usuárias quanto prestadoras do serviço, e que aqui deixaram, através da fala, sua angústia e sua esperança

e a minha avó, que demonstrou sua vitalidade além do tempo.

Agradecimentos,

ao professor José Luiz Telles, por sua compreensão e cumplicidade nas idéias e sentimentos,

aos professores Ruben Mattos e Marlene Braz, por sua atenção e receptividade ao trabalho,

aos colegas do mestrado, pela amizade e incentivo,

à amiga Adélia, por ter estado presente com sua infinita compreensão e apoio,

e ao colega de profissão e amigo Renato Nunes, meu dedicado coordenador, por ter tornado possível essa trajetória.

Mulher ao cair da tarde

Ó Deus,

não me castigue se falo

minha vida foi tão bonita!

Somos humanos,

nossos verbos têm tempos,

não são como o Vosso,

eterno.

(Adélia Prado – Oráculos de Maio)

RESUMO

O presente estudo, do tipo qualitativo e exploratório, teve por objetivo analisar o atendimento à mulher no climatério dentro da atenção primária à saúde, sob a perspectiva da integralidade, a partir da observação desse atendimento em uma rede municipal específica. Foram entrevistadas onze (11) mulheres participantes dos grupos de climatério e sete (7) profissionais de saúde de duas unidades básicas de saúde e do Departamento de Saúde da Mulher, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, selecionadas aleatoriamente.

O trabalho permitiu a caracterização do climatério como uma fase crítica para a saúde da mulher, onde cuidados são necessários e intervenções em saúde são possíveis, o que mostra a importância da incorporação desse atendimento específico na rede pública de saúde. Os grupos de climatério se mostraram como uma ação de importância para a atenção à mulher nessa fase, sendo percebida de modo positivo tanto pelas usuárias quanto pelos profissionais envolvidos. Porém, problemas quanto à continuidade da ação e acesso ao serviço foram relatados tanto por usuárias quanto por profissionais, o que merece reavaliação pela rede municipal em questão.

Na rede municipal de saúde estudada, a perspectiva da integralidade esteve presente no planejamento de algumas ações específicas para a mulher no climatério, mas a tradição de ações verticalizadas de saúde ainda compromete o alcance desse princípio dentro da rede citada, entre outros problemas relatados.

Na percepção do climatério, houve uma concordância em caracterizá-lo como um período que tende a alterar o modo normal de vida, independente de haver sintomas associados. A complexidade de fatores envolvidos mostra a necessidade de atenção e investigação do climatério por parte dos profissionais de saúde. Acreditamos, com esse estudo, estarmos contribuindo na formulação de novas questões sobre o tema e no planejamento de ações destinadas à mulher no climatério, sob a perspectiva da integralidade.

ABSTRACT

The objective of this present study, qualitative-exploratory, was to analyze the attendance to the woman in the climateric period inside the basic health care, under the integrality perspective, from the comment of this attendance in a specific local health net. Eleven (11) participant women of the climaterium groups and seven (7) health professionals had been interviewed in two health basic units and in the Department of the Woman Health, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, selected aleatory.

The work allowed to characterize the climaterium as a critical periodic for the woman health, when health care is necessary and health interventions are possible; it shows the importance of this specific attendance in the local health net. The climaterium groups had shown as an important action for the attendance to climateric woman, being perceived as positive way by the climateric woman and the health professionals. However, problems such as intervention continuity and the access to the service had been told by the climateric woman and the health professionals; it should be to evaluate by the local health net.

In the local health net studied, the perspective of the integrity was present in the planning of the some specific actions for the climateric woman, but the tradition of the verticality in the health actions still limits the integrity inside the local net.

In the perception of the climaterium, there was an agreement in characterizing it as a period that tends to modify the commom way of life, independent of the associates symptoms. The complexity of involved factors shows to the necessity of attention and inquiry about the climaterium by the several health professionals. We believe this study can to be contributing in the formularization of new questions on the subject and in the planning of destined interventions to the climateric woman, under the integrality perspective.

PALAVRAS CHAVES: 1. Climatério. 2. Menopausa. 3. Saúde da mulher. 4. Atenção primária à saúde. 5. Terapia de reposição hormonal.

SUMÁRIO

Resumo	VIII
Abstract	IX
1 - Introdução.....	05
1.1 – Objetivos.....	08
1.1.1 – Objetivo Geral.....	08
1.1.2 – Objetivos Específicos.....	08
1.2 - Material e Métodos – Traçando o Caminho da Pesquisa.....	09
1.2.1 – Universo da Pesquisa	09
1.2.2 – Coleta dos Dados.....	11
1.2.3 – Análise e Interpretação dos Dados.....	12
1.2.4 – Aspectos Éticos.....	13
Capítulo 1: A Integralidade na Saúde e a Questão da Saúde da Mulher.....	14
1.1 - A Saúde da Mulher e a Proposta do PAISM	27
Capítulo 2: O Climatério e suas Implicações na Saúde da Mulher	38
2.1 - Tratamento dos Sintomas Associados à Menopausa	52

Capítulo 3 – Apresentação dos Resultados e Discussão	66
3.1. – Avaliação do Manual do Instituto de Saúde da Mulher.....	66
3.2 – Avaliação das Entrevistas com Usuárias do Serviço.....	81
3.3 - Avaliação das Entrevistas com Profissionais de Saúde.....	108
3.4 – Discussão	136
4 - Conclusão	141
Referências Bibliográficas	143
Anexos	155

1 – INTRODUÇÃO

A população brasileira atravessa etapas já adiantadas de sua transição demográfica, a qual se iniciou nos anos 50. Segundo Patarra (2000), o processo da mudança demográfica no Brasil é resultante de um complexo emaranhado de fatores econômicos, sociais, culturais, ideológicos e psicológicos, que vem criando, em relação recíproca, características distintas no relacionamento social em geral, seja ele familiar seja profissional, no trato com os idosos, no papel da mulher na sociedade, entre tantos outros.

Na interpretação do processo de transformações das trajetórias femininas e masculinas merecem ainda destaque as mudanças e as permanências nas relações de gênero. Por exemplo, em relação às mulheres e à sua maior participação no mercado de trabalho, costuma-se dizer que aquelas que trabalham e contam com o próprio salário são as que têm maiores possibilidades de estabelecer relações de gênero mais igualitárias, e com maior poder de controle de eventos ao longo do seu curso de vida, ainda com muitas dificuldades no caso do Brasil. Entretanto, a assimetria nas relações de gênero, desfavorável à mulher, continua sendo um dado concreto na vida de parcela considerável das mulheres brasileiras. Essa assimetria pode ser constatada, por exemplo, nas tarefas de reprodução e criação dos filhos. Apesar de ocuparem, relativamente, cada vez menos tempo da vida adulta das mulheres, essas continuam sendo tarefas exclusivas delas, ao mesmo tempo em que o poder de decisão continua, desproporcionalmente, em mãos masculinas (Goldani, 1999).

Em uma vida mais longa, outro aspecto fundamental para a diversificação e possibilidades de trajetórias de vida masculinas e femininas é a garantia de uma vida saudável. Ou seja, os desafios estão não só em evitar a mortalidade, mas combater a morbidade e garantir vida saudável para homens e mulheres. Diferenças por sexo no que se refere à vida saudável apontam a dramática situação das mulheres nos países pobres, em especial na América Latina, onde, apesar do aumento da expectativa de vida feminina, as mulheres apresentam menor tempo de vida saudável (25 anos) do que os homens (26 anos) (Goldani, 1999). Quanto às diferenças de mortalidade entre homens e mulheres, estas ainda têm, apesar de tudo, uma expectativa de vida maior (Giffin, 2002).

De acordo com González (1996), o aumento notório da expectativa de vida, percebido com mais intensidade na população feminina, exige um maior conhecimento sobre a saúde da mulher, não apenas na velhice, mas também na mulher madura (idade compreendida entre os 40 a 65 anos, aproximadamente), que pode passar, de acordo com as projeções atuais, 30 a 40% de sua vida no período pós-menopausa.

O climatério se refere à fase de envelhecimento da mulher, que marca a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida. No climatério, a incidência de patologias degenerativas e metabólicas aumenta de forma expressiva, colocando a mulher sob maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, osteoporose, Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, obesidade e câncer (Araújo et al., 2000).

Dentro do processo do envelhecimento, o climatério corresponde a um período relativamente longo na vida da mulher, sendo marcado por alterações corporais importantes, devendo merecer atenção crescente por parte dos profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado pesquisas nessa área, dada a existência de estudos, ainda insuficientes, sobre as alterações corporais típicas do climatério e as suas implicações na saúde da mulher.

Diversas discussões têm sido travadas quanto à abordagem desse processo, tanto no campo conceitual, buscando-se uma definição mais clara do que é o climatério (ou perimenopausa), como no campo das intervenções em saúde, quando diversas terapêuticas têm sido implementadas com o objetivo de se atender a mulher nesse

período da vida. Dentro dessas intervenções, a medicalização tem sido amplamente empregada para a redução dos chamados “sintomas” da menopausa, o que torna esse processo passível de controle médico e, portanto, podendo ser compreendido como doença.

A atenção integral à saúde da mulher, conforme previsto pelo PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), pressupõe a assistência à mulher em todas as fases de sua vida, prevendo que cada uma dessas fases tem a sua importância e merece ser observada dentro de suas próprias características, recebendo intervenções também específicas. Tal abordagem está de acordo com a perspectiva da integralidade, um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Ávila & Corrêa (1999), hoje, sem dúvida, a agenda de saúde precisa ser ampliada, principalmente para incorporar as questões de saúde ocupacional das mulheres e aspectos relativos à saúde mental e ao envelhecimento.

Considerando-se a discussão da integralidade dentro do sistema, pode-se pensar o climatério como um grande desafio para a política pública de saúde para a mulher, uma vez que este traz uma possibilidade ampliada de atendimento, exigindo a incorporação de novos saberes e diferenciadas ações, que podem fazer repensar o atual modelo e sua forma de atendimento às novas demandas em saúde para a população feminina.

Partindo-se da possibilidade de incorporação de demandas específicas e de novas formas de atendimento a partir do processo de descentralização e municipalização da saúde, a observação de uma rede municipal onde já existe um serviço específico para o atendimento da mulher no período do climatério, pode permitir uma discussão ampla sobre a problemática do climatério na atenção básica à saúde, e contribuir na proposição de novas ações e serviços para essa população.

Neste estudo, questionou-se a problemática do climatério, desde a sua inclusão na rede de atendimento à saúde até a sua concepção do ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde, procurando-se caracterizá-lo como um momento de vida passível

de intervenção em saúde. A forma de atendimento à usuária e a inclusão do serviço na rede foram avaliados sob a perspectiva da integralidade.

O foco principal do estudo foram os grupos de climatério, os quais constam de reuniões entre mulheres que vivenciam o climatério e profissionais da equipe básica de saúde, normalmente enfermeiros e assistentes sociais, realizadas nas unidades básicas de saúde da rede municipal de Juiz de Fora e no Departamento de Saúde da Mulher, órgão da secretaria municipal de saúde do referido município. O objetivo da pesquisa foi analisar o atendimento à mulher no climatério dentro da atenção básica à saúde no município de Juiz de Fora, sob a perspectiva da integralidade. Para isso, buscou-se identificar a percepção do climatério e do atendimento ao mesmo, sob o ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde, nos grupos de climatério da rede municipal específica.

No primeiro capítulo do trabalho, é abordado o conceito da integralidade dentro dos sistemas e dos serviços de saúde e sua repercussão na saúde da mulher. No segundo capítulo, discute-se o climatério e a sintomatologia associada ao mesmo, bem como as suas possíveis implicações na saúde da mulher. No terceiro capítulo foram discutidas as implicações do climatério para a vida da mulher, com a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

1.1 – OBJETIVOS.

1.1.1 – OBJETIVO GERAL.

Analisar o atendimento à mulher no climatério dentro da atenção básica à saúde, sob a perspectiva da integralidade, a partir da observação desse atendimento em uma rede municipal específica.

1.1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Estudar a perspectiva da integralidade no atendimento à saúde da mulher, mais especificamente às mulheres no climatério.
- Caracterizar a proposta de atendimento ao climatério, dentro da rede pública, no município de Juiz de Fora, MG, sob a perspectiva da integralidade.
- Observar os grupos de climatério nas unidades básicas de saúde, na rede municipal específica.
- Identificar a percepção do climatério e do atendimento ao mesmo, sob o ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde, nos grupos de climatério da rede municipal específica.

1.2 - MATERIAL E MÉTODO – TRAÇANDO O CAMINHO DA PESQUISA.

Utilizou-se, para esse estudo, o método qualitativo, de cunho exploratório, caracterizando-se por um estudo de caso. Conforme Lakatos & Marconi (2006), a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.

O caráter exploratório do estudo é definido por Gil (2002) como tendo o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Segundo o mesmo autor, este tipo de pesquisa tem, como objetivo principal, o aprimoramento de idéias ou a descoberta de funções.

Procedeu-se também, como forma de coleta de dados, a uma observação assistemática ou observação não estruturada ou livre, que utiliza um formato flexível de observações, não envolvendo o estabelecimento de critérios prévios para orientar o registro do fenômeno a ser observado (Moura et al., 1998).

1.2.1 – Universo da Pesquisa.

O sistema de saúde na cidade de Juiz de Fora, situada em Minas Gerais, está estruturado a partir da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA), órgão da Administração Direta, subordinada diretamente ao Poder Executivo. A SSSDA compõe, juntamente com as Secretarias de Política Social – SPS, e de Política Urbana - SPU, o Nível de Formulação, Execução e Avaliação de Políticas Públicas e Promoção da Cidadania, sendo dotada de autonomia administrativa, orçamentária e financeira.

Entre as muitas funções, a SSSDA define políticas e programas relativos à área de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental; formula e implanta a política de saúde, meio ambiente, recursos hídricos e saneamento básico do Município; planeja, propõe e coordena a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do Município; pactua nas Comissões Intergestoras Bipartites - CIB e Tripartite – CIT, juntamente com os gerentes, os serviços de saúde do SUS para o Município e região; coordena, supervisiona e avalia as atividades da Auditoria Assistencial do SUS no Município; gere o Fundo Municipal de Saúde e presta contas; presta suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Meio Ambiente; estimula a formação de consórcio entre o Município de Juiz de Fora e municípios polarizados na região de saúde para aquisição de bens, insumos e complementação de valores da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde.

O município encontra-se, atualmente, dividido em oito regiões administrativas (Leste, Oeste, Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro e Campo) compostas por 13 regiões sanitárias, as quais englobam os diversos bairros de cada região, onde se encontram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais, dentro do organograma do sistema de saúde do município, são chamadas de Unidades Ambulatoriais de Saúde. No total, existem na rede 56 Unidades Básicas de Saúde, sendo 42 na zona urbana e 14 unidades na zona rural; existem ainda 2 Policlínicas Regionais, e 2 hospitais municipais. Entre as 54 UBSs, em 30 houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). O município conta, hoje, com 80 equipes de Saúde da Família.

A estrutura organizacional da DSSDA é composta por três níveis: Nível de Administração Superior, Nível de Assessoramento e Nível de Execução Instrumental. Esse terceiro nível é composto por várias gerências, entre elas a Gerência de Atenção Secundária, onde está lotado o Departamento de Saúde da Mulher (DSM). A esta gerência compete, entre várias atribuições, planejar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar a política de atenção especializada em saúde, para o SUS do Município; prestar serviços de assistência multiprofissional em Clínicas Especializadas do SUS no Município; definir protocolos assistenciais de acesso às especialidades do segundo nível de atenção.

O DSM centraliza todas as ações referentes à atenção à mulher no município; entre várias atividades, treina e capacita profissionais da rede básica de saúde para o atendimento conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A existência de grupos de climatério nas UBSs do município se refere a uma atividade estabelecida pelo DSM como forma de atendimento básico à mulher no climatério, caracterizando-se como a “porta de entrada” no sistema de saúde para o caso específico do climatério. Os grupos de climatério, também chamados de grupos educativos, são formados por profissionais de saúde, basicamente enfermeiros e assistentes sociais, e usuárias que buscam esse atendimento.

Foram entrevistadas onze (11) usuárias dos grupos de climatério, selecionadas aleatoriamente dentre as participantes do grupo ou através de convites diretos dos profissionais de saúde das unidades, na cidade de Juiz de Fora, nas UBS dos bairros Retiro e Dom Bosco.

Também foram entrevistados sete (7) profissionais de saúde envolvidos na realização e condução dos grupos, os quais foram também selecionados aleatoriamente, sendo convidados a integrar o estudo mediante a participação nos grupos de climatério realizados em suas unidades.

1.2.2 – Coleta de Dados.

Foi realizado um levantamento bibliográfico quanto aos principais temas em estudo, integralidade e climatério, utilizando-se referências bibliográficas com revisão manual de livros e artigos científicos sobre o assunto.

Também foi analisado o manual referente às atividades do Departamento de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, onde há descrição sobre o atendimento à saúde da mulher previsto na rede, incluindo ações específicas para o climatério.

No acompanhamento às atividades dos grupos do climatério e no aprofundamento da avaliação da incorporação da perspectiva da integralidade no atendimento à saúde da mulher na rede, utilizou-se a observação assistemática, com visitas não direcionadas e relatos de observações e conversas informais com os responsáveis pelo atendimento; todas essas observações foram registradas para contribuir nas análises posteriores.

Para a discussão do climatério sob o ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais, segundo Contandriopoulos et al. (1999) apresentam-se como um roteiro preliminar de perguntas, permitindo que a mesma se molde à situação concreta, uma vez que o entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro com o objetivo de aprofundar e clarificar pontos que ele considere relevantes.

As entrevistas foram feitas individualmente, sendo as falas gravadas e transcritas posteriormente. Os modelos das entrevistas semi-estruturadas, utilizadas com as usuárias e com os profissionais de saúde, encontram-se no material anexo.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto a dezembro de 2006.

1.2.3 - Análise e Interpretação dos Dados.

Após leituras seguidas das entrevistas transcritas, procedeu-se à análise qualitativa dos dados, conforme modelo proposto por Contandriopoulos et al. (1999),

sugerindo quatro etapas para a análise: preparação e descrição do material bruto, redução dos dados, escolha e aplicação dos modos de análise e análise transversal.

Assim sendo, os dados obtidos foram identificados e agrupados em unidades de significados, posteriormente definidos em categorias e subcategorias de análise, conforme técnica sugerida por Rivoredo (2005).

As categorias de análises foram definidas em função das questões levantadas nas entrevistas semi-estruturadas. O estabelecimento das categorias e subcategorias permitiu a elaboração de sínteses para cada observação. Conforme Rivoredo (2005), é nessa elaboração de sínteses que o processo de interpretação se aprofunda, estabelecendo um liame entre o pesquisador e a fonte.

A elaboração de uma síntese final é que permite, segundo o autor, a análise em profundidade, onde o pesquisador, a partir de uma consideração sobre o material estudado integralmente, pode formular questões advindas da sua pesquisa. No presente estudo, a elaboração das sínteses finais para cada categoria analisada permitiu a comparação dos dados obtidos com os objetivos propostos no estudo.

Foi estabelecida, também, uma comparação entre as falas das mulheres usuárias do serviço e os profissionais de saúde, observando-se pontos em comum ou divergências na caracterização do climatério e na percepção do modelo de atendimento ao mesmo.

1.2.4 - Aspectos Éticos.

Foram observadas as normas legais para realização de pesquisas, conforme a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), sendo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Aos participantes foi assegurado o sigilo das informações e o direito de interromper a entrevista e a utilização das informações, desde que assim desejassem fazê-los, além da garantia do anonimato, através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Também foi obtida a permissão para a realização do

estudo pela Subsecretaria de Saúde em Atenção Básica e Atenção Secundária da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

CAPÍTULO 1 – INTEGRALIDADE NA SAÚDE E A QUESTÃO DA SAÚDE DA MULHER.

No processo de reconstrução das práticas de saúde no país, iniciadas com o Movimento da Reforma Sanitária, algumas expressões têm sido discutidas como forma de melhor responder às complexas necessidades de saúde da população. A expressão “integralidade” tem sido empregada como uma estratégia de enfrentamento da crise e uma construção de alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil (Ayres, 2004).

Segundo Guedes (2001), é na década de 80 que ocorre a implementação dos primeiros programas de atenção básica à saúde definidos como “integrais”. Porém, devido à sua formulação simplificada que, segundo a autora, ocasionou uma forte fragmentação interna do modelo, esses programas deram cobertura apenas às populações-alvo, e não guardou correspondência com as idéias preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Segundo Schraiber (1999), desde os anos 80, a integralidade sempre tem sido colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário, passando por uma evolução em sua concepção. Primeiramente, foi pensada como uma articulação entre aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre setores público e privado ou entre subsetores de saúde pública e de medicina previdenciária. Depois, foi pensada como um problema de gerência dos serviços. No plano do Sistema Único de Saúde, a integralidade pode ser pensada em duas esferas: a ação norteadora de projetos “tecno-sociais” e a produção direta de cuidados.

Conforme Hartz & Contandriopoulos (2004), a idéia da atenção integral à saúde, no Brasil, foi um dos pilares de construção do Sistema Único de Saúde, baseada na garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias, sob a primazia da atenção primária como porta de entrada.

Sobre atenção primária, Mendes (2002) argumenta que a integralidade exige à prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam doenças.

No texto da Constituição de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde, a expressão integralidade nem mesmo aparece, surgindo apenas o seguinte texto: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais”. Somente na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) aparece uma definição de integralidade em nível institucional, descrita como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde, 1996).

A noção mais abrangente de integralidade na saúde surge na 10ª Conferência de Saúde, em que as noções de integralidade e intersetorialidade fizeram parte das

discussões. O tema da atenção integral surgiu, pela primeira vez, na 9ª Conferência Nacional de Saúde como indicativo do modelo assistencial que se buscava, voltando à discussão na 10ª Conferência, agora associada à idéia de satisfazer às necessidades da população. E a discussão permaneceu na 11ª Conferência, que passou a tratar a integralidade como prioridade para o SUS (Mattos et al., 2006).

No texto da 11ª Conferência Nacional de saúde, no capítulo II (Dos princípios e diretrizes, artigo 7º), aparece o termo “integralidade de assistência” segundo a definição da NOB 96, como princípio a ser obedecido pelas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS (Ministério da Saúde, 2000).

Segundo Pinheiro (2006), a incorporação desse princípio nos textos da legislação serviu à necessidade de se firmar, no campo da saúde coletiva, um conceito que apontasse para a superação das dicotomias históricas entre preventivo e curativo, individual e coletivo, e do conflito entre saúde pública e assistência médico hospitalar.

Conforme Pinheiro & Luz (2003), as instituições de saúde seriam um locus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja em relação às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos seja nas práticas de saúde difundidas na comunidade. Segundo as autoras, os serviços de saúde constituiriam um cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e o que é oferecido em termos de saúde.

Para Ribas (2004), a integralidade, como um dos princípios do SUS, exige novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários e se efetiva através da relação entre os diversos atores com suas diferentes perspectivas e interesses, no interior das instituições, nos vários níveis de atenção do sistema de saúde.

O conceito de integralidade, conforme Hartz & Contandriopoulos (2004), remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma

delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Na busca de uma definição mais clara para o termo, podemos observar que a palavra “integralidade” deriva do latim “interger” (inteiro) e “integralitate” (totalidade, sistema); assim sendo, sua tradução dá um sentido da ação através da qual as partes se formam de um todo e de alguma forma desaparecem no conjunto. Diversos autores têm discutido o termo integralidade, cujo emprego apresenta diversos sentidos e usos, de acordo com o campo de conhecimento em questão.

No dizer de Camargo Jr (2003), a integralidade nem mesmo pode ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é um agrupamento de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. O autor alerta sobre os limites da conceituação com o uso de idéias como “integralidade de cuidados”, através da interrogação se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano.

Ampliando e discutindo esse conceito, Mattos (2001), diz que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas é uma “bandeira de luta” do movimento sanitário, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de práticas consideradas desejáveis. Como imagem objetivo, tenderia a indicar a direção que se deseja imprimir à transformação da realidade. Assim, no contexto da luta do movimento sanitário, a integralidade seria uma “noção amálgama prene de sentidos”.

Seguindo as contribuições de Mattos, podemos analisar o termo integralidade do ponto de vista da forma de organização dos serviços, das respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde e do ponto de vista das práticas dos profissionais de saúde. O mesmo autor indaga se integralidade se refere a uma noção ou a um conjunto de noções utilizadas para designar certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde, constituindo, portanto, um termo polissêmico.

Analisando o primeiro aspecto, relativo à organização das práticas e dos serviços, Mattos (2001), diz que a criação do SUS trouxe, como proposta, a unificação entre as práticas assistenciais e as práticas de saúde pública, antes pensadas de forma distinta, ou melhor, trouxe a proposta de um modo de organização, voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública, o que se insere no contexto da integralidade. Tal processo resultou em algumas transformações, como superar a fragmentação das atividades no interior de uma mesma unidade de saúde e introduzir práticas assistenciais típicas de atendimento à demanda espontânea. Esse processo gerou a criação de uma demanda programada, pelos serviços de saúde, para responder às necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários.

Na busca de conceituação de demanda e oferta de serviços de saúde, Travassos (1999, apud Pinheiro, 2001), relacionam oferta de serviços de saúde à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e de recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde, sendo influenciada pela localização geográfica, pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador, ou seja, o estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde.

Pinheiro (2001) define demanda como a atitude do indivíduo de procurar os serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Arruda (1998, apud Pinheiro, 2001), acrescenta que a demanda nem sempre expressa a necessidade, podendo ser por desconhecimento das pessoas sobre o que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução para seus problemas, pela falta de recursos para pagar pelos serviços ou ainda pela ausência de oferta dos serviços desejados.

Já Cecílio (2001) diz que demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário; de certa forma, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. Quanto às necessidades de saúde, estas podem ser entendidas como a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, a procura de um vínculo (a)_efetivo com algum

profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida.

A partir da discussão de demanda e oferta, Cecílio (2001) aborda outra dimensão da integralidade, ou seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, um ambulatório etc., ou seja, a integralidade da atenção pensada em rede como objeto de reflexão e de novas práticas de saúde e sua gerência.

Com isso, Cecílio constrói a noção de integralidade da atenção, definida como o esforço da equipe de saúde em traduzir e em atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas e devendo ser captadas em sua expressão individual. Segundo o autor, essa “integralidade focalizada” seria o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe de saúde como um todo. Cada atendimento deveria estar comprometido com a maior integralidade possível, na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas.

Cecílio também alerta para a necessidade de se deslocar o foco da “atenção primária” como local privilegiado da integralidade. Segundo ele, integralidade não se realiza em um único serviço: integralidade é o objetivo da rede. O próprio autor chama de “integralidade ampliada” a articulação em rede, institucional, intencional, processual das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, articulam-se em fluxos e circuitos, a partir de necessidades reais das pessoas – a integralidade do “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”.

Conforme Camargo Jr. (2003), o que chamamos de demanda representa, na verdade, o resultado de uma interação complexa entre um grande número de fatores, entre os quais a demanda por atenção médica propriamente dita. A demanda por serviços de saúde surge da percepção do sofrimento e da busca de cuidado, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e apresentação, e dos recursos tecnológicos

disponíveis; ou seja, as dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são, dialeticamente, co-produzidas.

Segundo Mattos (2004 a), a demanda que parece ser espontânea de fato é construída socialmente, uma vez que envolve tanto uma experiência individual de sofrimento quanto uma expectativa frente aos serviços de saúde. Dessa forma, segundo o autor, as ações preventivas seriam aquelas que se antecipam à experiência individual de sofrimento; sendo, assim, aquelas possíveis de serem ofertadas pelo profissional de saúde.

A partir de novas demandas percebidas e do impacto da utilização dos dados epidemiológicos na organização do trabalho, foi se formando uma nova concepção de programação dos serviços de saúde, horizontalizada, ou seja, as equipes de saúde deveriam pensar suas práticas desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção em algum programa específico; dessa forma, seria possível responder mais adequadamente às necessidades de saúde de uma população, apreendidas epidemiologicamente (Mattos, 2001).

Ainda segundo Mattos (2001), a perspectiva das ações programáticas horizontalizadas gerou grandes avanços à noção de integralidade. A partir dessa nova formatação dos serviços de saúde, é possível ampliar a noção de integralidade, podendo ser percebida como um princípio de organização permanente dos trabalhos nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela contínua busca de uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. A articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa, segundo o autor, o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional.

Discutindo a construção da integralidade nos serviços de saúde, a partir da relação entre demanda e oferta no cotidiano dos atores, nas práticas em serviços de saúde, Pinheiro (2001) utiliza o termo integralidade como ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de

atenção à saúde, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. Quanto a esses distintos planos, a autora cita o plano individual, onde seria construída a integralidade no ato da atenção individual e, o plano sistêmico, onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços. Dessa forma, segundo a autora, a integralidade permitiria a inclusão da objetividade e/ou subjetividade dos atores, assim como de suas falas e práticas no interior das instituições.

Conforme Pinheiro & Luz (2003), o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo, estruturado a partir de uma ação social específica, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no interior das instituições.

Em relação ainda ao aspecto da organização dos serviços, outro conceito que se remete à integralidade é a integração de cuidados, citada por Hartz & Contandriopoulos (2004). Essa integração de cuidados consistiria em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a determinado problema de saúde, visando assegurar à continuidade e à globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. De forma prática, pode-se usar a denominação de integração clínica (constituição multidisciplinar das equipes clínicas), a qual se apóia em estratégias de gestão, de financiamento e de informação (integração funcional), que assegurem uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.

Como exemplos de integração de serviços no Brasil, os autores acima citam as redes de atenção em saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva, na qualidade de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços, onde se revela a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização. Os autores concluem que a integração, nesse caminho, iria se alinhar ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social, resultante da interação democrática entre os atores, no cotidiano de suas práticas, na oferta de cuidados de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Outro aspecto a ser discutido nesse trabalho é relativo às respostas governamentais a determinados problemas de saúde. Segundo Mattos (2003), a partir do relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, políticas específicas de saúde se referem às respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos. Dentro do princípio da integralidade, onde deve haver uma articulação entre ações preventivas e assistenciais, ao invés de se pensar em políticas distintas para a assistência e para a saúde pública, defendem-se políticas que garantam o acesso universal e igualitário que se faça necessário, quer sejam tais ações preventivas, quer sejam assistenciais.

As atividades assistenciais, nesse caso, responderiam a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadrariam na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais (Mattos, 2003).

Em resumo, uma das marcas das políticas de enfrentamento de doenças pautadas pela integralidade é que elas contemplam tanto as dimensões assistenciais quanto preventivas. Nesse sentido, elas se voltam tanto para garantir o direito dos portadores de alguma doença ou agravo às ações assistenciais de que necessitam, quanto o direito dos não-portadores a se beneficiarem com as ações preventivas. Isso sem descuidar das possibilidades de modificar o quadro da doença no país (Mattos, 2003).

Na perspectiva da integralidade, os desafios postos por uma doença e/ou agravo envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença e/ou agravo; ou seja, as políticas de saúde pautadas na integralidade devem se basear numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais. Um grande exemplo, citado pelo autor, de política específica de saúde (ou de enfrentamento de uma doença, como o autor prefere dizer) pautada pela integralidade, é a resposta governamental brasileira à AIDS (Mattos, 2003). Ela contempla tanto ações preventivas como assistenciais, abarcando um elenco abrangente de estratégias e intervenções. Daí, o

autor retira outro sentido para a integralidade aplicado ao desenho das políticas: a capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades (Mattos, 2001).

Outro sentido que o autor (Mattos, 2001) dá às políticas ou respostas governamentais aos problemas de saúde, pautadas na integralidade, é a recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, ampliando assim o horizonte de problemas a serem tratados pela política; como exemplo, o autor cita o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Resumindo, seria a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou a algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais.

Assim sendo, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (Mattos, 2001).

Outro aspecto a ser discutido é relativo às práticas dos profissionais de saúde. Dessa forma, Mattos (2004 a) fala que uma das primeiras dimensões da integralidade, na prática, seria expressa na capacidade dos profissionais de responderem ao sofrimento manifesto de um modo articulado à oferta relativa de ações ou procedimentos preventivos, o que exige a inclusão de rotinas ou processos de busca daquelas necessidades mais silenciosas. Para os serviços, isso significaria criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, além das ações demandadas pela população, ações voltadas para a prevenção.

A integralidade, nessa dimensão, segundo o autor, manifestar-se-ia na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto. Isso envolve duas coisas: uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência quanto as de prevenção; e uma capacidade de contextualização adequada às ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os modos propícios a tal oferta. Resumindo, a integralidade é exercida através de um olhar atento,

capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.

Também significaria uma recusa ao reducionismo (Mattos, 2001; Mattos, 2004 b). Um profissional que pautar suas práticas pela integralidade busca no seu cotidiano escapar de todo tipo de reducionismo. Integralidade fala contra o assistencialismo e contra o preventivismo. Fala de um esforço de apreensão ampliada das necessidades. Mas fala também de um esforço de contextualização do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção de cada um.

A integralidade, assim, exige profissionais capazes de compreender o significado do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção no modo de andar a vida. Segundo o mesmo autor (Mattos, 2001), a atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no objetivo do encontro, e/ou investigar a presença de outras doenças ainda não manifestas, ilustra um dos sentidos da integralidade. A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se manifestar – como a simples necessidade de conversa – também ilustra a integralidade. Resumindo, a integralidade pode ser uma característica da boa prática da biomedicina, a qual avalia a doença como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções. Mas não se restringe à aplicação do conhecimento biomédico nem é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.

O mesmo autor alerta que, se a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só será possível com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nesse sentido, a integralidade pode ser pensada como uma dimensão das práticas, ou seja, caberia aos profissionais de saúde a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção; de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças. Nesse sentido, a

maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade.

Em resumo, conforme Mattos (2004 a), defender a integralidade é defender que as práticas de saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, em que profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Essa perspectiva da intersubjetividade implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados.

Outros autores têm ampliado a discussão do termo integralidade, mostrando as limitações presentes na realização da mesma nos serviços de saúde. Guedes (2001) cita que, apesar de a integralidade ter tido sua conformação iniciada no movimento reformista e de ter sofrido influência de elementos marcadores como racionalização, uso privado da noção do público, autoritarismo na medicina e exclusão, esta ainda não foi concebida plenamente enquanto princípio do SUS. Conforme a mesma autora, o caráter peculiar e amorfo da integralidade tem dificultado a concepção de práticas integrais e integradas ao sistema.

Mattos (2004 a) também alerta que, dentre todos os princípios e diretrizes do SUS, talvez seja a integralidade o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Embora se possam observar algumas mudanças no sistema em aspectos como a descentralização e no controle social, as mudanças em relação ao aspecto da integralidade não têm sido tão evidentes e não ganharam ainda a generalização e visibilidade almejada.

Camargo Jr. (2003) comenta sobre a abrangência dos chamados “problemas de saúde”, o que justifica a existência de limites a priori para a eficácia de uma política setorial – ou seja, políticas exclusivamente de saúde, as mesmas não são suficientes para dar conta de tais problemas. A partir do reconhecimento desses limites, é possível se pensar em estratégias mais eficazes de superação dos mesmos. Preliminarmente, em conformidade com o autor, é necessário reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta, de fato, do espectro de

demandas apresentadas pelo sujeito que sofre, o que coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental.

Por outro lado, a percepção dos limites para a atuação não exclui uma compreensão abrangente, ou seja, os profissionais de saúde podem e devem ter uma compreensão ampliada dos determinantes do processo de saúde/doença, até mesmo para evitar a tentação de atuar para além de sua competência técnica (Camargo Jr., 2003).

No dizer de Schraiber (1999), a integralidade representa, talvez, o maior desafio nas práticas clínica e epidemiológico-sanitárias, não como questão meramente institucional ou política, mas como um desafio cultural. Significaria um rompimento com formas cristalizadas de se entenderem e de realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção em saúde já tornados tradição. Mesmo reconhecendo o aspecto positivo da ação especializada, ou seja, aquela derivada de conhecimento em campo restrito, mas muito aprofundado e, em seu campo de ação, com progressivo poder de cura, é do seu isolamento que derivam os impactos negativos da ação especializada, tal como os riscos de ação iatrogênica tanto pelo alto poder de manipulação dos corpos e dos doentes quanto por ser sempre uma atuação parcial; necessita, portanto, reconhecer os seus limites e as complementariedades obrigatórias a cada intervenção.

Segundo a mesma autora, a integralidade oferece hoje a possibilidade de se pensar o limite necessário às ações técnicas, entre elas as da saúde, possibilitando, nessa oferta, revitalizar as próprias técnicas de intervenção e, assim, os cuidados em saúde. Para tal renovação, a autora cita a necessidade de rompimento do isolamento em três níveis: o plano dos saberes técnico-científicos (o qual será permeado pelas trocas de experiências e interdisciplinaridade na construção do processo decisório), o plano da construção conjunta da tomada de decisão (onde as autonomias de base corporativa serão substituídas pelo diálogo e construção de consensos) e o plano da articulação entre trabalhos na produção dos serviços e cuidados (intersectorialidade e integração sistêmica da produção em saúde).

Em resumo, a autora chama a atenção para o papel da equipe de saúde na questão da integralidade, destacando que as ações técnicas não são apenas dependentes do

conhecimento e dos saberes específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. Assim sendo, a integralidade não se resume à interdisciplinaridade, nem esta significa o mesmo que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional (Schraiber, 1999).

Finalizando, segundo Cecílio (2001), não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade de acesso garantida. Segundo o autor, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde.

Ampliando a questão, Camargo Jr. (2003) coloca que o melhor é tomar a integralidade não como um conceito, mas como um ideal regulador, um dever. Resumindo, o autor diz ser a integralidade, ao mesmo tempo, inalcançável e indispensável.

1.1 – A Saúde da Mulher e a Proposta do PAISM.

O século XIX e a primeira metade do século XX assistiram à luta do movimento de mulheres por igualdade com ênfase nos direitos à educação e ao voto. A conquista desses direitos trouxe, em muitos países, uma nova condição de inserção social para as mulheres. Entretanto, até a década de 60 do século passado, persistiu a perspectiva de as mulheres serem, formalmente, iguais aos homens, estando ausente a crítica da desigualdade como um componente das relações sociais, baseadas na dominação de sexo que hierarquiza as relações de gênero como relações de poder e constituem uma das bases fundamentais da ordem liberal (Ávila & Corrêa, 1999).

Segundo as mesmas autoras, na trajetória do movimento feminista, a liberdade de decisão nos assuntos da reprodução e da sexualidade foi um ponto de partida de onde se

desdobriam proposições diversas, tais como: novos marcos legais, nova produção de saber sobre o corpo feminino, instalação de novos serviços de assistência à saúde, fundados em parâmetros criados pelas próprias mulheres. No Brasil e no mundo, a emergência política e a legitimação das questões relativas à saúde feminina são um componente crucial de uma agenda que combina a valorização das experiências corporais das mulheres com estratégias que visam transformar discursos e práticas sociais que fazem dessas experiências locus de subordinação; assim, ganham destaque a demanda pelo livre exercício da sexualidade que tem, na demanda por aborto legal e o acesso à contracepção não coercitiva, seus fios condutores.

Sob a influência do pensamento do filósofo francês Michel Foucault e das autoras feministas, o movimento refinaria sua crítica ao poder médico, questionando em profundidade: a representação fragmentada e dominante do corpo feminino no discurso biomédico; a visão da mulher restrita ao seu papel reprodutivo, reiterada por programas e serviços; o privilégio das técnicas curativas em detrimento das ações de prevenção e promoção; a biologização da reprodução e sexualidade que, com frequência, faz convergir a posição dos médicos com a norma religiosa, como no que se refere ao aborto (Ávila & Correia, 1999).

Lembrando o pensamento de Foucault, Mendonça (2002) cita que a necessidade histórica de se transformar seres humanos em mão-de-obra, a partir do século XVIII, tornou necessária a preservação da vida e a educação adquiriu um caráter prioritário para os filhos de uma burguesia emergente. Devido a essa necessidade, a mulher começou a ser alvo de discursos tanto filosóficos como médicos. Investe-se de sexualidade seu corpo, reduzindo-a a uma sexualidade frágil e, muitas vezes, patológica, processo que Foucault denomina de a histerização da mulher, e que torna o corpo feminino um objeto médico por excelência. Através desse relacionamento entre medicina e mulher, esta ganha uma posição de destaque, como figura de apoio para a entrada das ordens/normas médicas no lar, que se higieniza e se disciplinariza.

Ao longo dos anos 80, surgem grupos de mulheres paralelamente ao movimento feminista, resultando numa tendência à especialização temática em torno da saúde. Saúde

e direitos reprodutivos, como temas privilegiados pelo movimento de mulheres, assumiram um perfil público e funcionaram como alavancas para pressionar as mudanças legislativas e as políticas públicas (Ávila & Correia, 1999).

Segundo as autoras citadas, o tema da saúde sobressai no cenário do feminismo, num primeiro momento, como lugar de desvendamento das cadeias que aprisionavam as mulheres no espaço da procriação, com a conseqüente redução de sua dimensão humana. O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres (Osis, 1998).

No Brasil, dentro desse novo contexto e auxiliado pela nova conjuntura política da democratização, houve a criação, na década de 80, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, mais especialmente, a formulação, em 1983, do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), podendo ser entendidos como expressões da institucionalização da agenda feminista pelo Estado (Ávila & Correia, 1999).

Segundo Galvão (1999), a saúde da mulher tem sido preocupação fundamental dos programas de saúde tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, mas, pelo menos até a década de 1980, quase todos os esforços tinham se concentrado nos aspectos reprodutivos; assim sendo, os programas denominados materno-infantis concentravam-se, principalmente, no atendimento no período pré-natal, negligenciando-se aspectos como a sexualidade e a responsabilidade do homem na saúde reprodutiva, além das discussões sobre gênero.

O PAISM se insere no contexto das mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 80, decorrentes da intensa discussão que vinha se realizando desde os anos 70 sobre universalidade e integralidade, no âmbito do Movimento Sanitário. Segundo também Osis (1998), até o surgimento do PAISM, a atenção à saúde da população feminina no país também estava restrita à preocupação com o grupo materno-infantil,

com enfoque central na intervenção sobre os corpos-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social.

A confluência dos pressupostos e proposições do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro permitiu a elaboração do PAISM, conferindo ao Brasil uma posição avançada quanto às proposições das Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995). Especialmente quanto a esta última, vários elementos que estão presentes em seu documento final como objetivos estratégicos já eram contemplados na proposta original do PAISM, formulada mais de uma década antes (Costa & Aquino, 2000).

O PAISM foi elaborado por um grupo que reunia sanitaristas e outros profissionais de saúde, representantes do movimento de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades e passou a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às carências globais da saúde feminina, incorporando, além da já tradicional assistência ao parto e ao puerpério, a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, à esterilidade, à detecção precoce do câncer ginecológico, a doenças sexualmente transmissíveis, à sexualidade, à adolescência e climatério, realçando a necessidade de se considerar em dimensões psicológicas e sociais essa atenção, e a promoção de práticas educativas. Dessa forma, a proposta do PAISM era dependente e correlacionada à proposta original do SUS, exigindo a hierarquização das ações, regionalização, prioridade para ações educativas e promoção da saúde, além de planejamento segundo referenciais epidemiológicos e de participação popular (D'Oliveira & Senna, 2000).

De acordo com as mesmas autoras acima citadas, no conceito de integralidade do PAISM, estão incluídas diversas dimensões, algumas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, outras ligadas ao movimento de mulheres, as quais podem ser resumidas da seguinte forma:

- Acesso hierarquizado a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (da promoção da saúde à atenção curativa de alta complexidade);

- Articulação da demanda espontânea à busca ativa de prevenção ou detecção precoce de patologias epidemiologicamente relevantes;

- Compreensão e abordagem da mulher para além de sua especificidade reprodutiva, considerando as diversas faixas etárias, especialmente as fora da idade reprodutiva (adolescência e envelhecimento) e as dimensões psíquicas e sociais, além da biológica;

- Percepção da desigualdade nas relações sociais de gênero nos Serviços de Saúde, que deve instrumentalizar práticas educativas visando maior conhecimento e controle das mulheres sobre o seu corpo, para o fortalecimento e reconstrução de sua identidade como sujeito.

Segundo Costa & Aquino (2000) e Osis (1998), a formulação do PAISM, no contexto da reforma sanitária, ampliou a visão da integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, rompendo com a visão tradicional acerca do tema, principalmente na medicina, e ultrapassando a especificidade reprodutiva. Também se constituiu na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, embora sendo implantado parcialmente, um programa que inclui o planejamento familiar dentro de suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução.

O programa contempla um modelo assistencial que busca a integralidade e a equidade, em que se aborda a saúde da mulher de maneira global e em todas as fases do seu ciclo vital. As atividades constituem um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnose, tratamento e/ou recuperação que, aplicadas integral e permanentemente, objetivam a melhoria da saúde da população feminina, servindo de molde para qualquer proposta pessoal ou institucional na assistência integral à saúde da mulher (Formiga Filho, 1999).

As ações regulamentadas e normatizadas pelo PAISM são as seguintes:

1 – Assistência clínico-ginecológica:

Controle e prevenção das ginecopatias prevalentes;

Controle e prevenção das DSTs/AIDS;

Controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama;

Planejamento familiar;

Climatério.

2 – Assistência Obstetrícia:

Pré-natal;

Parto e puerpério;

Aleitamento;

Intercorrências obstetrícias;

Vigilância epidemiológica da morte materna.

A oferta de ações dirigidas a todas as necessidades da mulher no seu ciclo vital atende as demandas nacionais e internacionais referentes ao assunto. Devem se destacar, ainda, as ações educativas como forma de modificação das relações de poder relativas ao gênero, com conseqüente garantia da participação efetiva da mulher no gerenciamento dos programas de saúde, no controle social e na execução de ações no nível comunitário.

Segundo ainda Formiga Filho (1999), o PAISM representa um modelo de saúde pública que, adequadamente estabelecido, segundo o processo de descentralização, regionalização e hierarquização do SUS, tem, na área federal, a responsabilidade técnico-normativa que, desenvolvendo estratégias conjuntas, resultaria na melhoria da execução da assistência, sob a égide das secretarias estaduais e municipais, servindo também para estabelecer recomendações e diretrizes para os prestadores de serviços públicos ou

privados na área da saúde da mulher, incluindo também as instituições governamentais e não governamentais.

As diretrizes gerais do programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho em equipe em face da integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa, permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse se apropriar dos conhecimentos indispensáveis a um maior controle sobre sua saúde (Osis, 1998).

Mattos (2001) revela a importância do movimento feminista no Brasil na construção da noção de integralidade, a partir de sua participação na elaboração do PAISM. O termo assistência integral, contido no texto desse programa, procurava indicar uma ampliação de horizontes na qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. Integralidade nesse caso se referia a uma recusa em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.

Nos textos básicos de elaboração da Assistência Integral à Saúde da Mulher (Bases de Ação Programática, Ministério da Saúde, 1984), consta: “Em relação à atenção à mulher, os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para a concepção e contracepção”.

Conforme se observa no texto citado, o princípio da integralidade está presente na concepção e elaboração de todas as ações destinadas a prevenir ou promover a saúde da mulher. O conceito de integralidade, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em

questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Entre as diretrizes gerais do PAISM, consta: “O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos. Pressupõe também uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (Ministério da Saúde, 1984).

Segundo Giffin (2002), o PAISM abarcou tudo o que as recomendações mais atuais preconizam em termos de desenvolvimento de políticas e de programas setoriais equitativos em termos de gênero: mobilização e participação da sociedade civil organizada; sensibilização de autoridades e de profissionais de saúde; mulheres em posições oficiais de comando; definição de um programa oficial federal com perspectiva de gênero, elaborado com a colaboração ativa da sociedade civil; e novas leis constitucionais. Foram essas características do programa que valeram sua consagração nas Conferências Internacionais de Saúde do Cairo e de Beijing, mesmo não abarcando todos os problemas relativos à sua implantação no país, inclusive orçamento.

Conforme foi explanado, o PAISM estabelece que os componentes fundamentais do atendimento integral à saúde da mulher são o atendimento pré-natal, a prevenção do câncer ginecológico, a prevenção das doenças de transmissão sexual (DST) e o planejamento familiar, considerando esses quatro fatores como indispensáveis e igualmente importantes. Em conseqüência, os serviços de atenção à saúde da mulher deveriam oferecer o planejamento familiar como parte do PAISM, da mesma forma que os outros componentes do programa e nunca isoladamente. Entretanto, a atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significavam incorporar a mulher em todo o seu ciclo vital, considerando a adolescência e o climatério, e incluir os homens, ainda estão no campo teórico, e tem sido efetivado em poucos serviços (Diaz & Diaz, 1999).

Apesar de o PAISM estabelecer que todos os serviços devam ter a mesma prioridade, a tradição materno-infantil dos programas de saúde, somada à crônica falta de recursos no setor público, teve como consequência a reserva dos recursos em saúde, prioritariamente, destinados ao atendimento pré-natal; em segundo lugar, para câncer cérvico-uterino, mantendo o planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis em segundo plano (Diaz & Diaz, 1999).

De acordo com D'Oliveira & Senna (2000), o PAISM acabou por reduzir-se, no cotidiano do trabalho, com aumento da oferta de assistência médico-ginecológico, centrando-se nas ações dirigidas ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino.

Osis (1998) cita a existência de reações contrárias ou suspeitosas que surgiram na época do lançamento do programa. Tais reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do programa (integralidade e equidade) e a suspeita de que o governo federal pretendia agir, através do PAISM, no sentido de controlar a natalidade da população (a chamada intenção “controlista”). A contradição quanto à questão da “integralidade” se baseava no fato de que os objetivos do programa estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher. Decorria daí duas críticas ao programa: a visão de que a mulher se define pela sua capacidade de reprodução e a exclusão do homem do programa, implicando a noção de que só a mulher seria responsável pela reprodução, ou seja, pela regulação do processo reprodutivo.

Segundo Galvão (1999), historicamente, os Estados têm tido preocupações demográficas voltadas para as mulheres, muitas vezes utilizando o pretexto de programas de saúde que, na verdade, eram/são programas de controle da natalidade ou de planejamento familiar. Giffin (2002) caracteriza o PAISM como uma resposta do governo brasileiro a pressões para instalação de um programa de controle da fecundidade no país, rearticulando essa demanda no interior de uma proposta de atenção integral à saúde da mulher, recusando e deslocando o limite das funções reprodutivas. A mesma autora fala da “modernidade perversa” para caracterizar o processo de controle da

fecundidade no país; enquanto a taxa nacional de uso e os métodos usados são “modernos”, a “perversidade” é a consequência do fato de as escolhas reprodutivas serem condicionadas pela pobreza e falta de cidadania.

Entre as reações mais favoráveis ao PAISM, esteve a dos grupos de mulheres em geral, que passaram a lutar pela implantação do programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas. O conceito de “integral” era definido por esses grupos como se referindo também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. O movimento de mulheres também insistiu na inclusão de ações de educação sexual e em saúde, como forma de afastar possível utilização do programa para o controle populacional coercitivo (Osis, 1998).

A colaboração entre os grupos feministas e o PAISM representa uma experiência inédita e fundamental de traduzir, para a política pública, os conhecimentos e práticas gerados no espaço feminista, canalizando grupos envolvidos não apenas em ações de mobilização, organização e representações políticas, mas também em ações relativas à produção e à difusão de informação e ao conhecimento. Nesse panorama, firmou-se, no movimento, a premissa de que o acesso à anticoncepção era direito básico de cidadania das mulheres e deveria ser oferecida na rede pública de saúde como componente de uma política mais ampla de saúde reprodutiva, que incluiria: assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção de DSTs e do câncer cervical e de mama; atenção aos adolescentes e à menopausa, conforme Ávila & Correia (1999) e Diaz & Diaz (1999).

Na avaliação da evolução da problemática da saúde da mulher no Brasil, sob a ótica do gênero feminino, as questões de equidade conjugam especificidades referentes à escassez e à dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde, assim como ao exagerado controle e medicalização do corpo feminino, conforme Costa & Aquino (2000). São incluídas questões como: barreiras concretas resultantes da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, reforçadas ideologicamente pela definição da mulher como “cuidadora de outros”; o efeito da discriminação e preconceito no que diz respeito não somente à sexualidade feminina, o que dificulta tanto o acesso quanto a

adequada atenção e prevenção das DSTs; exclusão de mulheres em posições hierarquicamente superiores de decisão política, e como integrantes de protocolos de pesquisas básicas em função das complexidades do corpo reprodutivo; inadequado desenvolvimento de métodos de controle da fecundidade masculina e de métodos femininos de proteção às DSTs; questões da qualidade de serviços envolvendo deficiências quantitativas e qualitativas; entre outras.

Segundo ainda Giffin (2002), apesar das deficiências dos dados nacionais e dos alardeados “avanços” nos direitos, a saúde reprodutiva é um campo em que as diferenças entre mulheres de distintas classes mostram-se agudas e, na medida em que os serviços públicos de saúde não atendem às necessidades modernizadas e crescentes.

De acordo com Silver (1999), o PAISM adotou uma atitude revolucionária ao focar a saúde da mulher de forma integral, não se limitando apenas à questão reprodutiva. Porém, há ainda sérios problemas quanto à integralidade de um programa a ser implantado dentro de um sistema de saúde que tende a um modelo de especialização clínica e verticalidade dos programas.

Conforme Mattos (2003), as políticas de saúde pautadas na integralidade devem se basear numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais. Portanto, a resposta governamental a uma certa doença que seja pautada pela integralidade não pode definir as práticas das ações preventivas e curativas ou cair na verticalização do serviço de saúde. A superação da tradição de ações verticais constitui um dos desafios maiores para políticas pautadas na integralidade.

Numa avaliação do PAISM, Mattos (2001) afirma que são inegáveis os avanços na integralidade da assistência produzidos pelo PAISM, assim como são inegáveis os seus limites. Segundo o autor, no processo de implantação (ou institucionalização) do programa, a proposta de integralidade do movimento feminista teve que ser delimitada, o que implicou uma abdicação, mesmo que temporária, de alguns ideais referentes à assistência integral à saúde da mulher. Com isso, o programa se ocupou, prioritariamente, em resolver alguns problemas de saúde específicos (predominantemente, útero e mamas). Aquelas causas de adoecimento não relacionadas

diretamente às especificidades biológicas, mas pelas especificidades culturalmente ligadas ao gênero não receberam, ainda, uma abordagem adequada. Isso se constituiria em um desafio para a construção da assistência integral à saúde da mulher.

A atual diretriz de descentralização dos serviços de saúde, instituída pelo SUS através do processo de municipalização da saúde, permite aos municípios formularem políticas de âmbito local, assim como a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação (Silva, 2004). Com isso, o atendimento, hoje, nas redes municipais permite a incorporação de novas demandas ou o planejamento e a oferta de novos modelos de atendimento às demandas já existentes. A saúde da mulher também tem passado por novas definições a partir do processo de municipalização e, com ela, a problemática do climatério tem sido, possivelmente, reincorporada às novas ações e modelos de serviços de saúde.

CAPÍTULO 2 – O CLIMATÉRIO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA MULHER

O envelhecimento populacional, nos últimos anos, tem aumentado o número de mulheres que vivenciam a passagem para a menopausa, ampliando a demanda para atendimento específico a essa população. A busca das mulheres na pré e pós-menopausa por uma atenção particularizada tem sido crescente desde a década de 80, embora a discussão sobre a menopausa e o climatério só tenha entrado na agenda da saúde pública, no Brasil, na década de 90 (Mendonça, 2004).

Considera-se que, atualmente, 95% das mulheres em países desenvolvidos atingem a menopausa e 50% delas ultrapassam os 75 anos de vida. Nos dias atuais, 10%

da população mundial têm mais de 50 anos. Entre os anos de 1991 a 2000, houve um expressivo crescimento da população feminina com mais de 40 anos no Brasil, o que justifica um maior enfoque nas ações de saúde para essa faixa etária (SOBRAC, 2004).

Segundo Simões & Baracat (1999), o termo menopausa deriva do grego (mens=mês e pausa=parada). Esse período corresponderia, segundo os mesmos autores, a um evento natural e universal do ciclo de vida da mulher, relacionado a um esgotamento da capacidade reprodutora, o que se manifesta clinicamente pela ausência da menstruação. Essa ausência da menstruação pode ser descrita como uma amenorréia hipoestrogênica e hipergonadotrófica; perdurando por mais de um ano, essa amenorréia caracterizaria a menopausa.

A menopausa é, portanto, a ausência permanente da menstruação por diminuição natural da atividade dos folículos ovarianos, ou seja, por insuficiência do funcionamento dos ovários, a qual ocorre, na maioria das mulheres, entre os 48 e 52 anos (Almeida, 2003).

Conforme Machado (2001), o ovário, diferente de outras glândulas, invariavelmente, encerra a sua função produtora de hormônios por volta dos 50 anos. Essa falência progressiva da função ovariana e os sintomas que a acompanham são denominados “climatério”, correspondendo a um período de transição entre a fase reprodutiva da mulher e a senilidade, iniciando-se, habitualmente, por volta dos 40 anos e estendendo-se até os 65 anos, aproximadamente.

Assim sendo, o climatério corresponderia a um período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, ou seja, refere-se aos anos que circundam a menopausa, antes e depois dela (pré e pós -menopausa) (Simões & Baracat, 1999; Machado, 2001).

Os termos climatério, perimenopausa e menopausa têm passado por várias redefinições. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define menopausa como a cessação permanente da atividade folicular ovariana. A perimenopausa ou 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. A pós-menopausa é definida como a época que começa a partir da menopausa, desde que tenham sido observados 12 meses de amenorréia espontânea (Sakamoto & Halbe, 1995; Almeida, 2003; Trench & Santos, 2005).

A partir da década de 80, a OMS propôs uma padronização da terminologia e sugere que o termo climatério seja abandonado e substituído por perimenopausa, o que ainda não se efetivou na prática (Trench & Santos, 2005).

A menopausa, ou seja, a parada permanente da menstruação, pode ser natural ou induzida (cirúrgica, actínica ou medicamentosa), tendo sempre como consequência um estado de hipoestrogenismo e suas possíveis repercussões (Almeida, 2003). De um modo geral, a perimenopausa corresponde ao período em que algumas mulheres chamam de “estar na menopausa” ou “passando pela menopausa” (SOBRAC, 2004).

Costuma-se empregar também a terminologia pré-menopausa para se referir ao período que antecede a menopausa, quando ainda os sintomas chamados climatéricos ainda podem não ter se manifestado; é uma fase, porém, onde ocorre grande flutuação hormonal (Almeida, 2003).

Com a finalidade de facilitar a compreensão, usaremos, nesse trabalho, o termo climatério se referindo ao período da perimenopausa, conforme publicado na literatura consultada.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, na América Latina, existem cerca de 243 milhões de mulheres, das quais se estimam que 37 milhões estejam na fase climatérica, ou seja, em idade entre 45 e 64 anos; cifra que representa 8% da população total. Atualmente, a proporção de mulheres no climatério em países em desenvolvimento oscila entre 5% e 8% da população, enquanto que em países desenvolvidos a cifra aumenta para 15%. No entanto, estima-se que para o ano 2030, esta cifra aumentará em países em desenvolvimento para 17% (WHO, 1996).

Conforme o documento elaborado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, China, em 1995, “com o incremento da expectativa de vida e o consequente

número cada vez maior de anciãs, a saúde das mulheres de idade avançada exige uma atenção particular. As perspectivas em longo prazo da saúde da mulher sofrem transformações na menopausa que, somadas a afecções crônicas e a outros fatores, como a má nutrição e a falta de atividade física, podem aumentar o risco de enfermidades cardiovasculares e de osteoporose. Também merecem uma atenção especial as outras enfermidades associadas ao envelhecimento e às relações entre o envelhecimento e a incapacidade da mulher” (ONU, 1996).

Essa mesma preocupação é percebida no texto básico de elaboração da Assistência Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 1984), onde consta: “As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da conseqüente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica a necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, só comparáveis às ocorridas na puberdade. É necessário que o grupo que se encontra nessa fase receba a mesma assistência destinada aos demais”.

A data de ocorrência da menopausa tem sido objeto de discussão entre alguns autores, a maioria concordando que esse evento pode ocorrer entre os 40 e 55 anos, em média, ocorrendo naturalmente ao redor dos 50 anos (Almeida, 2003; Bacaltchuk, 2003; Sakamoto & Halbe, 1995)

Nos países desenvolvidos, ela ocorre, em média, aos 50 anos de idade, variando de 48 a 55 anos, enquanto nos países em desenvolvimento é em torno de 48 anos. Segundo dados da OMS (WHO, 1996), na América Latina, a média etária na qual as mulheres experimentam a menopausa é aos 50 anos, similar à média mundial. Há evidências, porém, de que mulheres mais magras e subnutridas entram na menopausa mais cedo (Almeida, 2003). Sakamoto & Halbe (1995) citam estudo realizado no Brasil, em 1985, que encontrou uma média de idade de 48,1 anos para o início da menopausa.

Conforme os dois autores acima citados, a idade média da menopausa pode alterar com o decorrer dos anos, havendo referência de estudo realizado com mulheres inglesas, mostrando acréscimo de 4 anos na idade de entrada na menopausa num período de 100 anos. Fatores ambientais e condições sócio-econômicas têm sido relacionados a essa mudança. Porém, tal observação é contestada por outros autores, como Machado (2001), para o qual a idade média tem-se mantido por volta dos 50 anos, sem variação ao longo do tempo.

Segundo Almeida (2003), utiliza-se arbitrariamente o ponto de corte de 40 anos para definir a menopausa precoce, ou seja, aquela que ocorre antes dessa idade. Segundo a mesma autora, menos de 1% das mulheres apresentam menopausa precoce. Quando ocorre após os 55 anos, considera-se a menopausa como tardia.

Conforme definição de alguns autores, o climatério, ou perimenopausa, se refere ao período que antecede a menopausa, se iniciando alguns anos (aproximadamente cinco anos) antes da menopausa (quando as alterações do ciclo menstrual se apresentam com ou sem sintomatologia vasomotora) e termina doze meses após a menopausa. Esse período pode ou não estar associado a sinais e sintomas da aproximação da menopausa, ou seja, irregularidades menstruais, distúrbios neurovegetativos e alterações psicoemocionais. A intensidade desses sintomas depende da interação, não somente dos fatores biológicos, mas também psicológicos e sociais relacionados à vida de cada mulher em particular (Simões & Baracat, 1999; Almeida, 2003).

Dentro da literatura médica, o termo climatério tem sido usado para designar o ciclo da mulher caracterizado pelas mudanças hormonais (diminuição de estrogênio e progesterona), alterações vaginais e cessação da menstruação (menopausa). O termo “Síndrome do Climatério” é empregado para o conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estar físico e emocional, resultante da insuficiência estrogênica, destacando-se, em curto prazo, ondas de calor, insônia, irritabilidade e depressão; em médio prazo, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno; em longo prazo, alterações cardiovasculares e perda de massa óssea (Luca, 1994).

Os termos “Moléstia Menopausal” ou “Síndrome Menopausal” também têm sido utilizados como sinônimo de “Síndrome do Climatério”. Tem sido relatado que apenas 20 a 25% das mulheres atravessam o climatério sem sintomas, hormonalmente equilibradas e adaptadas aos seus níveis estrogênicos basais. Porém, 75 a 80% das mulheres, nessa fase, apresentam distúrbios climatéricos com sintomas que variam de leve a muito intensos, o que propicia enfoques diferentes (Almeida, 2003).

No climatério, a incidência de patologias degenerativas e metabólicas aumenta de forma expressiva, colocando a mulher sob maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, osteoporose, Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, obesidade e câncer (Araújo et al., 2000). Considerando-se a idade de início da menopausa e a expectativa de vida da mulher atualmente, elas provavelmente ainda terão mais 20 ou 30 anos de vida após a menopausa, fase que é acompanhada de um aumento de doenças crônicas, incluindo as cardiovasculares, câncer, osteoporose e declínio cognitivo (Bacaltchuk, 2003).

Conforme Pedro et al. (2003), a chamada transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psico-sócio-culturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas, como também conseqüências para a saúde em longo prazo. De um modo geral, esse período tem sido associado ao início do envelhecimento feminino, sendo uma construção característica das sociedades ocidentais (Mendonça. 2004).

De acordo com Belgrave (1993), embora a menopausa seja tipicamente reconhecida como sendo uma parte normal do envelhecimento é, ao mesmo tempo, tratada como uma anormalidade, uma doença. As mudanças que chegam com a menopausa, vistas através da perspectiva médica, são consideradas como patológicas e tornam necessários desde o monitoramento médico através de dosagens de hormônios, até a remoção cirúrgica do útero entre outras medidas (McCandless & Conner, 1999).

Segundo Machado (2001), a menopausa certamente é um fenômeno natural, porém, o que se segue à menopausa é um longo período de intensas alterações físicas e metabólicas que acarretam sintomas e patologias responsáveis pela deterioração da

qualidade de vida, pelo aparecimento de doenças graves, com elevados índices de invalidez e mortalidade.

Os sintomas da menopausa têm sido descritos na Classificação Estatística Internacional de Doenças (1997), como N95 – Transtornos da menopausa e da perimenopausa, incluindo sintomas específicos, como sangramento, cefaléia, insônia etc, e sintomas inespecíficos, citados como transtornos não especificados da menopausa e da perimenopausa. Nessa classificação, são excluídos os sintomas relativos à menopausa prematura e osteoporose pós-menopausa.

A Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC) considera o climatério uma endocrinopatia ovariana, caracterizada por alterações morfológicas (atrofia urogenital e mamária), alterações funcionais (distúrbios menstruais e neurovegetativos), alterações hormonais (queda dos níveis estrogênicos e elevação das gonadotrofinas) e alterações nos tecidos alvos, afetando negativamente a saúde da mulher (SOBRAC, 2004).

Do ponto de vista biológico, o climatério representa o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva. Esse período pode ou não estar associado a sintomas, cuja intensidade depende da interação, não somente dos fatores biológicos, mas também psicológicos e sociais relacionados à vida de cada mulher em particular (Simões & Baracat, 1999; Almeida, 2003).

Conforme Almeida (2003), um número reduzido de mulheres pára de menstruar abruptamente, sendo que a maioria, ao entrar no climatério, apresenta alterações em seus ciclos menstruais, que se tornam menores, em função de uma fase folicular mais curta; seguem-se ciclos longos, devido à maturação folicular retardada, até que se instale a amenorréia definitiva.

De acordo com Simões & Baracat (1999), a queda dos níveis hormonais se faz lenta e progressivamente, de forma a permitir a adaptação da mulher a esse novo status hormonal. Como os níveis hormonais caem de forma progressiva, podem aparecer sintomas e sinais clínicos de forma cronológica e obedecendo a certa estrogênio-dependência para cada tecido em particular.

Os sintomas podem ser divididos em precoces, de acordo com o aparecimento, em intermediários e tardios. Os sintomas neuropsíquicos são os primeiros a surgir, sendo representados pelos distúrbios vasomotores, cefaléia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, dentre outros; é, nesse período, que surgem as irregularidades menstruais. Os sintomas vasomotores (ondas de calor ou fogachos, seguidas de sudorese e taquicardia) costumam ser a principal queixa das mulheres no climatério, sendo os clássicos sintomas da deficiência estrogênica (Simões & Baracat, 1999).

Estudos epidemiológicos relatam que os sintomas vasomotores acometem 75% das mulheres no período do climatério. A prevalência é maior nos dois anos seguintes à menopausa, porém eles podem preceder a menopausa ou perdurar por mais dez anos após ela (Hammond, 1996 apud Simões & Baracat, 1999). Conforme Almeida (2003), cerca de 25% das mulheres passam pelo climatério hormonalmente equilibradas, ou seja, sem apresentar sintomatologia. 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 (Sakamoto & Halbe, 1995).

A etiologia dos sintomas vasomotores ainda é controversa, sabendo-se obviamente da importância da queda dos níveis de esteróides sexuais, uma vez que o estrogênio apresenta papel importante na termo-regulação hipotalâmica (Simões & Baracat, 1999; Sakamoto & Halbe, 1995)

Fogachos ou calorões são sintomas vasomotores caracterizados pela sensação súbita e transitória de uma onda de calor sentida particularmente na parte superior do tórax e que culmina no rosto, podendo durar de 30 segundos até vários minutos, com frequência e intensidade variáveis. No período do fogacho, ocorrem palpitações e aceleração dos batimentos cardíacos, que poderiam ser explicados pela elevação dos níveis de adrenalina. Ocorre com mais frequência à noite, podendo levar ao despertar noturno e à queixa de insônia (Hammond, 1996 apud Simões & Baracat, 1999; Almeida, 2003).

Tem sido relatado que os sintomas vasomotores ocorrem espontaneamente; porém, certos tipos de alimentos (com maior aporte calórico), bebidas alcoólicas, elevação da temperatura ambiental e situações de estresse físico ou emocional podem desencadeá-los. Também costumam ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, podendo ser acompanhados ou acarretar estados de taquicardia e ansiedade (Simões & Baracat, 1999). Segundo os autores acima, essas situações desestabilizam as mulheres, deixando-as inseguras, diminuem sua capacidade produtiva, determinam disfunção em seu ritmo de sono-vigília, predis põem-nas a respostas de ampla labilidade emocional.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, com mulheres climatéricas e pós-climatéricas, relacionado alguns fatores bio-psico-sociais e a prevalência de fogachos, encontrou uma maior prevalência de fogachos entre as mulheres não brancas, as que tinham entre 50 e 54 anos, as que moravam com um companheiro, as de menor escolaridade (menor número de anos de estudo) e as de mais baixa renda; não houve, porém, diferença significativa quanto à prevalência de fogacho entre as que exerciam atividade profissional ou não (Sclowitz et al., 2005).

A presença de cefaléia nessa fase também pode ter várias explicações, envolvendo também problemas no sistema vascular. As queixas e os achados clínicos intermediários envolvem o comprometimento do tecido conectivo, destacando-se a perda de pêlos e cabelo, pele ressecada, prurido, falta de lubrificação vaginal, vaginites, distopias genitais, distúrbios urinários e constipação. A função sexual pode estar comprometida como consequência direta da atrofia urogenital ou secundária a toda a complexidade de sintomas envolvidos, como cefaléia, fadiga, depressão, distúrbio do sono, sintomas vasomotores etc.

Entre os sinais ou sintomas tardios, podem ser citadas a osteoporose e a doença cardíaca isquêmica, os quais conferem aumento de morbidade; para osteoporose, não existem sinais e sintomas precoces de perda de massa óssea (Simões & Baracat, 1999).

Resumidamente, Machado (2001) também divide as manifestações do climatério em iniciais, intermediárias e tardias, de acordo com a faixa etária esperada para sua ocorrência:

- iniciais (com início antes dos 45 anos, podendo se estender aproximadamente até os 55 anos: fogachos, sudorese, insônia, irregularidades menstruais, depressão

- intermediárias (com início antes dos 55 anos, podendo se estender aproximadamente até os 65 anos): atrofia vaginal, dispaurenia, incontinência urinária, atrofia da pele

- tardias (podendo se iniciar antes dos 60 anos, estendendo-se aproximadamente até os 70 anos): osteoporose/ fraturas, arteriosclerose, doenças coronarianas, doenças cerebrovasculares (Alzheimer).

Diferentemente, Almeida (2003), divide os sintomas do climatério da seguinte forma:

- Distúrbios neurovegetativos: constituem-se como os sintomas mais freqüentes da síndrome climatérica, caracterizados por “fogachos” ou ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitação, insônia, vertigem, parestesia, diminuição da memória e fadiga.

- Manifestações psicogênicas: evidenciadas pela grande labilidade emocional; podem se manifestar como ansiedade, nervosismo e irritabilidade, ou como melancolia, depressão, dificuldade para tomar decisão, diminuição da libido.

- Distúrbios geniturinários: representados por queixas de secreção vaginal, dispaurenia, prurido vulvar, leucorréia, sangramento uterino, síndrome uretral, incontinência urinária, urgência miccional, infecção uretral, entre outros.

- Alterações cutâneas: devido ao hipoestrogenismo, pode haver alterações como redução na espessura e na elasticidade da pele, além de uma menor hidratação, o que torna a pele mais seca; indiretamente, o hipoestrogenismo leva a uma diminuição do colágeno e a uma redução dos mucopolissacarídeos. Também podem ocorrer outras alterações, como enfraquecimento das unhas e maior queda e afinamento do cabelo; também podem ocorrer distrofias vulvares.

Tem sido utilizado o Índice Menopausal de Kupperman, elaborado em 1953, como forma de caracterizar a intensidade dos sintomas e poder melhor avaliar a resposta terapêutica através de escalas que permitem quantificá-los. Tem o inconveniente de não registrar sintomas como secura vaginal, modificações da libido e queixas urinárias; portanto, deve ser usado junto a um questionário sobre queixas urinárias e sobre a sexualidade (Almeida, 2003).

Essa fase também é marcada por alterações endocrinológicas e metabólicas que podem predispor a determinadas enfermidades ou agravar outras existentes. Machado (2001) cita os distúrbios endocrinológicos e metabólicos mais comuns que aparecem nessa época, os quais seriam:

- Hipogonadismo ou hipoestrogenismo: é a baixa do estradiol, provocada pela perda de função dos ovários.

- Obesidade: caracterizada pelo aumento do tecido adiposo, elevando o IMC acima de 30.

- Hiperlipidemias e dislipidemias: caracterizam-se pelo aumento do nível plasmático do colesterol e/ou dos triglicérides, ou alterações de outras substâncias lipídicas ou a ela relacionadas.

- Diabetes tipo 2: relacionado ao aumento da glicose de jejum ou, mais precocemente, com o aumento da glicose após a alimentação.

- Síndrome plurimetabólica ou Síndrome X: inclui obesidade, distúrbios do metabolismo da glicose, hiperlipidemia ou dislipidemia e hipertensão arterial.

- Doenças tireoidianas: são representadas, principalmente, pelo bócio nodular e pelo hipotireoidismo, ambos com prevalência elevada na mulher com mais de 50 anos.

- Doenças osteometabólicas: representadas pela osteopenia e osteoporose.

O ganho de peso nessa fase tem sido citado em estudos realizados no Brasil e em outros países, com mulheres no climatério (Montilla et al., 2003; Woods & Mitchell, 2004). Conforme Milewicz et al. (1996 apud Monteiro et al., 2004), cerca de 60% das mulheres na fase da menopausa apresentam um rápido aumento de peso, entre 2,5 a 5,0 Kg; a etiologia desse aumento de peso permanece ainda desconhecida. A chamada “obesidade perimenopausal” está associada a vários fatores, entre eles a redução da atividade física e a queda na Taxa de Metabolismo Basal (Monteiro et al., 2004).

Em função dessas alterações citadas, alguns autores relacionam o período do climatério a um risco aumentado de desenvolvimento de certas enfermidades, principalmente, na pós-menopausa, especialmente em relação às doenças cardiovasculares, que têm sido alvo de um grande número de estudos (Botell et al., 2002; Palacios, 1995).

Segundo Foppa e Stein (2003), apesar de as mulheres pré-menopáusicas apresentarem uma incidência baixa de doenças cardiovasculares, pode-se observar um incremento progressivo do seu aparecimento com o processo de envelhecimento; por exemplo, o risco cardiovascular na mulher após a menopausa é 3 a 4 vezes maior do que na pré-menopausa. Conforme Lopes e Halbe (1995), depois da menopausa, a massa óssea e a massa muscular diminuem (com conseqüente aumento da massa gordurosa) com o avanço da idade, sendo uma perda lenta e gradual, cerca de 5 a 10% de década de vida.

Em relação à doença cardiovascular, especificamente, há um mecanismo de ação potencial do estrogênio para aumento do risco cardiovascular em função da sua capacidade de alterar a concentração plasmática de lipoproteínas, fatores homeostáticos, insulina e glicemia (Chow, 1995 apud Simões & Baracat, 1999).

A taxa de lesões ateroscleróticas sobre a íntima das artérias acelera a partir dos 40 a 50 anos nas mulheres e 25 a 30 anos nos homens. Atualmente, verifica-se que os níveis séricos de triglicérides e HDL têm valor preditivo positivo maior em mulheres, comparativamente aos homens, no que se refere à doença arterosclerótica. Distúrbio no mecanismo da glicose e da insulina constitui-se importante fator de risco pra doença

cardiovascular. A resistência à insulina aumenta com a idade em mulheres pós-menopáusicas (Wild, 1996 apud Simões & Baracat, 1999).

Outro importante grupo de sintomas que vem recebendo atenção são os sintomas relacionados a aspectos psiconeuroendócrinos, como a depressão. Em mulheres na perimenopausa, observam-se mudanças de humor em consequência tanto de uma transição psicossocial quanto neuroendócrina. Diversos trabalhos têm apontado a perimenopausa como um período de maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos, particularmente, os quadros depressivos (Juruena & Martins, 2003).

Sintomas depressivos, ansiosos e cognitivos também fazem parte da Síndrome do Climatério e são observados em cerca de 30 a 50% das mulheres que buscam tratamento. Quanto aos sintomas depressivos, os que mais freqüentemente se manifestam no climatério são: irritabilidade, humor lábil ou depressivo, choro fácil, perda de energia ou motivação, ansiedade, diminuição da concentração, desânimo e alterações na arquitetura do sono. Porém, não existe ainda consenso sobre uma verdadeira síndrome afetiva associada à menopausa.

Segundo os mesmos autores, alguns estudos têm demonstrado que eventos estressores de vida são capazes de influenciar sintomas da mulher na menopausa, assim como os fatores biológicos relativos à interrupção da menstruação ou do impacto do envelhecimento. Entre esses eventos estressores, podemos citar responsabilidade com filhos adolescentes e pais idosos, morte dos pais, surgimento de doenças em amigos ou membros da família etc. Eventos como esses poderiam resultar no início dos sintomas depressivos ou exacerbar os sintomas da menopausa.

Um aspecto que vem ganhando destaque na discussão sobre o climatério é o impacto do mesmo sobre a sexualidade feminina. A associação entre climatério e disfunção sexual sugere que as alterações hormonais típicas dessa fase podem exercer um importante papel no campo da sexualidade. Pode-se dizer que há um consenso de que a libido e a atividade sexual diminuem à medida que a mulher envelhece, embora ainda

existam incertezas quanto à influência da menopausa sobre a sexualidade (Almeida, 2003).

O início do climatério e a duração do mesmo parecem estar relacionados com uma série de variáveis individuais e eventos da vida, como, por exemplo, sobrepeso e altura maior, ter um parceiro amoroso e nunca ter ficado grávida estão associados a uma menopausa tardia. Inversamente, grande consumo de álcool e de uso de tabaco, ter tido gêmeos e atividade profissional estão associados à menopausa precoce. Outros fatores que podem estar relacionados são os aspectos nutricionais, estresse, doenças, etnia, padrões familiares e fatores geográficos; o perfil de saúde na pré-menopausa também pode exercer grande influência, ou seja, mulheres com mais sintomas na menopausa têm história prévia de maiores problemas de saúde. Estudos também assinalam que há percepção e experiência mais positivas da menopausa entre aquelas mulheres que estão inseridas em culturas que valorizam mais as mulheres idosas (Juruena & Martins, 2003).

A condição de saúde geral antes da menopausa parece exercer grande influência na expressão dos sintomas no climatério, uma vez que outros fatores devem ser considerados (SOBRAC, 2004). Almeida (2003) alerta que essa sintomatologia é resultante do entrelaçamento das repercussões da deficiência de estrogênio com o contexto sócio-cultural no qual a mulher está inserida e com a sua própria personalidade, fatores difíceis de serem pesquisados adequadamente.

Assim sendo, fatores alimentares, estilo de vida (prática de exercícios físicos, consumo de álcool e tabaco, atividades lúdicas etc), complicações familiares e pessoais são outras variáveis envolvidas na complexidade dos sintomas. Diversos autores têm desenvolvido estudos considerando os diversos aspectos envolvidos na chamada Síndrome do Climatério, como a base nutricional e o estado metabólico, o biotipo, a personalidade, assim como fatores sócio-culturais (Visbal et al., 1998; Botell et al., 2001).

Para Escobar & Sanchez (2000), o enfoque da paciente no climatério deve ser feito de forma que a mesma seja avaliada e orientada integralmente. Para isso, é necessária a participação de profissionais que tenham amplos conhecimentos do processo

de envelhecimento, capacitados no manejo do grupo de pacientes no conceito bio-psico-social, motivados por programas de promoção e prevenção.

No Brasil, estudos sobre as práticas educativas na assistência à mulher no climatério, principalmente através de grupos específicos, têm sido realizados em unidades de saúde, como forma de observação tanto do impacto dessa ação na qualidade de vida dessas mulheres, quanto para conhecimento e compreensão sobre as vivências e a realidade da mulher na menopausa, assim como as representações e percepções que as mesmas têm sobre esse momento de vida.

Mendonça (2004), estudando 289 mulheres em uma unidade ambulatorial do Rio de Janeiro, relata o sentimento de perda percebido entre as usuárias, expresso através de imagens, símbolos e representações, como: insegurança diante dos sintomas de natureza física e psicológica antes não vivenciados; menos-valia pelo desprezo às suas queixas; medo do desconhecido quanto às representações negativas da menopausa.

Outro estudo, realizado por Freitas et al. (2004) com mulheres participantes de um Grupo de Auto-Ajuda à Mulher na Fase do Climatério, em uma unidade de atendimento em Fortaleza, buscou identificar as características das mulheres, os sintomas e os problemas psico-fisiológicos mais frequentes, os quais podem estar relacionados à desinformação da mulher, à sua história de vida e ao contexto familiar e cultural. Esse mesmo trabalho evidenciou a importância do grupo de auto-ajuda como forma de apoio e estímulo à adaptação e à convivência solidária, ressaltando ainda a importância da capacitação do profissional de saúde (no caso, o profissional de enfermagem) para esse tipo de atendimento específico.

Sobre o impacto da ação desses grupos na saúde da mulher no climatério, Mendonça (2004) alerta, em seu estudo, sobre a importância do conhecimento das representações sociais presentes nos discursos em relação às mudanças fisiológicas da mulher nessa fase, o que implicaria em analisar a eficácia dos mesmos. Com isso, a autora demonstra a necessidade da reconstrução desse discurso, através da troca entre população e profissionais de saúde, permitindo à mulher a expressão dos seus sentimentos e emoções, tornando-se sujeito ativo de sua saúde; tal processo permitiria,

igualmente, ampliar o olhar e a sensibilidade do profissional de saúde quanto à questão da mulher no climatério.

2.1 - Tratamento dos Sintomas Associados à Menopausa.

Em função da sintomatologia descrita e a caracterização da mesma como Síndrome do Climatério, além do aumento de riscos para certas enfermidades associadas a esse período, intervenções médicas passaram a ocorrer visando ao alívio dos sintomas e à possível prevenção de danos associados. A intervenção mais difundida e discutida tem sido a medicalização dos sintomas através da Terapia de Reposição Hormonal (TRH).

“Medicalização” se refere à alteração de um processo ou condição considerada normal, dentro do qual se requer intervenção médica (Meyer, 2001). Atualmente, a condição de deficiência hormonal típica do envelhecimento feminino, principalmente a menopausa, prevê a reposição hormonal para manutenção da saúde e aumento da longevidade.

O marco histórico da chamada terapia de reposição hormonal (TRH) foi a publicação, em 1966, do livro “Eternamente Feminina”, de Robert Wilson, o qual prometia uma verdadeira revolução biológica no organismo feminino a partir da TRH. Embora recebido com ressalvas pela classe médica no início, a partir da década de 70, os princípios do Dr. Wilson passaram a ser aceitos e medicamentos como o etinil estradiol começaram a ser utilizados de várias formas (Trench & Santos, 2005).

No livro “Eternamente Feminina” Wilson (1966) defende a idéia de que a menopausa pode ser entendida como uma doença, chegando a compará-la com o Diabetes, ou seja, ambas são causadas pela falta de certa substância na química orgânica; no caso da menopausa, as substâncias ausentes, os hormônios, podem ser substituídos. Assim sendo, o autor sustenta que a menopausa é “curável”, ou seja, sob tratamento os sintomas cessam na grande maioria dos casos, e é “perfeitamente possível a prevenção”,

a saber, nenhuma mulher precisa sofrer os sintomas da menopausa se receber o tratamento preventivo antes do seu início.

Conforme Blumell (2001), a terapia de reposição hormonal é um tratamento amplamente indicado por médicos em função dos seus benefícios sobre a qualidade de vida e a prevenção de enfermidades crônicas para mulheres no período do climatério. O procedimento básico vigente da TRH é a reposição de estrogênio associado ou não à progesterona (Bastos, 2001).

De acordo com Almeida & Guaragna (2003), a reposição hormonal se baseia nos benefícios definitivamente comprovados através de estudos observacionais e de ensaios clínicos randomizados, tendo indicação com finalidade terapêutica na presença de sintomatologia vasomotora, geniturinária, de osteoporose ou de fatores de risco para a mesma. Em relação a outros benefícios, sua ação poderá ser mais profilática, preventiva.

Conforme Simões & Baracat (1999), o objetivo principal da TRH seria, assim, abolir os sintomas e garantir a integridade dos tecidos com a menor dose possível de estrogênios naturais. Porém, a utilização da mesma e sua efetividade têm sido motivo de controvérsia entre vários autores.

As indicações mais precisas para a TRH são: calorões, secura vaginal, vaginites recorrentes, incontinência urinária, infecções recorrentes do trato urinário e a prevenção de osteoporose, em grupos de risco. Os sintomas afetivos e os problemas sexuais que não estejam diretamente relacionados com fogachos e atrofia vaginal são também, freqüentemente, objetos de prescrição da TRH, embora sua eficácia ainda não esteja comprovada (Almeida & Guaragna, 2003). De acordo com Simões & Baracat (1999), algumas mulheres com queixa de diminuição da libido podem se beneficiar com a hormonioterapia, incluindo pequenas doses de testosterona.

Avaliando a TRH, Machado (2001) critica a utilização da mesma como forma preventiva aos sintomas do climatério, uma vez que a mesma deveria ser utilizada apenas a partir da existência de uma sintomatologia específica.

Segundo o mesmo autor, a TRH por curto tempo, é eficiente na redução dos sintomas como fogachos, secura vaginal e labilidade emocional, porém, a TRH prolongada para prevenção da doença cardíaca coronariana, incluindo o uso dos estrogênios exógenos na pós-menopausa, ainda não tem consenso, embora esteja sendo amplamente discutido o papel da mesma na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares.

Em relação à proteção cardiovascular, a hipótese mais provável é de que o hipoestrogenismo eleva as lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL) e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), que assim aumentariam o risco para a doença cardiovascular isquêmica; porém, o hipoestrogenismo não interfere nas lipoproteínas de alta densidade (HDL) (Bagnoli et al., 1995). Segundo Celestino et al. (1995), o estrogênio promove um perfil lipídico mais favorável, principalmente na mulher pós-menopausal. Observa-se queda do colesterol total e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e aumento das lipoproteínas de alta densidade (HDL), o que resultaria em um efeito protetor, o que se consegue com a dosagem hormonal por via oral.

Contrariamente, Bacaltchuk (2003), cita a recomendação da Associação Americana de Cardiologia, segundo a qual a TRH não deve ser prescrita objetivando a prevenção primária das doenças cardiovasculares. Com relação à prevenção secundária, a TRH também não deve ser prescrita para mulheres com doença arterial coronariana como forma de cardioproteção. Igualmente, não é indicada para prevenir o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma vez que o efeito da TRH sobre o risco de AVC não é perfeitamente conhecido, e alguns trabalhos sugerem que não seria efetiva na prevenção primária do mesmo.

Em relação à prevenção da osteoporose, segundo Bagnoli et al. (1995), as evidências sugerem que o papel dos estrogênios na prevenção da osteoporose se dá de forma indireta, aumentando a secreção de calcitonina, que é o hormônio que reduz a reabsorção óssea; os níveis de calcitonina tendem a se reduzir com a idade e o tratamento estrogênico elevaria novamente os níveis de calcitonina.

A deficiência de estrogênios é capaz de impedir um aumento compensatório na formação óssea com relação ao esperado. Os estrogênios são de suma importância na remodelação óssea (age ativando os osteoblastos e inibindo os osteoclastos), diminuindo a perda da massa óssea, de modo que o seu efeito é, sobretudo, preventivo e não curativo.

Diversas críticas têm surgido em relação à TRH, em função de novos estudos sobre os riscos associados a essa forma de tratamento. Como exemplo, Meyer (2001), cita estudos demonstrativos de que, após cinco anos de uso da TRH, o risco de câncer de mama aumenta em 32% com uso de estrogênios exógenos e 41% com a combinação estrogênio-progesterona, comparando-se com as mulheres que nunca utilizaram a TRH.

De acordo com Bastos (2001), os maiores benefícios vêm da utilização do estrogênio, porém a sua utilização isolada pode causar modificações no revestimento uterino (endométrio), o que é reconhecido como risco de câncer de útero. A adição de progesterona tem a finalidade de prevenir essas modificações do útero, embora possa a progesterona causar inúmeros desconfortos como sangramento irregular ou mesmo retorno da menstruação, além de reduzir os benefícios do estrogênio. Há suspeita de que a progesterona seja a principal responsável nos casos de câncer de mama.

Avaliando a questão do câncer de mama, Almeida & Guaragna (2003), ao contrário, dizem que não se dispõe de dados definitivos sobre a relação câncer de mama e TRH. As evidências disponíveis apontam que a TRH, após 5 anos de uso, apresenta pequeno aumento no risco relativo de câncer de mama, que varia com o aumento da idade e com o tempo de uso. Porém, o câncer, nas pacientes submetidas à TRH, tem se mostrado mais localizado e com tipo histológico menos agressivo.

Ainda em relação aos riscos da reposição hormonal, Wathen et al. (2004) citam recentes estudos que têm demonstrado efeitos contraditórios. Por exemplo, o uso conjugado do estrogênio-progesterona tem aumentado o risco relativo para doenças cardiovasculares em 22%. Mulheres que utilizam o estrogênio puro, sem conjugação com a progesterona, não apresentaram diferenças quanto ao risco para doenças coronarianas. Em relação ao câncer, também relatam que o uso prolongado da TRH tem sido associado ao aumento do risco de câncer de mama, mas para o câncer de ovário, não

se encontrou relação com o uso da TRH. Aumento no risco de câncer de endométrio tem sido relatado com o uso por longo e por curto tempo da TRH; por outro lado, encontrou-se diminuição do risco relativo para o câncer colorretal.

Segundo os mesmos autores, a TRH tem se mostrado efetiva para a prevenção de fraturas ósseas, porém tem levado a um aumento de peso nas mulheres usuárias. Também tem sido relatado um provável aumento de demência em usuárias. Em resumo, os autores concluem que a TRH não tem melhorado a saúde e a qualidade de vida das mulheres, principalmente, naquelas assintomáticas, nem previne a perda cognitiva.

Na defesa da utilização da TRH para os casos indicados, Machado (2001) faz uma avaliação de alguns efeitos deletérios possíveis relacionados à mesma. Em relação ao ganho de peso, segundo o mesmo, a literatura científica não comprovou a relação entre o uso de estrogênio e o aumento do tecido adiposo, embora possa haver redistribuição da gordura corporal, com maior concentração nas mamas e nos quadris, a partir da estrogenerapia; além disso, esse mesmo hormônio provoca fisiologicamente uma retenção de líquidos, o que faz algumas pacientes aumentarem de peso. Em contrapartida, o autor cita o fato de que as mulheres, nessa faixa etária, tendem a ser menos ativa fisicamente, o que contribui para o aumento do peso corporal. A redução da atividade tireoidiana com o avanço da idade também pode contribuir para o problema.

Em relação ao câncer de mama, o mesmo autor comenta que este é um caso mais complexo e a incidência do mesmo aumenta progressivamente com a idade da mulher. De acordo com o mesmo, pesquisas epidemiológicas mostraram que o risco de desenvolver um câncer de mama com uso de hormônios é de 2% por ano de uso. Porém, o autor demonstra aqui se tratar de um aumento de risco que deve ser avaliado cuidadosamente, ou seja, se o risco para câncer de mama na população é de 10% (10 em cada 100 mulheres), no grupo de mulheres que tomam hormônios durante 10 ou 15 anos seguidos será 20 ou 30% maior, ou seja, 12 a 13 mulheres em cada 100 desenvolverão o câncer de mama.

Quanto ao risco de desenvolvimento de câncer com o uso da TRH, o autor enfatiza que os hormônios estrogênicos não provocam lesão genética, não sendo, portanto,

cancerígenos ou indutores do câncer. Porém, são capazes de provocar alterações no ritmo da divisão celular, o que favoreceria o desenvolvimento de câncer. Segundo o mesmo autor, o risco para câncer da vulva, vagina, colo do útero e trompas não é modificado; quanto ao câncer de ovário, também não há comprovação, dentro da literatura médica, do aumento na incidência do mesmo. Porém, o risco de câncer do endométrio é aumentado após dois anos de uso da TRH com estrogênio isolado; ao contrário, o uso da conjugação estrogênio-progesterona teria um efeito de reduzir esse risco.

Continuando nessa avaliação, o autor cita que as análises estatísticas provam que, para cada caso de câncer de mama eventualmente induzido pela reposição hormonal, seis mulheres deixarão de morrer por doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte das mulheres acima de 50 anos. Assim sendo, o autor conclui que os benefícios superam os riscos quando se analisa o risco de câncer de mama na TRH em relação a um possível efeito protetor contra as doenças cardiovasculares.

Essa relação custo benefício foi contestada por um importante estudo publicado em 2002, que observou um grande número de mulheres expostas à TRH entre os anos de 1993 a 1998 e concluiu que os riscos desse tratamento à saúde excedem em muito os benefícios do uso combinado do estrogênio com progesterona após 5,2 anos de uso (WHI, 2002).

Em função das contradições presentes nos resultados dos estudos que enfocam os benefícios da TRH no alívio dos sintomas da menopausa, a OMS tem se posicionado da seguinte forma: “Nos países desenvolvidos, é muito freqüente receitar estrogênio e progesterona às mulheres na menopausa. Considera-se que seu uso é indicado para dois fins distintos: o uso por curto prazo para alívio dos transtornos da menopausa (especificamente, os sintomas vasomotores), e o uso prolongado com fins preventivos, principalmente, das fraturas ósseas e das enfermidades cardiovasculares. Tanto os médicos como as potenciais usuárias dos hormônios deveriam compreender claramente a distinção entre fins terapêuticos em curto prazo e fins preventivos em longo prazo, e que os riscos e os benefícios destes tipos de tratamento são muito distintos. Em alguns tratamentos preventivos, de longa duração, podem estar associados aos aumentos de

risco do câncer de endométrio e, possivelmente, câncer de mama” (OMS, 1996 apud Trench & Santos, 2005).

Os resultados de muitos estudos também têm sido questionados e ainda permanecem dúvidas quanto à relação risco-benefício no uso da TRH. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Climatério tem discutido amplamente a prescrição dessa terapia e apresenta alguns critérios para uso da mesma. Assim sendo, encontram-se, na literatura médica, algumas recomendações quanto à indicação da TRH, conforme descrito por Machado (2001):

- definir o tipo de menopausa, se iatrogênica ou espontânea; a fase do climatério que a paciente está passando;

- estabelecer o objetivo da terapêutica, se para eliminação de sintomas ou para prevenção de doenças, como a osteoporose, doença cardíaca etc;

- avaliar condições médicas que representam contra-indicações, como sangramento genital de causa não conhecida, neoplasias de mama e endométrio etc;

- explicação dos efeitos adversos da TRH e o tempo esperado para cada situação

- a decisão deve ser sempre conjunta e colaborativa, analisando os eventuais riscos e benefícios.

No caso de mulheres na pós-menopausa, o uso da reposição hormonal depende da resolução conjunta do médico e de sua paciente, uma vez que ela deve estar consciente da necessidade do tratamento e ter plena percepção dos benefícios e eventuais malefícios (Simões & Baracat, 1999).

Alguns autores concordam que, mesmo com o uso da hormonioterapia, o tratamento para a mulher no climatério prevê, invariavelmente, a associação a outras medidas, como dieta e atividade física (Simões & Baracat, 1999; Machado, 2001; Almeida, 2003). O ginecologista não deve insistir, nem muito menos impor a TRH quando a paciente, bem esclarecida, o rejeita. Justifica-se a hormonioterapia por se

considerar esse período da vida da mulher como um estado de insuficiência hormonal (Simões & Baracat, 1999).

Para as pacientes que não podem se submeter à estrogenerioterapia, usa-se drogas não hormonais para combater os sintomas vasomotores, como sedativos da família dos benzodiazepínicos e dos betabloqueadores adrenérgicos. Esses procedimentos podem melhorar os sintomas, mas não têm o mesmo efeito biológico geral dos estrogênios. As medidas gerais baseadas em evitar situações calorígenicas são: não ingerir alimentos quentes, não tomar banhos quentes e não usar roupas pessoais ou de cama pesadas. Além disso, dieta apropriada, cálcio e exercícios físicos (Simões & Baracat, 1999).

Enfatizando a crítica à TRH, Mendonça (2004) escreve que, desde o início, o movimento feminista nutriu profundas suspeitas em relação ao uso dos esteróides, o que tem sido exposto em publicações diversas de autoras feministas. A abordagem feminista no cuidado à saúde deposita grande ênfase em dar às mulheres mais velhas tanto conhecimento médico e informação quanto seja disponível, ou através da literatura, grupos de auto-ajuda ou seminários focalizados (McCandless & Conner, 1999).

Em documento elaborado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, China, em 1995, é citado, entre os objetivos estratégicos que prevêm a promoção do acesso da mulher a serviços e a informação na área de saúde, um grupo de medidas que os governos deverão adotar em colaboração com grupos e entidades diversas: “adotar todas as medidas necessárias para acabar com as intervenções médicas prejudiciais à saúde, intervenções desnecessárias do ponto de vista médico e coercitivas, com os tratamentos inadequados e administração excessiva de medicamentos à mulher. Todas as mulheres devem dispor de informação completa sobre as opções ao seu alcance, inclusive os benefícios e efeitos secundários possíveis, por pessoal devidamente capacitado” (ONU, 1996).

A discussão sobre os possíveis riscos da TRH, portanto, permanece e tem sido alvo de diversas publicações e citações em vários documentos elaborados por organizações não governamentais, entidades de classe, grupos religiosos etc. Como exemplo, o dossiê “Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos” elaborado pela Rede

Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde, 2001) coloca claramente uma posição contrária ao uso da TRH em função dos riscos possíveis advindos desse tipo de tratamento, e orientam quanto ao uso de tratamentos alternativos, como fitoterapia, florais etc. Segundo o documento, na maioria dos casos, as plantas medicinais e os suplementos alimentares trazem bons resultados.

Existem também diversas referências a tratamentos alternativos para alívio dos sintomas do climatério em um grande número de publicações avulsas ou disponíveis em páginas da internet. Essas recomendações, em sua maioria, ainda não foram devidamente investigadas e pouca informação existe quanto à eficiência desses tratamentos.

O uso dos fitoestrogênios, principalmente derivados da soja (como a isoflavona), tem sido alvo recente de estudos que têm encontrado resultados contraditórios quanto ao seu efeito no alívio dos sintomas climatéricos. De acordo com Dalais et al. (1998) e Han et al. (2002), há evidências de que a isoflavona diminui a intensidade e a frequência dos sintomas vasomotores em mulheres na menopausa. Porém, conforme Lissin & Cooke (2000), a maioria das observações sobre o uso dos fitoestrogênios são epidemiológicas, baseadas em estudos realizados em regiões de alto consumo da soja. Menos de 20% das mulheres japonesas apresentam ondas de calor, comparado com 80% das européias, atribuindo-se, em parte, estas diferenças à dieta (Murkies et al., 1998).

Estudando os efeitos da isoflavona sobre os sintomas climatéricos e o perfil lipídico da mulher na menopausa, Nahás et al. (2003) observou efeitos favoráveis sobre os sintomas climatéricos (especificamente fogachos) e o perfil lipídico, revelando-se o uso da isoflavona uma opção interessante como terapêutica alternativa para mulheres na menopausa.

Outro estudo, realizado por Han et al. (2002), relacionando o uso de isoflavona sobre alguns parâmetros clínicos e laboratoriais na pós-menopausa, concluiu que a isoflavona, na dose de 100 mg/dia, pode ser utilizada como alternativa para atenuar os sintomas climatéricos; o mesmo estudo comprovou redução dos níveis de colesterol total plasmático. Outros estudos confirmaram a redução dos sintomas climatéricos com o uso das isoflavonas (Kaari, 2003; Souza et al., 2006).

Porém, há outros autores que contestam a ação protetora das isoflavonas, em função de possíveis efeitos adversos. Segundo Frey & Singletary (2001), mulheres com dieta rica em isoflavonas (altas doses) poderiam ter proliferação de lesões pré-malignas e aumento de risco de câncer de mama, sendo que o tempo de exposição seria o determinante para este efeito; contudo, outros estudos não comprovaram esta hipótese (Piovesan et al., 2005).

Fernandes et al. (2006), fazendo uma revisão sobre o uso das isoflavonas e os aparentes resultados conflitantes de algumas pesquisas, cita o aconselhamento feito, em 2006, pela American Heart Association (AHA). Em função da carência de estudos conclusivos sobre o papel das isoflavonas para a saúde cardiovascular e outros efeitos clínicos, e baseando-se em 19 estudos randomizados, a AHA faz um aconselhamento, destacando os seguintes resultados: o impacto foi nulo para o HDL - colesterol, LDL - colesterol, triglicérides, lipoproteína (a) e pressão arterial; não se observou melhora dos sintomas vasomotores da menopausa; os resultados foram controversos no tocante à perda da massa óssea após a menopausa; a eficácia e segurança na prevenção ou tratamento dos cânceres de mama e de endométrio ainda não estão estabelecidas.

Como conclusão, a AHA sugere que tanto o uso de suplementos de isoflavonas nos alimentos como em pílulas não deve ser recomendado. Essas constatações destacadas no aconselhamento da AHA devem servir de alerta na prescrição, além de estimular a realização de mais estudos controlados de longa duração, com o propósito maior de esclarecer o real impacto clínico das isoflavonas de soja.

Segundo o mesmo autor, de acordo com a AHA não existe ainda condições de recomendar o uso das isoflavonas; além disso, muito dos efeitos benéficos dos produtos de soja, principalmente quanto à proteção cardiovascular, podem estar relacionados ao seu alto conteúdo de gorduras poliinsaturadas, fibras, vitaminas, minerais e baixo conteúdo de gordura saturada.

Já no 25º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, realizado em Brasília, em 2002, foi colocada a conclusão do Departamento de Endocrinologia Feminina da “Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia”, conforme descrita

abaixo, a qual se baseou nos relatos de efeitos adversos, os quais seriam, resumidamente, o aumento do risco para o câncer de mama:

“Até o momento, os efeitos in vivo e in vitro não mostraram resultados consistentes e uniformes sobre se os fitoestrogênios poderiam mimetizar as ações estrogênicas em todos os órgãos alvo. Os fracos efeitos na síndrome climatérica e metabolismo ósseo não preenchem os requisitos necessários para serem considerados alternativos à TRHM. Além disso, a falta de informações sobre a segurança de seu uso e controle sobre seus efeitos, além da descrição de efeitos adversos, não recomendam a prescrição de isoflavonas isoladas” (SBEM, 2002).

Contribuindo com a discussão da medicalização na menopausa, Trench & Santos (2005) comentam que os hormônios, usados na TRH, têm sido vistos não mais como apenas um tratamento para os sintomas da menopausa, mas também com objetivos profiláticos, como um verdadeiro antídoto para o envelhecimento. Assim, constrói-se um imaginário quando o rejuvenescimento é associado à TRH, e onde o médico extrapola o seu papel de prescritor legitimado e assume a função de imagem legitimadora para essa prática de consumo. Considerando-se, porém, o custo de tal tratamento, observa-se, segundo as mesmas autoras, que a medicalização da menopausa tem como público alvo uma mulher social e economicamente diferenciada, com conhecimento, tempo e recursos financeiros suficientes para cumprir todos “os rituais de saúde” associados à menopausa: dieta balanceada, exercícios físicos, vitaminas etc.

Discutindo a medicalização na saúde pública, Silver (1999) diz que é no campo da saúde da mulher que se percebem as maiores contradições entre a equidade no atendimento e a mercantilização da saúde. Os serviços de saúde da mulher podem ser entendidos como aqueles que atendem às necessidades de saúde referentes à reprodução humana (pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção), excluindo outras necessidades da mulher como pessoa (doenças como a hipertensão, violência doméstica etc). Assim, importantes causas de morbi-mortalidade entre mulheres deixam de ser avaliadas no sistema de saúde específico.

Sobre tecnologias e serviços de saúde, a mesma autora cita três situações onde os produtos e serviços técnicos utilizados em saúde podem trazer riscos. Uma primeira situação seria referente àqueles produtos e serviços que não têm eficácia e segurança comprovadas, e podem trazer riscos à saúde das mulheres. A segunda situação seria a daqueles produtos e serviços que, embora ofereçam benefícios reais para algum grupo de mulheres, são promovidos de forma a expor grande número de usuárias a riscos desnecessários. E o terceiro grupo de serviços e produtos se refere àqueles que, embora seguros e eficazes, são produzidos e comercializados com nível de qualidade precária.

Segundo a autora, tratamentos como a reposição hormonal na menopausa assim como os novos medicamentos para a osteoporose, estariam classificados no segundo grupo. Finalizando, a autora cita a atividade lucrativa referente à venda de medicamentos para a menopausa, chegando a representar, a venda de agentes endócrinos, 6% do mercado farmacêutico mundial.

De acordo com Trench & Santos (2005), a forma de entendimento da menopausa, a partir da TRH, leva a uma construção que pressupõe que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam igualmente a todas as mulheres, independentemente das suas singularidades e inserção sócio-econômica e cultural.

O acesso à saúde é estruturado em torno do que foi construído como legítimo na avaliação diagnóstica, assim como as terapêuticas (Stepke, 1998). Discutindo as principais causas para os sintomas do climatério (redução dos estrogênios, fatores sócio-culturais e fatores de personalidade), o mesmo autor atribui um “peso etiológico” para cada tipo de causa. A redução dos estrogênios seria a única causa à qual se pode atribuir a possibilidade de estabelecer procedimentos adequados para explicitá-la e deduzir dessa explicitação medidas cientificamente fundamentadas. Porém, estudos epidemiológicos evidenciam que as mulheres que têm acesso às informações passam mais tranqüilamente o climatério e há, ainda, evidências de diversos antecedentes para essa sintomatologia: a saúde prévia, emocional e física; as expectativas em relação à própria vida; a valorização da maternidade em determinadas culturas; a ausência da menstruação, valorada de forma positiva ou negativa.

Questões relacionadas ao gênero, etnia e classe social também estão implicadas na discussão do climatério e da menopausa. Gênero pode ser visto como um princípio básico estruturante, ou seja, a relação entre homens e mulheres em uma sociedade determina os arranjos sociais, econômicos e condições políticas (Mänsdotter et al., 2004). Como exemplo, diversos dados de várias partes do mundo têm mostrado que as mulheres têm menos privilégios sócio-econômicos do que os homens; também participam menos de decisões políticas e têm menos acesso aos recursos econômicos. Em relação à saúde, é conhecimento comum que mulheres têm maiores índices de morbidade do que os homens, embora a mortalidade masculina seja maior. Nos EUA, por exemplo, mulheres de 65 anos ou mais têm quase duas vezes mais probabilidade de viverem na miséria do que os homens. E mulheres negras têm cinco vezes mais chances de serem pobres do que as mulheres brancas. Nas décadas recentes, tem se mostrado um aumento na disparidade da proporção de mortes relacionadas ao status sócio-econômico (Meyer, 2001).

Para Werthein et al. (1999 apud Mendonça, 2004), transformar os signos da menopausa em sintomas torna as mulheres mais vulneráveis à medicalização e habilita a pensar a menopausa como uma enfermidade e não como um fato vital. Segundo os mesmos autores, antes mesmo que as mudanças corporais venham produzir impactos psicológicos, são os discursos vigentes, o imaginário social, que denigrem e desvalorizam o corpo feminino, que segregam os desejos.

A partir disso, as políticas públicas que tratam da saúde da mulher deveriam promover e disseminar a relativização e não buscar um consenso sobre o tema, mostrando, conforme citado por Trench & Santos (2005), que existe uma história e uma singularidade em cada uma das pessoas que vivem a menopausa.

O Ministério da Saúde incluiu no PAISM, em 1993, orientações específicas à assistência ao climatério, objetivando universalizar os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde. Indica uma propedêutica médica, orientação dietética e orientação para programas de atividades físicas. Também constam atividades educativas que devem oferecer às clientes o maior

nível de atendimento sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas (Mendonça, 2004).

Entre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, consta que “a medicalização do corpo das mulheres, com uso de hormônios durante o climatério/menopausa encontra um campo fértil no imaginário feminino pelas falsas expectativas que coloca, a exemplo da eterna juventude e beleza. Medicalizar o corpo das mulheres, em nome da ciência e de um suposto bem-estar, sempre foi uma prática da medicina, que só será modificada quando as mulheres tiverem consciência dos seus direitos, das possibilidades preventivas e terapêuticas e das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo” (Ministério da Saúde, 2004).

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Os resultados do estudo são apresentados abaixo, inicialmente com a avaliação do Manual desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Mulher, de Juiz de Fora, e, a seguir, as avaliações das entrevistas das usuárias e dos profissionais de saúde selecionados.

3.1. - AVALIAÇÃO DO MANUAL INSTITUTO DE SAÚDE DA MULHER DE JUIZ DE FORA/MG.

O Instituto de Saúde da Mulher foi criado em 1992, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, ficando desde então responsável pela organização da política municipal de assistência à mulher e buscou integrar as instituições que atuavam na área.

Atualmente, tornou-se Departamento de Saúde da Mulher (DSM) e trabalha na qualificação do atendimento em vários níveis de atenção. No nível primário, o DSM treina e capacita os profissionais da rede básica de saúde para o atendimento conforme preconizado nos manuais do Ministério da Saúde.

A alocação do DSM dentro da administração pública (Prefeitura de Juiz de Fora) encontra-se vinculado, atualmente, da seguinte forma:

Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental

□

Subsecretaria de Saúde em Atenção Secundária

□

Departamento de Saúde da Mulher

O DSM é referência para as 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Policlínicas Regionais e 14 unidades da zona rural, assim como para os 126 municípios pactuados.

No nível secundário, o Departamento executa atendimento nas seguintes especialidades: climatério, DST (doenças sexualmente transmissíveis), Direitos Reprodutivos (Programa de Vasectomia e Ligadura Tubária), sexologia, urologia, mastologia, gravidez de alto risco, ginecologia geral, patologia geral, patologia cervical e gravidez de baixo risco, através de uma equipe multidisciplinar especializada na área de saúde da mulher.

Realizam também atividades educativas para gestantes, para mulheres na “menopausa”, mulheres mastectomizadas e sobre o uso de contraceptivos para homens e mulheres.

O encaminhamento para o DSM é feito através das UBS em formulário próprio (referência e contra-referência) e com agendamento através das unidades básicas.

Os grupos educativos são feitos no DSM, Casa de Parto e DCE (Departamento de Clínicas Especializadas), sendo que o atendimento no DCE está voltado, preferencialmente, para as mulheres do centro da cidade e áreas descobertas. As Unidades Básicas de Saúde atendem as mulheres de sua região.

O DSM conta com uma equipe multidisciplinar, especializada na área de saúde da mulher, que procura atender dentro da filosofia do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), conforme recomendação do Ministério da Saúde.

PROTOCOLOS DE SERVIÇOS DO DSM.

Os documentos analisados se referem aos Manuais do Departamento de Saúde da Mulher, fornecidos pelos responsáveis pelo serviço, os quais foram elaborados por uma equipe em 1994, tendo sofrido algumas revisões no ano de 1996 e no ano de 2000.

De acordo com o Manual do Departamento de Saúde da Mulher, o climatério aparece especificamente em Serviços Especializados (com protocolos de serviço) e na relação de Procedimentos.

Na “Apresentação do Serviço”, de acordo com o Manual, os fundamentos para a assistência à mulher em Juiz de Fora e região foram propostos por uma equipe multidisciplinar, e buscou-se enquadrá-los às normas estaduais e federais vigentes, tendo como base o documento “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” do Ministério da Saúde.

Assim, o Instituto da Mulher, mais tarde tornado Departamento, surgiu com a seguinte proposta, conforme consta no Manual:

- Ampliar as ações básicas de saúde da mulher a todas as Unidades Básicas de Saúde do município;

- Contemplar a mulher com uma assistência de qualidade em relação a : Direitos Reprodutivos, Pré-natal, Prevenção do Câncer Ginecológico e de Mamas, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Climatério, Patologia cervical, AIDS;

- Ter como fio condutor as práticas educativas permeando todas as ações de assistência à saúde da mulher;

- Integração com todas as instituições, sobretudo públicas, que dão assistência á saúde da mulher;

- Integração com as instituições de Ensino e Pesquisa.

A partir dessa proposta, foram definidas as seguintes atribuições:

- Definir a política de saúde para a mulher no município de Juiz de Fora;

- Implantar as ações básicas de saúde para a mulher em todas as Unidades de Saúde;

- Treinar e atualizar os recursos humanos, usando como referencial teórico o PAISM-MS.

- Acompanhar e avaliar os serviços;

- Desenvolver pesquisa, gerando novos conhecimentos;

- Implantar sistema de informações que possibilite a geração de indicadores de saúde próprios do município, que realmente o sistema de saúde, articulado ao Departamento de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Para o início dos trabalhos, o Instituto da Mulher contava com uma equipe técnica, a qual ainda permanece. No quadro abaixo, a relação do número de profissionais, de acordo com cada especialidade.

Especialidade	Número de profissionais
Médico	24
Psicólogas	06
Enfermeiras	12
Assistentes Sociais	06
Auxiliar de Enfermagem	12
Auxiliar Administrativo	08

Em relação à equipe multidisciplinar, o documento coloca algumas interessantes questões sobre o compromisso da equipe, abaixo descritas, as quais estão de acordo com o conceito de integralidade na saúde, apresentado nesse estudo.

De acordo com o documento analisado, é necessário aos serviços de saúde:

- compreensão pelos profissionais envolvidos de que, entre seu conhecimento, qualquer que seja a sua formação teórica, e o discurso dos pacientes, há sempre um espaço para a surpresa, a novidade, a aprendizagem, se estiverem dispostos a ver e a ouvir;

- ruptura de modelos antigos, já enraizados, quer seja ao nível da compreensão que temos da clientela, quer seja ao nível da modalidade técnica a ser adotada;

- sensibilidade no trato da condição feminina e o compromisso com um trabalho que revolucione estruturas arcaicas;

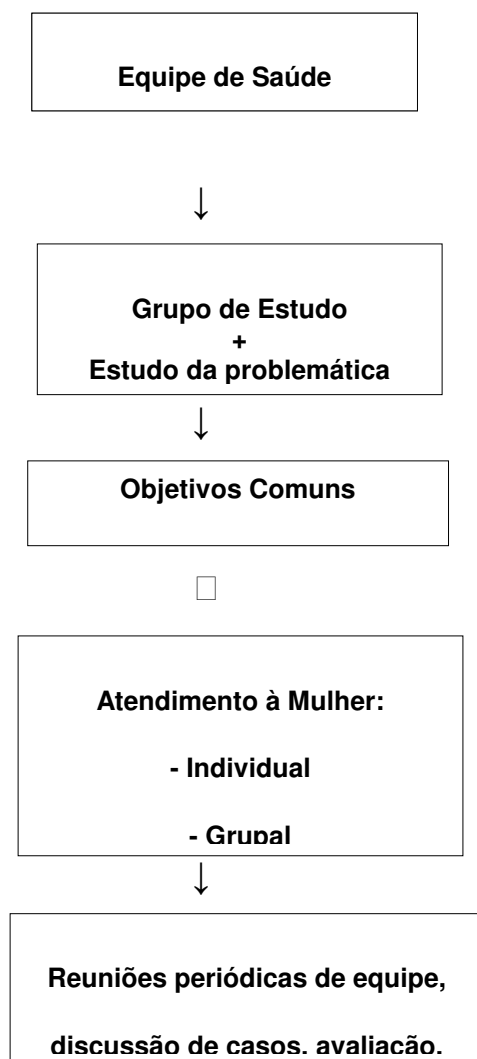
- compreensão da terapia, enquanto meio de reflexão e pesquisa, em torno das particularidades culturais e psicológicas da população a ser atendida;

- rompimento do isolamento dos profissionais;

- perspectivas de um atendimento interdisciplinar e não multidisciplinar.

As ações da equipe deverão se desenvolver através de um modelo da equipe integrada, que decorra de uma mudança de atitude de seus membros integrantes, baseados na presença, na disponibilidade, na continuidade e tolerância.

O documento também apresenta o seguinte organograma referente às ações propostas pela equipe:



Avaliando-se especificamente a questão do climatério dentro dos protocolos, este é citado na definição das ações em nível de atenção primária, secundária e terciária, conforme as propostas de implantação de um modelo de assistência integral à saúde da mulher nas unidades básicas de saúde no município.

Na atenção primária, surge, entre as ações previstas, a assistência à mulher no climatério e, em nível de atenção secundária e terciária, a atenção ao climatério com Terapia de Reposição Hormonal (TRH).

De forma mais específica, o atendimento no climatério apresenta-se, conforme as características e funções, de diferentes níveis de atendimento:

1 – Nível Primário:

Na primeira consulta é feita a triagem e o exame preventivo. O ginecologista e/ou enfermeira encaminham todas as mulheres para o grupo de climatério, com agendamento na recepção do Instituto e/ou Unidade Básica.

Agendamento para o grupo é aberto à mulher que deseja participar independente da consulta.

Após a participação no grupo, a mulher é agendada para consulta subsequente. Nesta, é feita a avaliação clínica geral e solicitados exames de rotina: hemograma, glicose, uréia, cálcio, creatinina, lipidograma, fosfatase alcalina, ácido úrico, EAS, parasitológico; a mamografia obedecerá a critérios especiais; parecer cardiológico. Agendar retorno.

Após avaliação dos resultados de exames, o médico faz o agendamento de retorno anual ou semestral para acompanhamento na UBS ou referencia para o Instituto

da Mulher, no caso de necessidade de TRH (Terapia de reposição hormonal, tal critério de encaminhamento é facultativo, não obrigatório).

Observação: A TRH deve ser discutida com a mulher. No grupo de climatério já foram discutidos cuidados de prevenção e alternativas de alívio dos sintomas mais comuns nesta fase da vida.

2 – Nível Secundário e Terciário:

Nesses níveis, as ações ocorrem no Instituto da Mulher, para onde as pacientes são encaminhadas.

O agendamento prévio é feito pela Unidade Básica de Saúde para avaliação da necessidade da Terapia de Reposição Hormonal (TRH), e será complementada com os exames necessários (Cálcio e Magnésio, Ultrassonografia Transvaginal em Densitometria Óssea, se necessário, com justificativa). Há uma descrição de critérios específicos para a realização de exames.

Para o atendimento das mulheres nos diferentes níveis de atenção, são definidas algumas orientações específicas em nível da forma de encaminhamento ao serviço:

Nível primário: atendimento feito na UBS, da seguinte forma:

As mulheres que vierem encaminhadas para o Instituto de Saúde da Mulher, deverão trazer o resultado do preventivo recente.

O trabalho de orientação de grupos educativos poderá ser feito na UBS ou no Instituto de Saúde da Mulher.

Deverá ser usada a referência e a contra referência

Nível secundário: atendimento no Instituto da Mulher, da seguinte forma:

Pacientes serão matriculadas no serviço.

Demanda espontânea;

Encaminhamento de outros profissionais;

Encaminhamento dos grupos de direitos reprodutivos e ou climatério;

Encaminhamento das UBS.

Em outro item, referido como Serviços Especializados, há uma orientação específica às ações educativas, incluindo orientações para os grupos de climatério (citadas como reuniões informativas), conforme abaixo:

“Grupos de climatério são reuniões com grupos de pacientes constando de três encontros, onde são desenvolvidas as seguintes ações:

- exposição de um vídeo informativo,
- discussão e debate, quando as pacientes falam sobre suas experiências, expectativas, tratamentos, sintomas e resultados,
- importância da alimentação e dos exercícios físicos nessa fase da vida.”

Nesse mesmo item, surgem algumas recomendações em destaque no texto:

“O importante é saber conduzir a paciente não deixando margem para dúvidas. Nosso esforço é proporcionar à mulher, melhor qualidade de vida”.

No mesmo texto, existem recomendações para a equipe: “O tratamento do climatério deve ser multiprofissional, assegurando qualidade de atenção a ser oferecida à mulher climatérica.”

Para a consulta ginecológica, no nível da atenção secundária e terciária, são solicitados os seguintes procedimentos: Ficha clínica de climatério; Exames de rotina (hemograma, glicemia, uréia, creatinina, ácido úrico, lipidograma, cálcio, fosfatase

alcalina, EAS, Fezes parasitológico; FSH (em casos de menopausa precoce); Preventivo (Papanicolau e mamas), peso, altura e PA; Parecer cardiológico.

O Instituto de Saúde da Mulher tem como suporte um cardiologista para atender especificamente às mulheres climatéricas que necessitam de avaliação cardiológica.

No item “Rotinas dos atendimentos na consulta de enfermagem”, são definidas as ações específicas para a assistência no climatério:

“A primeira consulta será feita pelo ginecologista ou enfermeiro que fará o preventivo, solicitará os exames de rotina e encaminhará a paciente para o grupo de climatério, visando atender ao conceito de assistência integral.”

Após a participação no grupo, agenda-se para a mulher uma consulta com o ginecologista que avaliará os resultados de exames, solicitará outros que julgar necessário, prescreverá reposição hormonal, se necessário.

“Cabe ao ginecologista a avaliação e interpretação dos exames solicitados para as pacientes”.

Na continuidade do atendimento, o Manual descreve os seguintes procedimentos:

“Retorno após avaliação dos exames e início do tratamento (caso a mulher for fazer TRH): a paciente deverá ser agendada para retorno dentro de três meses e, posteriormente, seis meses.”

Pacientes de quarenta e cinquenta anos que não necessitem de TRH serão encaminhadas à UBS de origem.

As enfermeiras do Instituto da Mulher solicitarão os exames de rotina do climatério, farão o preventivo e encaminharão as pacientes para consulta e propedêutica médica.

“Toda paciente no climatério deverá passar pelos grupos educativos, espaço do qual a mulher deve tornar-se sabedora da importância das mudanças de hábito nessa fase de sua vida. A ela compete julgar a relação custo-benefício decorrente das abdições e expectativas que estão embutidas no tratamento, que deve transformar em nova filosofia comportamental em busca de uma melhor qualidade de vida”.

No item “Orientações gerais: agendamento”, o climatério é destacado ao lado dos Direitos Reprodutivos, conforme citado a seguir:

“As mulheres tanto dos Direitos Reprodutivos quanto do climatério receberão o medicamento e serão orientadas a participar dos grupos para receberem as orientações adequadas, casos especiais de liberação de medicamento deverão ser avaliados pela enfermagem e serviço social conforme rotina de serviço. As mulheres deverão ser orientadas primeiro a participarem dos grupos educativos”.

Para o climatério, existe também uma relação de medicamentos padronizados, citada no documento, os quais poderão ser solicitados pelo ginecologista, conforme necessidade e segundo os critérios já definidos, visando à Reposição Hormonal. Esses medicamentos são, na maioria das vezes, adquiridos pelo Instituto da Mulher via solicitação direta aos laboratórios ou doação voluntária de amostras. Constam de: estrogênios combinados, acetato de metroxiprogesterona, valerato de estradiol + acetato de ciproterona, acetato de norestisterona + estradiol , e estriol, entre outros que costumam ser adquiridos eventualmente.

Finalizando, o documento dá destaque a algumas informações adicionais específicas ao climatério, as quais mostram o caráter multidisciplinar da proposta de trabalho:

“A alimentação, os exercícios físicos, os hábitos sadios de vida, o sono, a exposição ao sol, o lazer, a proscricção do fumo e do álcool, a ocupação e a vida familiar e social são ingredientes para uma boa qualidade de vida”.

“Nos grupos educativos, as mulheres são orientadas quanto as suas necessidades básicas, visando sempre fornecer às mesmas condições de conhecer seu corpo e ter uma boa saúde.”

De acordo com o próprio documento, as informações contidas, referentes especificamente ao climatério, tiveram como base manuais sobre o Climatério, do Ministério da Saúde, e da SOBRAC (Sociedade Brasileira de Climatério), além de contar com resultados de discussões e reflexões dos profissionais do serviço especializado do climatério do Instituto, tendo sido finalizadas em 1998.

Durante visitas ao Departamento de Saúde da Mulher, com a finalidade de realizar a análise assistemática, que conta de uma observação não participativa no local, foi relatado por uma das responsáveis pelo serviço, uma assistente social, que o DSM realiza uma capacitação para a assistência integral à saúde da mulher com todos os profissionais das unidades básicas, sendo que, atualmente, em todas as unidades básicas já foram realizados treinamento com esse objetivo.

Os principais responsáveis por essa capacitação são uma enfermeira e uma assistente social do DSM. É solicitado, após a capacitação, que todas as unidades realizem o trabalho conforme previsto no Manual, incluindo o atendimento ao climatério.

No material anexo, são apresentadas as fichas de avaliação e o material educativo que é enviado a todas as unidades para distribuição durante o atendimento às mulheres no nível da atenção primária. Segundo informações DSM, esse material foi desenvolvido no próprio departamento pela equipe técnica. A ficha clínica de climatério foi desenvolvida para ser preenchida durante as consultas nos níveis secundário e terciário, conforme descrito no manual. O material educativo, “Orientação às Mulheres no Climatério” (anexo) e a cartilha “Climatério”, destinam-se à distribuição no atendimento aos grupos de climatério nas unidades básicas e foi também um trabalho desenvolvido pela equipe técnica. O primeiro diz respeito unicamente a orientações alimentares para o período específico, e o segundo traz algumas informações gerais sobre o climatério e orientações para a prática de exercícios físicos que podem auxiliar na prevenção de algumas doenças relacionadas à menopausa, como a osteoporose.

Conforme observado, há uma inobservância dessa solicitação, porque não há cobrança na realização do atendimento. Ela relatou não saber quantas unidades têm realizado os grupos de climatério, mas acredita que são poucas unidades, uma vez que há pouca solicitação de material educativo a ser distribuído. Também relatou que, nas unidades onde o PSF (Programa de Saúde da Família) implantado parece haver mais facilidade para realizar o trabalho, uma vez que os agentes comunitários de saúde podem fazer o convite e a divulgação do mesmo.

Segundo essa assistente social, há muitas reclamações dos profissionais de saúde quanto à impossibilidade de realização dos trabalhos educativos, como grupos de climatério, direitos reprodutivos etc. Conforme relatado por ela, os profissionais dizem não ter tempo disponível ou local adequado, nas suas unidades, para a realização desses trabalhos.

Também houve relatos, por outros profissionais da equipe, de que muitas mulheres procuram o departamento por saberem da possibilidade da Terapia de Reposição Hormonal, uma vez que o DSM fornece a medicação, desde que haja avaliação e indicação para o uso por parte dos médicos do próprio departamento. Porém, como parte dessa medicação é conseguida por doação dos fabricantes ou por acordo com fornecedores de outros medicamentos, há irregularidades eventuais no fornecimento dos mesmos, o que tem afastado algumas mulheres do atendimento, quando querem unicamente o atendimento via TRH.

De acordo com o que foi apresentado, na proposta de trabalho do Departamento de Saúde da Mulher, em Juiz de Fora, a noção de integralidade pode ser percebida conforme discutida nesse estudo; busca-se realizar o atendimento à mulher nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), dando importância às ações para a mulher do climatério, saúde reprodutiva, entre outras, tanto quanto as ações destinadas a gestantes e nutrízes, por exemplo, ampliando o aspecto da saúde da mulher, conforme previsto no PAISM. Também prevê ações de prevenção e de promoção da saúde, paralelamente às ações assistenciais.

No caso específico do climatério, o fornecimento da medicação para a TRH é subordinada à presença da usuária no trabalho educativo, via grupos de climatério, fazendo da participação, nesses grupos, condição essencial para o atendimento médico especializado. Embora seja dada ênfase à ação educativa, a qual visa os aspectos preventivos e de melhoria das condições de saúde, e seja dada a essa ação o mesmo nível de importância das ações assistenciais (nesse caso, o atendimento médico especializado, juntamente com a medicação específica), essa vinculação merece uma melhor avaliação, uma vez que tende a reproduzir a verticalização das ações de saúde.

Dentro da visão de prevenção e promoção da saúde, prevista no PAISM, busca-se a participação das mulheres no processo de tomada de decisão quanto aos cuidados em saúde e acesso aos serviços, conforme discutido anteriormente. Assim, a vinculação do acesso a serviços assistenciais a participação obrigatória em atividades educativas merece uma reflexão, sob o ponto de vista da busca de autonomia e poder de decisão por parte das usuárias do serviço. Dentro da proposta do PAISM, cabe aos serviços de saúde, assim como aos profissionais, contribuir para a busca da autonomia das mulheres usuárias dos serviços de saúde, permitindo e estimulando a participação das mesmas no processo de discussão das ações e cuidados em saúde.

Na composição da equipe do DSM, observa-se a ausência de profissionais da área de psiquiatria, o que pode ser importante na atenção às mulheres nessa fase, uma vez que há relato de sintomas depressivos. Há também uma orientação específica à alimentação para a mulher no climatério que é distribuída entre os materiais educativos, mas não se tem um profissional de Nutrição no DSM ou na rede municipal que possa direcionar essa recomendação ou prestar atendimento específico. Da mesma forma, a orientação quanto à prática de atividade física não é corroborada por um profissional da área.

De acordo com as observações feitas durante as visitas, o serviço ainda apresenta problemas na execução das ações, conforme relatado pela equipe técnica do DSM e em relatos dos profissionais nas unidades básicas (conforme as entrevistas dos profissionais de saúde dos grupos de climatério). Muitos problemas foram relatados como sendo do

próprio sistema, como o número de profissionais que compõe a equipe básica de saúde, as especialidades presentes nas unidades básicas, o número de usuários a ser atendido em cada região etc. Também foram relatados problemas estruturais, como a falta de local adequado para realização de trabalhos educativos, ou a falta de material de apoio, conforme apresentado na avaliação das entrevistas.

Um dado preocupante é a impossibilidade de definição do número de unidades de saúde que mantêm o trabalho educativo (grupos de climatério), uma vez que não é controlada, pela rede em questão, a execução desse serviço pelas unidades, o que remete a problemas de gestão interna da rede.

Nas visitas às UBSs, não se observou, de modo uniforme, a utilização do material educativo elaborado e distribuído pelo DSM, e pareceu haver desinformação dos profissionais de saúde quanto à existência e possibilidade de uso desse material. As atividades desenvolvidas nos grupos educativos também não parecem seguir, obrigatoriamente, os critérios estabelecidos pelo DSM quanto ao número de reuniões e aos temas abordados.

Também se observou que, quanto à continuidade das ações para o atendimento das usuárias dos grupos (atenção secundária e terciária), a informação por parte dos profissionais de saúde sobre essas ações ainda não é totalmente clara, faltando um maior esclarecimento quanto à forma de acesso a esses serviços por parte das mulheres atendidas. Dessa forma, o acesso das usuárias aos serviços que compõem os outros níveis de atenção pode ser comprometido, uma vez que o primeiro contato com a rede se estabelece pela participação nos grupos de climatério.

3.2 - AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM USUÁRIAS DO SERVIÇO.

Universo da pesquisa: 11 mulheres.

Caracterização:

Idade: 43 a 60 anos.

Escolaridade: 2ª a 7ª série, sendo uma com curso superior.

Profissão: do lar (5), domésticas (5) e 1 jornalista.

Renda: 350 a 1000 reais.

Todas participaram das duas reuniões do grupo de climatério nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pesquisadas: UBS do bairro Retiro e UBS do bairro Santa Cecília.

Do total, 8 já se encontravam no período pós-menopausa, sendo que 2 tiveram menopausa cirúrgica pela retirada dos ovários. Três ainda menstruavam, mas já apresentando ciclos irregulares, espaçados.

Apenas 2 relataram ter feito Reposição Hormonal, mas pararam. Uma por problemas financeiros, porque se tratava na rede privada, e a outra parou por medo de engordar, conforme relatos.

Avaliação Temática.

Eixos temáticos identificados:

1º Eixo Temático Identificado – Mudanças ocorridas no período e forma de convivência com as mesmas.

Referente à primeira pergunta: Quais mudanças ocorreram na sua vida nesse período e como você tem convivido com elas? Você tem sentido calores ou algum outro sintoma?

Categorias identificadas:

A – Ocorrência de mudanças no período.

Subcategorias:

A.1 – Percepção de que houve mudança.

A.2 – Percepção de que não houve mudança.

B – Presença de Sintomas.

Subcategorias:

B.1 – Fogacho.

B.2 – Irritabilidade.

B.3 – Alteração na sexualidade.

B.4 – Enjôo.

B.5 – Sudorese.

B.6 – Ganho de peso.

B.7 – Desânimo/ Indisposição.

B.8 – Dor de cabeça.

B.9 – Alteração de apetite.

B.10 – Insônia.

B.11 - Alteração na pressão arterial.

B.12 – Outros sintomas.

C – Modos de convivência com as mudanças relatadas.

C.1 - Procura por atendimento médico específico.

C.2 - Uso de algum tipo de medicação para alívio dos sintomas, incluindo a TRH.

C.3 - Outras ações para convivência com os sintomas.

Categoria A – Percepção de mudanças na vida nesse período.

Subcategorias:

A.1 - Percepção de que houve mudança: há relatos claros de ocorrência de mudanças na maior parte da entrevistas:

“antes eu não tinha nada disso”

“senti que mudou, mudou bem”

“mudou sim, pra pior, a rotina muda”

“tem coisas que a gente não sentia”

“na vida sexual alterou, alterou a vida”

“muda a gente, a gente muda”

“foi depois da cirurgia que comecei a sentir”

A.2 - Percepção de que não houve mudança: relato, em apenas 1 entrevista, de que não houve mudança:

“não mudou nada, tá tudo do jeito que sempre foi, a rotina é a mesma, tudo igual”

Observações:

Há um relato de mudança, em apenas 1 entrevista, como algo positivo:

“mudou porque, agora só de pensar que não tem mais aquele negócio de menstruação, é uma beleza”

Há um relato contraditório (percebe a mudança e diz que nada mudou) em apenas uma entrevista:

“acho que a vida continua a mesma” (...) “nunca tive nada disso, não sentia nada”

Síntese: Há percepção de ocorrências de mudanças na vida relacionadas à menopausa, mas sempre referentes aos sintomas relatados.

Categoria B – Presença de Sintomas.

B.1 – Fogacho: sintoma que aparece descrito em todas as entrevistas, sempre citado como calor, com diferentes graus de intensidade, tendendo a ser o problema mais citado, estando, na maior parte das vezes, associado a enjôos, sudorese e sensação posterior de frio (calafrios), além de irritabilidade, vermelhidão no rosto, mal estar geral e interrupção do sono. Nenhuma entrevistada citou o termo fogacho para se referir ao calor.

Há relatos de sensação de constrangimento com a situação e vergonha por sentir o calor em locais públicos (associada à vermelhidão no rosto e suor), além de sentir que perturba os familiares:

“esse calor é muito ruim”

“começava com enjôo, aí o calor subia”

“no momento do calor eu fico muito irritada”

“dava mais à noite”

“qualquer hora do dia”

“vem dos pés” (...) “depois dá aquele calafrio”

“incomoda muito”

“quando vem esse calor você começa a ficar tão nervosa que o suor escorre”

“é uma vergonha, todo mundo pára e olha”

“na hora em que eu falo que tou sentindo calor, não chega perto de mim não”

Somente uma entrevistada relatou sentir pouco calor, com predomínio de outros sintomas.

B.2 – Irritabilidade (aparece em 6 entrevistas): sintoma relatado por 6 entrevistadas, tendo sido relatado também como estresse e alteração do humor; foi associada também à consequência da insônia. Há relatos de a irritabilidade trazer sofrimento aos familiares:

“fiquei uma pessoa nervosa, eu não era assim”

“é pior do que a TPM, bem pior”

“a gente não quer ficar daquele jeito... fica nervosa à toa”

“dá vontade de quebrar tudo e sair correndo ... sumir”

“perco a paciência com ele {o filho} que é uma criatura assim... tão querido”

B.3 – Alteração na sexualidade (aparece em 6 entrevistas): sintoma relatado com várias conotações, como piora na relação com o marido, sensação de dor na relação, ressecamento; também há queixa quanto à incompreensão do marido quanto à situação, dúvida se a causa da alteração se deve à menopausa e também frustração quanto à perda da capacidade reprodutiva (por não ter sido mãe).

“a vida sexual alterou, ficou ruim”

“incomoda... meu marido não aceita muito, homem não aceita”

“quando faz é ruim, incomoda”

“senti um pouco de queda... mas não tenho certeza que é por causa desse período”

“comecei a sentir ressecada, às vezes fere...” {associação com o aparecimento de Diabetes}.

Há relatos de que não houve alteração e outros relatos contraditórios, que dizem não ter mudado, mas expressam a alteração.

“não fez diferença nenhuma”

“sexualmente é a mesma coisa, assim... não tanto, mas estou sentindo a mesma coisa”

Há um único relato de uma entrevistada que diz perceber a “queda na sexualidade” como algo “natural” e positivo para ela, tendo relação também com a maternidade.

“a parte de desejo sexual também acho que foi se desfazendo normal”

“(...) então já perdeu aquele espaço enorme que havia {a sexualidade}...”

“desde que eu tive o meu filho, isso... a sexualidade já perdeu importância”

“vivo muito melhor sozinha”

B.4 – Enjôo (aparece em 5 entrevistas): sintoma associado ao calor, às vezes identificado como sensação de vômito. Em um único caso, aparece associado a um alimento específico, o arroz.

B.5 – Sudorese (aparece em 4 entrevistas): sintoma associado ao calor, podendo gerar interrupção do sono para algumas, sendo considerado o pior sintoma para uma entrevistada, é relatado como ocorrendo antes da menstruação para aquelas que ainda menstruam. É relatado como ocorrendo mais à noite por algumas (sudorese noturna). Também aparece sensação de constrangimento diante da situação.

“do nada você começa a suar”

“(...) fica com a axila toda marcada, é uma coisa que parece falta de higiene da gente”

“você acorda suando, você tem que trocar a roupa porque fica molhada mesmo”

“a sudorese noturna pra mim é pior”

B. 6 - Ganho de Peso (citado em 4 entrevistas): sintoma relatado como causando muito incômodo; foi relatado como o maior problema para algumas, tendo sido também associado ao fato de ter parado de fumar e às alterações de apetite. Para uma das entrevistadas, pareceu haver confusão entre a percepção de aumento de peso e o fato de engordar. O medo de engordar foi relatado como causa de interrupção da TRH ou da decisão de não optar pela mesma.

“o que mais me incomodou foi o aumento de peso”

“pra mim, a pior coisa foi engordar”

“tou ganhando peso, mas não tou engordando”

“engordei muito”

Há um relato também contraditório quanto à intensidade do problema:

“engordei um pouco, era bem mais magra”

B.7 – Desânimo/Indisposição (citado em 3 entrevistas): sintomas relatados como sinônimos; aparece com intensidade nos relatos.

B.8 – Dor de cabeça (citada em 3 entrevistas): sintoma também relatado sendo de muita intensidade pelas entrevistadas que o citaram.

“dor de cabeça forte”

Houve um relato de uma entrevistada que ironizou o fato de os profissionais de saúde, durante as reuniões dos grupos, falarem que essa dor de cabeça é “normal”.

“pra época dizem que é normal... (...) bem normal, muito normal”

B.9 – Alteração de apetite (citada em 2 entrevistas): sintoma relatado como “falta de apetite” para uma e como “vontade de comer toda hora” em outra.

B.10 – Insônia (citada em 2 entrevistas): sintoma relatado como intenso.

“muita insônia”

“você passa noite em claro”

B.11 – Alteração na pressão arterial (citada em 2 entrevistas): sintoma que é citado como “aumento da pressão” em entrevistadas que não eram hipertensas antes da menopausa. As mulheres que relataram já serem hipertensas antes, disseram não ter havido alteração da pressão arterial durante o período.

B.12 – Outros sintomas relatados: sensação de angústia/ tristeza, tonteiras, queda de pêlos pubianos, sangramento pelo nariz.

As que ainda menstruavam relataram os seguintes sintomas: fraqueza e “bambeza nas pernas”, dor de barriga, “dor na escadeira”, dor nas pernas, sensação de barriga inchada, cólica pré-menstrual. Todos esses sintomas, segundo elas, não ocorriam antes, mesmo no período pré-menstrual.

Das entrevistadas, 7 relataram que os sintomas só começaram após a interrupção da menstruação. Em uma, os sintomas iniciaram antes e permaneceram após a menopausa.

Nas que ainda menstruavam, os sintomas estão associados à TPM e iniciaram com a irregularidade e espaçamento do ciclo.

Nessas, há relatos de que a chegada da menstruação desencadeia os sintomas.

“eu fico melhor quando não vem”

“eu me sinto melhor quando não menstruo”

Síntese: Todas as entrevistadas fizeram relatos de sintomas, com graus diferentes de intensidade, sendo que os mesmos estão de acordo com a bibliografia consultada. Os sintomas mais citados são o fogacho, que foi citado por todas como calor, seguido de irritabilidade e alteração na sexualidade. Os sintomas são freqüentemente relatados como causas de problemas de convivência com outros, principalmente com os familiares, além de gerarem sentimento de vergonha e constrangimento para algumas.

Categoria C – Modos de convivência com as mudanças relatadas.

C.1 - Procura por atendimento médico: das entrevistadas, quatro relataram ter procurado ajuda médica de imediato, assim que perceberam os sintomas; quatro procuraram ajuda por outros motivos (em geral, para o exame preventivo) e fizeram relato dos sintomas; três não procuraram ajuda, mas pretendem procurar agora, depois que participaram do grupo. Nessas três últimas, houve manifestação de interesse pela TRH.

“estou sempre indo ao médico para ver o que é”

*“procurei médico para me esclarecer sobre o 'suspense' dela {a menstruação}...
(...) porque achei que tinha engravidado”*

“fui fazer preventivo e me queixei disso”

“agora que estou procurando {atendimento médico}, agora que fui encaminhada, né”

“às vezes tem jeito também de ir repondo hormônio”

C.2 - Uso de algum tipo de medicação para alívio dos sintomas, incluindo a TRH: apenas duas entrevistadas relataram ter feito uso da TRH por pouco mais de um ano, quando houve alívio dos sintomas (fogachos). Mas as 2 interromperam a utilização por conta própria, uma por medo de engordar e a outra por problemas financeiros, uma vez que era atendida, na época, pela rede particular.

Algumas receberam orientação de médicos quanto ao uso da TRH, tanto quanto à possibilidade quanto à impossibilidade do uso.

A maior parte dos relatos se refere ao uso de medicação alternativa, geralmente por conta própria ou por indicação de amigos ou outros profissionais de saúde; estão incluídos nessa subcategoria chás e medicamentos homeopáticos (que aparece com o termo “cápsulas”).

Algumas relataram não tomar medicação de nenhum tipo por terem outros problemas de saúde ou por não acharem necessário.

“a princípio eu tomei o hormônio... o médico do posto passou pra mim. Enquanto eu tava tomando eu não sentia calor. Parei de tomar porque começa aquele negócio 'você vai engordar'...”

“procurei um médico, ele disse que eu precisava fazer a reposição hormonal, mas eu poderia engordar, então preferi não fazer”

“o Dr. Cláudio havia dito (...) que eu não deveria tomar hormônio nenhum”

“não tem remédio não, vai indo a senhora vai acostumar com esse calor que a senhora tá sentindo” {relato da fala da ginecologista consultada no Instituto da Mulher}

“não tomei medicação nenhuma... o Dr. Marcelo, ele disse que eu não podia tomar por causa da pressão”

“não tomo nada por causa da minha colite... dizem que tem uns chás verdes... eu fico com medo”

“cheguei a tomar só uma vez {chá}, foi de folha de amora”

“tomo chá às vezes, por minha conta... não conversei com o médico ainda não, se posso tomar chá...”

“ah, eu suporto, né... nunca tomei chá nem nada, até já passaram pra mim”

“ele falou: 'não, você não pode tomar determinado hormônio, mas um outro hormônio você pode tomar que tem, devido a esse calor excessivo que você sente e tudo, tem um outro que você pode tomar'... aí eu peguei e não esquentei a cabeça não, deixei pra lá, tou velha pra esquentar a minha cabeça”

“durante o tempo que eu tomava a cápsula o calor sumiu... mas depois eu comecei, o meu estômago começou a rejeitar a cápsula e aí parei”.

C.3 - Outras ações para convivência com os sintomas.

Foram relatadas algumas ações mais específicas quanto ao calor, tais como: tirar a roupa em casa, tomar água ou outros líquidos gelados, ligar o ventilador, procurar relaxar, abrir bem as janelas, tomar banho frio, se abanar, lavar o rosto, tomar bastante líquido, pedir às pessoas de casa para que não cheguem perto.

“no início eu tomava banho frio, ligava outro ventilador, mas depois comecei a ficar com dor de garganta, então cortei. Procuro ficar toda fresca em casa e relaxar”

“na hora que eu falo que tou sentindo calor, não chega perto de mim não”

Síntese: na convivência com as mudanças relatadas ou sintomas, houve a busca pelo atendimento médico na maioria das vezes, mesmo quando não era os sintomas o motivo principal pela busca do atendimento. Para as que não buscaram pelo atendimento de imediato, houve interesse depois da participação no grupo de climatério. De um modo geral, todas parecem achar importante o atendimento médico nesse período.

A TRH foi utilizada por poucas e colocada como opção para algumas, que não manifestaram interesse por possíveis efeitos colaterais; outras ainda manifestaram interesse por essa opção de tratamento. Há relatos de automedicação, mas a maioria demonstra não usar medicação de nenhum tipo para alívio dos sintomas, nem mesmo os chamados “remédios naturais” à base de chás e plantas. Também não houve relatos seguros quanto ao efeito positivo dessas medicações alternativas entre as que utilizam, exceto no caso do uso de cápsulas homeopáticas, mas a mesma parece ter causado algum efeito colateral.

Nessa subcategoria, o fogacho (citado como calor) também foi o principal problema relatado que torna necessária uma série de ações para alívio do mesmo. A maioria parece concordar que ingerir líquidos gelados e tomar banho frio, além do relaxamento, são as melhores formas de alívio para esse sintoma.

Síntese Geral - Eixo temático: Mudanças ocorridas no período e forma de convivência com as mesmas.

Todas as mudanças relatadas como advindas do climatério são percebidas a partir dos sintomas relatados, sendo que há um predomínio do fogacho entre os outros sintomas, tendo o mesmo sido descrito como calor.

Os sintomas aparecem não só como incômodos, mas também como causas de problemas de convivência com outras pessoas, principalmente, com os familiares.

O atendimento médico aparece como uma possível ação importante para a convivência com os sintomas oriundos do período vivido. O uso de medicação para alívio de sintomas é contraditório e pouco consistente; há também poucos relatos quanto ao uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH), embora ainda possa aparecer como uma alternativa a ser pensada para algumas.

2º Eixo Temático Identificado: Caracterização do Climatério.

Referente à pergunta: Como você caracterizaria esse período da sua vida?

Categorias identificadas:

A – Período de Mudanças ou de Passagem.

Subcategorias:

A.1 – Sensação de incômodo.

A.2 – Sensação de alívio.

A.3 – Sensação de ganho.

A.4 – Percepção do envelhecimento.

A.5 – Sensação de estranhamento.

A.6 – Carência afetiva/ necessidade de apoio.

A.7 – Queda na sexualidade.

A.8 – Frustração pela perda da capacidade reprodutiva.

B – Período de Normalidade.

A – Período de Mudanças ou de Passagem: nessa categoria, foram identificadas 8 subcategorias que relatam a forma utilizada pelas entrevistadas para caracterizar essa fase como um período de mudanças em suas vidas, referindo-se a sensações e percepções não ocorridas antes. O termo “passagem” aparece, em alguns relatos, como a conotação de mudança.

“ninguém que passa por isso acha isso normal”

A.1 - Sensação de incômodo: aparece em muitos relatos, normalmente se refere aos sintomas identificados, caracteriza o período como sendo de grande incômodo, provocando várias queixas.

“um período muito enjoado”

“é uma passagem ruim”

“acho terrível, igual ontem eu tava pensando 'meu Deus, até quando eu vou suportar isso?'...”

“é uma coisa que prejudica bem a gente”

A.2 – Sensação de alívio: aparece associado ao fato de não mais menstruar.

“eu acho ótimo não menstruar mais, sabe, viva a comodidade”

“só de pensar que não tem mais aquele negócio de menstruação, é uma beleza, antes tinha que ficar preocupada”

A.3 – Sensação de ganho: aparece em alguns relatos, caracterizando o período como uma mudança positiva.

“passei mais a valorizar a vida” (...) “a gente fica mais madura”

A.4 - Percepção do envelhecimento: aparece associada à idéia da evolução do problema de acordo com o aumento da idade, como a queda da elasticidade da pele etc. Também aparece associada à idéia de que os sintomas aparecem muito cedo na vida da mulher, pensando-se na expectativa de vida atual.

“eu só penso que vai ter a perda, a pele, né, o cabelo, eu sei que vai dar uma modificação boa”

“então você, com 40 e poucos anos, já começa a sentir tudo isso..”

“eu espero que depois, na menopausa, não venham a acontecer tudo isso que eles falaram que pode acontecer”

A.5 – Sensação de estranhamento: relacionada à percepção de que a mulher não entende o momento que vive.

“a gente não entende o que tá acontecendo”

A.6 – Carência afetiva/ necessidade de apoio : relacionada à sensação de estar necessitando de compreensão e apoio familiar, principalmente do cônjuge, nesse momento. Também relatada em situação de estar sozinha, sem ninguém.

“acho que é uma época em que a mulher fica muito sensível, muito carente...”

“alterou a convivência com o meu marido”

“muitas coisas na vida a gente às vezes quer compartilhar com eles {os filhos} e não pode”

“tem dia que eu fico muito aborrecida, até choro, sabe, assim... querer ter um companheiro para compartilhar essa passagem comigo”

A.7 – Queda na sexualidade: aparecem relatos contraditórios, algumas vezes como queixas, outras vezes como algo natural, sem significado aparente, chegando até a ser caracterizado como um alívio.

“sexualmente é a mesma coisa, assim... não é tanto”

“como eu não tô casada... pra mim acho que foi até um alívio”

“senti um pouco de queda, né, nesse ângulo, mas eu não tenho certeza que é só isso”

“muita mulher vê isso como uma perda, achando que é uma interrupção na vida sexual, na libido... essa coisa toda. Isso pra mim não teve esse significado não, não teve essa importância toda, não, foi uma coisa natural”

A.8 – Frustração pela perda da capacidade reprodutiva: aparece em uma entrevista, dita por uma mulher que não tinha filhos.

“eu tenho muita frustração de não ter tido filho... (...)... aí ela {a menstruação} suspendeu e assim a minha chance foi a zero”

Síntese: o climatério foi caracterizado pela maioria como um período que traz mudanças significativas (também identificado como período de passagem) que podem ser percebidas tanto como positivas quanto como negativas, com grande complexidade nas referências às mesmas.

B – Período de Normalidade: nessa categoria aparecem expressões utilizadas para se referirem ao climatério como um período normal, onde não ocorrem mudanças significativas.

“não sinto nada, pra mim foi normal”

“tá tudo, tudo do jeito que sempre foi”

“não atrapalhou em nada, graças a Deus”

Síntese Geral – Eixo Temático: Caracterização do Climatério.

A caracterização do climatério pelas mulheres entrevistadas mostrou-se complexa, sem uma definição muito clara; mas, de um modo geral, houve uma tendência a caracterizá-lo como um período diferente da normalidade, onde ocorrem situações que alteram o modo normal de vida, originando sentimentos diferenciados, tanto positivos quanto negativos. Mesmo entre as que relataram se tratar de um período normal houve contradições nas afirmações, pois também se queixaram de sintomas e relataram mudanças em outras partes do depoimento.

3º Eixo Temático Identificado – Motivos da procura pelo grupo do climatério.

Referente à pergunta: Por que procurou o grupo do climatério?

Nessa categoria, foi identificado o principal motivo da procura pelo grupo do climatério. Foram identificadas quatro categorias, sendo que uma mesma entrevistada relatou mais de um motivo.

Categorias identificadas:

A – Busca de entendimento para o momento vivido (climatério).

B – Por causa dos sintomas:

Subcategorias:

B.1 – Busca de orientação específica para alívio dos sintomas.

B.2 – Medo das complicações da menopausa.

C – Para fazer exames e/ou obter o Cartão da Mulher.

D – Apenas para participar do trabalho.

A – Busca de entendimento para o momento vivido (climatério): muito relatada, aparece como busca de informações para a saúde em geral, quer saber mais, compreender o que está acontecendo.

“eu acho que a mulher precisa se conhecer mais, entender mais...”

“ficar sabendo de mais coisa”

“pra saber ... se era isso mesmo, se era isso mesmo o que eu tava sentindo”

B – Por causa dos sintomas: a maior parte das vezes, o motivo principal foi a busca de alívio para os sintomas, além de querer fazer exames e obter o cartão da Mulher, o qual dá direito ao atendimento no Instituto da Mulher, onde há atendimento com ginecologistas, especificamente, para o climatério.

Subcategorias:

B.1 – Busca de orientação específica para alívio dos sintomas: motivo mais relatado.

“por causa dos sintomas, né,... (...) acho que por causa de eu não saber ler... minha mãe nunca quis conversar com a gente, ninguém conversa direito”

“igual a minha mãe falava, a passagem da idade é perigosa, né, a pessoa tem que ter um acompanhamento médico”

B.2 – Medo das complicações da menopausa: motivo narrado em relação ao conhecimento das conseqüências da deficiência hormonal oriunda do período.

“Eu tava preocupada por causa dos hormônios, essa coisa... alteração do humor, a massa óssea, medo por causa de fratura”

C – Para fazer exames e/ou obter o Cartão da Mulher: algumas entrevistadas relataram que o comparecimento nas reuniões do grupo se deu em função de terem sido orientadas que, após o trabalho do grupo, seriam pedidos alguns exames para as participantes e que as mesmas receberiam o Cartão da Mulher. O trabalho dos grupos aparece, algumas vezes, relatado como curso.

“era condição para ter o cartão para participar desse programa, era fazer o curso”

D - Apenas para participar do trabalho: uma entrevistada relatou não achar necessário, para ela, a participação no grupo, mas quis participar como forma de incentivo, além de convidar outras que achava que “precisavam” ir com ela.

Síntese Geral - Eixo Temático: Motivos da procura pelo grupo do climatério.

A participação no grupo se deu tanto pela percepção dos sintomas e pela busca de alívio para os mesmos como por interesses de cuidados com a saúde, na maioria dos relatos; houve relato de mais de um motivo para a participação. Algumas mulheres, em número menor, participaram do grupo apenas porque queriam fazer alguns exames que não estavam disponíveis na Unidade Básica de Saúde, e precisavam do Cartão da Mulher para a realização dos mesmos no Instituto da Mulher.

4º Eixo Temático Identificado – Formas de Conhecimento do Serviço.

Referente á pergunta: Como soube do atendimento ao grupo de mulheres no climatério?

Categorias Identificadas:

A – Pelos agentes comunitários de saúde: na maior parte das vezes, as mulheres participantes foram informadas da existência dos grupos pelos agentes, em visitas às suas residências.

B – Pelas enfermeiras das unidades básicas durante o exame preventivo.

C – Outros: houve um relato de ter sido informada por outro funcionário do posto, e outra ficou sabendo por acaso, no momento de marcação de consulta.

Síntese Geral - Eixo Temático: Formas de Conhecimento do Serviço.

Nas duas unidades básicas estudadas o Programa de Saúde da Família estava implantado e, na maior parte dos casos, as mulheres foram informadas da existência desses grupos pelos agentes comunitários de saúde, em visitas domiciliares.

5º Eixo Temático Identificado – Expectativas Quanto ao Atendimento

Referente à pergunta: O que você espera desse espaço de atendimento? O que está sendo proposto aqui no serviço tem correspondido às suas expectativas?

Categorias Identificadas:

A – Atendimento das Expectativas.

Subcategorias:

A.1 – Busca de informações específicas.

A.2 – Satisfação com a atenção recebida.

A.3 – Realização de exames.

A.4 – Sensação de acolhimento.

B – Não Atendimento das Expectativas.

Subcategorias:

B.1 – Poucas novidades nas informações.

B.2 – Descontinuidade das ações.

B.3 – Não resolutividade do problema.

A - Atendimento das Expectativas: foi identificada, nessa categoria, a forma como as entrevistadas avaliavam o atendimento recebido nos grupos de climatério, de acordo com as expectativas que tinham, ao iniciar o trabalho. Algumas relataram mais de uma razão para sua satisfação.

Subcategorias identificadas:

A.1 - Busca de informações específicas: conforme já relatado, a maioria buscava orientações para alívio dos sintomas e para a saúde em geral, e encontravam-se, na maioria das vezes, satisfeitas quanto a esse critério. As informações recebidas foram, em geral, muito valorizadas e descritas por algumas como “aprendizado”.

“estou mais aliviada, a gente sabendo fica mais aliviada”

“sobre o calor eu já sabia, que a menopausa causa isso; mas as outras coisas mais que eu ouvi eu não sabia”

“até então eu não sabia como que eu ia fazer, agora já tenho um caminho pra seguir”

A.2 - Satisfação com a atenção recebida: nessa subcategoria, foram relatadas expressões de satisfação com o modo de realização dos trabalhos e a atenção recebida pelos profissionais de saúde durante as reuniões do grupo.

“a forma como ele é realizado, que faz aquele círculo, né, cada uma falando de sua experiência... (...) então eu vi que para muitas mulheres ali aquilo foi, sabe, uma descoberta”

“gostei das brincadeiras”

“a assistente social é assim... muito espontânea... botou todo mundo muito à vontade”

A.3 - Realização de exames: nessa subcategoria, o atendimento das expectativas foi relacionado à realização de exames e, em alguns casos, ao recebimento de atendimento médico e medicação específica.

“atendeu porque eu já tomei a medicação que eu precisava, né, tou fazendo os exames”

“porque eu já precisava, né... fazer um check-up”

A.4 – Sensação de acolhimento: relacionada ao fato de algumas entrevistadas terem relacionado a satisfação de suas expectativas à sensação de conforto ao ver o seu problema sendo relatado por outras mulheres e compreendido pelos profissionais de saúde.

“a gente tem aquele sentimento de que acontece com toda mulher, porque a gente pensa que é só a gente que tá com aquilo”

“então, na explicação que deu aqui, tinha bastante gente com o mesmo calor, com a mesma coisa, muito triste”

“é um problema das pessoas não olharem mais pelo lado da gente mais adulta... então a gente tá vendo isso agora”

Síntese: A maior parte das entrevistadas relatou estar satisfeita com o serviço, demonstrando satisfação ao atendimento de suas expectativas através de vários aspectos, onde predominam as subcategorias apresentadas.

B – Não Atendimento das Expectativas: um número menor de entrevistadas relatou que o atendimento nos grupos não atendeu totalmente as suas expectativas, embora todas essas apontassem inclusive aspectos positivos. O principal motivo para a não satisfação das expectativas foi relacionado ao fato de as mulheres não terem recebido atendimento continuado após as reuniões dos grupos, o que parece ter acontecido apenas em uma unidade básica de saúde.

Subcategorias:

B.1 – Poucas novidades nas informações: poucas relataram ter havido pouca informação nova, uma vez que já sabiam a maior parte do que foi discutido ou por informações de outros profissionais de saúde consultados, ou por conversarem com outras mulheres que já tinham vivido a menopausa.

“dizer assim que você não aprendeu nada ... é claro que sim, você tira assim alguma coisa que você não sabia”

B.2 – Descontinuidade das ações: relacionada ao não atendimento das expectativas devido à falta de uma continuidade de ação, como marcação de exames ginecológicos e atendimento médico específico para o climatério, como era esperado.

“então eu acho que tem que ser encaminhada, encaminhar para uma ginecologista, ela vai tirar as dúvidas e, a partir de então, aí, se precisar, faça uma avaliação”

“e não ser só no climatério, abandonou, acabou, não tem mais nada”

B.3 – Não resolatividade do problema: relacionada à sensação de que o problema permanece sem alívio dos sintomas, uma vez que não houve nenhum atendimento específico individual.

“não atendeu ao que eu esperava, porque eu fiquei perdida, entendeu, eu continuo sentindo os sintomas e eu não tenho ... não sei o que fazer”

Síntese: a não satisfação das expectativas foi relatada em poucas entrevistas e esteve mais relacionada à não continuidade das ações ou ao conhecimento prévio da maior parte das informações recebidas. Foi percebida também como uma não resolução do problema, especificamente os sintomas climatéricos. Cabe aqui observar se a ação proposta pela rede está atingindo realmente o seu objetivo, ou seja, o atendimento à demanda gerada pela mulher no período do climatério.

Síntese Geral - Eixo Temático: Expectativas Quanto ao Atendimento

A maior parte das entrevistadas relatou estar satisfeita com o serviço, demonstrando atendimento de suas expectativas através de vários aspectos, principalmente, quanto às informações recebidas e o acolhimento no serviço.

Poucas relataram não atendimento de suas expectativas em função, principalmente, da descontinuidade das ações previstas.

6º Eixo Temático Identificado – Identificação de Problemas no Atendimento ou Sugestões ao Mesmo.

Categorias Identificadas:

A – Não identificação de problemas no atendimento.

Subcategorias:

A.1 – Satisfação quanto ao atendimento.

A.2 – O serviço é completo.

B – Identificação de problemas no atendimento.

Subcategorias:

B.1 – Pouca divulgação.

B.2 – Poucos profissionais envolvidos.

B.3 – Poucas reuniões.

B.4 – Descontinuidade da atenção.

B.5 – Não resolutividade do problema.

C – Sugestões.

Subcategorias:

C.1– Melhorar e/ou ampliar o atendimento.

C.2 – Aumentar o número de reuniões.

C.3 – Ampliar divulgação.

A – Não identificação de problemas no atendimento: a maioria das entrevistadas relatou achar que não existiam problemas no atendimento, pelas razões apresentadas, como subcategorias.

A.1 – Satisfação quanto ao atendimento:

“acho que foi ótimo, foi muito bom, não tenho nada a reclamar”

“foi muito bom, muito alegre”

A.2 – O serviço é completo:

“porque tudo que precisava, preventivo, mamografia, exame de sangue, tudo tá sendo feito, tudo, tudo tá sendo feito”

“acho que tá bom, tá bem completo”

B – Identificação de problemas no atendimento: poucas entrevistadas relataram algum problema identificado, pelas razões descritas nas subcategorias abaixo.

B.1 – Pouca divulgação:

“tem muitas mulheres que estão passando pelo mesmo período e não foram avisadas”

“deveria ser divulgado ... eu trabalho na imprensa, eu nunca tinha ouvido falar”

B.2 – Poucos profissionais envolvidos:

“deveria ter mais pessoas envolvidas”

B.3 – Poucas reuniões:

“ainda tem muita coisa que a gente quer saber”

“devia ter reunião mais contínua”

B.4 – Descontinuidade da atenção:

“eu acho que deveria ser assim, fez a reunião... a pessoa então já sabe que todo mundo vai passar por isso, tá, acabou então hoje ou amanhã, no horário já que você tá ali no posto... (...) marca de uma vez uma ginecologista faça tudo o que tem que fazer, depois disso... né, para ter um amparo porque precisa do médico”

“achei que o governo devia... priorizar isso, para a pessoa assim ter condições, como eu, de ir ao médico, ao ginecologista, ser uma coisa mais profunda”

B.5 – Não resolutividade do problema:

“porque eu fiquei perdida, entendeu, eu continuo sentindo os sintomas e eu não tenho ... não sei o que fazer”

C – Sugestões: poucas entrevistadas deram alguma sugestão ao serviço; quando relatada, a sugestão estava bastante relacionada aos problemas identificados.

Subcategorias:

C.1– Melhorar e/ou ampliar o atendimento:

“devia ter um ginecologista para participar da reunião”

“deveria ter mais pessoas envolvidas”

“uma ginástica precisaria bastante, né ... para a mente, para o corpo”

“não tanto remédio, mas alimentação, porque alimentação é saúde, né”

C.2 – Aumentar o número de reuniões:

“ter mais palestras, assim ... pra ajudar a gente”

“mais reunião, mais explicação”

C.3 – Ampliar divulgação:

“acho que a agente de saúde devia divulgar mais ... tinha que por os agentes de saúde mais por dentro”

“acho que divulgando, aproveita mais a reunião... porque abrange mais pessoas”

Síntese Geral - Eixo Temático: Identificação de Problemas no Atendimento ou Sugestões ao Mesmo:

A maioria das mulheres relatou satisfação com o atendimento, a maioria por se encontrar satisfeita com o modelo de atendimento nos grupos, incluindo as informações recebidas.

A continuidade ou descontinuidade das ações previstas, como o encaminhamento para a consulta ginecológica, foi citada como um problema importante para aquelas que não realizaram todo o atendimento previsto e como uma razão de satisfação para aquelas que receberam esse atendimento individual.

De um modo geral, houve muitos relatos da falta de divulgação do serviço e da necessidade de aumentar o número de reuniões do grupo de climatério. A não resolutividade da ação foi percebida como não solução para os sintomas, e foi relatada apenas por aquelas que não receberam o encaminhamento devido para o atendimento específico individualizado.

A situação da não resolutividade do problema, percebido como continuidade dos sintomas, leva à discussão quanto à natureza da ação e sua capacidade de atender a demanda da mulher no climatério.

3.3 - AVALIAÇÕES DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Universo da pesquisa: 7 profissionais.

Caracterização:

Idade: 37 a 59 anos.

Sexo: feminino.

Profissão: 4 enfermeiras e 3 assistentes sociais.

Tempo de formada: 10 a 32 anos.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) pesquisadas: UBS dos bairros Teixeiras, Retiro, Dom Bosco, Santa Cecília, Departamento de Saúde da Mulher e Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Pan-Marechal.

Tempo de trabalho com grupos de climatério: 6 a 10 anos.

Avaliação Temática:

Eixos Temáticos Identificados:

1º Eixo Temático Identificado – Motivo para estar trabalhando com grupos de climatério.

Referente à primeira pergunta: Por que você está trabalhando com o grupo de mulheres no climatério? Foi uma escolha?

Categorias Identificadas:

A – Por identificação com o grupo.

Subcategorias:

A.1 – Vivência do climatério.

A.2 – Interesse em saúde da mulher.

A.3 – Receptividade da usuária.

A.4 – Identificação com a proposta do trabalho.

B – Pela necessidade do serviço na rede.

Subcategorias:

B.1 – Sensibilização quanto ao sofrimento da mulher nessa fase.

B.2 – Necessidade de informar à usuária quanto ao problema vivido.

B.3 – Possibilidade de benefícios para a usuária.

B.4 – Existência de grande demanda.

C – Por decisão ou escolha pessoal.

Subcategorias:

C.1 - Participação na criação do serviço.

C.2 - Possibilidade de fazer um trabalho diferente.

C.3 - Papel da enfermeira.

Categoria A – Por identificação com o grupo

Subcategorias:

A.1 - Vivência do climatério:

“não sei se porque eu estou nessa fase do climatério, menopausa... então eu me identifico muito com esse grupo”

A.2 – Interesse em saúde da mulher:

“a gente tem certas tendências ... eu gosto muito de trabalhar com isso”

“eu gosto muito de trabalhar com mulheres”

A.3 – Receptividade da usuária:

“são mulheres que recebem a gente muito bem”

A.4 – Identificação com a proposta de trabalho:

“eu me identifiquei mesmo com o grupo, com a proposta do grupo de climatério”

Categoria B – Pela necessidade do serviço na rede

Subcategorias:

B.1 – Sensibilização quanto ao sofrimento da mulher nessa fase:

“eu vi que as mulheres... elas eram muito deprimidas, tem uma série de transformações no corpo e mentalmente”

B.2 – Necessidade de informar à usuária quanto ao problema vivido:

“não tem assim muitos trabalhos com as mulheres nessa fase”

“elas são, às vezes, carentes de informação”

B.3 – Possibilidade de benefícios para a usuária:

“elas necessitam desse espaço no grupo, pra estarem vivenciando essa fase melhor na vida delas”

“foi uma forma de trabalhar a mulher a enfrentar essa nova fase da vida”

“é até uma chamada pra elas porque às vezes a gente descobre outros problemas”

B.4 – Existência de grande demanda:

“a demanda é muito grande de mulheres nessa faixa etária”

C – Por decisão ou escolha pessoal

Subcategorias:

C.1 - Participação na criação do serviço:

“eu fui uma das que participei da criação do serviço”

C.2 - Possibilidade de fazer um trabalho diferente:

“achei que era um trabalho assim diferente do que a gente tinha, a gente trabalhava assim muita a questão da doença ... e o grupo de climatério foi uma coisa que a gente viu que a gente poderia trabalhar não só a causa”

C.3 - Papel da enfermeira:

“eu como profissional ... principalmente como enfermeira.... o enfermeiro tem um papel fundamental, tem até formação pedagógica para coordenar grupo”

Síntese Geral - Eixo Temático: Motivo para estar trabalhando com grupos de climatério.

Dentre os motivos que levaram os profissionais a estar coordenando grupos de climatério, a identificação com o grupo, sob vários aspectos, foi a mais citada. O fato de que todos os profissionais entrevistados eram do sexo feminino e, na maioria, em idade superior a 40 anos, pode ter influenciado as respostas.

A identificação com o grupo tanto se deve a aspectos pessoais, podendo estar relacionada até mesmo com a própria escolha profissional (exemplificado com o caso de uma enfermeira), quanto com a identificação da proposta de trabalho, que visa a um atendimento não apenas terapêutico.

Outras categorias identificadas se referem à percepção do sofrimento da mulher nessa fase (expresso na identificação dos sintomas) e à possibilidade de alívio dos mesmos através de intervenções em saúde. Também se identificou a existência de uma lacuna de atendimento a essa usuária, mostrando a necessidade de atuação dos profissionais nesse serviço específico.

2º Eixo Temático Identificado – Caracterização do climatério.

Referente à segunda pergunta: Como você caracterizaria esse período na vida das mulheres?

Categorias Identificadas:

A – Período de modificações que geram sofrimento para a mulher.

Subcategorias:

A.1 – muita queixa de sintomas físicos.

A.2 – dificuldades na vivência da sexualidade feminina.

A.3 – falta de apoio/incompreensão dos familiares e do parceiro.

A.4 – tristeza, sentimento de solidão/ “síndrome do ninho vazio” / perda da condição da maternidade.

B – Período normal, mas com modificações físicas.

Subcategorias:

B.1 – fase de transição, como a adolescência.

B.2 – sintomas dependem da história de vida e do nível social.

B.3 – supervalorização de sinais e sintomas.

C – Período de modificações significativas, independente de sintomas.

Subcategorias:

C.1 - desejo de mudar.

C.2 - possibilidade de reestruturação da vida/ busca de autonomia.

D – Período normal, mas que exige intervenção.

Subcategorias:

D.1 – grande possibilidade de adoecimento nessa fase.

D.2 - grande necessidade de informação para proteção da saúde.

D.3 - há possibilidade de tratamento/ alívio de sintomas.

D.4 - possibilita outras ações em saúde.

A – Período de modificações que geram sofrimento para a mulher.

Subcategorias:

A.1 – muita queixa de sintomas físicos:

“elas chegavam com um calor horrível, não tinham desejo mais nenhum”

“é um período assim muito sofrido, né, porque é uma transformação muito grande que a mulher sofre”

“é um período muito difícil, muito difícil mesmo”

A.2 – dificuldades na vivência da sexualidade feminina:

“falta do desejo sexual, a dor... elas falam que dói muito na hora do sexo”

“o desejo sexual... ele é amputado de uma hora pra outra”

“porque é muito desigual... porque a mulher fica na menopausa e o homem demora muito pra entrar na andropausa deles, então eu acho, assim... que é muito desigual”

A.3 – falta de apoio/incompreensão dos familiares e do parceiro:

“ela precisa do apoio do marido e muitas vezes elas não têm, a maioria não tem”

“a mulher muda de humor, então... e ninguém tá sabendo, aí começa a rotular 'ah, ela é chata, tá ficando velha'...”

A.4 – tristeza, sentimento de solidão, depressão/ “síndrome do ninho vazio” / perda da condição da maternidade:

“é uma fase em que a mulher sofre, ela tem depressão, ela chora muito”

“é uma fase em que os filhos já tão adultos, às vezes já tão saindo de casa, então elas sentem um pouco isso, é a síndrome do ninho vazio”

“só o fato de você saber que você não pode mais ter filho, a mulher fica num recalque muito grande, é uma perda que você tem”

B – Período normal, mas com modificações físicas.

Subcategorias:

B.1 – fase de transição, como a adolescência:

“as mesmas mudanças que a mulher, ela sofre na própria adolescência, eu acho que nessa fase adulta quando você tá entrando no climatério ... eu acho que é uma mudança que a mulher passa”

“eu falo assim com elas que é... é uma crise (...) que dá e passa, aí eu falo que é igual a fase da infância para a adolescência, da adolescência para a vida adulta ... (...) então são aquelas pequenas fases passageiras”

B.2 – sintomas dependem da história de vida e do nível social:

“o que eu mais observava é que a menopausa tá ligada à história de vida dessa paciente ... dependendo de como ela viveu a vida dela, isso reflete nessa fase de vida que ela tem que viver... (...) aquela que teve mais clareza, que ela viveu com mais intensidade essas outras fases, provavelmente a menopausa pra ela não é nada”

“depende muito {os sintomas} de como ela tá inserida assim ... no trabalho, na relação com o marido, como é que ela enxerga a vida dela”

“ainda mais nessa classe social que a gente trabalha... então isso aí é muito ruim”

“se ela tiver com mais ... com mais problemas, com mais situações difíceis pra tá resolvendo, são muito maiores {os sintomas}”

B.3 – supervalorização de sinais e sintomas:

“elas queixam muitos sintomas, mas é um período normal”

“nem tudo o que a pessoa tem, tá sentindo, é porque tá no climatério ... então eu acho que é importante a gente tá trabalhando com elas nesse sentido”

C – Período de modificações significativas, independente de sintomas.

Subcategorias:

C.1 - desejo de mudar:

“às vezes ela já tá cansada do marido, cansada dela mesma, já tá querendo fazer mudança, tá querendo mudar”

“aquelas que largaram o trabalho agora tão querendo voltar”

C.2 - possibilidade de reestruturação da vida/ busca de autonomia:

“é uma transição, que ela tem que agora reestruturar a vida, planejar outras ações, rever alguns conceitos, algumas formas de se relacionar com o marido, relacionar com os filhos...”

“mas hoje muitas já tão percebendo isso, que elas podem selecionar o que vão fazer”

D – Período normal, mas que exige intervenção.

Subcategorias:

D.1 - grande possibilidade de adoecimento nessa fase:

“as mulheres não entendem isso como uma fase normal da vida porque, na realidade, surgem muitas doenças em decorrer desse período normal”

“várias doenças vêm junto com ela {a menopausa}”

D.2 - grande necessidade de informação para proteção da saúde:

“é muita informação trocada, muita informação errada”

“elas não sabem que hoje existe grupo de apoio”

“eu acho que é uma fase em que você precisa tá informando, orientando, conversando”

“a gente tira conceitos errados, traz coisas novas”

“tem mulheres que relatam que não sentem nada talvez porque acham que determinado sinal não faz parte do climatério”

D.3 - há possibilidade de tratamento/ alívio de sintomas:

“a gente tem grupos aqui de mulheres que chegam apavoradas com o climatério, elas não sabem que existe grupo de apoio ... que existe ingestão de medicamentos que podem aliviar os sintomas”

“é importante essa intervenção à saúde porque existe tratamento.. então a mulher pode ficar livre desses sintomas, dessas intercorrências”

D.4 - possibilita outras ações em saúde:

“as vezes a gente descobre outros problemas ... porque na realidade a gente não cuida só da parte ginecológica, ou de desses sintomas do climatério ... você não cuida

daquele ponto só, mas vê a mulher como um todo, na família, na sociedade, no seu trabalho...”

Síntese Geral - Eixo Temático: Caracterização do climatério.

No tema da caracterização do climatério, houve variação entre os relatos que se referiam ao climatério como sendo um período normal, embora se considerando algumas mudanças significativas, físicas ou não, e aqueles relatos que se referiam a esse período como sendo de grande significado do ponto de vista do sofrimento físico e da possibilidade de adoecimento, algo diferente da normalidade.

Houve comparação entre o período do climatério e a adolescência em função das grandes modificações físicas, e também algumas contradições entre a percepção de normalidade e de adoecimento, podendo-se, em resumo, referir-se ao período como sendo de grande possibilidade de adoecimento, embora ainda seja uma passagem normal da vida.

Alguns relatos enfatizaram muito o sofrimento físico e emocional, enquanto outros valorizaram o período como sendo também de possibilidade de ganho, no sentido de permitir uma reestruturação da vida.

De um modo geral, considerando o período como normal ou não, os relatos tiveram em comum a referência à importância da ação educativa promovida pelos grupos, como forma de atuação na proteção da saúde dessas usuárias.

3º Eixo Temático Identificado – Mudanças percebidas no período do climatério.

Referente à terceira pergunta: Você acha que esse é um período que representa mudanças na vida das mulheres? E que mudanças seriam essas?

Categorias Identificadas

A – Mudanças associadas a sintomas físicos.

Subcategorias:

A.1 – queixas de sintomas, principalmente fogachos.

A.2 – alterações corporais.

B – Mudanças psico-sociais.

Subcategorias:

B.1 – mudanças de humor (irritabilidade)/ ansiedade.

B.2 – tristeza/ tendência à depressão/ baixa auto-estima.

B.3 – sentimento de rejeição/ solidão.

B.4 – perda do desejo.

B.5 – falta da menstruação/ perda da condição da maternidade.

A – Mudanças associadas a sintomas físicos

Subcategorias:

A.1 – queixas de sintomas, principalmente fogachos:

“as onda de calor são uma queixa ... acho que a queixa que mais incomoda é a onda de calor, porque não tem hora pra vir”

A.2 – alterações corporais:

“o corpo altera pela falta do estrogênio, o abdômen fica mais volumoso, fica o acúmulo de gordura em determinadas áreas do corpo, a questão da pele, do cabelo... ficam mais ressecados”

B – Mudanças Psico-sociais

Subcategorias:

B.1 – mudanças de humor (irritabilidade)/ ansiedade:

“como tem a TPM, que é a tensão pré-menstrual, que a mulher muda de humor, que fica irritada, tem dor, tem tudo, é semelhante ... a mulher muda de humor”

B.2 – culpa/ baixa auto-estima/ falta de perspectiva/ tendência à depressão:

“a auto-estima é lá embaixo, a pessoa começa a ficar ... achar que sente culpa ... porque não tem nenhum projeto”

“é uma fase em que a mulher sofre, ela tem depressão, ela chora muito...”

B.3 – sentimento de rejeição/ solidão:

“elas reclamam muito com a gente é sentir solidão”

“elas se sentem mais... um pouco deprimidas, ansiosas, se sentem rejeitadas...”

B.4 – perda do desejo:

“elas têm ainda uma fase de atividade sexual, ainda estão numa idade de atividade sexual boa, de repente vem a menopausa e, pra muitas, assim... é um corte brutal.. do desejo sexual”

B.5 – falta da menstruação/ perda da condição da maternidade:

“elas acham que, pelo fato de não ter mais menstruação, a vida ali, pra elas, acabou”

“ó o fato de você saber que você não pode mais ter filho, a mulher fica num recalque muito grande, é uma perda que você tem”

Síntese Geral - Eixo Temático: Mudanças percebidas no período do climatério.

Todas as entrevistadas concordaram que é um período de mudanças para a mulher, sendo que, na maior parte dos relatos, as mudanças foram relacionadas aos sintomas percebidos nas mulheres nessa fase.

As mudanças foram classificadas em dois grupos, de acordo com o tipo de sintoma relacionado à mesma, físico ou de natureza psico-social.

De um modo geral, houve um grande número de sintomas relatados como causadores de mudanças na vida da mulher nesse período, tendo havido predomínio dos sintomas de natureza psico-sociais sobre os sintomas físicos.

A alteração da sexualidade, como principal motivo de queixa e sofrimento das mulheres nessa fase, aparece em praticamente todos os relatos.

4º Eixo Temático Identificado – Prioridade no atendimento.

Referente à quarta pergunta: Para as mulheres no climatério que chegam a essa unidade, o que é priorizado no atendimento?

Categoria Identificada

A – Ação educativa através dos grupos de climatério:

Subcategorias:

A.1 – Possibilidade de problematização do climatério através de palestras e dinâmicas de grupo.

A.2 – Vivências e trocas de experiências entre as usuárias e os profissionais.

A.3 – Abordagem multidisciplinar da questão.

A.4 – Discussão da terapia de reposição hormonal e tratamentos alternativos.

A.5 – Prevenção de outras doenças e mudanças de hábitos de vida.

A.6 – Atendimento da demanda visando à intervenção na saúde.

A.7 – Tentativa de trabalhar a autonomia.

A – Ação educativa através dos grupos de climatério:

Subcategorias:

A.1 – Possibilidade de problematização do climatério através de palestras e dinâmicas de grupo:

“é um grupo que a gente faz problematização, a gente não dá pronto”

“é um momento de mais informação, de mais interação com esse tipo de problema”

“a prioridade é o grupo educativo, a primeira coisa é ela entender o que tá se passando com ela, que não é a única”

“primeiro uma dinâmica, em que elas conversam, pra uma apresentar a outra, elas se conhecem... (...) depois a gente discute como é que elas estão vivenciando essa fase, e outro grupo como gostaria de vivenciar essa fase do climatério, são dois grupos;

depois, a gente troca as folhas, o grupo de como tá vivendo vai saber ... vai complementar...”

A.2 – Vivências e trocas de experiências entre as usuárias e os profissionais:

“é importante porque elas têm uma carga de experiência muito boa, então eu sempre falo que lá é uma oportunidade do profissional estar aprendendo também, não é só elas que vão lá aprender... é uma troca de experiências”

“aquilo ali é troca de experiência... aí uma vai falar dos seus sentimentos, a outra vai ouvir... então, no final, elas vão perceber que são todas semelhantes... (...) que elas estão no mesmo barco que das outras colegas”

A.3 – Abordagem multidisciplinar da questão:

“então a gente fala isso no primeiro encontro, explica pra elas o que é climatério, o que é que menopausa, os sintomas mais comuns, as causas, né, porque que causa isso, o que é que faz a gente sentir esse tipo de coisa; e depois, no segundo encontro, a gente vai falar do tratamento, da reposição hormonal, vai falar da osteoporose, e orientação de exercícios, de caminhada, de mudança de hábito mesmo de vida”

“e dá continuidade com orientação, com... a questão da nutrição, da atividade física, da própria informação... e, sem contar que, quando a mulher passa nesse grupo, ela tem a chance de... a gente pede vários exames”

“esses grupos a gente procura fazer com dinâmica, exercícios de relaxamento, dieta, fala um pouco sobre, pouco, o mito da TRH, coloca os pontos da polêmica da terapia”

A.4 – Discussão da terapia de reposição hormonal e tratamentos alternativos:

“a reposição hormonal é discutida quando a mulher quer, porque tem muitas que não querem”

“a gente fazia tipo uma balança, a vantagem do uso do hormônio e as desvantagens, aí cada uma avaliava se pra ela era importante o uso ou não”

“nesse quarto encontro comigo e com a assistente social, a gente discutia também outras formas, atividade física, existe homeopatia, que é um tipo de tratamento, a fitoterapia ... são outros tratamentos não farmacológicos, né, mostrar opções à reposição hormonal”

A.5 – Prevenção de outras doenças e mudanças de hábitos de vida:

“nós começamos um grupo de caminhada aqui justamente para as mulheres no climatério”

“no último dia eu tento que deixar só a osteoporose”

“nessa vivência que eu tive com ioga foi ótimo, ajuda a questão do climatério, de controlar as doenças que elas têm, né, às vezes tem diabetes, problemas nas articulações”

“e aí a gente complementa, discute um pouco das possibilidades, que poderia tá fazendo pra melhorar, discute sobre as atividades físicas, quais são as modalidades, alimentação, que é importante, sobre o preventivo de câncer de colo de útero e de mama, sobre DST e AIDS”

A.6 – Atendimento da demanda visando à intervenção na saúde:

“tem uma demanda grande de pessoas que vieram porque outras já fizeram e encaminharam elas pra cá”

“tem sempre uma procura boa pro grupo de climatério”

“a prioridade ... é começar com o grupo pra começar a fazer com que ela já comece a se tratar”

A.7 – Tentativa de trabalhar a autonomia:

“a gente tava querendo ver elas mesmas tomar iniciativa, o que eu tenho que fazer? TRH, sabe, ou uma terapia alternativa, ou não preciso fazer nada, vou vencer isso, isso é uma fase da minha vida... às vezes a gente deixa pra elas decidirem, mas elas não decidem não, não, precisa da gente...”

Observações:

Conforme os relatos, as atividades nos grupos de climatério variam muito entre as unidades, desde o número de reuniões (variando de uma a cinco reuniões, com uma média de duas), seqüência e temas abordados e formas de encaminhamento.

Normalmente, em todos os grupos são abordados temas como a fisiologia e anatomia do corpo feminino, a explicação do climatério e da menopausa (enfocando sinais e sintomas) e formas de tratamento, incluindo a reposição hormonal e outros tratamentos alternativos. Porém, alguns grupos tendem a enfatizar mais as ações não farmacológicas, como atividade física, relaxamento, orientação alimentar etc.

Poucos grupos fizeram menção ao material educativo montado e distribuído pelo DSM.

As formas de encaminhamento ao grupo é que podem variar, podendo ser através do atendimento da demanda espontânea, encaminhamento pelo médico ou enfermeira (durante o exame preventivo, principalmente), e por convite ou divulgação pela própria unidade básica ou pelo agente de saúde.

Síntese Geral - Eixo Temático: Prioridade no atendimento.

Houve, em todos os relatos, a colocação da atividade educativa como prioridade no atendimento, antes mesmo da consulta médica; pode acontecer de a usuária ter buscado o atendimento médico primeiramente, mas a mesma é sempre encaminhada ao grupo pelos profissionais da UBS.

Conforme relatado, para os profissionais entrevistados, a realização dos grupos permite a execução de uma série de ações em saúde, desde o atendimento imediato das queixas e sintomas relacionados ao climatério, quanto a atuação de modo preventivo, através do enfoque da prevenção de doenças e melhoria de hábitos de vida.

5º Eixo Temático Identificado – Outras ações destinadas às usuárias.

Referente à quinta pergunta: Que outras ações têm sido destinadas a esse grupo?

Categorias Identificadas:

A – Encaminhamento para a consulta individual (na UBS ou no DSM).

B – Realização de exames.

C – Atendimento específico no DSM.

D – Outras ações.

E – Medicalização através do uso da terapia de reposição hormonal.

A – Encaminhamento para a consulta individual (na UBS ou no DSM):

“eu encaminho pro ginecologista, da unidade mesmo”

“então a gente tenta ver com a enfermeira pra marcar de uma vez a consulta dela com o médico, aqui a gente não tem ginecologista, é o médico de família, aí ele vai encaminhar lá pro Departamento da Mulher, aí ela faz aquele cartãozinho e vai levar lá pra ver se precisa de alguma coisa específica que a gente não tem aqui”

B – Realização de exames:

“exame de rotina, preventivo, é pedido exame de sangue, urina, ultrassom, mamografia...”

C – Atendimento específico no DSM:

“a gente marcava uma consulta com o médico, ele pedia os exames, né, dentro do protocolo do DSM, que a gente tem um protocolo, e aí ele fazia o acompanhamento”

“a gente faz o grupo, pede todos os exames e encaminha elas pro Instituto da Mulher pra ver a reposição hormonal ou não... (...) aí pede os exames que são pedidos antes de entrar lá no Instituto da Mulher, tem que ter o preventivo, os exames básicos... mamografia geralmente a gente não pede porque lá eles já vão pedir a mamografia, né, isso aí é condição de entrar no grupo pra encaminhá-la”

D – Outras ações:

“a gente manda para um cardiologista também ... independente de ter risco; passava pelo cardiologista, mastologista ... dependendo do caso, se o ginecologista achasse que era importante estar encaminhando...”

“atividade física: ioga”

E – Medicalização através do uso da terapia de reposição hormonal:

“depois desses exames todos, depois da anamnese... todas fazem, todas são encaminhadas, aí vai depender da consulta médica e da anamnese... tem mulheres... porque não são todas as mulheres que vão poder tomar hormônio”

Síntese Geral - Eixo Temático: Outras ações destinadas às usuárias.

A continuidade do atendimento é prevista dentro da rede, conforme relatado, através do encaminhamento à atenção secundária, onde a mulher receberá atendimento especializado, incluindo realização de exames e medicalização, quando indicada.

Algumas ações no nível da atenção secundária são feitas dentro da própria unidade básica, como realização de alguns exames e consulta ginecológica, o que depende de recursos e da existência do especialista na unidade em questão. Resumindo, não há uniformidade no encaminhamento em função das características de cada unidade, mas, de um modo geral, há condições de atendimento na rede, seja na própria unidade seja no Departamento de Saúde da Mulher, para dar continuidade ao serviço.

No Departamento de Saúde da Mulher, mesmo na atenção secundária, é pensada a prevenção de doenças possíveis nessa faixa etária em estudo, na forma da consulta cardiológica que é oferecida a todas as usuárias dos grupos encaminhadas para o DSM, assim como a consulta com o mastologista, caso haja indicação.

6º Eixo Temático Identificado – Avaliação do serviço.

Referente à sexta pergunta: Na sua maneira de entender, como você acha que está a repercussão desse atendimento perante as mulheres? Você faria alguma crítica ou sugestão a esse serviço?

Categorias Identificadas:

A – Percepção da repercussão junto às usuárias.

Subcategorias:

A.1 – pela contra-referência.

A.2 – boa receptividade/ divulgação pela usuária.

A.3 – dificuldade em avaliação posterior.

B – Críticas.

Subcategorias:

B.1 – falta de divulgação.

B.2 – demanda não atendida.

B.3 – recursos materiais limitados.

B.4 – descontinuidade da ação.

B.5 – trocas e desatualização dos profissionais.

B.6 – deficiente controle e supervisão/ atuação dos gestores.

B.7 – problemas na estruturação das unidades.

C – Elogios e outras considerações.

Subcategorias:

C.1 - boa estruturação da rede para o trabalho.

C.2 - eficácia dos grupos na proteção da saúde.

D – Sugestões.

Subcategorias:

D.1 - mais recursos para a ação educativa.

D.2 - continuidade da ação/atualização/planejamento de ações.

D.3 - maior envolvimento dos gestores.

D.4 - ampliação da equipe de atendimento.

D.5 - melhorar a divulgação.

A – Percepção da repercussão junto às usuárias

Subcategorias

A.1 – pela contra-referência:

“quando eu mando pro climatério, a médica que tá atendendo lá me fala o que tá acontecendo, me manda a contra-referência, o que tá fazendo, e geralmente quando elas vêm, elas tão... elas gostam”

A.2 – boa receptividade/ divulgação pela usuária:

“Muito boa {a repercussão} porque todas.. hoje a gente tem até mais procura delas é depois que a outra amiga fez e que falou, já nem é tanto encaminhamento de profissionais, é o próprio usuário, né, que vai e fala pro amigo, que fez e foi muito bom, que ele gostou, foi muito interessante, e que ela já tá sentindo até melhor”

“elas ficam sabendo do grupo de climatério... a vizinha assistiu, ou a irmã assistiu, falou pra ela, aí ela já vem encaminhada pela vizinha, pela irmã, pela prima...”

“elas gostam muito, gostam muito... só o fato de elas verem que elas tão vivas, são respeitadas, elas trocam entre elas, né, experiências, trocam acontecimentos semelhantes, tragédias semelhantes, decepções... e alegrias né, ficam aqui, conversam.”

A.3 – dificuldade em avaliação posterior:

“a gente não sabe nem o que aconteceu com ela depois que ela foi ao médico, que tipo de tratamento ela tá fazendo, como que tá a dieta dela, a gente não tem esse acompanhamento”

“elas gostam muito disso, mas como eu tô te falando, são aqueles três dias, depois eu não vou te falar porque eu não sei, porque aí a gente perde o contato com essas mulheres”

B – Críticas.

Subcategorias:

B.1 – falta de divulgação:

“Eu acho que deveria ser mais divulgado, eu acho as unidades básicas de saúde deveriam ter mais... como dizer... deveriam ter mais... empenho, porque elas não fazem grupo”

B.2 – demanda não atendida:

“quase todas as unidades foram treinadas em grupo de direitos reprodutivos, em grupos de climatério, poucas unidades fazem os grupos; então são muitas usuárias que estão aí perdidas, que não sabem o que está acontecendo com elas”

B.3 – recursos materiais limitados:

“material audiovisual é muito difícil, a gente não consegue quase nada, tudo o que a gente faz é comprado com o nosso dinheiro, a gente desenha, a gente bola alguma coisa pra entregar pra elas”

B.4 – descontinuidade da ação:

“a gente sempre fala que vai fazer e não faz é dar continuidade a esse grupo, por exemplo, o grupo no terceiro dia acabou, a gente não tem mais contato com essa mulher”

“sabe, eu achei elas tão apreensivas, numa fase tão difícil e a gente solta elas, passa informação e rua, entendeu, a gente não tem esse vínculo pra esse acompanhamento, deveria ter um acompanhamento e a gente não tem”

B.5 – trocas e desatualização dos profissionais:

“de repente a gente tá fazendo esse grupo do mesmo jeito que eu tava fazendo há nove anos atrás”

“E o que atrapalha também é a troca de profissionais nas unidades, né, o que foi treinado sai, entra outro, vai pra outra unidade...”

“a gente tem orientação de alimentação lá do Instituto da Mulher, mas aquilo também tá tão antigo”

“Que eu saiba não, tem muito tempo que esse treinamento houve, lá no departamento, depois nunca mais a gente fez”

B.6 – deficiente controle e supervisão/ atuação dos gestores:

“tinha que ter o responsável pela supervisão, acho que os gestores tinham que supervisionar as ações dos profissionais, eu acho que tá muito solto assim, se o profissional quiser ele faz se não quiser... ele não faz”

B.7 – problemas na estruturação das unidades:

“eu acho que essas unidades não estão uniformizadas, porque tem umas que são PSF, têm outras que não são, tem umas que têm ginecologista, têm outras que não, como assim... não tá muito assim padronizado, eu não sei te falar como que tá sendo atendida essa demanda não”

C – Elogios e outras considerações.

Subcategorias:

C.1 - boa estruturação da rede para o trabalho:

“a forma de atendimento é boa”

“acho que a rede está bem montada”

“bom, a proposta eu acho boa, sabe, agora eu não sei se... como que vou te falar, se todos os profissionais tão atendendo dentro dessa proposta”

“material não falta, mas falta essa questão de dar o respaldo para que as atividades continuem”

C.2 - eficácia dos grupos na proteção da saúde:

“Eu acredito nesse tipo de atendimento, né, é uma demanda grande, tem demanda para fazer esses grupos, esses grupos são eficazes pra... no sentido de promover a saúde, de proteção da saúde, é um momento assim... muito importante pra vida delas”

D – Sugestões.

Subcategorias:

D.1 - mais recursos para a ação educativa:

“mas assim... se tivesse outro material audio-visual, mais material para elas levarem para casa, que a gente não tem, os folders ...acho que precisaria ter mais recurso mais a questão do material para elas levarem para casa, e a questão do audiovisual, uma fita”

D.2 - continuidade da ação/atualização/planejamento de ações:

“a gente gostaria de ter uma atualização pra gente, como que a gente chegaria a manter esse vínculo com elas, porque só passar informação... eu acho a informação muito necessária, acho muito rica, mas a gente queria continuar, dar uma continuidade com essas mulheres, ver o que tá acontecendo com elas, a gente não tem essa idéia de planejar uma ação em cima disso”

“Acho que tem condições de fazer sim, de ter um acompanhamento assim, um grupo de convivência, uma coisa assim, a gente não faz, acho que isso aí deixa muito a desejar porque acabou o grupo e a gente não tem contato mais”

D.3 - maior envolvimento dos gestores:

“que os gestores que eles apóiem essas atividades, que dêem apoio, que elas tenham continuidade, porque a gente tem algumas dificuldades pra fazer... pra dar continuidade, acho que é isso”

D.4 - ampliação da equipe de atendimento:

“de repente um psicólogo, poderia tá, né, compondo a equipe... seria interessante pra tá dando apoio pra gente”

“então é muito importante se pudesse sempre estar levando um profissional de educação física, um nutricionista, outros... o próprio médico pra estar falando mais sobre a TRH, tirar mais dúvidas sobre medicação”

D.5 - melhorar a divulgação:

“precisa de muito mais empenho de divulgação, sim, do trabalho”

Síntese Geral - Eixo Temático: Avaliação do serviço.

De um modo geral, os profissionais entrevistados concordam que o trabalho é bem recebido pelas usuárias e parece ser de grande importância para as mesmas; porém, só se tem retorno da repercussão do mesmo junto à usuária no momento da realização do

grupo de climatério, uma vez que não há muito contato com as participantes após a finalização do trabalho.

Entre as críticas apresentadas ao serviço, as que mais se destacaram foram aquelas relacionadas à descontinuidade da ação e à falta de atualização dos profissionais em temas pertinentes ao assunto em questão, ou seja, o climatério. Também são relatadas algumas críticas referentes à deficiência de material disponível para a realização da ação educativa, o que não é percebido em todas as unidades, parecendo haver diferenças quanto aos recursos existentes nas unidades básicas estudadas.

Algumas críticas também se referiram à estruturação da rede, no sentido da diferença existente entre a formulação das equipes (especialmente na questão da implantação ou não do Programa de Saúde da Família) e quanto à falta de supervisão e controle das ações realizadas, o que foi remetido à forma de atuação e ao papel dos gestores.

Muitos profissionais entrevistados concordaram que a proposta de atendimento ao climatério é boa e que a rede se encontra bem montada, tornando possível a realização do trabalho, conforme proposto pelo Ministério da Saúde e definido no Manual do DSM, aqui utilizado como referência.

Também houve considerações quanto ao papel possível dos grupos de climatério na prevenção e promoção da saúde da população atendida.

Quanto às sugestões, as mesmas se referiram diretamente aos pontos levantados como críticos, como defasagem na atualização dos profissionais, recursos limitados em algumas unidades, necessidade de melhoria na divulgação do serviço e maior envolvimento dos gestores na supervisão das ações. Dentre as sugestões, podemos destacar a proposta da ampliação da equipe, com a possibilidade de atuação de outros profissionais, conforme descrito, assim como o planejamento de ações para dar continuidade ao atendimento, cujas sugestões que apareceram com mais ênfase nas entrevistas e que podem ser entendidas como as mais limitantes, de acordo com os relatos apresentados, para a ampliação e melhoria desse atendimento específico.

3.4 – DISCUSSÃO

A noção de integralidade tem sido amplamente discutida no campo da saúde pública no Brasil, uma vez que esse termo é empregado como múltiplas definições e é considerado uma das bases doutrinárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Na construção do sistema de saúde atual, a noção de integralidade foi pensada como a “integração” dos serviços de assistência médica paralelamente às atividades de prevenção e promoção da saúde, além da garantia da atenção dos três níveis de complexidade, tendo a atenção primária como “porta de entrada” dos indivíduos no sistema de saúde.

Outros sentidos têm sido incorporados à noção de integralidade, ampliando a discussão sobre o tema, tais como a interação dos atores na relação de oferta de demanda dos serviços, percepção ampliada das necessidades da população atendida, novas formas de organização dos serviços etc, o que se relaciona com as novas propostas de horizontalização das ações dentro do SUS. O PAISM pode ser considerado como um exemplo de busca da perspectiva da integralidade na atenção à saúde de uma população específica, no caso a população feminina, buscando o desenvolvimento de ações específicas frente às novas demandas em saúde, embora ainda com limitações na execução do modelo de atendimento proposto. Entre as novas demandas para a população feminina, encontra-se o atendimento específico ao climatério e à menopausa, já delimitado na proposta inicial do PAISM.

Pela revisão de literatura, observa-se que o climatério é ainda uma questão complexa dentro da saúde, havendo sintomas específicos associados e poucas opções de tratamento para alívio dos mesmos. A forma mais usual de tratamento, a terapia de reposição hormonal, ainda é questionada por diversos especialistas da área e tende a ser utilizada, hoje, apenas quando há indicação específica. Por outro lado, alguns autores têm procurado enfatizar a utilização de outras medidas preventivas para a sintomatologia e os

riscos associados ao climatério, como a adoção de hábitos saudáveis de vida, incluindo orientação alimentar e prática de atividade física (García-Franco et al., 2003; Wenger, 2004).

Em conclusão, podemos considerar o período do climatério como sendo uma fase crítica para a mulher, havendo demanda de cuidados e possíveis intervenções em saúde, principalmente, de forma preventiva aos riscos associados. Mesmo em caso de mulheres assintomáticas, há modificações físicas importantes, como a alteração da composição corporal, que podem predispor ao desenvolvimento de doenças, principalmente, quando há outros fatores de risco associados. Os cuidados de saúde recebidos em etapas anteriores da vida, possivelmente, exercem grande influência na vivência dessa e repercute na qualidade de vida da mulher no climatério.

Na avaliação do serviço de atendimento ao climatério na rede municipal em estudo, observou-se que a perspectiva da integralidade, de alguma forma, tem estado presente na formulação da proposta de atendimento à saúde da mulher, incluindo o climatério, conforme a análise do manual do DSM. Porém, na execução das ações na atenção primária, via unidades básicas de saúde, encontram-se limitações relacionadas à própria estruturação da rede, uma vez que há unidades funcionando com modelos diferenciados de atendimento (com implantação do Programa de Saúde da Família ou não), além de limitações quanto a recursos e espaço físico para a realização da ação educativa via grupos de climatério. Problemas também quanto à supervisão e controle do serviço, através da ação dos gestores, foram relacionados como limitadores da execução do serviço.

De um modo geral, na rede municipal observada, o atendimento ao climatério foi incorporado aos serviços de atenção básica, recebendo destaque junto às ações destinadas à saúde da mulher, desenvolvendo medidas preventivas e assistenciais específicas, como previsto dentro da perspectiva da integralidade, paralelamente, a outros problemas de saúde. Há uma tendência, porém, de se repetir a prática de verticalização das ações de saúde, o que contraria o princípio da integralidade, uma vez que o recebimento de

atenção específica (consulta com médico especialista e acesso à medicalização específica) está atrelada à participação obrigatória nos grupos educativos.

Na avaliação com as usuárias dos grupos de climatério, houve relato de grande número de sintomas associados ao climatério, o que está de acordo com a literatura consultada; o sintoma mais frequentemente citado foi o fogacho, seguido de irritabilidade e alteração da sexualidade. No relato dos profissionais, observa-se referência aos mesmos sintomas, porém com uma tendência a enfatizar mais a alteração da sexualidade, vista como um dos principais motivos de queixa e sofrimento das mulheres nessa fase.

Em alguns relatos, houve ênfase quanto aos cuidados de saúde e modos de vida anteriores ao período do climatério como fatores que se relacionam, diretamente, aos sintomas e intercorrências; é sugerido, dessa forma, que a história de vida de cada mulher teria relação direta com a forma como ela vivencia a passagem pelo climatério.

O relato das queixas e formas de convivência com os sintomas associados, por parte das usuárias, está de acordo com os resultados encontrados por Freitas et al. (2004), que também estudaram a vivência do climatério em mulheres atendidas na rede pública de saúde. Em outro estudo, realizado por Silva et al. (2003) com um grupo de climatério na rede pública, foi percebido pouco conhecimento das mulheres sobre o período e dificuldades em associar os sintomas vividos ao climatério. Entre as alterações percebidas, a diminuição da libido esteve entre as mais citadas, estando relacionada a problemas conjugais, os quais foram muito relatados entre as mulheres entrevistadas.

Na caracterização do climatério, sob o ponto de vista das usuárias, esse período tende a aparecer como uma fase não caracterizada como de “normalidade”, onde ocorrem situações que alteram o modo normal de vida, embora com aparentes contradições nos diferentes relatos. Sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, a percepção do climatério como uma fase normal de vida é encontrada, embora sejam citadas as transformações físicas inerentes à vivência dessa fase. Entre os profissionais, há relatos também de que esse período está relacionado a um grande sofrimento físico e emocional, como mais próximo do adoecimento do que da normalidade.

Também houve relatos de que há mudanças ocorrendo, independente das alterações físicas, com possibilidade de ganho, uma vez que o climatério foi associado a mudanças de postura perante a vida, como uma fase de transição dentro da vida adulta. Essa concepção do climatério também aparece em relatos das usuárias do serviço.

Na avaliação do serviço de atendimento ao climatério, do ponto de vista das usuárias, há mais relatos de satisfação quanto ao atendimento do que de insatisfação. A satisfação esteve relacionada à forma de acolhimento e ao tipo de informação recebida, e não satisfação esteve relacionada a não resolutividade do problema e descontinuidade das ações.

Do ponto de vista dos profissionais, há relatos de boa receptividade e aceitação do trabalho entre as usuárias, o que parece estar de acordo com os relatos das mesmas. A avaliação do serviço pelas profissionais é mais complexa e se refere a vários aspectos, como a estruturação da rede, a disponibilidade de recursos, papel dos gestores etc. De um modo geral, as profissionais entrevistadas tenderam a concordar que o serviço de atendimento à mulher no climatério é de grande importância para essa usuária e permite a realização de uma série de ações em saúde, além de ser possível sua realização na rede, conforme proposto pelo Ministério da Saúde e pelo DSM, mesmo que ainda existam problemas estruturais e de gestão que possam limitá-lo.

Em resumo, a perspectiva da integralidade aparece no relato dos profissionais de saúde e no modelo proposto pela rede municipal estudada, mas de forma pouco efetiva e ainda com grandes limitações na execução do serviço. Dentro da proposta do PAISM, utilizada como princípio norteador para as ações da rede municipal estudada, como na perspectiva da integralidade, o planejamento das ações para o climatério exige ações tanto assistenciais quanto preventivas, além de prever que seja ampliada a visão sobre a usuária que vivencia o climatério, buscando atendê-la dentro da complexidade da sintomatologia apresentada, uma vez que diversos fatores, incluindo os de natureza psico-sociais, estão envolvidos.

4 – CONCLUSÃO

O trabalho permitiu a caracterização do climatério como uma fase crítica para a saúde da mulher, onde cuidados são necessários e intervenções em saúde são possíveis, o que mostra a importância da incorporação desse atendimento específico na rede pública de saúde.

Na rede municipal de saúde estudada, a perspectiva da integralidade esteve presente no planejamento de algumas ações específicas para a mulher no climatério, mas a tradição de ações verticalizadas de saúde ainda compromete o alcance desse princípio dentro da rede citada. Também há problemas de estruturação e de gestão do sistema, os quais podem ser fatores limitantes na execução das ações específicas para a mulher no climatério.

Os grupos de climatério se mostraram como uma ação de importância para a atenção à mulher nessa fase, sendo percebida de modo positivo tanto pelas usuárias quanto pelos profissionais envolvidos. Porém, problemas quanto à continuidade da ação e acesso ao serviço foram relatados tanto por usuárias quanto por profissionais, o que merece reavaliação pela rede municipal em questão, uma vez que pode comprometer o alcance dos objetivos da ação em saúde proposta pela realização dos grupos de climatério.

Na percepção do climatério, por parte dos profissionais e das usuárias do serviço, houve uma concordância em caracterizá-lo como um período que tende a alterar o modo normal de vida, independente de haver sintomas associados. A complexidade de fatores envolvidos mostra a necessidade de atenção e investigação do climatério por parte dos diversos profissionais de saúde, nas mais diferentes especialidades.

Acreditamos, com esse estudo, estarmos contribuindo na formulação de novas questões sobre o tema e no planejamento de ações destinadas à mulher no climatério, sob a perspectiva da integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - ALMEIDA, A. B. de, 2003. Climatério. In: Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar (Almeida, A. B. de) pp. 3 -16, São Paulo: Editora Atheneu.

2 - ALMEIDA, A. B. de & GUARAGNA, K. B. de, 2003. Reposição hormonal. In: Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar (Almeida, A. B. de) pp. 249-269, São Paulo: Editora Atheneu.

3 - ARAÚJO, D. A. C. de; OLIVEIRA, R. J. G.; SANTOS, S. N. dos; MAGALHÃES, J. D. A.; DIAS, G. E.; PORTO, D. D. P. & ANDRADE, A. T. L., 2000. Fatores de risco cardiovascular em mulheres climatéricas. *Revista do Hospital Universitário*, 26 (1): 161-6.

4 - ARRUDA, D., 1998. *Sistemas de Informações e Alocação de Recursos*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

5 - ÁVILA, M. B. & CORRÊA, S., 1999. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios* (Galvão, L. & Díaz, Juan, org.), pp. 70-103, São Paulo: Hucitec; Population Council.

6 - AYRES, J. R. C. M., 2004. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3):16-29.

7 - BACALTCHUK, J. 2003. Terapia de reposição hormonal e prevenção de doença cardiovascular. In: *Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar* (Almeida, A. B. de) pp. 311-321, São Paulo: Editora Atheneu.

8 - BAGNOLI, V. R.; FONSECA, A M. da & RAMOS, L. de O. , 1995. Climatério: manifestações clínicas. In: *Menopausa* (Pinotti, J. A; Halbe, H. W. & Hegg, R., org.) pp.169-176, São Paulo: Roca.

9 - BASTOS, M. H., 2001. *Sorria, Você Está na Menopausa*. São Paulo: Editora Ground.

10 - BELGRAVE, L., 1993. Discrimination against older women in health care. *Journal of Women & Aging*, 5:181-199.

11 - BOTELL, M. L.; DOMINGUEZ, S. V. & PIÑERO, J. P., 2001. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana Obstet. Ginecol.*, 27(1):22-7.

12 - BOTELL, M. L.; SARRÍA, T. D. & PIÑERO, J. P., 2002. Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en mujeres climatéricas. *Revista Cubana de Medicina General. Integral*, 18(2):1-5.

13 - BLUMELL, J. E., 2001. Terapia hormonal de substitución. *Revista Colomb. Menopaus.*, 7(1): 24-38.

14 - CAMARGO JR., K. R., 2003. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.35 – 44. 2ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

15 - CECÍLIO, L. C. O., 2001. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.113 – 126, 3ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

16 - CELESTINO, C. A.; LOPES, C. M. C.; AVERSARI, F. R. V.; SAKAMOTO, L. C.; AGUIAR, L. M. de & HALBE, H. W., 1995. Tratamento da pré-menopausa. In: *Menopausa* (Pinotti, J. A; Halbe, H. W. & Hegg, R., org.) pp.235-248, São Paulo: Roca.

17 - CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, 1997. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)*. Vol I. 5ª edição, 10ª revisão (tradução). São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo.

18 - CHOW, M. S. S., 1995. Benefict/risk of estrogen therapy in cardiovascular disease: current knowledge and future challenges. *Journal of Clinical Pharmacology*, 35:211-217.

19 - CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. & BOYLE, P., 1999. *Saber Preparar uma Pesquisa*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO.

20 - COSTA, A. M. & AQUINO, E. L., 2000. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas (Costa, A.M.; Mércan-Hamann, E. & Tajer, D., org.).Brasília: Editora da Universidade de Brasília.

21 – DALAIS, F.S.; RICE, G.E.; WAHLGVIST. M.L., 1998. Effects of dietary phytoestrogens in postmenopausal women. *Climateric*; 1:124-9.

22 - DÍAZ, M. & DÍAZ, J., 1999. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios (Galvão, L. e Díaz, J., org.), pp. 209-233. São Paulo: Hucitec; Population Council.

23 - D'OLIVEIRA, A. F. P. L. & SENNA, D. M., 2000. Saúde da mulher. In: Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica (Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes-Gonçalves, R. B., org.), pp.86-108. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec (Saúde em Debate; 96, Série Didática; 3).

24 - ESCOBAR, F. S. & SANCHEZ, R. A. de, 2000. Manejo integral de la mujer y el hombre en el climaterio. *Revista Colombiana de Menopausa*, 6 (1): 36-47.

25 – FERNANDES, L.F.C.; ALDRIGHI, A.P.S.; ALDRIGHI, J.M., 2006. Prescrever ou não isoflavonas de soja à mulher no climatério? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.52, n.3 São Paulo.

26 - FOPPA, M. & STEIN, R., 2003. Climatério e exercício. In: Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar (Almeida, A. B. de) pp. 355-365, São Paulo: Editora Atheneu.

27 - FORMIGA FILHO, J. F. N., 1999. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios (Galvão, L. e Díaz, J., org.), pp. 151-162. São Paulo: Hucitec; Population Council.

28 - FREITAS, K. M. de; SILVA, A. R. de V. & SILVA, R. M. da, 2004. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum*, 26 (1):121-128.

29 – FREY, R.S.; LI, J.; SINGLETARY, K.W., 2001. Effects of genistein on cell proliferation and cell cycle arrest in nonneoplastic human mammary epithelial cells: involvement of Cdc2, p21waf/cip1, p27kip1 and Cdc25C expression. *Biochem Pharmacol.*; 61(8):979-89.

30 - GALVÃO, L., 1999. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios* (Galvão, L. e Díaz, J., org.), pp. 165-179. São Paulo: Hucitec; Population Council.

31 - GARCÍA-FRANCO, A. L; COELHO, P. A.; MUÑOZ, E. B.; GOÑI, J. L.; PUJOL, M. F. & SOLSONA, J. O., 2003. Actividades preventivas en el climaterio. *Atención Primaria*, 32 (Supl.2):21-42.

32 - GIFFIN, K., 2002. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*; 18 (supl.):103-112.

33 - GIL, A. C., 2002. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4ª Ed. São Paulo: Atlas.

34 - GOLDANI, A. M., 1999. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios* (Galvão, L. e Díaz, J., org.), pp. 25-69. São Paulo: Hucitec; Population Council.

35 - GONZALÉZ, D. L., 1996. Aspectos bio-psico-socio-familiares del climaterio. *Revista Colombiana de Menopausa*, 2 (1):11-13.

36 - GUEDES, A. E. L., 2001. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.127 – 156, 3ª ed. Rio de

Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

37 – HAN, K.K.; SOARES, J.M.JR.; HAIDAR. M.A.; GIRÃO, M.J.B.C.; NUNES, M.G.; LIMA, G.R.; BARACAT, E.C., 2002. Efeitos dos fitoestrogênios sobre alguns parâmetros clínicos e laboratoriais no climatério. Rev. Bras. Ginecol. Obstet; 24 (8):547-552.

38 - HAMMOND, C. B., 1996. Menopause and hormone replacement therapy. Medical Clinical North America, 87(2 Suppl):2-5.

39 - HARTZ, Z. M. A. & CONTANDRIOPOULOS, A. P., 2004. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20 (Supl. 2):331-336.

40 - JURUENA, M.F. & MARTINS, C.M., 2003. Aspectos psiconeuroendócrinos do climatério: depressão e menopausa. In: Reavaliando o Climatério: Enfoque Atual e Multidisciplinar (Almeida, A. B. de) pp. 139-163, São Paulo: Editora Atheneu.

41 – KAARI, C., 2003. Efeitos da isoflavona nos sintomas climatéricos, na qualidade de vida, no trato genital e na mama de mulheres pós-menopáusicas {tese}. São Paulo, Universidade de São Paulo; s.n., 101p.

42 - LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. de A., 2006. Metodologia Científica. 4ª Ed., 3ª reimpr., São Paulo: Atlas.

43 – LISSIN, L.W.; COOKE, J.P., 2000. Phytoestrogens and cardiovascular health. J.Am. Coll. Cardiol.; 35:1403-10.

44 - LOPES, C. M. C. & HALBE, H. W., 1995. Músculo e gordura no climatério. In: Menopausa (Pinotti, J. A; Halbe, H. W. & Hegg, R., org.) pp.73-79, São Paulo: Roca.

45 - LUCA, L. A., 1994. Climatério: mitos e verdades. Ars curandi, a revista da clínica médica, 8 (27):17-26.

46 - MACHADO, L. V., 2001. Terapêutica de reposição hormonal. In: Menopausa – Seja Bem Vinda e Bem Vivida! (Rodrigues, E. J. S. & Filho, J. D., org.). pp. 151-166. Rio de Janeiro: MEDSI – Editora Médica e Científica Ltda.

47 - MÄNSDOTTER, A.; LINDHOLM, L. & ÖHMAN, A., 2004. Women, men and public health – how the choice of normative theory affects resource allocation. Health Policy 69.

48 - MATTOS, R. A. de., 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.39 – 64, 3ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

49 - MATTOS, R. A. de, 2003. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.45 – 59. 2ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

50 - MATTOS, R. A. de., 2004^a. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, 20 (5):1411-1416.

51 - MATTOS, R.A. de, 2004^b. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 28 (2).

52 - MATTOS, R. A. de, PINHEIRO, R., SANTANA, A. D., GUIZARDI, F. L., MATTA, G. & GOMES, M.C., 2006. (Re-) Visitando as últimas conferências nacionais de saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infoid=87&tpl=view5Fparticipantes>. Acesso em: 10/07/06.

53 - MCCANDLESS, N. J. & CONNER, F.P., 1999. Older women and the Health Care System: a time for change. Journal of Women & Aging, 11 (2-3):13-27.

54 - MENDES, E. V., 2002. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

55 - MENDONÇA, M. L. C., 2002. Scientia sexualis e a nova gerência da sexualidade. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Centros/scientia_sexualis_e_a_nova_gerên.htm. Acesso em 12/01/2005.

56 - MENDONÇA, E. A. P., 2004. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério. Ciências e Saúde Coletiva, 9 (1): 155-166.

57 - MEYER, V. F., 2001. The medicalization of menopause: critique and consequences. Politics, Ideology and Medicine, 31 (4): 769-792.

58 - MILEWICZ, A.; BIDZINSKA, B.; SINDOROWICZ, A., 1996. Perimenopausal obesity. Gynecol. Endocrinol., 10:285-91.

59 - MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

60 - MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS nº1/96. Brasília: Ministério da Saúde.

61 - MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2000. Legislação Básica do SUS – 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

62 - MS (Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas), 2004. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

63 - MONTEIRO, R.C.A.; RIETHER, P.T.A.; BURINI, R.C., 2004. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal

e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. Rev. Nutr., Campinas, 17 (4): 479-489.

64 – Montilla, R.N.G., 2001. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério de um Centro de Saúde Escola {dissertação}. São Paulo, Universidade de São Paulo.

65 - MOURA, M. L. S. de; FERREIRA, M. C. & PAINE, P. A., 1998. Manual de Elaboração de Projetos de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

66 – MURKIES, A.L.; WILCOX, G.; DAVIS, S.R., 1998. Phytoestrogens. J. Clin. Endocrinol. Metab.; 83:297-303.

67 – NAHÁS, E.A.P.; NETO, J.N.; DE LUCA, L.A.; TRAIMAN, P.; PONTES, A.; DALBEN, I., 2003. Efeitos da isoflavona sobre os sintomas climatéricos e o perfil lipídico na mulher em menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.25 n.5 Rio de Janeiro.

68 – ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS), 1996. IV Conferência Mundial sobre a mulher – Beijing, China. Organização das Nações Unidas, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

69 - OSIS, M. J. M. D., 1998. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública; 14 (supl. 1) :25-32.

70 - PALACIOS, S., 1995. Lipídios, Obesidad y Climaterio. Revista Colombiana de Menopausa, 1 (12):86-87.

71 - PATARRA, N. L., 2000. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Velhos e novos males da saúde no Brasil. (Monteiro, C. A., org.). pp. 61-78. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP.

72 - PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; COSTA-PAIVA, L. H. S.; OSIS, M. J. D. & HARDY, E. E., 2003. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Revista de Saúde Pública, 37 (6):735-42.

73 - PIOVESAN, A. C.; SOARES JÚNIOR, J.M.; MOSQUETTE, R.; SIMÕES, M.J.; SIMÕES, R.S. & BARACAT, E.C., 2005. Estudo morfológico e molecular da mama de ratas castradas tratadas com isoflavona ou estrogênios. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.27, n.4, Rio de Janeiro.

74 - PINHEIRO, R. & LUZ, M. T., 2003. Práticas eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.7 – 34. 2ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

75 - PINHEIRO, R., 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.65 – 112, 3ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

76 - Pinheiro, R., 2006. Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=87&tpl=view%5Fparticipantes>. Acesso em: 04/07/06.

77 - REDE SAÚDE (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS), 2001. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos – Dossiês. São Paulo: Rede Saúde.

78 - RIBAS, E., 2004. O cuidado integral na instituição hospitalar. PRATTEIN – Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social. Disponível em: www.prattein.com.br/prattein/dados/anexos/125. Acesso em: 01/07/2006.

79 - RIVOREDO, C.R.S.F. de, 2005. Um modelo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos. In: Pesquisa Qualitativa em Saúde (Barros, N. F. de; Cecatti, J. G & Turato, E. R., org.) pp.207-215. Campinas, São Paulo: UNICAMP/FCM.

80 - SAKAMOTO, L. C. & HALBE, H. W., 1995. Epidemiologia da menopausa. In: Menopausa – Seja Bem Vinda e Bem Vivida! (Rodrigues, E. J. S. & Filho, J. D., org.). pp. 1-9. Rio de Janeiro: MEDSI – Editora Médica e Científica Ltda.

81 – SBEM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA), 2002. Fitoestrogênios: Posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n6/a13v46n6.pdf>. Acesso em 24/01/07.

82 – SCLOWITZ, I.K.T.; SANTOS, I.S.; SILVEIRA, M.F., 2005. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. Cad. Saúde Pública, v.21, n.2, Rio de Janeiro.

83 - SCHRAIBER, L. B., 1999. Desafios atuais da integralidade em saúde. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr17-desafios.html-18k-. Acesso em: 30/01/2006.

84 – SILVA, R.M.; ARAÚJO, C.B.; SILVA, A.R.V., 2003. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. Rev. Bras. Prom. Saúde, 16 (1/2): 28-33.

85 - SILVA, S. F., 2004. Municipalização da saúde. In: Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas. (Silva, S. F.) pp.49-87. São Paulo: Hucitec.

86 - SILVER, L., 1999. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Questões da saúde reprodutiva. (Giffin, K. & Costa, S.H., org.). Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ.

87 - SIMÕES, R. D. & BARACAT, E. C., 1999. Climatério: mitos e realidades. In: In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios (Galvão, L. e Díaz, J., org.), pp. 366-384. São Paulo: Hucitec; Population Council.

88 - SOBRAC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO), 2004. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica. São Paulo: Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC). Disponível em: URL: <http://www.menopausa.org.br/institucional/>. Acesso em: 18/04/06.

89 - SOUZA, R.L.; FILIZOLA, R.G.; DINIZ, M.F.F.M.; SOUSA, E.S.S.; MORAES, J.L.R., 2006. Ensaio clínico placebo-controlado com isoflavonas da soja para sintomas depressivos em mulheres no climatério. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.28, n.2, Rio de Janeiro.

90 - STEPKE, F. L., 1998. Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climaterio femenino. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1):131-134.

91 - TRAVASSOS, C., 1999. Desigualdades geográficas e sociais e a utilização dos serviços de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (no prelo).

92 - TRENCH, B. & SANTOS, C. G., 2005. Menopausa ou menopausas? *Saúde e Sociedade*, 14 (1): 91-100.

93 - VISBAL, L. A.; DESPAIGNE, D. A. N. & OVIES, B. R. M., 1998. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14 (6):1-5.

94 - WATHLEN, C. N.; FEIG, D.S.; FEIGHTNER, J.W.; ABRAMSON, B.L.; CHEUNG, A.M. & THE CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2004. Hormone replacement therapy for the primary prevention of chronic diseases: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 11; 170(10).

95 - WENGER, N. K., 2004. Diet and exercise for perimenopausal women. Journal of the American College of Cardiology, 44(3)

96 - WERTHEIN, S.; MALLOL, S.; FERREIRA, A. & AZCÁRATE, T., 1999. De lãs paradojas de la madurez, pp 12-17. Cuadernos Mujer Salud/ Red Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

97 - WILD, R. A., 1996. Estrogen: effects on the cardiovascular tree. Obstet. Gynecol., 87 (Supl. 2):27-35

98 - WILSON, R. A., 1966. Eternamente Feminina. São Paulo, Editora Edameris.

99 - WHO (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), 1996. Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa. Ginebra, Série de Informes Técnicos, 886.

100 - WHI (WRITING GROUP FOR THE WOMEN HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS), 2002. Risks and Beneficts of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women - Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA, 288 (3).

101 - WOODS, N. F. & MITCHELL, E. S., 2004. Perimenopause: an update. Nurs. Clin. N. Am. 39:117-129.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Autorização para a Realização da Pesquisa

Juiz de Fora, 8 de maio de 2006

Dr. José Geraldo de Oliveira,

Subsecretário de Saúde em Atenção Básica e Atenção Secundária/ SSSDA

venho, por meio desta, solicitar permissão para desenvolver trabalho de pesquisa nessa instituição, com objetivos de aprimorar conhecimentos na área de saúde da mulher.

O trabalho se refere à dissertação de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, e tem por objetivo conhecer o modelo de atenção à saúde da mulher implantado nesse município.

Como objetivos específicos, interessa-nos observar o trabalho desenvolvido junto ao grupo de climatério implantado em duas unidades específicas de atendimento à saúde da mulher, no Pan-Marechal e no Palácio da Saúde.

Agradecemos antecipadamente a atenção e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Cristina Garcia Lopes – mestranda da FIOCRUZ

Telefones de contato: 32 3241 3226/ 32 91128809

ANEXO 2 - Modelo de entrevista com mulheres atendidas nos grupos de climatério

Entrevista com usuária da unidade de atendimento

Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Profissão:

Escolaridade:

Renda familiar:

Tempo de participação no grupo de climatério:

1 – Quais as mudanças que ocorreram em sua vida, nesse período, e como você tem convivido com elas? Você tem sentido calores ou algum outro sintoma?

2 – Como você caracterizaria esse período da sua vida?

3 – Por que procurou o grupo de climatério?

4 – Como soube do atendimento ao grupo de mulheres no climatério?

5 – O que você espera desse espaço de atendimento? O que está sendo proposto aqui no serviço tem correspondido às suas expectativas?

6 – Você gostaria de relatar algum problema encontrado nesse atendimento ou fazer alguma sugestão ao serviço?

ANEXO 3 – Modelo de entrevista com profissionais de saúde dos grupos de climatério

Entrevista com profissional de saúde dos grupos de climatério

Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Profissão:

Unidade de Atendimento:

Tempo de participação no grupo de climatério:

1 – Por que motivo você está trabalhando com o grupo de mulheres no climatério?

Foi uma escolha?

2 – Como você caracterizaria esse período na vida das mulheres?

3 – Você acha que esse é um período representa mudanças na vida dessas mulheres?

E que mudanças seriam essas?

4 – Para as mulheres no climatério que chegam a essa unidade, o que tem sido priorizado no atendimento?

5 – Que outras ações têm sido destinadas a esse grupo?

6 - Na sua maneira de entender, como você acha que está a repercussão desse atendimento perante as mulheres? Você faria alguma crítica ou sugestão a esse atendimento?

ANEXO 4 - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Concordo, livremente, em participar da pesquisa “Integralidade da Saúde da Mulher – A Questão do Climatério”, que tem por objetivo discutir a atenção à mulher no climatério dentro da rede de atenção básica à saúde. Esse estudo se trata de uma dissertação de mestrado em Saúde Pública, que será apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz.

Para esse fim, autorizo a utilização das informações por mim fornecidas através de entrevistas, com gravação de voz, e a utilização do material gravado para posterior apresentação e divulgação com finalidades científicas, em publicações ou atividades afins.

Estou ciente que minha participação é livre, podendo interrompê-la a qualquer momento que desejar, podendo retirar igualmente o meu consentimento quanto à divulgação dos resultados caso assim venha a desejar.

Também estou ciente de que meu nome não será divulgado e será mantida a confidencialidade quanto às minhas declarações. Ao final do estudo, as fitas serão guardadas em arquivo pessoal da pesquisadora, com acesso exclusivo apenas para a mesma e para o orientador do trabalho, durante cinco anos. Ao final desse período, as fitas serão devidamente inutilizadas.

Em caso de dúvidas quanto ao procedimento ou quanto à divulgação das informações, poderei entrar em contato, a qualquer momento, com o orientador da pesquisa, José Luiz Telles, no telefone: 21 2598 2594.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2006

Seguem abaixo o endereço e o telefone de contato do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, para o caso de serem necessários maiores esclarecimentos quanto ao desenvolvimento dessa pesquisa:

Rua Leopoldo Bulhões – 1480 – sala 314
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ
CEP – 21 041 – 210
Telefone: 21 2598 2863
Endereço eletrônico: cep@ensp.fiocruz.br