



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

MILENE MORI FERREIRA LUZ

**ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: a  
construção de diálogos com profissionais de saúde no município de  
Santos, São Paulo**

SANTOS

2019

MILENE MORI FERREIRA LUZ

**ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: a  
construção de diálogos com profissionais de saúde no município de  
Santos, São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo - UNIFESP como parte  
dos requisitos para obtenção do título de  
Mestre Profissional em Ensino em Ciências  
da Saúde

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Fernanda  
Petroli Frutuoso

Santos

2019

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L979a Luz, Milene Mori Ferreira.  
ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: a  
construção de diálogos com profissionais de saúde no  
município de Santos, São Paulo. / Milene Mori  
Ferreira Luz; Orientadora Maria Fernanda Petrolí  
Frutuoso. -- Santos, 2019.  
95 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação  
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Climatério. 3.  
Políticas Públicas de Saúde. 4. Saúde da Mulher. 5.  
Assistência Integral à Saúde. I. Frutuoso, Maria  
Fernanda Petrolí , Orient. II. Título.

CDD 610.7

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

**MILENE MORI FERREIRA LUZ**

**ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: a construção de diálogos com profissionais de saúde no município de Santos, São Paulo**

Aprovada em: \_\_\_/ \_\_\_/ 2019

**Banca examinadora:**

---

Profª Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista

Presidente da banca

---

Profª Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista

Membro titular

---

Profª Dra. Maria Teresa Pace do Amaral

Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista

Membro titular

---

Profª Dra. Carolina Ozawa

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Membro titular

---

Profª Dra. Rosemeire de Albuquerque Sartori

Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo / USP

Membro suplente

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus pela oportunidade desta vida e principalmente pelo encontro e vivências com minha família, meus pais Yoshiharu e Sumico (falecidos) e meus irmãos Walner e Mônica. Tenho minha querida mãe como referência, uma mulher que sempre me inspirou pelo seu exemplo de força, determinação, independência, amor e muita alegria de viver.

Agradeço com muito carinho o meu marido Udemyr que juntos e há muitos anos cultivamos o melhor dos sentimentos que é o amor, além do respeito e apoio nos caminhos que ousamos trilhar.

Aos meus filhos Victoria e Leonardo, meus presentes de Deus, que amo incondicionalmente e que me ensinam o verdadeiro sentido do que é doação, de troca, de amor, carinho e cuidado, me levando a ser uma pessoa melhor a cada dia. E ainda, pela colaboração com a tecnologia, em momentos de angústia e desespero no decorrer desses anos.

Ao meu filho peludo Fred, que me acompanhou durante esses anos de estudo, sempre estando ao meu lado, em cada leitura e escrita deste trabalho, sendo registrado em muitas fotos para ser lembrado eternamente.

Às minhas amigas que compartilham comigo todas as novidades e mudanças que esse período do climatério nos causa, sendo uma rede de apoio fundamental para passar por esse momento mais fortalecidas.

À equipe do Grupo Técnico de Saúde da Mulher/ SMS de Santos, profissionais qualificados e comprometidos com a saúde pública, que me apoiaram na realização desta pesquisa pois acreditam que poderemos caminhar em busca de uma saúde com qualidade às nossas mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde.

Aos meus colegas de turma do Mestrado Profissional 2017, pela potência das discussões durante as aulas, pelas trocas, aprendizado e apoio de algumas mais próximas, que hoje as considero como amigas.

Aos docentes do Mestrado Profissional, especialmente minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Fernanda Petrolí Frutuoso, pela competência admirável, paciência e contribuição no trabalho realizado.

À equipe de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado à Saúde da Família da Região Central Histórica de Santos, que de forma alegre, trazendo leveza as oficinas, participaram e colaboraram para que essa pesquisa se concretizasse, com vistas a qualificar a assistência à saúde da mulher em todo o município.

Enfim, agradeço à todos que direta ou indiretamente me incentivaram a acreditar neste sonho e principalmente, aos que me fortaleceram e estiveram ao meu lado durante esse percurso, para que finalmente eu pudesse concluir um importante ciclo na minha vida.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”. (Paulo Freire)

## RESUMO

A saúde da mulher é, historicamente, um dos focos prioritários do setor saúde, especialmente quanto às ações no período reprodutivo, com pouca ênfase no climatério, período de transformação, da fase reprodutiva para a não reprodutiva, que pode ocasionar vários sintomas que afetam o cotidiano das mulheres. Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, novos enfoques em ações de cuidado, prevenção de doenças e promoção de saúde para as mulheres no climatério se fazem necessários. O objetivo desta pesquisa foi conhecer as práticas dos profissionais e discutir a assistência prestada às mulheres no climatério na atenção básica de saúde de Santos. Trata-se de um pesquisa-intervenção com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com nove categorias profissionais. Os dados foram produzidos a partir de oficinas estimulando a participação ativa dos sujeitos. Foram gravados, transcritos e analisados por meio de análise de conteúdo. Os profissionais apontam que não existem ações voltadas à essa população e que as queixas das mulheres que estão no climatério não são percebidas ou são minimizadas pela falta de conhecimento e reflexão do tema pela equipe. As ações na ESF ainda são direcionadas aos grupos prioritários (hipertensos e diabéticos, gestantes) e algumas queixas das mulheres são entendidas como problema relacionado à saúde mental (depressão) dando invisibilidade as mulheres climatéricas. Os trabalhadores reconhecem a dificuldade para as mulheres vivenciarem a síndrome climatérica diante das ações ofertadas pelos serviços, que não está preparada para o olhar para o climatério, e das condições de vulnerabilidade das mulheres da região estudada. A equipe do NASF pode contribuir com ações multidisciplinares que qualificam a assistência à mulher em todo o ciclo da vida. As ações de educação permanente em saúde, no cotidiano do trabalho das equipes da ESF e do NASF podem ampliar o entendimento dos profissionais quanto ao atendimento das mulheres, bem como repensar as práticas profissionais nos contextos singulares dos territórios. A produção de dados desta investigação poderá subsidiar a construção de políticas públicas na área da Saúde da Mulher no município de Santos visando uma assistência integral à saúde e humanizada às mulheres no climatério.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Climatério; Políticas Públicas de Saúde; Saúde da Mulher; Assistência Integral à Saúde.

## ABSTRACT

Women's health has historically been one of the priority focuses of the health sector, especially with regard to actions in the reproductive period, with little emphasis on the climacteric, the transformation period, from the reproductive to the non-reproductive phase, which may cause various symptoms affecting women's every day. With population aging and increased life expectancy, new approaches to care, disease prevention and climacteric women's health promotion are needed. This study aimed to know the professionals' practices and discuss the assistance provided to women in climacteric period in health primary care in Santos. This is an intervention research with teams of the Family Health Strategy (FHS) and the Extended Family Health Center (NASF), with nine professional categories. The data were produced from workshops encouraging the active participation of the subjects. They were recorded, transcribed and analyzed by content analysis. Professionals point out there are no actions focused on this population and that the complaints of women who are in the climacteric period are not perceived or are minimized by the lack of knowledge and reflection on the issue by the team. The FHS actions are still directed to the priority groups (hypertensive and diabetic patients, pregnant women) and some women's complaints are understood as a problem related to mental health (depression) giving invisibility to climacteric women. The workers recognize the difficulty for women to experience the climacteric syndrome with the actions offered by the services, which are not prepared for the approach in the climacteric period and the conditions of vulnerability of women in the studied region. The NASF team can contribute to multidisciplinary actions, which qualify care for women throughout the life cycle. The actions of permanent education in health, in the daily work of the FHS and NASF teams can extend the professionals' understanding of the women care, as well as rethink professional practices in the unique contexts of the territories. The data production from this research may support the construction of public policies in the area of Women's Health in the city of Santos aiming at comprehensive health care and humanized assistance to women in the climacteric period.

**Keywords:** Family Health Strategy; Climacteric Period; Public Health Policies; Women's Health; Comprehensive Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Divisão do climatério	30
Quadro 2 - Processo de evolução das células sexuais femininas	31
Quadro 3 - Categoria profissional e frequência de participação nas oficinas	50
Quadro 4 - O percurso das oficinas	51
Quadro 5 – Assistência à saúde da mulher na perspectiva dos profissionais	53
Quadro 6 – A vivência do climatério segundo as mulheres que participaram da oficina	57
Quadro 7 – Demandas da mulher climatérica na perspectiva dos profissionais	60
Quadro 8 – Pistas para ações de Educação Permanente em Saúde	67
Quadro 9 - Propostas de ações pela equipe	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACE- Agente de controle de endemias

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AC- Análise de Conteúdo

AVV- Atrofia vulvovaginal

CAPS- Centros de Atendimento Psicossocial

CIR- Comissão Intergestores Regional

CHE- Complexo Hospitalar dos Estivadores

CHZN- Complexo Hospitalar da Zona Noroeste

CMI- Coeficiente de Mortalidade Infantil

COFORM- Coordenadoria de Formação

COS MULHER- Coordenadoria de Saúde da Mulher

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV- Doença CardioVascular

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FSH- Hormônio Folículo Estimulante

GCERC- Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha

GTSM- Grupo Técnico de Saúde da Mulher

HHO- hipotálamo-hipófise-ovário

HPV- Papilomavírus Humano

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LH- Hormônio Luteinizante

MS- Ministério da Saúde

NAPS- Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS- Organização Mundial da Saúde

P- Profissional de Saúde

PAIVAS- Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PMAQ-AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Portaria GM/ MS- Portaria Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde

PPP- Pré parto, Parto e Pós parto

PROVAB- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SC- Síndrome Climatérica

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SOGESP- Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TH- Terapia Hormonal

THM- Terapia Hormonal Menopausal

TO- Terapeuta Ocupacional

TPM- Tensão Pré Menstrual

TRH- terapia de reposição hormonal

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

USF- Unidade de Saúde da Família

VD- Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

Apresentação	14
1. Introdução	17
1.1. Perfil populacional	17
1.2. Políticas públicas de saúde da mulher	18
1.3. Rede de assistência à mulher de Santos	26
1.4. Climatério	29
1.5. O papel da equipe na atenção à mulher no climatério	39
2. Objetivos	42
2.1. Objetivo geral	42
2.2. Objetivos específicos	42
3. Hipótese	43
4. Métodos	44
5. Resultados e discussão	49
5.1. Aproximação aos profissionais e combinados da pesquisa	49
5.2. As oficinas: participantes e dinâmicas	50
5.3. O cuidado no climatério: o que dizem os profissionais da atenção básica?	53
5.3.1. Ações ofertadas para as mulheres pela equipe, segundo os profissionais	53
5.3.2. As demandas das mulheres no climatério e as ações de cuidado segundo os profissionais e as mulheres do território	56
5.3.3. A EPS e o climatério: o despertar a partir do diálogo sobre o cotidiano	67
6. Considerações finais	76
7. Referências bibliográficas	79
ANEXO 1- Aprovação do Comitê de Ética	89
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94

## APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória na área da saúde quando ingressei no curso de graduação em Enfermagem na Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/SP. A dinâmica da universidade era bastante atrativa para uma jovem em busca de aprendizado pois além do curso ser em período integral, pude fazer vários cursos extra- curriculares que foram fundamentais na escolha da minha área de atuação.

Na sequência, fiz minha primeira especialização em Enfermagem Obstétrica na mesma instituição de ensino, onde comecei a ter noção da desigualdade na questão de gênero e as necessidades de atenção à saúde da população feminina. Minha atração pela área da obstetrícia se deu por não haver um dia como o outro durante o estágio, nada de rotina durante os plantões, além de poder na maioria das vezes, vivenciar momentos de alegria, como ajudar a mulher a trazer um ser humano ao mundo. E assim iniciei minha trajetória profissional, trabalhando em maternidades privadas no município de São Paulo e posteriormente em Santos, prestando assistência direta ao binômio mãe- filho.

No ano 2000 passei no concurso público da Prefeitura de Santos/ SP onde recusei a vaga de enfermeira obstetra na maternidade municipal optando por trabalhar na atenção primária visando experimentar outras áreas da saúde, momento que participei da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde o processo seletivo dos agentes comunitários de saúde (ACS), assim como a divisão de áreas e microáreas e toda a proposta inovadora deste programa em Santos.

Neste momento pude conhecer novos territórios e realidades difíceis como a Região Central Histórica, onde realizamos esse estudo, tendo noção da grande vulnerabilidade social desta área dos cortiços. Foi um choque de realidade que mais tarde me fez optar pelo trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) ao invés do serviço privado, por acreditar que é possível desenvolver um trabalho na saúde pública com qualidade, possibilitando acesso à todos, pelo menos nesse território onde fui sorteada a trabalhar.

Ainda mantive outro vínculo na área hospitalar em maternidade privada até meados de 2006. Após esse período continuei na Atenção Básica mas passei para a área de gestão da Secretaria de Saúde, onde me encontro até os dias atuais, me levando a buscar maior conhecimento em outro curso de especialização na área de Gestão em Saúde Pública, que finalizei no ano de 2009.

Em 2014, retornei à área de Saúde da Mulher ficando à frente da Coordenadoria de Saúde da Mulher (COS Mulher). Em 2015, ocorreu a última reforma administrativa da Prefeitura de Santos, sendo a COS Mulher alterada para Grupo Técnico de Saúde da Mulher (GTSM) sendo instituído por meio da Portaria SMS nº 20/2015 em 13 de abril de 2015 (SANTOS, 2015) onde tivemos o desafio de avaliar a assistência e melhorar a qualidade dos serviços que compõem a linha de cuidado materno- infantil, com foco na redução do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) sendo um tema que necessita de monitoramento constante em todos os níveis de atenção.

O fato de estar inserida nesse contexto onde dispomos de muito tempo com reuniões participando de grupos municipais e regionais, chegando a ser membro do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCERC) nos anos de 2014 a 2016 para discussões sobre a assistência materno- infantil, me fez repensar sobre a assistência que prestamos à mulher em outras fases da vida especialmente à mulher na faixa etária mais avançada, considerando as mudanças no perfil populacional e a preocupação com a qualidade de vida.

Assim sendo, após longos anos de afastamento da academia, por motivos pessoais e pela demanda assumida no trabalho, retorno aos estudos em 2017 com o Mestrado Profissional, sendo um grande desafio neste momento de vida, mas motivada a ampliar os conhecimentos sobre a assistência prestada à mulher no climatério em Santos, tema que é citado em vários estudos como assunto negligenciado quando comparado às questões reprodutivas e do câncer de mama e do colo do útero, além de perceber que não chegam demandas no GTSM sobre essa questão.

Este foi um dos fatores pelo qual escolhi esse tema considerando que não temos um protocolo municipal definido. Utilizamos como referência os protocolos do Ministério da Saúde.

Outro fato é por estar vivenciando o climatério e apesar de ter acesso à informação e trabalhar com diversos profissionais de saúde, tive muitas dúvidas sobre o caminho a escolher. Hoje, após vivenciar a síndrome climatérica por três anos, tenho clareza de que só estou conseguindo lidar melhor com essa fase por ter aprofundado meus conhecimentos no assunto e assim, conseguir de forma consciente, decidir sobre a melhor opção de conduta. Assim sendo, fiquei curiosa sobre como as mulheres SUS dependentes do município estão passando por esta fase e qual assistência estão recebendo das equipes de saúde de Santos.

Entretanto, realizar a pesquisa de campo foi um grande desafio para mim, pois mereceu grande atenção e cuidado quanto ao meu papel de pesquisadora e não como profissional de saúde, membro do GTSM.

A expectativa dessa pesquisa enquanto membro do GTSM é de ampliar as discussões no próprio grupo quanto à saúde da mulher e implantar ações que possibilitem prestar uma assistência integral à mulher, colaborando com a melhoria das Políticas Públicas do município de Santos/ SP.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Perfil populacional

As características da população no Brasil vêm apresentando mudanças significativas nos últimos anos com a queda da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Observa-se redução na taxa de crescimento populacional de 2,01% entre os anos de 1872 a 1890 para 1,17% entre os anos de 2000 a 2010 e, ainda, crescimento mais lento no número de crianças e adolescentes onde em 1940 era de 42,6% com a perspectiva de chegar em 14,1% no ano de 2050. Paralelamente, ocorre um crescente aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas, de 4,1% em 1940 com projeção de 29,4% para o ano de 2050 (BRASIL, 2016).

Houve redução da taxa de fecundidade, isto é, o número médio de filhos que uma mulher tem ao longo de sua vida reprodutiva, em pouco mais de sete décadas, de 6,16 filhos por mulher no ano de 1940 para 1,57 filhos em 2014. Entretanto, a expectativa de vida da população brasileira avançou em mais de 11 décadas sendo que no ano de 1900 era de 33,7 anos e em 2014 alcançou 75,4 anos (BRASIL, 2016).

O Município de Santos, São Paulo, acompanha essa tendência. Entre os anos de 2000 e 2010, a população de Santos teve uma taxa média de crescimento anual de 0,03% sendo bem menor comparada ao Estado que obteve a taxa de 1,01% no mesmo período. Observa-se uma queda progressiva na taxa de fecundidade sendo de 1,8 em 1991; 1,6 no ano 2000 e de 1,3 em 2010. No entanto, em duas décadas, entre 1991 a 2010, o índice de envelhecimento evoluiu de 8,59% para 14,05%. Considerando o número absoluto, a quantidade de representantes de idosos em Santos, saltou de 65.200 em 2000 para 80.353 em 2010. Desta maneira, de cada cinco moradores da cidade, um tem mais de 60 anos (BRASIL, 2013).

Segundo dados do SEADE (2017), o município tem 21,21% de sua população acima de 60 anos, bem superior à Região Metropolitana da Baixada Santista com 15,22% e o Estado de São Paulo com 14,01%.

Este panorama aponta a necessidade de análise dos diversos setores do Poder Público frente à transformação demográfica no país, especialmente no que diz respeito às mulheres, uma vez que, em relação ao gênero, o número de mulheres (51,48%) é superior ao de homens (48,52%). Sudeste é a região com maior concentração de mulheres sendo 51,97% da população e 48,03% de homens (BRASIL, 2015).

Estes achados também são encontrados em Santos. Segundo a distribuição da população por sexo e faixa etária, o município possui 76.338 mulheres entre 40 e 64 anos de um total de 227.448 (BRASIL, 2010), ou seja, 33,55% de todas as santistas indicam a necessidade de políticas públicas de saúde condizentes com os problemas relevantes desta faixa etária.

Adicionalmente, nota-se o crescimento de casas chefiadas por mulheres. Segundo informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que em 2015 as mulheres eram a pessoa de referência em 40,5% dos domicílios, enquanto, em 2005 esse valor era de 30,6% (BRASIL, 2015).

Assim sendo, o Brasil tem passado por transformações demográficas e epidemiológicas nos últimos tempos com o rápido e acentuado envelhecimento populacional, decorrente da combinação da queda da mortalidade com uma forte redução da fecundidade. Esse envelhecimento tem sido observado principalmente nas mulheres, que alcançaram uma expectativa de vida ao nascer de 72,6 anos no ano 2000, quase oito anos superior à dos homens. Dados de estudos epidemiológicos apontam mudanças no perfil populacional com a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares e neoplasias, sendo estas, atualmente, responsáveis pela maioria absoluta das mortes de mulheres adultas (LEÃO & MARINHO, 2002).

A revisão crítica dos indicadores e o monitoramento da situação de saúde das mulheres oferecem subsídios para o desenvolvimento de estudos que possam preencher lacunas relativas a outros temas como a saúde mental, a violência doméstica, o estresse ocupacional, os efeitos do trabalho sobre a saúde das mulheres e a generalização progressiva das terapias de reposição hormonal. As possibilidades de reflexão sobre os determinantes do processo saúde-doença-cuidado podem colaborar para a elaboração de novas propostas na busca da equidade em saúde além de indicar a direção para a implementação de políticas públicas (LEÃO & MARINHO, 2002).

## **1.2. Políticas públicas de saúde da mulher**

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas referente à gestação e ao

parto. Nas décadas de 30, 50 e 70, os programas de assistência materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher baseados em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde de seus filhos e familiares (BRASIL, 2011).

Na década de 1980, o Ministério da Saúde, interagindo com instituições públicas do setor lançou o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, que serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que foi elaborado em 1983 e publicado em 1984, e que surge enquanto política de saúde como resposta às necessidades e problemas de saúde da população feminina como mortalidade materna, gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e representou a primeira iniciativa do Ministério da Saúde de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher facilitando o acesso à essas informações visando garantir livres escolhas e o direito das mulheres de decidir sobre o próprio corpo tendo como proposta o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional a ser desenvolvida na rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 1984).

O movimento se deu após elevado crescimento populacional conhecido como “explosão demográfica” por volta dos anos 80 sendo a saúde reprodutiva, o foco das discussões pelo interesse no controle da natalidade. A população havia duplicado de 2,5 bilhões para 5 bilhões de pessoas em apenas 37 anos, entre o período de 1950 a 1987. Fato que ocorria em torno de 100 ou 200 anos conforme a série histórica entre os anos de 1650 a 1850. Neste momento, também ocorria no Brasil a organização de movimentos sociais incluindo o feminista como resultado de maior consciência da população em relação a seu papel na democracia tendo a saúde como “direito do cidadão e dever do Estado” reafirmada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (SEPÚLVEDA, 1997).

A proposta do PAISM era de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Além de ampliar a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas (BRASIL, 2004).

O PAISM se mostrou como a primeira experiência concreta relacionada às questões de gênero e incorporada nas políticas de saúde com foco na dimensão social e passa a constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina (D'OLIVEIRA, 1996; FONSECA, 1999).

Entretanto, a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional apontou morosidade e descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz dificuldades e a falta de compromisso político para com a implementação do programa num contexto onde havia um caos de todo o sistema público de saúde, contudo ficou marcado como um programa pioneiro na conquista e no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde (OSIS, 1998).

Vidal *et al.*, (2012) avaliando os avanços e retrocessos do PAISM após 25 anos de sua criação, percebeu-se uma deficiência na assistência não atendendo a proposta inicial do Programa que incluía ações educativas e preventivas de saúde para ofertar aos cidadãos uma melhor compreensão do seu estado de saúde ou doença.

Em 1994, o Ministério da Saúde lança a Norma de Assistência ao Climatério e em 1999, a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos foi inserida no planejamento da Área Técnica de Saúde da Mulher (MARON *et al.*, 2011).

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes, construída a partir das propostas do Sistema Único de Saúde, tendo como diretrizes a humanização e a qualidade do atendimento a segmentos da população feminina ainda sem visibilidade e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher incluindo um capítulo específico sobre as mulheres no climatério. O objetivo era de implantar e implementar a atenção à essa população em nível nacional com intenção de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos (BRASIL, 2004).

*Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher era de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro e contribuir*

*para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis (BRASIL, 2004).*

A Política também propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento na atenção à saúde das mulheres de diferentes faixas etárias, ou seja, em todos os ciclos de vida, assim como, dos diferentes grupos populacionais como as mulheres negras, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, indígenas, presidiárias, mulheres em situação de risco, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2004).

O capítulo sobre climatério orienta sobre a necessidade de adoção de medidas que melhorem a qualidade de vida durante e após o período, como por exemplo o combate ao sedentarismo, manutenção de uma alimentação saudável e o controle do peso, além de hábitos como o não tabagismo. E estimula práticas de lazer, atividades com amigos e família, dedicar parte do tempo a uma atividade produtiva e o acesso à informação possibilitando que as mulheres sejam corretamente informadas sobre seus direitos e de forma consciente possa decidir sobre as possibilidades preventivas e terapêuticas para o seu corpo (BRASIL, 2004).

Em 2008, foi lançado o Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde concretizando um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que é de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida com diretrizes que orientam os profissionais de saúde para uma atenção integral e humanizada.

O manual aborda princípios fundamentais da atenção em saúde como o acolhimento e a ética nas relações entre profissionais e usuárias, a sexualidade, os aspectos emocionais e psicológicos e o aparecimento de possíveis sintomas, fruto das transformações hormonais que acompanham o climatério. As opções terapêuticas preconizadas por este manual se baseiam em uma visão holística da mulher com as indicações corretas da terapia de reposição hormonal e apontam para outras alternativas de tratamento, como a fitoterapia, medicina antroposófica e a homeopatia (BRASIL, 2008).

Porém, de acordo com Vidal *et al.* (2012) na prática, a atenção às mulheres climatéricas se caracteriza no cuidado focado mais na doença, ou seja, na “medicalização”

do corpo onde o indivíduo não é percebido como um componente essencial na construção das práticas dos serviços de saúde.

Segundo Pereira e Siqueira (2009), apesar das grandes conquistas alcançadas pelo movimento sanitário brasileiro nos últimos anos em relação à assistência a mulher em todas as fases do ciclo vital, a atenção ao climatério ainda é frágil e está longe de oferecer um modelo que se preocupe com o cuidado integral.

Apesar de todos os esforços e avanços na área de saúde da mulher, persistem noções essencialistas no âmbito da área reprodutiva (LEÃO & MARINHO, 2002). Segundo França e Lansky (2009) continua-se em busca da redução da mortalidade infantil considerando ser um evento indesejável em saúde pública, pois geralmente os casos são de mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis.

Neste sentido, em 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459, fundamentada nos princípios da humanização e assistência qualificada, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré natal; transporte para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro, direito à acompanhante, de livre escolha da gestante, atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. É uma estratégia que tem o objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil com esforços para reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Estas políticas são reforçadas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), orientadores de políticas nacionais e de atividades de cooperação internacional, sucedendo e atualizando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Pactuados internacionalmente em 2015, enfoca a melhoria da vida das pessoas no mundo visando acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar para todos, além de proteger o meio ambiente e enfrentar as mudanças climáticas. Os ODS fazem parte de uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável composta por objetivos e metas a serem atingidos até o ano de 2030, que incluem reduzir a taxa de mortalidade materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2015).

Outro ponto importante que reforça a atenção à mulher no período reprodutivo instituído pelo Ministério da Saúde é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por meio da Portaria nº 1.654/2011 visando qualificar a atenção básica com padrões de qualidade comparáveis a nível nacional, regional e local com propostas de desenvolvimento de diversas ações. O climatério está inserido de forma tímida no bloco intitulado “a equipe de atenção básica realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros” com ações relacionadas ao câncer de próstata no homem, atendimento aos adolescentes e a demências em idosos. O foco estratégico da atenção básica pactuado no PMAQ-AB em relação à saúde da mulher considera indicadores de desempenho na área reprodutiva em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha (ALVES, ANDRADE & SANTOS, 2016).

*Tradicionalmente, nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também é prioridade de saúde pública a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, prática bem consolidada na Atenção Básica. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento, ainda está em processo de consolidação (BRASIL, 2016, p.13).*

O câncer de mama é o tipo da doença mais incidente na população feminina mundial e brasileira, depois do de pele não melanoma, correspondendo a cerca de 25% dos casos novos a cada ano. No Brasil, esse percentual é de 29%. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama é hoje uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011 (BRASIL, 2019).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é o órgão brasileiro auxiliar do Ministério da Saúde que atua no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. As diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil lançada em 2015 com o objetivo de oferecer aos gestores e profissionais de saúde, orientações para compreender, planejar e

avaliar as ações de controle deste câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Atenção Primária no Brasil (BRASIL, 2015).

A incidência de câncer de mama aumenta conforme a idade avança, especialmente acima dos 50 anos. Na pré-menopausa, o excesso de peso confere um risco menor na incidência de câncer de mama e a explicação para esse fato permanece incerta. Vale lembrar que o excesso de peso aumenta o risco de vários tipos de câncer, como: do endométrio, da vesícula biliar, rim, fígado, cólon, colo uterino, tireoide, ovário e a leucemia. Na pós-menopausa, o excesso de peso é considerado fator de risco para o desenvolvimento da doença e isso pode ser explicado pelos níveis estrogênicos elevados resultantes da conversão periférica no tecido adiposo; a hiperinsulinemia também parece ter contribuição nos mecanismos de carcinogênese. São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da doença, situações onde há aumento da exposição a estrógenos (especialmente em tumores de mama com receptor hormonal positivo) como a menarca precoce, nuliparidade, idade mais avançada da primeira gestação e menopausa tardia (VIEIRA, 2017).

Em 2018 foi aprovada as últimas diretrizes diagnósticas e terapêuticas do Carcinoma de Mama através da Portaria Conjunta M.S. nº 19 de 3 de julho de 2018. As diretrizes desse objeto contêm desde o conceito geral do carcinoma de mama, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação até o controle e avaliação, sendo de caráter nacional e devendo ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2016b).

O câncer do colo do útero, também conhecido como câncer cervical, é causado pela infecção persistente de alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV) chamados de tipos oncogênicos. Estima-se que haja 200 genótipos do HPV, dezoito dos quais intimamente relacionados com o desenvolvimento do câncer, com destaque para os genótipos 16 e 18, responsáveis por 90% dos casos. É o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina, excluindo o câncer de pele não melanoma, atrás do câncer de mama e do colorretal. É a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2018).

A infecção pelo HPV é muito frequente e na maioria dos casos não causa a doença. Contudo, pode ocorrer alterações celulares evoluindo para o câncer. O exame preventivo

conhecido como Papanicolau consegue detectar facilmente essas alterações sendo curáveis na quase totalidade dos casos. O exame é direcionado às mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos e interrompidos após essa idade, se houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos, por isso, é importante a conscientização da população feminina e a garantia de acesso na Atenção Básica para a realização periódica do exame (BRASIL, 2018).

Nas últimas três décadas, as taxas de câncer de colo do útero têm caído na maioria dos países desenvolvidos, resultado dos programas de rastreamento e tratamento das lesões precursoras. Em contra partida, nos países em desenvolvimento, as taxas têm permanecido inalteradas ou até mesmo aumentaram. Essa é uma doença onde o fator socio-econômico tem interferência pois afeta principalmente as mulheres com renda mais baixa e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Infelizmente se traduz como um reflexo de iniquidade em saúde haja vista que se configura como sendo uma causa de morbimortalidade evitável. De acordo com o INCA, a estimativa de novos casos no Brasil é de 16.370 para cada ano do biênio 2018-2019, com risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (CARVALHO, O'DWER & RODRIGUES 2018).

De acordo com Silva, Silva, Peres e Oliveira (2018), há forte associação entre a multiparidade e as lesões intraepiteliais, aumentando em quatro vezes o risco de desenvolver câncer cervical, justificado pelos fatores hormonais, traumáticos e imunológicos da gravidez.

Considerando que os jovens iniciam precocemente sua vida sexual e muitas vezes sem a proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) como a infecção pelo HPV entre outras, fica claro a importância da realização do exame citopatológico nas campanhas de rastreamento e prevenção do câncer de colo do útero (AGUILAR & SOARES, 2015).

A Portaria nº 497, de 09 de maio de 2016, aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero contendo as últimas recomendações para o rastreamento desse tipo de câncer, tendo caráter nacional para serem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

De acordo com Medeiros e Guareschi (2009), a compreensão de fazer saúde pública é responsabilidade de todos e não apenas do governo, mas também de parceiros

como a sociedade, fortalecendo o controle social. O envolvimento da sociedade civil organizada e a científica, também se faz-se necessária. Desta forma, pensar na Atenção Integral à Saúde da Mulher requer ações práticas em conjunto com profissionais e usuárias, para a garantia da integralidade do cuidado e equidade em saúde.

### **1.3. Rede de assistência à mulher de Santos**

A equipe de gestão da saúde da mulher em Santos é composta por integrantes do Grupo Técnico de Saúde da Mulher (GTSM) instituído por meio da Portaria SMS nº 20/2015 em 13 de abril de 2015 e tem as seguintes atribuições e competências (SANTOS, 2015):

- I - Prestar assessoria técnica relativa à Saúde da Mulher no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.
- II - Propor processos de trabalho relacionados à Atenção Integral à Saúde da Mulher nos diversos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo a articulação entre as áreas assistenciais.
- III - Trabalhar integrado às Comissões instituídas nesta SMS para contribuir em assuntos relativos a itens específicos.
- IV- Elaborar protocolos assistenciais relacionados à Saúde da Mulher no âmbito do SUS/Santos.
- V - Apoiar ações relacionadas à Saúde da Mulher articuladas com todas as áreas da SMS e dar pareceres técnicos em assuntos afins.
- VI - Prestar apoio técnico as demandas relativas à Saúde da Mulher, além das descritas acima.
- VII - Incentivar e dar subsídios à implantação ou implementação de ações relacionadas à Saúde da Mulher.
- VIII – Apoiar a COFORM no desenvolvimento contínuo dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde relativos à Saúde da Mulher.
- IX - Apoiar as equipes municipais de saúde para o desenvolvimento das ações preconizadas pela Política nacional e estadual de Saúde da Mulher.

A rede básica de atenção à saúde que atende a população feminina é composta por 31 unidades, distribuídas em cinco regiões da cidade: Zona da Orla-Intermediária, Região Central Histórica, Morros, Zona Noroeste e Área Continental.

Na cidade, encontram-se unidades organizadas segundo modelo tradicional (composto por equipe de médicos especialistas como clínico geral, ginecologista, pediatras, além da equipe de enfermagem, administrativa e agentes comunitários de saúde) e segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), concentrada em áreas de maior vulnerabilidade social, composta por médicos generalistas, enfermagem, administrativo e agentes comunitários de saúde, além do apoio das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família- NASF, formado por psicólogo, assistente social, educador físico, nutricionista e farmacêutico, entre outros. Em 2015, Santos iniciou a ampliação da cobertura de Saúde da Família cadastrando 10 novas equipes nas regiões dos Morros e Centro e em 2016, mais 11 equipes na região da Zona Noroeste totalizando 37 equipes, cobrindo 30% do município.

A demanda da atenção especializada à mulher é atendida no Instituto da Mulher e Gestante com equipe multiprofissional e presta assistência ao pré-natal de adolescentes e o pré-natal de alto risco, Escola das Mães, mastologia, cirurgia ginecológica, planejamento reprodutivo, patologia cervical, patologia endometrial, infanto-puberal, exames de colposcopia e ultrassonografia e o programa de atendimento às vítimas de violência sexual - PAIVAS.

Em setembro de 2015, a Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista iniciou o projeto de extensão “Atenção multiprofissional a mulheres no climatério usuárias do Instituto da Mulher e Gestante” com a proposta de desenvolver ações de orientação e cuidados interdisciplinares relacionados ao climatério, em consonância com o projeto político pedagógico da Universidade. Com a pouca adesão, o acesso foi ampliado e oferecido às unidades de saúde da atenção básica. Porém, a demanda ainda se manteve baixa sendo o programa encerrado no ano de 2018.

As referências para a saúde da mulher na atenção hospitalar são o Complexo Hospitalar da Zona Noroeste (CHZN), antiga maternidade Silvério Fontes, onde ocorrem partos de risco habitual e pequenas cirurgias como a laqueadura tubária e o Complexo Hospitalar dos Estivadores (CHE), aberto em janeiro de 2017, ampliando o atendimento na área materno-infantil, além de colaborar com a adequação do número de leitos obstétricos e neonatais da região. Demandas cirúrgicas de maior complexidade são

atendidas em hospitais parceiros como a Sociedade Portuguesa de Beneficência e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

As discussões acerca da mortalidade materna e infantil tem agenda regular por meio dos Comitês de Prevenção ao óbito materno, fetal e infantil tanto a nível municipal como regional considerando os indicadores que colocam a Região Metropolitana da Baixada Santista como a pior das regiões do Estado de São Paulo apresentando um coeficiente de mortalidade infantil de 14,33 (por mil nascidos vivos) e a razão de mortalidade materna de 107,65 (por 100 mil nascidos vivos). Os indicadores municipais vem apresentando redução nos últimos anos, estando entre os municípios com melhores índices quando comparados aos demais, que compõem a RMBS (BRASIL, 2017).

O problema da mortalidade materna e infantil é multifatorial e se agravou com o fechamento de maternidades públicas na região ocasionando peregrinação das gestantes devido a insuficiência de leitos para a assistência ao parto e nascimento seguros conforme preconizado pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

As discussões são atuais e contínuas, ocorrendo não apenas com as equipes técnicas, mas também a nível de secretários municipais de saúde na Comissão Intergestores Regional (CIR) com o objetivo de implementar ações propostas no Plano Regional da Rede Cegonha.

Em 2013 foi lançado o Programa Mãe Santista visando implementar ações relacionadas à saúde da gestante e bebê com o objetivo de qualificar a assistência no pré-natal, parto, nascimento e puerpério visando reduzir os indicadores de mortalidade materna, fetal e infantil do município.

Por conta dos desafios relacionados à mortalidade materno-infantil, o GTSM direciona grande esforço e tempo em reuniões de diagnóstico e planejamento visando implementar ações que fortaleçam a rede de cuidados à gestante e ao recém-nascido. Uma das estratégias para esta ação foi a criação de grupo de médicos ginecologistas/obstetras com a função de apoiar as equipes da atenção básica nas questões da saúde da mulher, fazer a revisão e atualizar os protocolos municipais, realizar encontros/ capacitações com os profissionais que compõem a linha de cuidado da gestante, discutir casos necessários com as equipes, entre outras.

Tivemos avanços na parte estrutural dos serviços com melhoria da ambiência de policlínicas, inauguração de nova sede do Instituto da Mulher e Gestante, reforma na

maternidade Silvério Fontes/ CHZN, com a criação de salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) visando maior privacidade e assistência humanizada à gestante, finalizando com a abertura do Complexo Hospitalar dos Estivadores possibilitando que o município complete suas necessidades conforme diretrizes da Rede Cegonha.

Em virtude de esforços para ampliação das ações de saúde da mulher no município, o GTSM conseguiu, de forma inédita, inserir no Plano Municipal de Saúde de Santos para o período de 2018 a 2021, um objetivo para o fortalecimento das ações relacionadas ao climatério, na diretriz denominada Fortalecimento de Políticas e Programas de Saúde inserida no eixo das Políticas e Programas de Saúde Prioritários.

O documento tem como objetivo, o planejamento e implementação de ações de médio e longo prazo para a proteção, prevenção e promoção de saúde para população santista, com necessidade de reorganização do orçamento/financeiro com maior habilidade e manejo de toda secretaria de saúde. Deixa explícito os compromissos da Secretaria Municipal de Saúde, considerando todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção.

O Plano Municipal de Saúde é considerado como instrumento balizador de planejamento, é obrigatório e tem seu marco regulatório no Art. 3º da Portaria GM/MS Nº 2.135 de 25 de Setembro de 2013 e no decreto 7.508/2011 que regulamenta a lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde.

#### **1.4. Climatério**

A mulher passa por algumas fases na sua vida com marcos importantes como a menarca, primeiro fluxo menstrual que segundo Bacarat (2007) é conhecido pelas suas implicações reprodutivas representando a passagem para a feminilidade. Segue por esta fase até chegar no período do climatério e a menopausa, que é a última menstruação, sendo esta, outro marco em sua vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o climatério é uma fase biológica da vida da mulher, e não um processo patológico, a passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo. Ocorre na faixa etária dos 40 aos 65 anos de idade, ou seja, por um longo período na vida da mulher. O limite dessa fase é a menopausa equivalendo ao último ciclo menstrual sendo reconhecida após passados 12 meses de sua ocorrência. Habitualmente acontece entre os 48 e 50 anos de idade (OMS, 1996).

O manual de orientação sobre o climatério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) considera que “*o climatério corresponde à fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo (menacme) até a senectude (senescência ou senilidade)*” (FEBRASGO, 2004, p.11).

A idade de instalação da menopausa no Brasil é em torno dos 50 anos podendo variar entre os 35 aos 59 anos de idade (FEBRASGO, 2004). Para fins didáticos, este período é dividido conforme o quadro 1.

#### Quadro 1- Divisão do climatério

<b>Fase</b>	<b>Período</b>	<b>Características</b>	<b>Condição clínica</b>
Pré menopausa	A partir dos 40 anos	Início da diminuição da fertilidade	Mulheres com ciclos menstruais regulares ou com o mesmo padrão menstrual que tiveram ao longo de sua vida reprodutiva
Perimenopausa ou transição menopausal	2 anos antes da última menstruação e estende-se até 1 ano após	Início das alterações hormonais	Os ciclos menstruais tornam-se irregulares; os sintomas começam a se manifestar com maior intensidade
Pós-menopausa	1 ano após o último período menstrual	Precoce	Ocorre nos 5 anos da última menstruação
		Tardia	Ocorre com mais de 5 anos da última menstruação

Fonte: Associação Brasileira de Climatério – SOBRAC (2004)

Segundo Giordano (1997) o eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) é o centro principal responsável por regular as funções endócrinas e os fenômenos menstruais na mulher. Pode sofrer influências de outras glândulas endócrinas como as suprarrenais e a tireoide, além de órgãos como o fígado, rim e tecido gorduroso ocasionando modificações

no eixo HHO. As encarregadas pela produção dos hormônios sexuais ligados diretamente à reprodução são as glândulas hipotálamo e hipófise. A hipófise é estimulada pelo hipotálamo ocasionando a produção das gonadotrofinas que liberam o FSH (hormônio folículo estimulante) e o LH (hormônio luteinizante). Nos ovários, o FSH estimula a liberação do estradiol, hormônio sexual com o objetivo de amadurecimento de um ou mais óvulos. O LH auxilia o óvulo a se romper do ovário e a cair nas trompas.

A mulher já nasce com a quantidade de óvulos que vai liberar por toda sua vida, conforme mostra o quadro 2.

### Quadro 2- Processo de evolução das células sexuais femininas

<b>Fase/ período</b>	<b>Desenvolvimento do óvulo</b>	<b>Conceito</b>
Embrionária ocorre na 3ª semana de gestação	Formação das células reprodutoras	Célula sexual, célula germinal ou gameta, capaz de originar outras células. São capazes de se unir com uma célula do sexo oposto para formar um ovo ou zigoto que por segmentações origina um novo indivíduo
20ª semana de gestação	7 milhões de oogônias	Células que se multiplicam através da mitose, durante a fase da oogênese
Ao nascer	2 milhões de oócitos	Gameta feminino que ainda não atingiu a maturidade.  Também chamada de ovócitos= células germinativas femininas ou células sexuais
Puberdade	300.000 ovócitos	Células germinativas femininas ou células sexuais
Reprodutiva da mulher	400 a 500 ovócitos vão sofrer maturação	Aptos a sofrer fecundação

Fonte: Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo – SOGESP (2015)

O estradiol desempenha papel além da função reprodutiva. É responsável por 300 outras atividades como, por exemplo, a manutenção dos tecidos do organismo garantindo a elasticidade da pele e dos vasos sanguíneos, a reconstituição dos ossos e a proteção de atividades cerebrais como a memória (SOGESP, 2015).

A partir dos 35 anos da mulher, inicia o processo de desaparecimento dos folículos sendo que após os 45 anos, os ciclos menstruais são anovulatórios, ou seja, sem óvulos. A oscilação na ovulação desencadeia um desequilíbrio na produção dos hormônios com diminuição no nível de progesterona e flutuação no nível de estrogênio dando início ao período do climatério na vida da mulher (SOGESP, 2015).

São vários os sintomas do climatério, podendo ser divididos em alterações de comportamento como irritabilidade, ansiedade, depressão, nervosismo, insônia, diminuição da libido, amnésia, fadiga mental, melancolia; alterações neurovegetativas como ondas de calor, sudorese, palpitações, cefaleia, tonturas, opressão, zumbido, hipertensão arterial e alterações metabólicas e atróficas como atrofia urogenital, atrofia cutânea, osteoporose, arteriosclerose, artralgia, mialgia, neuralgia, obesidade (REIS *et al.*, 2000).

Pela gama de sintomas possíveis, esse conjunto de sintomas pode ser considerado como a Síndrome do Climatério (SC). Em estudo tipo inquérito populacional realizado em Campinas/ SP com 456 mulheres foi observado que os sintomas relacionados à SC teve uma alta prevalência, em que 96,9% das mulheres abordadas tiveram pelo menos um dos sintomas.

*Estima-se que os sintomas ocasionados pelo climatério atinjam cerca de 60 a 80% das mulheres. Os mais prevalentes foram: o nervosismo em 82% dos casos, fogachos em 70%, cefaleia em 68%, irritabilidade em 67% e sudorese em 59%, ou seja, uma prevalência elevada sendo semelhante aos trabalhos realizados em países desenvolvidos. A intensidade dos sintomas vasomotores e psicológicos não variou segundo o estado menopausal (PEDRO *et al.*, 2003, p.738).*

Outro estudo, tipo inquérito populacional domiciliar, realizado por Malheiros *et al* (2014) avaliou a prevalência da Síndrome Climatérica (SC) em 1.210 mulheres em São Luís/ Maranhão apresentando resultados inferiores. A prevalência da SC foi de 85,9%

sendo que os sintomas vasomotores, como os fogachos (56,4%) e sudorese (50,4%) foram os mais prevalentes. Os sintomas psicológicos que mais apareceram foram o nervosismo em 45% e irritabilidade em 44,8%. A queixa urogenital mais prevalente foi o ressecamento vaginal em 62,7%. Os sintomas vasomotores e psicológicos foram mais intensos nas fases de peri e pós-menopausa.

A transição climatérica tem um grande impacto na vida das mulheres, as mudanças tem repercussão na saúde geral da mulher, podendo ocorrer alterações na sua autoestima, qualidade de vida e também na longevidade (FEBRASGO, 2010).

Analisar a saúde da mulher na fase do climatério e conhecer como ela própria percebe suas condições de saúde são medidas importantes para o planejamento de ações e estratégias com foco na prevenção e de promoção de saúde, visando retardar morbidades e permitindo uma melhor qualidade nessa fase da vida das mulheres (SILVA *et al.*, 2018).

Berni, Luz e Kohlrausch (2007) referem que as falas das mulheres climatéricas possuem sentido negativo descrevendo a associação entre o climatério e o envelhecimento no contexto da nossa sociedade onde a cultura ocidental valoriza muito a juventude e o papel reprodutivo da mulher.

O período do climatério propõe um desafio as mulheres pois ocorre de forma simultânea, as mudanças físicas, hormonais e psicossociais. No campo físico, há uma tendência ao declínio na situação de saúde devido o aparecimento de doenças crônicas associadas ao processo de envelhecimento. As mudanças hormonais no climatério ocorrem pela diminuição da função folicular ovariana levando a instabilidade vasomotora. No campo psicossocial, essa fase corresponde a uma série de mudanças na vida da mulher somado a questões familiares/ conjugais e com filhos e com a aposentadoria, agravando ainda mais o contexto das alterações orgânicas (SILVA *et al.*, 2018).

Estudo realizado por Silva *et al.*(2018) com 761 mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos também revelou uma elevada prevalência de autopercepção negativa da saúde (saúde regular ou ruim) entre as mulheres climatéricas, resultado similar ao estudo realizado com pessoas idosas de ambos os sexos que também apresentou elevada prevalência para autopercepção negativa de saúde. A análise desses resultados aproxima

os resultados de autopercepção de saúde de mulheres climatéricas daqueles encontrados com a população idosa.

A fase do climatério dura em torno de um terço da vida da mulher, ou seja, uma fase longa em que podem ocorrer sintomas de maior ou menor intensidade interferindo diretamente no bem-estar de sua vida. Os sintomas do climatério significam para algumas mulheres, o reconhecimento do início do envelhecimento e o fim da sua vida reprodutiva. Há uma insatisfação das mulheres com as mudanças de seu corpo, das alterações emocionais como sensações de tristeza, da falta que a menstruação causou, além de angústias e amarguras que não sabem de onde vêm (GONÇALVES, 2005).

De acordo com Oliveira *et al* (2008), o padrão de beleza imposto pela sociedade leva a mulher dos dias atuais a desejar estar de acordo com uma imagem feminina bela e perfeita, acarretando sentimentos de baixa autoestima, entre outros.

Segundo Gonçalves *et al* (2016), o ganho de peso é outro fator que tem influência na autoestima das mulheres criando uma imagem negativa de seu corpo podendo levar ao comprometimento, especialmente em relação a satisfação sexual com a impressão de que perdeu seu poder de sedução. A associação da queda hormonal a fatores externos como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, pode levar a mulher a ter um ganho ponderal de peso em média de 2 Kg/ ano ao longo de três anos.

A maioria das mulheres vive, ainda hoje, o climatério em silêncio, com poucas informações a respeito desta etapa da vida. A beleza vinculada à juventude e à fertilidade continuam intensamente valorizadas, interferindo na identidade da mulher, afetando negativamente a construção da sua autoestima (MENDONÇA, 2004).

O sistema de saúde deve adotar estratégias para a captação precoce dessas mulheres com acolhimento, escuta qualificada e oferta de ações na perspectiva da promoção da saúde. Neste sentido, a atenção básica é o nível de atenção indicado para atender a maioria das necessidades de saúde das mulheres no climatério, mas também deve estar preparada para oferecer atendimento referenciado com especialistas, quando indicado. A necessidade de investigação clínica em mulheres no período do climatério vem se tornando cada vez mais necessária à medida que aumenta a expectativa média de vida da população (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde enfatiza que as mulheres no climatério não sofrem de uma doença pela carência hormonal e alerta para a medicalização do corpo das mulheres, com

o uso sistemático de hormônios durante o climatério, considerando que a prática tem sido usual na medicina. O tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem a uma abordagem menos agressiva e invasiva possível (BRASIL, 2008).

Na década de 60 surgiu uma proposta de tratamento para aliviar os sintomas do climatério que é a terapia de reposição hormonal (TRH). Desde então tem sido objeto de muita discussão e interesse na medicina. Neste período a orientação era de prescrever estrogoterapia isolada para todas as mulheres menopausadas até começarem a surgir as complicações especialmente a nível do endométrio. Vinte anos depois, na década de 80, após a introdução das progestinas que tem efeito protetor no endométrio, a Terapia Hormonal Menopausal (THM) teve outra ascensão. Na década de 1990, a THM atingia seu apogeu quando os estudos sugeriam que a estrogoterapia na pós-menopausa podia prevenir a doença coronariana e a demência, além de evitar a perda de massa óssea (PARDINI, 2014).

A tendência atual é de propor um atendimento individualizado com mínima dosagem e com início precoce da terapia hormonal. Quando essas regras são observadas, o benefício do tratamento prevalece sobre seus riscos. Nos casos onde há contra indicação de terapia hormonal (TH) existem alternativas não hormonais e não farmacológicas para o tratamento da síndrome climatérica, que podem ter um melhor perfil de segurança, contudo são menos eficazes. A farmacoterapia deve ser considerada apenas um dos pilares do cuidado integral para o atendimento da mulher climatérica (FAIT, 2019).

A Comissão nacional especializada em climatério da FEBRASGO da gestão atual (2016 a 2019) atualizou o protocolo em relação à terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos, sendo lançado em 2018. A seguir, algumas considerações importantes desse consenso (NAHAS & NAHAS, 2018).

A TH é apontada como tratamento mais eficaz para os sintomas resultante da falência dos ovários, sendo que os benefícios superam os riscos para a maioria das mulheres que apresentam sintomas com idade abaixo dos 60 anos ou dentro do período de 10 anos da pós-menopausa. A decisão de seu uso deve ser individualizada, em que a qualidade de vida e fatores de risco como idade, tempo de pós-menopausa, risco de tromboembolismo, de doença cardiovascular (DCV) e de câncer de mama, devem ser

avaliados. Recomenda-se a menor dose efetiva da TH e pelo menor tempo necessário (NAHAS & NAHAS, 2018).

O tratamento dos sintomas vasomotores é considerado indicação primária para a TH, estando em conformidade em todos os recentes consensos sobre TH da menopausa, principalmente em mulheres que apresentam sintomas, com idade inferior a 60 anos e com menos de 10 anos de menopausa. Esses sintomas, ondas de calor e sudorese noturna, estão frequentemente presentes na peri e pós-menopausa acometendo até 80% das mulheres (NAHAS & NAHAS, 2018).

A redução dos estrogênios nos tecidos da vulva e da vagina levam a atrofia vulvovaginal (AVV). Os sintomas são referidos pela paciente e também pode ser detectado no exame ginecológico. Estudo realizado com 3.250 mulheres (europeias, norte-americanas e canadenses) com idades entre 55-65 anos, constataram que 80% das mulheres relataram sintomas de ressecamento vaginal, dispareunia em 50% dos casos com consequências negativas para a vida sexual em 80% e a piora da qualidade de vida em 25% das mulheres. Tanto a TH sistêmica ou a estrogenoterapia local podem melhorar a satisfação sexual por melhorar a lubrificação da vagina, o fluxo sanguíneo e a sensibilidade da mucosa vaginal, e conseqüentemente, a dispareunia (NAHAS & NAHAS, 2018).

Uma nova possibilidade que beneficia mulheres com AVV e que possuem restrição a hormonioterapia é o tratamento com Laser CO2 fracionado. É um tratamento inovador, porém, com resultados promissores, induz melhorias de todos os sintomas da AVV como a secura e o desconforto vaginal e a dispareunia, ocasionando uma melhora na vida sexual e da qualidade de vida, segundo estudos recentes. O tratamento consiste em 3 sessões de Laser com intervalo mínimo de 30 dias, sem necessidade de qualquer tipo de anestesia. Há também o Laser Erbium:YAG que tem sido referenciado na literatura como eficaz para o tratamento de incontinência urinária de esforço ligeira a moderada e até em prolapsos ligeiros, pois provoca uma remodelação do colágeno do tecido da mucosa vaginal que persiste durante 6 meses após o tratamento (SIMÕES *et al*, 2018).

A TH é eficaz na prevenção da perda óssea associada à menopausa e conseqüentemente na redução da incidência de todas as fraturas relacionadas à osteoporose como as fraturas vertebrais e dos quadris. Pode ser indicada para a prevenção

e tratamento da osteoporose em mulheres de elevado risco antes dos 60 anos de idade ou dentro dos primeiros anos de pós menopausa (ARCHER *et al*, 2011).

Um dos grandes desafios do Brasil é a atenção ao processo de envelhecimento da população. A osteoporose e fraturas por fragilidade óssea são destacadas pelos altos custos para a saúde pública devido sua alta taxa de morbimortalidade, causando um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos. Em estudos brasileiros, a prevalência relatada de osteoporose entre mulheres na pós-menopausa varia de 15,0% a 33,0% (BACCARO, 2015).

Com o avanço da idade ocorre aumento da prevalência das DCV e na menopausa, o risco pode se elevar em até duas vezes, principalmente em mulheres que entraram nessa fase antes dos 45 anos de idade em consequência da piora do perfil metabólico (GOMES, 2017).

De acordo com a OPAS Brasil (2017), as DCV são atualmente a principal causa de morte no mundo sendo que mais de três quartos do total de mortes ocorrem nos países de baixa e média renda. Em 2015, 31% de todas as mortes ocorridas no mundo foram por DCV.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema de saúde pública sendo responsável por elevado número de mortes anterior aos 70 anos de idade ou gerando incapacidades e limitações que interferem nas atividades diárias e no trabalho, prejudicando a qualidade de vida. A prevenção e controle desses agravos dependem de mudanças no estilo de vida eliminando ou reduzindo fatores de risco que atualmente são bastante prevalentes na população como o sedentarismo, excesso de peso, consumo abusivo de álcool, tabagismo, alimentação rica em gorduras, entre outros (SZWARCOWALD, *et al* (2019).

Os efeitos benéficos da TH sobre a função vascular, o metabolismo da glicose e os níveis lipídicos podem melhorar o risco cardiovascular. As informações atuais sugerem que os benefícios da TH superam os seus riscos, com menos eventos da DCV em mulheres saudáveis na peri e pós-menopausa inicial. Ao contrário quando indicada para mulheres com muitos anos de menopausa, pois o risco cardiovascular aumenta (NAHAS & NAHAS, 2018).

Outros sintomas como dores articulares e musculares, mudanças de humor e distúrbios do sono, podem ser minimizados com o uso da TH colaborando para uma melhor qualidade de vida (NAHAS &NAHAS, 2018).

As contra indicações para a TH são: doença hepática descompensada, câncer de mama, lesão precursora para câncer de mama, câncer de endométrio, sangramento vaginal de causa desconhecida, porfiria, doença coronariana, doença cerebrovascular, doença trombótica ou tromboembólica venosa, lúpus eritematoso sistêmico, meningioma – apenas para o progestagênio (NAHAS &NAHAS, 2018).

O uso da TRH deve ser recomendada pelo médico de comum acordo com a mulher e exige um acompanhamento adequado, incluindo o tempo e relação dose resposta (GIACOMINI & MELLA, 2006).

Por outro lado, há práticas e terapias tradicionais como a medicina antroposófica e a fitoterapia que aliadas a um estilo de vida saudável com alimentação adequada, atividade física regular, boa saúde mental e emocional, podem apoiar de forma satisfatória a mulher durante o climatério. Diante das diversas possibilidades é necessário que as mulheres tenham acesso a atendimento humanizado e de qualidade, além de informação sobre as vantagens, limites e riscos de cada uma (BRASIL, 2008).

As práticas integrativas e complementares contemplam os sistemas médicos complexos e os recursos terapêuticos envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras valorizando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive (BRASIL, 2015).

Em 2015 foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), momento em que algumas práticas como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde colaborando para a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado, especialmente o autocuidado (BRASIL, 2015) contudo, os desafios da sua organização e expansão dentro dos serviços deve ser ampliado, principalmente em relação aos profissionais de saúde que necessitam de maior compreensão a fim de serem oferecidas aos usuários, onde as mulheres no climatério seriam beneficiadas.

No município de Santos não existe até o momento, um protocolo específico sobre a atenção às mulheres no climatério, utilizamos como referência os protocolos do Ministério da Saúde e alguns consensos e atualizações médicas da FEBRASGO. As recomendações para a saúde da mulher estão descritas no caderno de protocolos da Atenção Básica- Saúde das mulheres, que foi publicado em 2016. Nos casos onde há necessidade de tratamento medicamentoso, temos a isoflavona (fitoterápico) e um tipo de estrogênio conjugado. Estamos aguardando a padronização de outros medicamentos para reposição hormonal por via oral e creme vaginal.

Entretanto, há necessidade de maior divulgação e discussão sobre o tema com os profissionais de saúde. Neste sentido, aproveitamos o mês de março do corrente ano (2019), lembrado como o mês da mulher, para abordar sobre o climatério em evento alusivo ao dia internacional da mulher, promovido pelo GTSM. A nível regional, o tema também foi abordado no mesmo período com a expectativa de alcançar os profissionais de saúde de toda região (RMBS).

### **1.5. O papel da equipe na atenção à mulher no climatério**

O climatério é motivo de muitas dúvidas entre as mulheres levando à insegurança e medo desta fase da vida. As incertezas são diversas como o uso ou não de TRH, as consequências desta em seus corpos, o que pode acontecer com o término da menstruação e o que fazer para manter o bem-estar. Necessitam de confirmação profissional sobre os sintomas e o cuidado indicado para as modificações que estão vivenciando em seus corpos. A valorização da escuta das dúvidas e dos medos, assim como a exposição de suas dificuldades e experiências, podem ajudá-las a superar os problemas próprios deste período, de forma mais harmoniosa e consciente (ZANOTELLI *et al*, 2012).

O relatório da OMS “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” indica a necessidade de fortalecer os serviços de saúde visando atender as necessidades das mulheres durante toda sua vida incluindo o acesso, abrangência e capacidade de resposta às demandas de saúde, dado que atualmente, o acesso é irregular e desigual quando se compara a assistência pré natal e outras necessidades da saúde das mulheres (OMS, 2011).

A pesquisa do tipo inquérito populacional domiciliar realizada no município de Campinas com a população feminina na faixa etária entre 45 a 60 anos demonstrou que a busca por atenção médica devido irregularidade menstrual e dos sintomas climatéricos

são de aproximadamente 80% das mulheres. A maioria eram mulheres com companheiro, em uso de TRH e com maior intensidade dos sintomas psicológicos. Uma parcela das mulheres considerou a sintomatologia natural e não procuraram o serviço alegando que as queixas não mereciam atenção médica. Para as queixas relacionadas aos sintomas de nervosismo, ansiedade, irritabilidade e insônia, o tratamento indicado foram os tranquilizantes sendo a medicação de escolha em 28,3% dos casos. A TRH foi indicada em 53,2% das mulheres frente às queixas de irregularidade menstrual (PEDRO *et al.*, 2002).

Faz necessário problematizar a indicação de tranquilizantes, considerando a possibilidade de erro no diagnóstico por não considerar os sintomas com o estado da mulher no climatério e aponta-se a possível falta de familiaridade ou insegurança por parte dos médicos a respeito da terapia de reposição hormonal (PEDRO *et al.*, 2002).

De acordo com De Lorenzi *et al.* (2009) é prioritário conhecer as condições de saúde da população feminina e suas demandas tanto de saúde como sociais levando a formulação de políticas públicas com foco num envelhecimento mais sadio, menos oneroso e com maior qualidade de vida. A mulher deve ser percebida na sua integralidade e que vai além da escuta e do acesso. Ela merece atenção quanto às medidas de promoção e prevenção em saúde como ações terapêuticas e de reabilitação buscando sempre uma melhor qualidade de vida.

O Caderno de Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres lançado pelo Ministério da Saúde em 2016, teve como objetivo nortear o processo de trabalho das equipes na atenção básica ampliando a resolutividade das equipes e possibilitando ampliação do escopo de práticas. Os protocolos possibilitam subsidiar os profissionais de saúde para a tomada de decisões, visando a implementação de boas práticas além de ser utilizado como material de consulta no dia a dia. O capítulo da atenção ao climatério contém recomendações para os profissionais de saúde tendo como objetivo uma abordagem humanizada, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, considerando que o reconhecimento do climatério é sobretudo, clínico e a grande parte das manifestações pode e deve ser adaptada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e estímulo ao autocuidado. Reforçando que o envelhecer é um processo biológico e não patológico, demandando aos profissionais da saúde o cuidado baseado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida.

A proposta é de uma abordagem multidisciplinar permitindo acolher um maior número de mulheres em diferentes atividades oferecidas pela unidade, possibilitando a troca de saberes e habilidades visando indicar caminhos para uma possível vida saudável e feliz, ou seja, adotar um cuidado com abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério como práticas integrativas e complementares, abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável estimulando a atividade física, melhor rotina alimentar e bom sono, além de estimular sua participação em novos projetos que lhe dê sensação de prazer nessa nova fase de sua vida (BRASIL, 2016).

E, ainda estimular a participação em atividades coletivas ou mesmo individualmente para tirar dúvidas sobre vários aspectos como anticoncepção, TRH ou não hormonal, cuidado com as doenças crônicas como hipertensão e diabetes e suas consequências, além de identificar fatores de risco possibilitando que ela possa estar ciente e participar da decisão de seu próprio tratamento e também, estar consciente sobre as possíveis alterações que poderá passar, a deixando fortalecida nessa fase climatérica (BRASIL, 2016).

*Os profissionais de saúde devem buscar o que está por trás das queixas indagando sobre suas preocupações, anseios e necessidades não explícitas pela mulher climatérica. Infelizmente, tal prática se encontra ainda distante do cotidiano da maioria dos serviços de saúde brasileiros, sejam estes públicos ou privados (De LORENZI et al., 2009, p.291).*

Freitas *et al* (2004) referem que um dos recursos com maior capacidade de gerar impactos positivos para a saúde feminina é a educação em saúde contribuindo para maior cuidado pessoal, mudança de pensamentos negativos a respeito do envelhecimento feminino e esclarecimento diversos sobre o climatério e a menopausa.

A construção de estratégias visando práticas mais eficazes devem incluir discussão multidisciplinar e uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença no cotidiano da atenção à saúde (COELHO *et al.*, 2009).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Conhecer as práticas dos profissionais de saúde em relação às mulheres no climatério na atenção básica de saúde de Santos.

- Discutir a assistência prestada às mulheres no climatério na atenção básica de saúde de Santos.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Conhecer as experiências dos profissionais da atenção básica quanto ao climatério.

- Refletir sobre a assistência prestada pela equipe às mulheres no climatério à luz das diretrizes do Ministério da Saúde.

- Desenvolver um vídeo como produto técnico para auxiliar as equipes de saúde e usuárias (os) do Sistema Único de Saúde na sensibilização e conhecimento do climatério.

### **3. HIPÓTESE**

O conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o climatério determina um atendimento baseado em sintomas isolados retardando o acesso a uma atenção multiprofissional que a síndrome climatérica exige.

## 4. MÉTODO

Foi realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa baseado em orientações teórico-metodológicas da pesquisa-intervenção na busca para promover um contato direto com o campo de investigação, utilizando dispositivos que amplie o olhar sobre os processos e as relações instituídas na atenção básica à saúde.

*As metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010, p.10).*

*Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática - variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (AGUIAR & ROCHA, 2000, p.97).*

A Unidade de Saúde da Família da Região Central Histórica/ Ilha Diana (CNES 5455642) cujo nome social é Policlínica Vila Nova, conta com duas equipes de Saúde da Família, sendo que os profissionais de uma equipe completa foram convidados para serem os sujeitos da pesquisa com a proposta de construir espaços de reflexão coletiva sobre a atenção às mulheres no climatério, assim como a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que apoia esta unidade, composta por farmacêutico, professor de educação física, assistente social, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Essa equipe do NASF apoia 07 equipes de saúde da família. A escolha desta equipe se deve a organização no modelo de atenção à saúde da família há tempo superior a cinco anos o que garante processos de trabalho mais consolidados, além do amplo conhecimento das características do território e o perfil das famílias/mulheres acompanhadas.

Adicionalmente, a equipe se encontra com o quadro completo de recursos humanos, sem histórico recente de rotatividade de profissionais. A presença de médico,

enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e oficial administrativo pode possibilitar a discussão ampliada das questões relacionadas ao climatério. A USF destaca-se por apresentar satisfatórios indicadores de saúde como por exemplo a mortalidade infantil e materna mesmo estando em região de alta vulnerabilidade social com moradias precárias (cortiço), grande concentração de usuários de drogas, profissionais do sexo e população em situação de rua.

A equipe sempre se mostrou sensível às discussões sobre a saúde da mulher, especificamente nos aspectos que vem sendo priorizados no município e a realização da pesquisa possibilitou constituir momento fértil e oportuno para avançar nas discussões sobre o climatério, tanto para os profissionais da atenção básica como para o GTSM, a partir de subsídios para toda a atenção básica do município. Cabe pontuar que a escolha de uma equipe completa de profissionais se deve a experiências anteriores do GTSM nas quais a participação de apenas um ou dois profissionais de cada unidade em treinamentos, apresentava poucos avanços na ampliação da discussão e mudanças nas práticas cotidianas para o restante da equipe. Esta experiência nos fornece elementos para pensar em ações para toda a atenção básica a partir das proposições do GTSM.

Esta equipe acompanha 1.775 pessoas distribuídas em 766 famílias sendo 942 do sexo feminino (56%) e 737 do sexo masculino (44%) nos bairros do Centro, Paquetá, além da Ilha Diana onde há outra unidade de saúde com atendimentos por esta mesma equipe. A médica e enfermeira se organizam para irem pelo menos uma vez por semana nesta unidade. A Unidade de Saúde da Família junto com a segunda equipe acompanha aproximadamente quatro mil pessoas (3.949) incluindo o bairro da Vila Nova. O número de pessoas cadastradas pode parecer menor comparado à outras regiões, porém, os problemas de saúde são complexos, devido o perfil de vulnerabilidade social, demandando grande esforço de todas as equipes do local.

A estratégia metodológica se deu em formato de oficinas com cinco encontros de aproximadamente 60 minutos, em espaço de reunião de equipe que já está institucionalizada na ESF estimulando a participação ativa dos sujeitos envolvidos considerando a rotina do trabalho diário.

Segundo Spink, Menegon e Medrado (2014), as oficinas são ferramentas ético políticas privilegiadas que favorecem trocas simbólicas e a construção conjunta de outras possibilidades de produção de conhecimento de um determinado tema e que causam

efeitos como mudanças nas práticas discursivas numa combinação única entre a chamada coleta de informações e produção de informações.

No primeiro encontro, após a apresentação dos objetivos da pesquisa e anuência na participação, foram utilizadas duas questões norteadoras na oficina:

- 1) Quais ações de cuidado, a equipe realiza com as mulheres de 40 a 65 anos que procuram a unidade?
- 2) Quais ações de cuidado, a equipe poderia realizar no atendimento dessas mulheres?

O planejamento dos encontros subsequentes foi realizado a partir de e com os profissionais participantes, ao final da primeira oficina. Houve ainda, pactuação da frequência, dia e horários dos encontros.

Foi sugerido ao grupo, a participação de pelo menos duas mulheres que estejam no período do climatério, na faixa etária entre 48 e 54 anos de idade, residentes na área de abrangência da unidade de saúde e que pudessem ser indicadas pela própria equipe, com vistas a possibilitar a escuta das sensações, dúvidas e expectativas das usuárias quanto a vivência do climatério, sobre o atendimento da unidade, colaborando para a reflexão e proposição de práticas profissionais.

O limite de idade proposto (48 a 54 anos) das mulheres participantes se deu pela média etária da ocorrência da menopausa no Brasil que é de 48 anos segundo a FEBRASGO (2010). E o período que ocorrem os sintomas clássicos do climatério como as ondas de calor, suor noturno, insônia e cansaço, se dá por volta dos 45 até os 54 anos, sendo os anos de maior desconforto na vida das mulheres (SOGESP, 2015).

As oficinas foram gravadas e transcritas, sendo o material posteriormente apreciado por meio da Análise de Conteúdo (AC). De acordo com Caregnato e Mutti (2006) na AC, o texto é uma forma de revelação do sujeito na qual o pesquisador procura categorizar as unidades de texto em frases ou palavras que se repetem, concluindo em uma expressão que as representem.

Segundo Bardin (2011), a AC é um conjunto de técnicas de análise de comunicação organizadas em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados, em que se trabalha a fala e as significações, isto é, procura conhecer o

que está por trás das palavras buscando encontrar outras realidades por meio de mensagens.

Para buscar alcançar os significados manifestos e latentes no material qualitativo utilizamos a análise temática por ser uma das formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material na área da saúde pois consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010).

A análise dos dados se deu com a pré análise (primeira fase) visando organizar o conteúdo através da leitura das transcrições obtidas nas oficinas obedecendo as normas da exaustividade e considerando todos os aspectos propostos no roteiro: representatividade, englobando a representação do universo desejado; homogeneidade, obedecendo critérios precisos de escolha em relação a temas, técnicas e interlocutores e; pertinência, verificando se a fonte documental é adequada ao objetivo do trabalho (MINAYO, 2010).

Na segunda fase, houve exploração do material para a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas permitindo ir além da compreensão do sentido da fala dos participantes, mas também, explorar outra significação da mensagem (SILVA & FOSSÁ, 2015).

A terceira fase consistiu em analisar criticamente o material possibilitando o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Houve necessidade de voltar ao referencial teórico na busca para embasar as análises dando sentido à interpretação (BARDIN, 2011).

#### **As análises resultaram em três categorias:**

1. Ações ofertadas para as mulheres pela equipe, segundo os profissionais;
2. As demandas das mulheres no climatério e as ações de cuidado segundo os profissionais e as mulheres do território;
3. A Educação Permanente em Saúde (EPS) e o climatério: o despertar a partir do diálogo sobre o cotidiano.

Utilizamos a letra P maiúscula referente à profissional de saúde seguida de números arábicos para identificar os sujeitos da pesquisa garantindo o sigilo quanto à identidade.

As últimas diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde para as mulheres no climatério de 2016, assim como os artigos disponíveis na literatura sobre o tema, foram a base para a análise e discussão deste estudo.

O estudo se deu em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, parecer nº 2.937.075 de 03/10/2018 (ANEXO 1), CAAE 96097018.3.0000.5505 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1).

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. Aproximação aos profissionais e combinados da pesquisa**

O primeiro encontro com a equipe de Saúde da Família e com o NASF ocorreu em reunião agendada previamente com a chefia de seção a fim de apresentar o projeto da pesquisa.

No dia, estavam presentes 16 profissionais: chefe de seção, enfermeira, 03 técnicas de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, 02 agentes de controle de endemias, 04 agentes comunitários de saúde, professor de educação física do NASF, estagiária de nutrição da UNIFESP, 02 docentes da Enfermagem e 08 alunos da Universidade São Judas do curso de graduação em Enfermagem.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e após o aceite, foram orientados sobre o TCLE estando cientes de que sua participação era totalmente voluntária. A médica estava em atendimento no momento do encontro e após finalizar sua agenda, tivemos uma conversa individual com manifestação positiva quanto a sua participação. Dentre os profissionais da equipe da unidade, apenas a auxiliar de saúde bucal não quis participar da pesquisa talvez por estar distante do tema da pesquisa.

Planejamos coletivamente as datas das cinco oficinas, iniciando em outubro e finalizando em dezembro com frequência semanal, às quartas-feiras, ocorrendo sempre das 14 às 15 horas, aproximadamente 60 minutos, no primeiro horário da reunião de equipe. A unidade possui recursos audiovisuais (notebook, TV com cabo USB e flip-chart) que foram disponibilizados para a pesquisa.

Em relação ao restante da equipe do NASF que apoia a unidade: assistente social, psicóloga, farmacêutica, terapeuta ocupacional (TO) e nutricionista, o contato foi realizado posteriormente com a solicitação de um encontro para a apresentação do projeto da pesquisa. No encontro, a assistente social e TO saíam de férias, o que as impedia de participar da pesquisa e não avaliaram como produtiva a presença em parte do processo. A psicóloga referiu que é a referência para um grupo na escola junto com a equipe da USF de Caruara que ocorre no mesmo dia da reunião na unidade, declinando da participação na pesquisa. A farmacêutica confirmou participação informando que estaria ausente apenas em um dia devido compromisso já agendado anteriormente. A nutricionista não pode estar na reunião, mas em contato telefônico agendamos outro

momento, com resposta positiva para a participação na pesquisa. O professor de educação física já havia consentido em participar na reunião com a equipe da unidade. Desta forma, foi confirmada a participação do professor de educação física, farmacêutica e nutricionista do NASF.

Considerando que na primeira reunião com a equipe havia a presença de pessoas de universidades, fiz contato com a chefe de seção sugerindo a possibilidade de docentes e alunos comparecerem uma hora após o horário habitual de início da reunião, para que a pesquisa pudesse ser realizada somente com profissionais da SMS de Santos. A mesma atendeu prontamente o sugerido.

## 5.2. As oficinas: participantes e dinâmicas

As cinco oficinas ocorreram dentro do tempo previsto no cronograma do projeto com a participação de nove categorias profissionais variando entre dez a treze participantes por dia. A chefe de seção, devido a compromissos administrativos, e a auxiliar de saúde bucal, por motivo de recusa, só estiveram presentes no primeiro dia de conversa com toda equipe. As categorias que possuíam mais de um profissional como por exemplo técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e agente de vetor, foram consideradas presentes quando pelo menos um deles participava da oficina, conforme quadro 3.

**Quadro 3 - Categoria profissional e frequência de participação nas oficinas**

<b>Profissional de saúde</b>	<b>Frequência de participação (nº de oficinas)</b>
Enfermeiro	05
Médico	02
Técnico de enfermagem	05
Cirurgião-dentista	03
Agente comunitário de saúde	05
Nutricionista	04
Farmacêutico	03
Professor de educação física	04
Agente de controle de endemias	05

O número de profissionais participantes e as ações realizadas em cada oficina estão descritas no quadro 4.

**Quadro 4 - O percurso das oficinas**

<b>Oficinas</b>	<b>Nº de participantes</b>	<b>Proposta de ação</b>
1ª oficina	13	Discussão sobre as ações ofertadas para as mulheres pela equipe, a partir de duas questões norteadoras:  1. Quais ações de cuidado a equipe realiza com as mulheres de 40 a 65 anos que procuram a unidade?  2. Quais ações de cuidado a equipe poderia realizar no atendimento dessas mulheres?
2ª oficina	13	Mapa conceitual sobre climatério e menopausa  Apresentação de vídeo sobre o contexto da equipe
3ª oficina	10	Participação das mulheres do território para escuta das suas sensações, dúvidas e expectativas quanto a vivência do climatério e sobre o atendimento da unidade
4ª oficina	11	Apresentação teórica do climatério  Possíveis ações da equipe para as mulheres no climatério
5ª oficina	10	Avaliação das oficinas  Discussão sobre o produto  Apresentação de vídeo sobre aprendizado e trabalho em equipe

No final da primeira oficina foi definido uma conversa com as mulheres do território e que cada ACS iria convidar de 2 a 3 mulheres de suas microáreas que estavam nessa faixa etária para um encontro na 3ª oficina.

Ao chegar na unidade na data agendada para o segundo encontro, a enfermeira referiu que esqueceu de me avisar que haveria, no mesmo horário, reunião geral da unidade, momento em que as 2 equipes se reúnem com o NASF e os demais servidores da unidade. Percebi, ao chegar, que os profissionais estavam um pouco agitados e ansiosos para a reunião e perguntei se queriam adiar nosso encontro. Todos se mostraram interessados em manter o combinado e iniciamos a oficina sugerindo que falassem sobre o que era o climatério e a menopausa para eles.

Os comentários sobre o mapa conceitual sobre o climatério e menopausa foram poucos, tendo como principal resposta, os sintomas como calor, rubor, depressão, tristeza, dor no corpo, diminuição da libido e secura vaginal sem avançar em mais detalhes sobre o assunto. Em seguida, assistimos a um vídeo como proposta de ser um disparador para ampliar a discussão, porém, não tivemos tempo suficiente para aprofundar o assunto neste dia. O material contava a estória de uma ESF que tinha o apoio do NASF, semelhante ao contexto da equipe, e retratava a vida de uma mulher no período do climatério com suas dúvidas e incômodos com sua família que recebeu a visita do ACS levando a discussão do caso para a equipe (PROVAB, 2017).

No final da 2ª oficina, foi lembrado aos ACS sobre o convite às mulheres e a ampliação do convite a algum familiar (parceiro, filhos) com o intuito de escutá-los e pensar coletivamente no impacto do climatério no cotidiano individual e familiar. Foi reforçada a importância da presença da maioria da equipe neste encontro com o intuito de propiciar um local acolhedor, com pessoas conhecidas pelas mulheres convidadas. Contudo, durante esta etapa do planejamento, um profissional referiu receio das demandas que poderiam surgir, como por exemplo: “...porque elas podem vir com uma queixa ou outra, querer tomar algo, não sei, e a gente não ter como dar retorno, a gente vai virar as costas? Não, a gente vai ter que acolher e ver se consegue ajudar de alguma maneira.”

O receio do profissional foi referente a terapia de reposição hormonal pois no momento há disponível apenas um tipo de fitoterápico, a isoflavona, com quantidade insuficiente na rede de atenção básica.

Mas no final, todos concordaram que seria importante manter o espaço de escuta das mulheres climatéricas, independente das demandas que poderiam surgir.

A terceira oficina ocorreu quinze dias após a data agendada devido o evento do Dia da Diabetes demandando disponibilidade da equipe durante todo o dia, com ações integradas entre a equipe e o NASF. As propostas do dia foi dar voz as mulheres convidadas, ouvir o que sentem, o que acham do atendimento, quais seus medos, se procuram ou não o atendimento nesse período. Algumas profissionais que estavam no climatério também contribuíram com suas experiências de vida enriquecendo a oficina.

Na quarta oficina, discutimos sobre as dúvidas entre o climatério e a menopausa. A equipe propôs ações de prevenção e promoção a saúde que poderiam realizar a partir desse momento, ficando claro a necessidade de ações de educação permanente para fortalecer o conhecimento dos profissionais de saúde.

A quinta oficina ocorreu após cancelamento nas duas semanas anteriores devido os preparativos para a tradicional festa de Natal que a unidade realiza e o agendamento de reunião geral da unidade.

O vídeo apresentado teve o objetivo de provocar reflexão quanto à novos aprendizados e sobre o trabalho em equipe, tendo papel motivador nesse último encontro. Infelizmente não foi possível indicar o link pois trata-se de acervo pessoal apresentado por um grupo durante as aulas do Mestrado Profissional.

### **5.3. O cuidado no climatério: o que dizem os profissionais da atenção básica?**

#### **5.3.1. Ações ofertadas para as mulheres pela equipe, segundo os profissionais**

No quadro a seguir, apresentam-se os trechos que relatam as ações ofertadas segundo a visão dos profissionais.

#### **Quadro 5 – Assistência à saúde da mulher na perspectiva dos profissionais**

<b>Ideia central</b>	<b>Relato</b>
Ações ofertadas para as mulheres pela equipe segundo os profissionais	A gente faz a campanha do Outubro Rosa e solicita a mamografia. No novembro Azul, o foco é a prevenção do câncer de próstata. Quanto à gestante, focamos no acompanhamento do pré-natal. Enfim, a gente foca em ações muito pontuais mas a gente não pensa na saúde da mulher como um todo. (P7- 1ª oficina)

	<p>Acho que é difícil a gente pensar em ações voltadas para a mulher nessa faixa etária porque não existe um espaço, a gente não faz, faz quando aparece, quando as demandas chegam. Em todas as unidades que eu trabalho, nenhuma equipe tem essa preocupação de olhar para a mulher com esse foco da saúde. Então, acho que todos os lugares acabam acolhendo de acordo com a demanda e não a gente propondo um trabalho prévio. E varia muito, é difícil a gente falar como a gente enxerga isso, porque depende do que elas vêm demandar da gente. Às vezes é uma tristeza por conta de um luto, às vezes é uma tristeza por causa de um sobrepeso que com a idade vem se agravando, às vezes é uma queixa de calor. Não tem um olhar focado para algo em comum dessa faixa etária. (P12- 1ª oficina)</p> <p>A informação e a ação quanto aos sinais e sintomas que podem aparecer no climatério é pouco explorado e até a discussão com os profissionais de saúde para um acolhimento e uma melhor abordagem. Quando você começa a olhar pra isso como a gente olha para as gestantes toda semana, você olha o que é importante, o que acontece com elas, o que elas passam e suas dificuldades. Às vezes a gente por desconhecimento, minimiza isso, mas tudo é importante. Mas a gente sabe que esse processo é um sofrimento. (P13- 1ª oficina)</p> <p>Acho que seria bom fazer uma orientação sobre os sintomas do quadro natural da mulher pra ela se conhecer. Muitas coisas passam despercebidas. A questão da coceira poderia ter sido disso mas eu pensei em sarna, então, se a gente que é esclarecida pensa assim, imagina o leigo. Até porque a gente só foca na gestante, diabético e hipertenso. (P1- 2ª oficina)</p> <p>O foco de atendimento da unidade é no grupo do hiperdia (hipertensos e diabéticos) e na redução da mortalidade infantil, ou seja, no cuidado com o recém-nascido de risco e na gestante. (P1- 3ª oficina)</p>
--	---

As narrativas iniciaram de forma tímida, com poucas falas mas percebia-se a reflexão dos profissionais sobre o assunto, possivelmente explicada pela organização do trabalho na atenção básica, onde predominam ações programáticas envolvendo prioritariamente os grupos de maior demanda, como hipertensos e diabéticos, recém-nascidos e gestantes. A cidade de Santos tem ampla ênfase nos programas Hiperdia e Rede Cegonha/Mãe Santista, conforme aponta um dos profissionais “o foco de atendimento da unidade é no grupo do hiperdia e na redução da mortalidade infantil...” (P1- 3ª oficina).

Outro campo de práticas, comum entre as ações das equipes da atenção básica, são as campanhas de prevenção de doenças relacionadas às cores como estratégia de aproximação e sensibilização das pessoas. Tomando como foco o cuidado às mulheres, este tipo de ação foi contemplado na descrição dos profissionais: “a gente faz a campanha

do Outubro Rosa e solicita a mamografia...” (P7- 1ª oficina).

Os relatos dos profissionais deixaram claro que não realizam nenhuma atividade específica para as mulheres no climatério, apenas se recebem a demanda. Quanto à saúde da mulher, priorizam as ações relacionadas ao período reprodutivo e prevenção de câncer de mama e de colo uterino.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002, a Atenção Básica ficou responsável por assegurar ações mínimas, assumidas pelos municípios, que incluem: controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, além de ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher e da criança. Na saúde da mulher, o objetivo é priorizar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção de câncer de colo uterino e de mama e o planejamento reprodutivo, estabelecendo metas visando a obtenção de melhores indicadores de saúde, ficando claro que ações para mulheres no climatério não se apresentam como prioridade, ao contrário do período reprodutivo da mulher.

*Tradicionalmente, nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também é prioridade de saúde pública a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, prática bem consolidada na Atenção Básica. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas a contento – ainda está em processo de consolidação (BRASIL, 2016, p. 13).*

Há de se estimular a criação de ações na atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, realizando a gestão do cuidado integral especialmente em Unidades de Saúde da Família.

O relato de um dos profissionais (P12- 1ª oficina) retrata a dificuldade dos profissionais em olhar para as mulheres no climatério, indo além do que está posto, que pode ser explicado pela grande demanda de atendimento que a unidade possui e/ou pelo engessamento das agendas, em que cada dia é destinado ao atendimento de um tipo de público como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, dificultando a visão integral do indivíduo em todas as fases de sua vida.

Dentre as visões semelhantes, destaca-se que o climatério “é pouco explorado” e

que “há ausência de discussão da equipe para um acolhimento e uma melhor abordagem”, ainda que os profissionais reconheçam que há desconhecimento e que o climatério é um “sofrimento”. Importante pontuar que os profissionais percebem essa etapa como um “processo”, o que pode indicar a possibilidade de construção de ações de cuidado contínuas para as mulheres.

De acordo com Daoud (2002), a maioria dos serviços que prestam assistência de saúde a mulher não atentam em ofertar serviços para as mulheres de meia-idade que se encontram no período do climatério, indicando ainda a necessidade de planejamento para os profissionais que assistem diretamente na saúde reprodutiva, sexual e climatérica, fato semelhante relatado pelos profissionais.

Após 15 anos da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em que foi firmado o compromisso de ampliar as ações para grupos historicamente esquecidos das políticas públicas, como as mulheres no climatério, ainda há a predominância de discussões sobre a evitabilidade de mortes maternas e infantis, especialmente na cidade de Santos que compõe a região da Baixada Santista, com as piores taxas de mortalidade materno-infantil do Estado de São Paulo.

Quanto a equipe desenvolver atividades educativas sobre os sintomas para mulher enfatizada no relato “...seria bom fazer uma orientação sobre os sintomas do quadro natural da mulher pra ela se conhecer. Muitas coisas passam despercebidas”, acrescento ainda que pode ser um espaço onde as mulheres possam compartilhar suas experiências com outras mulheres que estão vivenciando o mesmo momento, além de se sentirem acolhidas percebendo que suas dúvidas são comuns às de outras mulheres.

Os problemas de saúde existentes na população feminina e a manutenção da situação de risco são consequências da falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, talvez por falta de conhecimento do profissional de saúde, aliada à ausência de um processo de envolvimento da própria mulher na discussão e na solução dos seus problemas (BRASIL, 1984).

### **5.3.2. As demandas das mulheres no climatério e as ações de cuidado segundo os profissionais e as mulheres do território**

A equipe elaborou convites para que os ACS pudessem oferecer às mulheres do território visando sua participação na oficina, com disposição para a escuta dessas

usuárias. Porém, a oficina contou com a presença de duas mulheres e nenhum familiar. Cabe pontuar que houve um feriado prolongado antes do encontro, o que pode ter dificultado o contato com as mulheres e famílias. Ainda que o encontro tenha tido a presença de poucas mulheres, três profissionais da unidade, no climatério, participaram e colaboraram com suas experiências de vida, compartilhando também situações de suas mães, tias e avós e as mudanças de paradigmas ocorridas durante essa linha do tempo.

#### **Quadro 6– A vivência do climatério segundo as mulheres que participaram da oficina**

<b>Ideia central</b>	<b>Relato</b>
O que falam as mulheres no climatério atendidas pela unidade?	<p>Eu vou fazer 46 anos e depois da menstruação eu começo a me irritar, fico uma semana assim e depois passa. Tem me dado muito isso que antes eu não tinha. Ou a minha vida é muito corrida e eu nunca tive muito tempo de sentir e perceber os sintomas. Depois dos 40 anos, eu comecei a sentir aquele calorzinho que vem do nada e depois vai embora. São coisas que eu sinto de diferente mas só agora que eu estou percebendo. E fico me perguntando se é normal ou se é da idade mesmo. Eu só notei que a menstruação está mudando, não tem dia fixo como antes, está tudo confuso, desregulado. Tive um ciclo menstrual com fluxo aumentado e pensei que estava com hemorragia porque nunca veio assim. Sinto essas mudanças de diferente, então eu penso que deve ser o início da menopausa, não sei muito dessa parte. E tenho dúvidas quando se deve começar a tomar o remédio e se é necessário mesmo? Por que eu já ouvi falar mas eu não tomo, muitas dizem que tomando não sofre tanto. Eu acho assim, ou é pra tomar para prevenir os sintomas ou não toma. Mas a mulher só vai no médico quando está pior mesmo e não está dando pra aguentar mais. (Mulher 1- 3ªoficina)</p> <p>Precisava de umas palestras como essa reunião para as mulheres principalmente dessa região. Porque elas tem muitas dúvidas como eu e outras daqui e que precisava muito delas se conhecerem, tirarem essa dúvida da relação sexual, da parte médica... Então teria que conversar com uma pessoa entendida, que saiba o que vai passar pra você. Porque você vive numa vida corrida e que acaba passando suas dúvidas. Eu tenho a impressão, não sei se vocês aqui da unidade estão vendo, mas eu acho que aqui no bairro a mulherada está tendo muita depressão. Então eu acho que seria bom, estar tendo essas palestras, um espaço pra elas conversarem. (Mulher 1- 3ª oficina)</p> <p>Eu estava falando sobre esse negócio de angústia, muitas vezes a gente não sabe explicar, mas as vezes é uma depressão, no fundo a gente se afoga nesse sentimento, a gente tem a negação, a gente não acredita que a idade esteja chegando e aí a gente não quer saber o que está acontecendo, e vai se sabotando. Eu sofro também, não vou falar que não. Pode entrar numa negação, mas não pode se entregar. (Mulher 2- 3ªoficina)</p>

	<p>A gente até sabe que vai chegar nessa fase, mas eu conheço mulheres que deprimiram. Com essa queda de disposição e essa queda física mesmo. E que precisa fazer a reposição hormonal pois quando repõe, dizem que é outra vida. (P2- 3ªoficina)</p> <p>Eu estou com 59 anos e parei de menstruar há 5 anos e eu não passei uma dificuldade muito grande na menopausa. Mas o que eu sinto de sintomas físicos nesse período do climatério, na pós menopausa é uma flacidez muscular maior, você percebe sua pele mais seca, não tem mais aquela elasticidade, o próprio cabelo está muito mais seco. E tem a questão da disposição, você não tem mais a mesma facilidade de movimento. Acho que a percepção maior é essa, a física, pra mim. Em relação a aspectos psicológicos, às vezes acordo com uma tristeza, meio pra baixo, um dia meio triste e sem saber o motivo. E na verdade não tem um motivo, você olha em sua volta, está tudo bem, não tem nenhum problema sério pra você dizer que é a razão da tristeza, do sofrimento. E agora é engraçado falar, porque você não associa com essas questões hormonais. (P13- 3ªoficina)</p>
--	---

O climatério se estende por um período considerável na vida da mulher. Os relatos das mulheres descrevem sintomas físicos e emocionais, entendidos como negativos devido à interferência no cotidiano, sobrepondo os desafios de lidar com as dificuldades de um novo momento no ciclo da vida. Essa visão global do processo de saúde-doença-cuidado durante o climatério pode ser revista e melhor compreendida a partir do acesso aos serviços e ações de saúde qualificados, para que haja a construção de um projeto de cuidado compartilhado com a equipe. Nesta oficina, a participação das mulheres foi fundamental para estabelecer o diálogo com a equipe, que resultou em sugestões de ações que podem de fato atender as necessidades das usuárias.

*Ainda que de modo e intensidades diferentes, as alterações relacionadas a esta fase do ciclo vital afetam todas as mulheres, repercutindo nos seus sentimentos, na sua qualidade de vida, no trabalho e nas relações familiares e grupais. Apesar de ser comum por abranger todas as mulheres, é singular diante das peculiaridades, sintomas, vivências e suas repercussões, uma vez que é caracterizado como um processo de mudanças físicas e emocionais, sociais e espirituais para a mulher, pois recebe a influência de múltiplos fatores, como sua história de vida e características pessoais, familiares, ambiente, cultura, costumes, crenças, conhecimentos, dentre outros (PEREIRA & SIQUEIRA, 2009, p. 368).*

Em estudo de Leite, Oliveira e Martins (2012), realizado com mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos, atendidas na Atenção Primária no Município de Cajazeiras/PB sobre as alterações e mudanças ocorridas no corpo, foi observado que 75% delas, afirmaram que os vários sintomas do climatério tiveram influência na sua vida cotidiana e 25% relataram que não. Apontou também que as mulheres apresentaram pouco conhecimento sobre o climatério devido deficiência em sua divulgação, ausência de orientação, informação e educação adequadas sobre o tema, podendo provocar reações e influências negativas nessa fase de sua vida.

De acordo com Ayala-Peralta, Palomino e Moreno (2017), durante o climatério há uma variedade de sintomas, cuja intensidade de gravidade percebida é variável em cada mulher. São características multifatoriais incluindo fatores intrínsecos como a idade, alterações hormonais, estresse, comorbidades e qualidade de vida, assim como extrínsecos ou ambientais como étnicos, econômicos, tipo de ocupação ou emprego, nível de escolaridade, local de residência, violência sexual entre outros.

Neste sentido, percebe-se a complexidade de situações que podem ou não ocorrer nessa fase da vida das mulheres.

Pereira e Siqueira (2009) relatam que há necessidade de incentivar os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham nos programas de saúde da mulher, para atender as mulheres climatéricas, pois se faz necessário fortalecer ações de saúde que tem por objetivo a socialização de informações e do bem-estar pois quanto mais instrumentalizada e informada estiver a mulher, ela conseguirá passar mais facilmente pelas transformações inerentes a esta etapa do seu ciclo vital.

As dúvidas e necessidade de esclarecimentos, por parte das mulheres, foram recorrentes: “Precisava de umas palestras... Porque elas tem muitas dúvidas como eu e outras daqui...” (Mulher 1- 3ª oficina) levando a equipe a refletir sobre como valorizar a escuta dessa população, especialmente quanto as dificuldades em lidar com as novas experiências do climatério para que a passagem por esse período seja menos traumática, mesmo pensando que talvez seja impossível atravessar com tranquilidade essa etapa da vida principalmente no contexto social em que vivem.

A região central histórica é considerada uma das áreas de maior vulnerabilidade social do município com condições precárias de habitação que são os cortiços. A maioria das mulheres tem condição de vida difícil, muitas vezes presenciando conflitos familiares

e ambientais por questões de álcool e drogas, violência doméstica e sexual, baixa auto-estima, entre outras.

### Quadro 7 – Demandas da mulher climatérica na perspectiva dos profissionais

Ideia central	Relato
<p>As demandas das mulheres no climatério e as ações de cuidado segundo os profissionais</p>	<p><b><u>Relação sexual e dor</u></b></p> <p>E eu acho que tem uns maridos que também não entendem essa fase da mulher, lembrei agora que uma usuária reclamou: “...aí meu marido não entende, fica reclamando, porque em toda relação sexual tinha que ficar usando gel, reclama quando ficava irritada e que eu era calorenta”. Então assim, muitos dos maridos também não entendem. (P5- 1ª oficina)</p> <p>Uma paciente que foi colher o preventivo e estava se queixando com a médica, falando que ela estava um ano sem menstruar e que ela queria menstruar pelo resto da vida... E eu pensei comigo, poxa, eu não queria menstruar nunca mais e ela falando “doutora, eu queria, menstruar pelo resto da minha vida, porque isso agora me gera calor, eu fico irritada, eu tenho que usar gel frequentemente por conta do ressecamento vaginal”. (P6- 1ª oficina)</p> <p>E ainda tem isso, se falar que não está lubrificada é porque tem outro... Que não quer mais ter relação, né, acontece. (P11- 1ª oficina)</p> <p>Eu atendi uma mulher pra colher exame preventivo com 67 anos, e orientei que não tem mais necessidade dela fazer esse exame pois é preconizado até 64 anos pelo Ministério da Saúde. Mas perguntei se ela tinha vida sexual ativa e ela falou que sim. Quando eu fui colher o material, observei que era muito ressecada, não consegui sequer colher o material de tão ressecada que a vagina estava. Eu perguntei como ela conseguia manter relação sexual e ela referiu que seu parceiro tem 51 anos... então eu dei um gel para ajudar na lubrificação do canal vaginal. (P1- 2ª oficina)</p> <p><b><u>Falta de tempo para olhar para elas mesmas</u></b></p> <p>A gente passa a vida corrida, trabalhando, você percebe alguma coisa, mas aí toca o WhatsApp e aí você se desliga e volta a fazer outra coisa e quando percebe o sintoma já passou. Mas logo depois vem de novo, e você vai levando a vida corrida e não se liga em passar no médico pra poder falar sobre isso. Eu vou na unidade e faço o preventivo mas nem lembro em falar da menopausa, TPM, essas coisas. E como eu não tinha TPM antigamente, de repente comecei a ter, eu aí sempre coloco a culpa na TPM. (Mulher 1- 3ª oficina)</p> <p>Uma coisa que a gente percebeu muito, principalmente hoje procurando as pessoas pra participar do grupo é que elas não percebem o que está acontecendo. Engraçado, a gente conversou com várias mulheres e perguntei se já percebeu algum sintoma e elas disseram que não sentem nada. E continuei, você não sente ou você não percebe? E</p>

quando a pessoa começa a pensar, disse que já sentiu alguns sintomas. Então é engraçado mas as pessoas estão passando por essa fase e não estão percebendo. (P7- 3ª oficina)

### **Busca ajuda somente quando a menstruação para**

Vejo que as mulheres ainda não identificam que estão nessa fase. São poucas que conseguem relacionar o que estão sentindo com o climatério. Até porque, estão menstruando, então elas acham que é outra coisa. Acho que o que fica na cabeça da maioria delas é a falta da menstruação, aí sim, dizem que está na menopausa. A queixa maior que eu escuto ao colher o exame preventivo é a secura vaginal pois acho que é um sintoma que incomoda na questão do prazer. Imagina toda vez que for ter relação sexual precisar usar o lubrificante pra poder sentir prazer ou pra pelo menos não sentir dor, e isso mexe com a cabeça. (P1- 1ª oficina)

Pra mulher acaba sendo tão normal sentir essas coisas, diferente do homem que quando sente alguma coisa nesse sentido, já corre atrás de ajuda, porque ele sabe que não é normal. Mas pra mulher, ela é tão preocupada com os filhos, com a casa, com o trabalho, que acaba adiando a procura por ajuda pelo cansaço do dia-a-dia e aí vai acumulando aquilo o que sente. A mulher não se preocupa além dos exames de rotina como, sangue, ultrassom, pois isso ela acha que é fundamental de se fazer anualmente. Ela não pensa que está chegando numa idade que talvez seja interessante fazer um acompanhamento melhor, ela vai adiando. E aí quando começam a aparecer alguns sintomas de maior incômodo, ela vai procurar um remédio. Eu acredito que é falta de informação, é falta de se conhecer também, falta tempo pra pensar sobre esse momento e procurar alguém por que o que está sentindo não é normal, mesmo que sejam os agentes comunitários que estão sempre nas casas. Eu acho que nem que seja em sala de espera, alguma coisa nesse sentido podem ser criados pra conversar sobre o assunto. Alguns podem achar que é frescura. E aí ela prefere se calar. Outro problema é de não querer ter relação sexual porque vai doer, somado com os outros sintomas, mexe com o psicológico, e ainda tem receio de falar pro marido e ele pensar que tem outro parceiro, ou ele vai pensar que eu não sinto mais amor por ele. E fica num dilema, de querer ter relação, mas vai sentir dor. Um conflito interno que só piora a situação. (P7- 1ª oficina)

Quando pergunto às mulheres de 40, 45 anos se sentem algum sintoma, elas referem que ainda menstruam e não estão nessa fase. A falta de conhecimento é muito grande, a menopausa está somente atrelada à falta da menstruação. Mesmo as mulheres sentindo alguns sintomas antes, elas não relacionam. (P1 – 5ª oficina)

### **Medicalização da depressão sem associação ao climatério**

O que eu vejo é que muitas mulheres com queixa de depressão tratam com psiquiatra, talvez por falta de manejo clínico ou ginecológico. E já usam diazepam, rivotril e não larga mais. O que eu vejo é um

	<p>movimento assim, até porque tomando uns remédios ela dá uma sossegada. Então, passa despercebido aquela angústia e outros sintomas...mas agora já estão em acompanhamento nos NAPS (CAPS), infelizmente (P1- 1ª oficina).</p> <p>A enfermeira relatou um exemplo de uma usuária que estava estressada e com insônia e não se parou pra pensar como um todo. Você acaba só escutando algumas coisas pontuais, e ela vai parar no CAPS (P7- 1ª oficina).</p> <p>Um outro lugar que poderia ter visto e seria legal de ter passado uns dias é com a equipe do CAPS porque quantas mulheres estão nessa faixa etária, tomando antidepressivos como fluoxetina e sertralina. Acho que nem os profissionais pensam nisso. Os CAPS tem uma relação de mulheres muito grande que passam a vida tomando diazepam e sertralina. Então, vamos abrir o olhar pra isso. Os pacientes classificados como casos leves estão retornando dos CAPS para a Atenção Básica. (P1- 5ª oficina)</p> <p>A gente tenta olhar as várias situações e procura inicialmente ter escuta, ouvir um pouco o que cada uma traz e depois avalia a medicação que já está usando. Por exemplo, nos grupos de hipertensão (hipertensos e diabéticos), a gente percebe que muitas mulheres principalmente na faixa etária após os 50 anos, tem queixa de depressão, se sentem tristes ou relatam amargura, tem ansiedade, algumas referem que já não tem tanta libido. Sugerimos tentar algo mais natural mas muitas já passaram no médico e estão fazendo uso de medicação controlada. E a gente procura mostrar outras opções como fazer atividade física ou participar de um grupo de terapia comunitária ou ainda, tentar uma conversa com a psicóloga do NASF em espaço mais reservado. (P13- 1ª oficina)</p>
--	---

### **Relação sexual e dor**

Segundo Pompei *et al.* (2010), a atrofia vulvovaginal é a causa de um dos sintomas mais comuns do climatério tendo como manifestações clínicas a secura vaginal, dispaurenia, prurido genital, irritação e ardor. Os sinais apresentam-se como palidez das mucosas, ausência de pregas, friabilidade e petéquias. A prevalência desses sintomas, derivados da atrofia genital pode ultrapassar a metade das mulheres no período da pós-menopausa. Ademais, enquanto os sintomas vasomotores tendem a sumir com o tempo, a atrofia vulvovaginal tende a piorar progressivamente.

De acordo com o Manual de Orientação em Climatério, a sexualidade merece particular atenção nesse período devido ser reconhecida como um dos pilares da qualidade de vida (FEBRASGO, 2010). Mulheres entre 35 e 59 anos apresentam disfunções sexuais entre 25% e 33% com progressão do percentual com o passar dos anos,

podendo chegar a 75% entre os 60 e 65 anos. Além disso, a mulher climatérica tem de lidar com todas as mudanças físicas decorrentes do envelhecimento, podendo diminuir sua autoestima pelo comprometimento da sua imagem corporal interferindo na sua libido de forma negativa.

De acordo com os depoimentos, o ressecamento no canal vaginal foi um sintoma presente nas mulheres pelo fato de ocasionar dor na relação sexual fazendo com que o sexo nessa fase tenha uma conotação negativa, além de gerar problemas com seu parceiro como a fala “...meu marido não entende, fica reclamando, porque em toda relação sexual tinha que ficar usando gel...”. As mulheres percebem a incompreensão do seu companheiro neste momento, sendo que nos dias atuais ainda sentem que tem o dever de ter relações sexuais para atender as necessidades de seu parceiro mesmo que isso lhe cause incômodo e dor. O medo de traição de ambas as partes se fez presente nos relatos: “E ainda tem isso, se falar que não está lubrificada é porque tem outro... Que não quer mais ter relação, né, acontece (P11- 1ª oficina)”, em concordância com Araújo *et al* (2013) quando refere que a postura do parceiro como a indiferença, as grosserias, o não entendimento da fase vivida e a visão da mulher como objeto do desejo sexual são motivos que se destacam durante o climatério. Desse modo, as ações educativas incluindo o parceiro mostram-se como uma estratégia importante para a troca de experiências ajudando à uma melhor compreensão deste momento.

*A desigualdade entre os sexos tem produzido historicamente a submissão e inferiorização da mulher e isto se reflete nitidamente na esfera sexual, no cotidiano dos casais, na intimidade. E isso parece aumentar com o passar da idade. As repercussões do processo de envelhecimento da mulher sobre a sexualidade constituem assunto particularmente repleto de preconceitos e estigma, como se a sexualidade e o prazer fosse atributo apenas da mulher jovem em função de sua beleza e do vigor físico (DEL NERO, 2006, apud ARAÚJO *et al.*, 2013, p. 118).*

Um ponto fundamental para o melhor entendimento das modificações orgânicas que ocorrem nesse período é a mulher estar consciente do que pode ou não ocorrer nessa fase, possibilitando buscar soluções e adaptações ao novo modelo de sexualidade (FEBRASGO, 2010).

*O ser humano, quando vivencia um momento novo, necessita de*

*compreendê-lo sob a ótica da auto compreensão e da compreensão do outro diante do que está vivendo. Na medida em que buscar uma posição de enfrentamento da realidade e, conjuntamente, tomar aqueles que são mais próximos para serem aliados nessa busca, obterá maiores condições de vivenciar o, até então, não vivido (OLIVEIRA et al., 2008, p.48).*

### **Falta de tempo para olhar para elas mesmas**

Os sintomas do climatério especialmente os aspectos neurovegetativos como as ondas de calor produzem um impacto negativo na qualidade de vida da mulher relacionando-se a alterações do sono com consequente fadiga, irritabilidade e desconforto físico interferindo na realização do trabalho e das atividades diárias, sendo possível pensar que a sobrecarga causada pela dupla jornada de trabalho seja responsável pelo comprometimento da sua vitalidade (MIRANDA et al, 2014).

A situação pode piorar quando a mulher não consegue administrar seu tempo para procurar orientação no serviço de saúde devido a correria da rotina diária demonstrada na fala: “a gente passa a vida corrida, trabalhando, você percebe alguma coisa, mas aí toca o WhatsApp e aí você se desliga e volta a fazer outra coisa e quando percebe o sintoma já passou” (Mulher 1- 3ªoficina). O relato demonstra o incômodo sentido, mas por ser transitório, vai seguindo com a vida. De modo geral, a literatura sobre a percepção da mulher no climatério mostra um quadro patológico com queixas diversificadas que vão além da dimensão biológica reforçando a necessidade de uma atenção multiprofissional que deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e o autocuidado (BRASIL, 2016).

A atenção da mulher com a própria saúde apareceu em segundo plano conforme relato “...você vai levando a vida corrida e não se liga em passar no médico pra poder falar sobre isso.” (Mulher 1- 3ªoficina) referindo-se aos sintomas do climatério. Contudo é fato que a realidade da mulher contemporânea assumindo muitos papéis antes desempenhados apenas pelos homens gerou transformações em seu cotidiano, assim como para seus projetos de vida. As mulheres vivem uma dicotomia entre sofrer prejuízos em função do excesso de tarefas e a felicidade por ocuparem seus postos de trabalho (LOPES et al, 2014).

### **Busca ajuda somente quando a menstruação para**

Como já exposto, a vida atual das mulheres é geralmente muito dinâmica levando a não ter tempo para reflexão das próprias mudanças em sua vida passando despercebidas sensações e sintomas que pouco lhe incomodam. Isso fica aparente na fala “A falta de conhecimento é muito grande, a menopausa está somente atrelada à falta da menstruação. Mesmo as mulheres sentindo alguns sintomas antes, elas não relacionam” (P1 – 5ª oficina).

De acordo com Penteado (2000), o momento da parada da menstruação resulta em múltiplos sentidos para a mulher gerando ao mesmo tempo a sensação de alívio e apreensão. Acabam as restrições, desconfortos, preocupações e constrangimentos principalmente com a fertilidade e o risco de gravidez, mas se contrapõe com o receio, consciente ou não, da perda da feminilidade, do seu valor social e da saúde.

### **Medicalização da depressão sem associação ao climatério**

Fazendo um paralelo à luz das últimas recomendações do Ministério da Saúde através do caderno de Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres lançado em 2016 e que propõe uma abordagem humanizada das mulheres climatéricas com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, percebemos a grande lacuna entre as diretrizes propostas e as práticas profissionais. Um trecho da fala de um dos profissionais ilustra: “...nos grupos de hiperdia, a gente percebe que muitas mulheres tem queixa de depressão... sugerimos tentar algo mais natural mas muitas já passaram no médico e estão fazendo uso de medicação controlada” (P13- 1ª oficina). Outro discurso que chamou atenção foi “...quantas mulheres estão nessa faixa etária, tomando antidepressivos. Acho que nem os profissionais pensam nisso” (P1- 5ª oficina) reforçando a assistência prestada pelos profissionais, talvez pelo desconhecimento do tema ou a falta de visão integral do usuário.

*Atualmente o cuidado dispensado às mulheres climatéricas se configura em estratégias voltadas mais para a doença, para a “medicalização” do corpo, de forma que o sujeito não é percebido como parte fundamental na construção da prática dos serviços de saúde, condição contrária quando se ressalta que o cuidado deve se manifestar na preservação do potencial saudável dos cidadãos e estar sujeito a uma visão ética que*

*contemple a vida como um bem valioso em si* (VIDAL *et al.*, 2012, p. 681).

A depressão acomete cerca de uma em 25 pessoas/ano independentemente de idade, condição socioeconômica e raça/ cor, sendo duas vezes mais frequente em mulheres. Há um risco aumentado para aparecimento da depressão em mulheres sem antecedentes no período do climatério. Entretanto, no período da perimenopausa, as mudanças de humor ficam mais evidentes. O histórico prévio de depressão é um forte preditor de transtorno do humor na perimenopausa (FEBRASGO, 2010).

Santos (2014) refere que a prevalência de depressão encontrada em mulheres na pós-menopausa foi de 20,2%, porém, cita que na literatura há muita discussão sobre os sintomas depressivos nesse período tendo resultados variando entre 15 a 50%. Nesse sentido, se faz necessário provocar discussões sobre o tema com os profissionais de saúde visando alertar para um olhar ampliado no atendimento à essas mulheres fazendo o diagnóstico e conduzindo adequadamente os casos, minimizando assim, os transtornos que esse diagnóstico causa na vida das pessoas e no sistema de saúde.

Os transtornos psicossociais em que estão incluídos o humor depressivo, a tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, além da ansiedade, irritabilidade, anedonia (perda do prazer ou interesse) e diminuição da libido, variam na frequência e intensidade de acordo com os grupos etário e étnico, níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres que se encontram no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente (BRASIL, 2016).

Os protocolos e recomendações existentes sobre o climatério assim como a literatura sobre o assunto propõem mecanismos que assegurem o acesso e acolhimento adequado das mulheres climatéricas considerando a integralidade do cuidado por equipe multiprofissional. Frente a isso, identificamos o conhecimento, as trajetórias e vivências dos sujeitos conforme descrição a seguir.

### 5.3.3. A Educação Permanente em Saúde e o climatério: o despertar a partir do diálogo sobre o cotidiano

**Quadro 8 – Pistas para ações de Educação Permanente em Saúde**

Ideia central	Relato
<p>A Educação Permanente em Saúde e o climatério</p>	<p><b><u>Falta de conhecimento do climatério</u></b></p> <p>Eu não sabia a diferença entre climatério e menopausa. A menopausa precoce ocorre antes dos 40 anos? Quando começam a aparecer os sintomas? Faz uma dosagem hormonal para associar com os sintomas? ... porque fica uma coisa mais concreta (P12- 2ª oficina)</p> <p>E aí fica a dúvida, toma ou não toma hormônio? Um cosmético pra pele, alguma coisa preventiva, tudo isso ajuda. Enfim, buscar algum tipo de vitamina que dão uma melhora a aparência da pele, acho que essa fase é bem marcante mesmo mas eu não sou a favor da reposição hormonal. (P13- 3ª oficina)</p> <p>Esse momento foi muito importante, pelo menos pra gente. Podemos dizer que 90% de nós não sabíamos disso. (P7 – 5ª oficina)</p> <p><b><u>Como as oficinas fizeram pensar no assunto</u></b></p> <p>Acho que eu pego esse período das mulheres, tem alterações de humor lá no grupo, algumas mulheres que ficavam agendando muitas consultas pois estavam insatisfeitas e com ansiedade eram encaminhadas para o grupo de atividade física. Eu nunca pensei nessa possibilidade, sinceramente falando. Mudança de paradigmas. (P14 - 1ª oficina).</p> <p>E agora, a gente começa a entender algumas coisas... (P14 – 2ª oficina)</p> <p>Ter participado dessas oficinas valeu pra mim, eu acredito que pros outros também. Agora quando a gente atende as mulheres e ouve suas queixas, a gente pensa no climatério. Antes disso, uma depressão era apenas uma depressão. Eu não conseguia relacionar a depressão com essa fase. Agora é o contrário, eu penso primeiro no climatério. Fiquei mais atenta, principalmente porque eu atendo essas mulheres e que vem trazendo suas dúvidas. Só sei que depois que a gente começou aqui com esse papo, eu estou ouvindo mais, esses encontros me deixaram muito mais atenta. E o que me chamou atenção agora sobre algumas coisas que escutava tipo a coceira na pele, o incomodo de acordar suada no ar condicionado, e que passavam despercebidos. (P1 – 5ª oficina)</p> <p><b><u>A potência da Educação Permanente em Saúde</u></b></p> <p>Escutar. Ter uma consulta mas com esse olhar ampliado. Claro que a gente tem que olhar a questão da tuberculose, do hiperdia, mas se você atende uma mulher nessa faixa etária, acho que já tem que explorar sobre os sintomas porque às vezes ela nem percebe. Acho que cabe ao</p>

	<p>profissional de saúde também chamar atenção para ela mesma. Falta informação, conhecimento e responsabilidade. (P1- 1ª oficina).</p> <p>Acho que fica a informação que deram. Porque se a mulher está ciente de que os sintomas que está tendo são pela fase que está vivendo, ela vai se preparar e passar melhor por esse período. Mas está faltando muito isso. (P7- 1ª oficina).</p> <p>Acho que qualquer pessoa merece uma escuta qualificada e não porque a mulher está no climatério, qualquer um que chega na unidade a gente tem que ter essa escuta. Acho que a gente poderia, de acordo com as características da população, pensar em atividades voltadas para as queixas. As demandas dessa unidade talvez sejam diferentes de uma outra unidade da Orla, do Morro, da Zona Noroeste e da Área Continental. Então assim, acho que tudo cai na vigilância da equipe, na saúde da família, da gente conhecer nossa população, da gente propor ações de acordo com a demanda, acho que esse tema entra também de acordo com as demandas, e então propor ações baseadas nisso. Difícil pensar em uma coisa macro se a gente trabalha em um território micro. (P12- 1ª oficina).</p> <p>A gente tem que ter cuidado de não patologizar tudo que a gente escuta porque senão a gente acaba indo por esse caminho. A gente tem que entender que esse processo é natural, que para algumas mulheres pode sobressair mais, pra outras nem tanto. É um processo, é uma fase da vida, senão começa a dar remédio logo de início e a própria pessoa já se sente como tendo um problema de saúde. Fisiologicamente traz uns sintomas que são desagradáveis, mas a gente tem que saber como enfrentar, acho que isso que é importante. Mas pensando nesses 10 anos de atendimento, eu vi que alguma coisa mudou na conduta médica. No começo o premarin (estrogênios conjugados) era muito usado e aí foi parando, parando de usar até que despadroneizou. Talvez porque não tenha um consenso médico, mas é um indicador de que alguma coisa nesse caminho mudou. Será que a gente tinha esse olhar às mulheres no climatério? (P13- 1ª oficina)</p> <p>No nosso último encontro, fui embora pensando o quanto foi rico aquele momento da oficina, e até pensei em depois a gente propor para as equipes fazer essa conversa com outros temas, que seja uma proposta da equipe, trazer a cada dois meses, sei lá, porque foi tão legal a gente poder discutir enquanto equipe. Acho que fortalece muito quando a gente faz essas discussões (P12- 2ª oficina)</p> <p>(Sobre o vídeo) Agora você vê os aspectos em casa, as próprias pessoas da família não entendem que a mulher está mais irritada ou está chateada, triste e desanimada. Acho legal fazer uma pergunta, o que a gente pode fazer em relação a tudo isso? Quais as opções que podemos dar? Acho que a primeira coisa que eu faria seria dizer: vamos lá na unidade para fazer parte do grupo de caminhada, grupo de exercício físico, eu acho que é uma forma de ofertar algumas opções que possam dar prazer. (P13- 2ª oficina).</p> <p>Tem gente que enxerga o envelhecimento como uma coisa ruim, mas aí você tem que olhar de uma outra maneira. Pra mulher, acho que essa</p>
--	--

fase é um marco, assim como a primeira menstruação. A gente também não pensa muito no envelhecer, a gente fala que vai ser depois e aí quando acontece, pensamos, e agora? Precisamos começar a pensar, como se preparar para o envelhecimento, quais são suas expectativas pra vida futura, por que já ouvi “agora não tem mais futuro, o que é que tem daqui pra frente?” Acho que tudo vai muito do que você espera da vida. A gente faz muitos planos, muitos projetos e quando chega nessa fase se pergunta, o que faço agora? Então, é preciso pensar nisso com a população. Existem projetos de vida para além dos 60-70 anos? Aí tem o problema que o corpo não acompanha a cabeça. É muito simples hoje você fazer determinadas coisas tipo, eu quero tirar aquele livro dali do alto da estante. E o que eu faço? Pego uma cadeira e tiro o livro dali, mas com o envelhecimento o corpo não acompanha muitas vezes aquilo que você pensou. Aparecem os limites do corpo e com isso, os riscos também. (P13- 2ª oficina).

### **Proposta de ações**

Saí pensando como falta essa informação para as pessoas, e quem sabe nas próximas formações dos grupos, incluir esse tema. Podemos conversar com as mulheres no dia da coleta de preventivo e também no grupo do hiperdia (P11- 2ª oficina).

O que eu penso é encontrar prazer em outras coisas na vida, buscar as coisas que te tragam prazer porque emocionalmente isso também faz diferença mas é claro que se você não tem uma boa disposição fica difícil, mas acho que é uma questão de você fazer algo de uma forma mais preventiva, você pensar em coisas que você gosta, tem gente que gosta de dançar, tem gente que gosta de outras coisas, tem muitas coisas que podem trazer prazer. (P13- 2ª oficina).

Acho que podia passar mais informação, porque às vezes elas vêm com esses sintomas e a gente fala que está na menopausa e elas não aceitam. Pra elas é uma coisa que não tem nada a ver. A gente podia fazer um grupo com mulheres dessa faixa etária para uma conversa. (P2- 4ª oficina).

Outra coisa é tentar fazer um grupo diferente. Acho que qualquer profissional deve deixar a mulher falar porque compartilhar com outras pessoas é legal. Temos que ter paciência porque tem muita queixa e aí dá pra começar a associar. Mas é difícil porque essa mulher que eu atendi hoje cedo, trabalha e tem uma vida ativa. Ela mesma não conseguiu vir aqui na oficina, tem uma vida agitada, mas sente essas coisas toda. Os agentes comunitários de saúde (ACS) agora que ouviram a respeito de menopausa e climatério vão conseguir reconhecer os sintomas na fala das mulheres durante a visita domiciliar. Minha sugestão é de vocês (ACS) verem quantas mulheres dessa faixa etária tem em suas áreas pra gente marcar uma tarde e fazer um grupo, eu trago uns lanchinhos e a gente faz uma conversa com elas. A gente tem uma agenda de grupos com vários temas e podemos incluir esse tema da menopausa/ climatério pra gente começar a

	<p>despertar na turma do hiperdia. Tem que propor outras coisas como fazer artesanato pra focar em outra coisa, porque se você não tiver mais nada pra pensar, você vai focar na doença. Está acontecendo um grupo de dança num espaço aqui perto com moradores que eram dançarinos. Eu posso ver o horário pra gente encaminhar. (P1- 5ª oficina)</p> <p>Seria legal dar uma orientação pros parceiros, pra eles também entenderem sobre o climatério. Acho que no relacionamento do casal às vezes a mulher dá uma “caída” e o homem não entende. Na mulher cai a libido, cai a parte hormonal e engorda. Já pensou no impacto das pessoas se souberem mais desse assunto? (P11- 5ª oficina).</p> <p>Seria interessante que essa chamada de atenção pra esse tema que a gente teve aqui, tivesse também nas outras unidades pro pessoal ter um olhar diferente com as mulheres. Uma vez por mês todos os chefes do Departamento de Atenção Básica se reúnem e pode aproveitar esse momento pra passar isso pra todos e fazer a proposta de uma capacitação para os agentes sobre o climatério, porque são eles que vão nas casas e conversam com a família toda. E depois, eles levam as demandas pra equipe. E aí todos vão ter um olhar diferente pra queixa que na verdade eles já ouviram mas até então não deram importância, como aconteceu aqui com a gente. E uma segunda ação, seria falar nas reuniões de equipe das unidades pois os agentes vão levar a demanda e eles tem que ter um olhar diferente também. Todas as unidades agora tem que ter reunião de equipe, aqui a gente fecha toda unidade (P1-5ª oficina).</p>
--	---

### **Falta de conhecimento do climatério**

Separamos apenas alguns depoimentos dos profissionais participantes, entretanto muitas dúvidas apareceram sobre o tema desde conceitos até o manejo e conduta dos profissionais como: “Eu não sabia a diferença entre climatério e menopausa (P12- 2ª oficina). Os questionamentos foram recorrentes nas oficinas nos fazendo pensar sobre o quanto precisamos estar atentos com a mudança do perfil populacional em Santos e no país. Há de se pensar em espaços para a reflexão sobre o envelhecimento e suas vertentes e mais ainda enquanto saúde pública, propor ações de prevenção e promoção da saúde à este público que comumente demanda dos serviços um atendimento curativo elevando cada vez mais os custos com tecnologias duras.

O modelo da Estratégia de Saúde da Família, apesar de ter uma equipe mais coesa, com reuniões semanais e a discussão de casos frequentes, ainda não consegue desenvolver ações baseadas no perfil da população de seu território, sendo essas discussões necessárias visando o fortalecimento das políticas públicas do município. Além disso, o apoio da equipe do NASF mostra-se como um grande aliado para disparar e ajudar nessa proposta.

Importante esclarecer que as dosagens hormonais são desnecessárias para a confirmação do climatério e menopausa pois é eminentemente clínica. Em caso de dúvida diagnóstica, a indicação é de dosar FSH- hormônio folículo- estimulante (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério (BRASIL, 2016).

Considerando as dúvidas dos profissionais sobre o manejo hormonal do climatério: “E aí fica a dúvida, toma ou não toma remédio (hormônio)” (P13- 3ª oficina), Salinas (2017) aponta ser fundamental que haja esforços para melhorar o conhecimento entre os profissionais de saúde visando fortalecer sua segurança quanto ao apoio às mulheres estimulando a tomar uma decisão informada, neste caso, sobre o uso de terapia de reposição hormonal orientando apenas quando indicado e expondo os benefícios e riscos, bem como a suplementação de medicamentos que se fizerem necessários a fim de evitar fraturas ou outras condições típicas dessa fase.

As oficinas demonstraram a potência que é ouvir as equipes que prestam assistência direta ao usuário, valendo destacar a participação e as valiosas contribuições das próprias mulheres servidoras do serviço que estão no climatério num momento de reflexão e aprendizado mútuo onde avaliou- se as necessidades tanto das usuárias quanto da equipe para uma prática mais acolhedora e eficaz.

### **Como as oficinas fizeram pensar no assunto**

A proposta de desenvolver a pesquisa por meio de oficinas com uma única equipe de saúde da família e com o NASF foi bastante positiva pois conseguiram problematizar suas práticas de forma bastante participativa, avaliar o perfil de sua população de mulheres na faixa etária do climatério, descobrindo a fragilidade da assistência prestada à esse grupo, porém já conseguindo produzir possibilidades de ações com foco na integralidade do cuidado.

Os relatos dos profissionais revelaram que foi dado luz a esta temática assim como desencadearam processos de reflexão em relação à visão do usuário além de sua queixa, conforme segue: “Antes disso uma depressão era uma depressão. Eu não conseguia relacionar a depressão com a questão dessa fase” (P1 – 5ª oficina).

A integralidade como um dos princípios do SUS está presente nas discussões e nas práticas de saúde sendo relacionada à condição integral do ser humano, tendo preparo

para a escuta do usuário e entendê-lo no seu contexto social a fim de atender suas demandas. Está presente nas relações, nas conversas, nos encontros dos profissionais de saúde e usuários visando reconhecer suas necessidades de saúde para além das demandas aparentes (FIOCRUZ, 2014).

“Eu nunca pensei nessa possibilidade, sinceramente falando. Mudança de paradigmas” (P14 - 1ª oficina), nesse comentário destaca-se a reflexão do profissional sobre a consciência do lugar onde atua, assim como seu papel, aumentando seu reconhecimento social nas relações que estabeleceu com os usuários e demais colegas de equipe.

As oficinas representaram um ponto inicial para a sensibilização sobre o climatério com a expectativa de ser um processo a ser continuado pela equipe e que seja capaz de transformar a realidade estudada tanto pela produção de conhecimento como pela transformação do contexto.

Segundo Soares *et al.* (2008) a modalidade de oficina é uma proposta de aprendizagem compartilhada onde por meio de atividades em grupo tem o objetivo de ser um espaço de reflexão, intervenção e empoderamento dos envolvidos, construindo o conhecimento de modo coletivo, além de ser utilizado como técnica de coleta de dados em pesquisa.

### **A potência da Educação Permanente em Saúde**

As oficinas levantaram vários assuntos relacionados ao climatério mas principalmente possibilitou que a equipe refletisse sobre sua atuação numa unidade de saúde da família que possui o apoio do NASF merecendo destaque na fala: “No nosso último encontro eu fui embora pensando o quanto foi rico aquele momento, e até pensei em depois a gente propor para as equipes fazer essa conversa com outros temas, que seja uma proposta da equipe, trazer a cada dois meses temas que a gente possa discutir e pensar em fortalecer enquanto equipe. Eu acho que fortalece muito a equipe quando a gente faz essas discussões” (P12- 2ª oficina), apontando que é importante repensar sobre como, por que, para quem e quais ações educativas estão realizando e se estão em concordância com o proposto pelo Ministério da Saúde em que as ações devem ser definidas a partir dos problemas de saúde identificados no território, considerando o diagnóstico epidemiológico local.

A ESF é um modelo que busca reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular) e com o apoio do NASF busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (COSTA & CARBONE, 2009).

As propostas de ação surgiram após análise dos processos de trabalho indicando o trabalho baseado no modelo da Educação Permanente em Saúde que tem o objetivo de estimular e fortalecer a qualificação profissional a fim de gerar transformação das práticas de saúde a partir da realidade local, conforme aponta o depoimento “Acho que a gente poderia, de acordo com as características da população, pensar em atividades voltadas para as queixas mesmo, para a demanda. Então assim, acho que tudo cai na vigilância da equipe, na saúde da família, da gente conhecer nossa população, a gente propor ações de acordo com a demanda que surge...” (P12- 1ª oficina).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071, tendo sua 1ª edição revisada em 2018 com a intenção de retomar a discussão sobre a política, demonstrar sua potencialidade e desafios, reconhecer a sua contribuição para o SUS mas sobretudo para apontar caminhos para que a PNEPS seja implementada em cada espaço onde haja o SUS no país (BRASIL, 2018).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007).

A EPS como instrumento capaz de analisar criticamente e constituir conhecimentos sobre a realidade local, precisa ser pensada e adaptada às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde. Nessa concepção político-ideológica em que a condução ocorre no âmbito de locorregiões de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação ( ensino, serviço, gestão e controle social) a refletirem de modo permanente a realidade e a buscar soluções criativas para superar os problemas de saúde qualificando as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A proposta de ação na Atenção Básica, considerada como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, inicia-se com o acolhimento, a escuta e a oferta de resolução dos casos para a maioria dos problemas de saúde da população, reduzindo os danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros níveis e pontos de atenção da rede, garantindo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). Ainda se buscam estratégias para que isso aconteça de fato pois há muitos fatores que interferem nesse processo que merecem uma grande discussão à parte, tanto que surgiu em um dos relatos “Acho que qualquer pessoa merece uma escuta qualificada e não porque a mulher está no climatério, qualquer um que chega na unidade a gente tem que ter essa escuta qualificada” (P12- 1ª oficina) demonstrando que essa prática precisa ser fortalecida também em outros grupos.

Muitos são os assuntos extremamente relevantes que permeiam o climatério e que carecem atenção de toda equipe levando em consideração os diversos saberes e vivências de cada um. A expectativa é de desenvolver ações e cuidados efetivos que vão desde a criação de um espaço para a reflexão do auto- conhecimento, discussão do processo saúde- doença, envelhecimento, patologização do climatério, indicação e cuidados com a TRH, entre outros, fortalecendo o crescimento e a segurança dos profissionais frente a esta tão complexa fase da vida da mulher.

### **Proposta de ações**

Durante todos os encontros, desde o primeiro contato para a apresentação do projeto da pesquisa, percebeu-se a integração da equipe com os profissionais do NASF demonstrando cumplicidade e respeito, condições determinantes para um bom trabalho em equipe, além de se mostrarem sensibilizados com o tema. Muitas vezes relatando situações de seus familiares e amigas demonstrando que se sentem à vontade para expor suas opiniões sem receios, o que foi positivo para que tivéssemos contribuições de todas as categorias profissionais.

As propostas indicadas pela equipe no quadro 9, serão de grande contribuição para as mulheres no climatério daquele território, tendo o intuito de ampliar seus conhecimentos e possibilitar que de forma consciente, faça suas escolhas para uma melhor qualidade de vida.

As propostas da equipe forneceram subsídios para a elaboração do produto do Mestrado Profissional.

Segue no quadro 9, as ações que surgiram na última oficina como mudança nas práticas da equipe.

**Quadro 9- Propostas de ação pela equipe**

<b>Ação</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Momento</b>	<b>Público- alvo</b>
Orientar sobre o climatério	Sensibilizar a equipe de gestão sobre a morbimortalidade das mulheres na faixa etária do climatério e a repercussão de custos ao sistema	Reunião da equipe de gestão da Atenção Básica que ocorre mensalmente	Chefes de seção, coordenadores e chefe de departamento da Atenção Básica
Realizar oficina de sensibilização e atualização sobre o climatério	Estimular a escuta qualificada e o atendimento integral à mulher; atualizar sobre as diretrizes para o climatério	Definir agenda prévia com a COFORM e AB	Equipe técnica e ACS em momentos distintos
Discutir o tema do climatério com usuárias (os) da unidade	Falta de informação sobre o climatério; compartilhar sentimentos e esclarecer dúvidas das (os) usuárias (os)	Atividades educativas em grupo, por exemplo: grupo do hiperdia, sala de espera para coleta do exame citopatológico do colo do útero entre outros	Mulheres e homens cadastrados no programa hiperdia; Mulheres na faixa etária dos 40 a 65 anos que utilizam os diversos serviços da unidade
Abordagem dos ACS	Reconhecer os sintomas na fala das mulheres	Visita domiciliar	Mulheres no climatério e familiares especialmente os parceiros
Indicar atividades que proporcionem prazer como aulas de dança e artesanato etc	Prevenção de problemas psicológicos e físicos	Atividades educativas em grupo ou individual	Mulheres no climatério

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as mudanças no perfil populacional no município de Santos/ SP com a elevação da proporção de idosos que busca na cidade um local para desfrutar o merecido tempo livre devido a aposentadoria, precisamos pensar de forma consciente e planejada quais ações que poderão contribuir para uma vivência plena em todos os sentidos. O consenso atual relatado na literatura é que a qualidade de vida deva ser o norteador de qualquer ação no climatério. Portanto as propostas devem considerar uma gama de fatores como psicológicos, espirituais, sociais, econômicos, culturais e não apenas o biológico/ físico.

A região central histórica de Santos/ SP, onde ocorreu a pesquisa, tem uma população com características de grande vulnerabilidade social com possibilidade de terem baixa escolaridade, sendo necessário adotar uma linguagem que facilite a compreensão a respeito das alterações que ocorrem no climatério. Quanto maior for o nível educacional e cultural da mulher, mais provável que ela consiga compreender a fase que está passando e assim buscar orientação com profissional de saúde para sanar suas dúvidas e vivenciar melhor esse período.

Entretanto, percebemos que a própria equipe desconhecia ou não relacionava os sintomas do climatério com as queixas das mulheres nessa faixa etária e que essa demanda estava invisível ao olhar dos profissionais de saúde, que minimizavam suas queixas ou mesmo pela ausência de ações à este público.

Tivemos a confirmação da hipótese deste estudo que era: o conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o climatério determina um atendimento baseado em sintomas isolados retardando o acesso a uma atenção multiprofissional que a síndrome climatérica exige, considerando os vários discursos dos sujeitos envolvidos.

Foi percebido pela equipe que muitas mulheres atendidas na unidade ou nos CAPS que estão no período do climatério, fazem uso de medicação antidepressiva já há algum tempo, podendo ter sido uma condução equivocada considerando a falta de atenção integral nos atendimentos. Entretanto, esta problemática necessita de maiores estudos para a confirmação dessa hipótese.

O foco da assistência são para aos grupos prioritários como os pacientes hipertensos e diabéticos, gestantes e crianças, reforçando a atenção à saúde da mulher na área reprodutiva, incentivado pelas próprias políticas públicas que estabelecem

indicadores e metas a serem atingidos, como por exemplo a redução da mortalidade materna e infantil.

A literatura nos mostra que a percepção das mulheres frente a vivência do climatério é bastante negativa mas que esse período é apenas uma fase em sua vida e que há necessidade de esforços para propiciar um momento mais tranquilo. Porém, cabe ressaltar o quanto na vida real, nos serviços de saúde, o climatério não tem destaque e que predominam ações para mulheres em idade fértil, além do rastreamento dos tipos de câncer mais prevalentes na mulher.

É muito difícil de se concretizar a passagem pelo climatério, especialmente nas mulheres que apresentam a síndrome climatérica com essa tranquilidade na vida real e no cotidiano dos serviços, principalmente nas mulheres desta região que vivem em moradias precárias como os cortiços, muitas vezes em relacionamentos fragilizados, que enfrentam o mercado de trabalho para complementar a renda ou porque são chefes da família, mulheres SUS dependentes que precisam de um equipamento de saúde da atenção básica que não está preparado para olhar o climatério.

O processo de envelhecimento é assunto que precisa ser abordado exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos baseado em ações que considerem a escuta, o aconselhamento e orientações para uma boa saúde e qualidade de vida.

Os grupos sócio-educativos com mulheres climatéricas são espaços potentes que permitem trocas de informações, além de receber o apoio necessário para superar as dificuldades devido desordens causadas pelo hipoestrogenismo visando ter uma passagem mais branda por este momento que não é patológico e sim uma fase no seu ciclo vital. Faz se necessário pensar numa assistência pautada na integralidade da saúde da mulher.

Os profissionais de saúde podem, através das ações educativas, indicar possibilidades e novos caminhos que estimulem na mulher, o autocuidado; que favoreçam a alcançar sua autonomia e assumir atitudes positivas como, estimular hábitos saudáveis com orientação nutricional, estimulando atividades físicas e refletir sua realidade de vida sendo a equipe do NASF indispensável a compor esse grupo de apoio.

A trajetória que a equipe pode seguir, as questões e necessidades que são importantes podem vir do próprio usuário e nesse sentido, trazer as mulheres para

participação de um encontro foi extremamente potente pois, mostrou à equipe que se eles estiverem atentos e disponíveis para ouvir as próprias usuárias, somado ao apoio do NASF, poderão encontrar estratégias para pensar juntos e coletivamente um caminho possível para a unidade, nesse contexto de território e de vida dessas mulheres.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Práticas Universitárias e a formação sociopolítica. **Rev. psico. cultura.** n. 11, p. 87-102, 2000.

AGUILAR R. P.; SOARES D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista- BA. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.359-379, 2015.

ALVES, C. R.; ANDRADE, M. C.; SANTOS, C. L. S. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 268-278, 2016.

ARAÚJO, I. A.; QUEIROZ, A. B. A.; MOURA, M. A. V.; PENNA, L. H. G. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 114-122, 2013.

ARCHER, D. F. *et al.* Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. **Climacteric**, Wray, Lancaster, Reino Unido, v. 14, p. 302-320, 2011.

AYALA-PERALTA, F. D.; PALOMINO, R. A.; MORENO, D. A. Climaterio y menopausia: aporte de 70 años de vida institucional. **Rev. peru. ginecol. obstet.**, Lima-Peru, v. 63, n. 3, p. 455-462, 2017.

BACARAT, E. C. Puberdade Precoce. In: **Diagnóstico e tratamento Ginecologia - Ginecologia Geral**, Vol. 3, 2007.

BACCARO L. F.; CONDE D. M.; COSTA-PAIVA L, PINTO-NETO A. M. A epidemiologia e o manejo da osteoporose pós-menopausa: um ponto de vista do Brasil. **Clin Interv Aging**, v. 10, p. 583-591, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNI, N. I. O.; LUZ, M. H.; KOHLRAUSCH, S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 299-306, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases para uma prática educativa. Brasília, 1982.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática I. Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-**

**AB**, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integradas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Pesquisa. **Saúde das Mulheres**. Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**, Portaria nº 497, de 09 de maio de 2016. CONASS Informa n. 92. Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2016b. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conass-informa-n-92-publicada-a-portaria-sas-n-497-que-aprova-as-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero/>>.

\_\_\_\_\_. Portaria Conjunta nº 19, de 03 de julho de 2018. Aprova as **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama**. Ministério da Saúde Secretaria De Atenção à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.il

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, P. G.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 41-66, 2004.

COELHO, E. A. C.; SILVA, J. F. O; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado a saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 154-160, 2009.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DE LORENZI, D. R. S.; CATAN, L. B.; MOREIRA, K.; ARTICO, G. R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 2, p.287-293, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher**. 1996. 193 p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FAIT, T. Menopause hormone therapy: latest developments and clinical practice. **Drugs in Context**, Londres, Inglaterra, v. 8, n. 212551, 2019.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Climatério**: manual de orientação. São Paulo: FEBRASGO, 2004.

\_\_\_\_\_. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Climatério**: manual de orientação - triênio 2009- 2011. São Paulo: FEBRASGO, 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Pense SUS. **Integralidade**, 2014. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>>.

FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 3-32, 1999.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial para Saúde (Org). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, p. 85-112.

FREITAS, K. M.; SILVA, A. R. V. S.; SILVA, R. M. Mulheres vivenciando o climatério. **Health Sciences**. Maringá, v. 26, n.1, p.121-128, 2004.

GIACOMINI, D. R.; MELLA, E. A. C. Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens. **Semina: Ciências Biológicas e Saúde**. Londrina, v. 27, n. 1, p.71-92, 2006.

GOMES, L. G. **Menopausa pode trazer risco de doença cardiovascular**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Regional São Paulo (SBEM-SP), 2017. Disponível em: <<https://www.sbemsp.org.br/imprensa/releases/87-menopausa-pode-trazer-risco-de-doenca-cardiovascular>>.

GONÇALVES, J. T. T.; SILVEIRA, M. R.; CAMPOS, M. C. C.; COSTA, L. H. R. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. **Ciência & Saúde Coletiva**. Manguinhos, v. 21, n.4, p. 1145-1156, 2016.

GONÇALVES, R. **Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, Brasília, v. 3, n. 6, p. 31-36, 2002.

LEITE E. S.; OLIVEIRA F. B.; MARTINS A. K. L. Perspectivas de mulheres sobre o climatério: conceitos e impactos sobre a saúde na atenção Básica. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.2942-2952, 2012.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, 2014.

MALHEIROS, E. S. A.; CHEIN, M. B. C.; SILVA, D. S. M.; DIAS, C. L. L.; BRITO, L. G. O.; PINTO-NETO, A. M.; BRITO, L. M. O. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 163-169, 2014.

MARON, L.; LEAL, A.; BANDEIRA, D.; MACEDO, P. S.; GARCIA, S. S.; SILVA, E. B. A assistência às mulheres no climatério: um estudo bibliográfico. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 545-550, 2011.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MENDONÇA, E. A. P. Representações médica e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 155-166, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 803-809, 2014.

NAHAS E. A.; NAHAS, N. J. **Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, nº 54/Comissão Nacional Especializada em Climatério).

NOAS. **Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>.

OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora - Minas Gerais. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 42-53, 2008.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde - Brasil. **Doenças cardiovasculares**, 2017. Disponível em:  
<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Investigação sobre a menopausa nos anos noventa**. Genebra: OMS, 1996. (Série de Informes Técnicos)

\_\_\_\_\_. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf). Acesso em 18 mar. 2018.

OSIS, M. J. M. D. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. S25-S32, 1998.

PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 172-181, 2014.

PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J.; HARDY, E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 36, p. 484-490, 2002.

PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M. J.; HARDY, E. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 735-742, 2003.

PENTEADO, S. R. L.; FONSECA, A. M.da; BAGNOLI, V. R.; ABDO, C. H. N. Sexualidade no climatério e na senilidade. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**[S.l.], v. 11, n. 03, p. 188-192, 2000.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p. 366-371, 2009.

POMPEI, L. M.; FERNANDES, C. E.; MELO, N. R. Promestrieno no tratamento da atrofia vulvovaginal: revisão sistemática. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 7, p.360-365, 2010.

REIS, R. M. *et al.* Semiologia do Climatério. In: FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Revinter, 2000.

SALINAS, P. H. Envejecimiento poblacional y unidades de climaterio. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 82, n. 3, p. 293-297, 2017.

SANTOS (Município). Secretaria da Saúde. Portaria SMS nº 20/2015 de 13 de abril de 2015. **Institui o grupo técnico de saúde da mulher**. Prefeitura de Santos/ SP.

SANTOS, R. M. **Associação entre depressão e a intensidade dos sintomas climatéricos na pós-menopausa**. 2014. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil dos municípios paulistas. **Santos: estatísticas vitais e saúde**, 2017. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em: 18/05/2018.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil**. Núcleo de Informática e Bioética – Unicamp. Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acesso em: 18/03/2018.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T.. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Brasília, v. 16, n. 1, 2015.

SILVA, R. C. G.; SILVA, A. C. O.; PERES, A. L.; OLIVEIRA, S. R. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 4, p. 695-702, 2018.

SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1611-1620, 2018.

SIMÕES, M. M.; TELHADO, C.; FRAGA, T. Tratamento da atrofia vulvovaginal com laser CO2 fracionado. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 12, n. 3, p. 176-180, 2018.

SOARES, S. M.; AMARAL, M. A.; SILVA, L. B.; SILVA, P. A. B. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, pp. 485-491, 2008.

SOBRAC. Associação Brasileira de Climatério. **Terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa**. Consenso da SOBRAC. p.5-39, 2004

SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. **Climatério e mudanças hormonais**. Canal Saúde. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.sogesp.com.br/canal-saude.../guia.../climaterio-e-mudancas-hormonais>>. Acesso em 18 mar. 2018.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, p.32-43, 2014.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.

UNASUS-UFMA. PROVAB - **Caso Clínico Climatério**. 2017. (2m57s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=3bzaZ7xHQU&list=PLb0wuyig5wRVdGtKZRbtvY5TK4PzYx-FD>>.

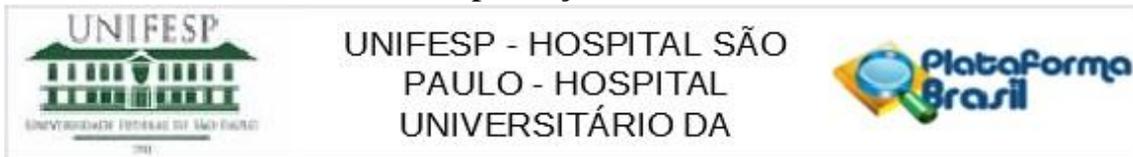
VIDAL, C. R. P. M.; MIRANDA, K. C. L.; PINHEIRO, P. N. C.; RODRIGUES, D. P. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. **Rev. Bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 4, p. 680-684, 2012.

VIEIRA, S. C. **Câncer de mama**: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia. Regional Piauí. EDUFPI, 2017. 328 p. Disponível em:

<<http://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%A2ncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piau%C3%AD-2017.pdf>>.

ZANOTELLI, S. S.; RESSEL, L. B.; BORGES, Z. N.; JUNGES, C. F.; SANFELICE, C. Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa Online: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2800-2811, 2012.

## ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: A CONSTRUÇÃO DE DIÁLOGOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS/ SP

**Pesquisador:** MILENE MORI FERREIRA LUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 96097018.3.0000.5505

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.937.075

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto CEP/UNIFESP n:0953/2018 (parecer final)

O perfil da população brasileira vem apresentando mudanças com o aumento da expectativa de vida sendo necessárias novas ações do Poder Público para promover nos serviços de saúde o autoconhecimento e o empoderamento da mulher. O climatério é o período de transformação na vida da mulher, da fase reprodutiva para a não reprodutiva, podendo ocasionar vários sintomas que afetam sua rotina como por exemplo ansiedade, depressão, nervosismo, insônia, diminuição da libido, fadiga mental, ondas de calor, sudorese, palpitações, cefaleia, tonturas, artralgia, mialgia, obesidade entre outros. Entretanto, é um momento na vida da mulher que não é priorizado para as ações de saúde. Este estudo tem o objetivo de conhecer as práticas dos profissionais e discutir a assistência prestada às mulheres no climatério na atenção básica de saúde de Santos. A produção de dados desta investigação poderá ofertar diretrizes para a construção de Políticas Públicas na área da Saúde da Mulher no município de Santos visando uma assistência integral e humanizada às mulheres no climatério

-HIPÓTESE: O conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o climatério determina um atendimento baseado em sintomas isolados retardando o acesso a uma atenção multiprofissional que a síndrome climatérica exige.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.937.075

#### Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Conhecer as práticas dos profissionais de saúde discutindo a assistência prestada às mulheres no climatério na atenção básica de saúde de Santos.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Conhecer as experiências dos profissionais da atenção básica quanto ao climatério. Refletir sobre a assistência prestada pela equipe às mulheres no climatério à luz das diretrizes do Ministério da Saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: São esperados riscos ou desconfortos mínimos relacionados às oficinas.

-BENEFÍCIOS: Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam servir de fundamento para ações de planejamento e avaliação de rotinas existentes possibilitando a implantação de políticas públicas voltadas à mulher no climatério atendendo uma crescente e complexa demanda nos serviços de saúde, fruto da mudança do perfil populacional e social das mulheres no município de Santos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado de MILENE MORI FERREIRA LUZ. Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Petrolí Frutuoso. Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa baseada em orientações teórico-metodológicas da pesquisa-intervenção.

LOCAL: Unidade de Saúde da Família da Região Central Histórica/ Ilha Diana (CNES 5455642) e a equipe do NASF que apoia esta unidade,

PARTICIPANTES: participarão 15 profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (composta por farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional). Os participantes da pesquisa serão os profissionais de uma das duas equipes da Unidade de Saúde da Família da Região Central Histórica/ Ilha Diana (CNES 5455642) e a equipe do NASF que apoia esta unidade.

-Critério de Inclusão: Ser membro da Equipe de Saúde da Família em estudo ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

PROCEDIMENTOS:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.937.075

-A estratégia metodológica será em formato de oficinas com cinco encontros de aproximadamente 60 minutos, em espaço de reunião de equipe que já está institucionalizada nas ESF estimulando a participação ativa dos sujeitos envolvidos considerando a rotina do trabalho diário. No primeiro encontro, após a apresentação dos objetivos da pesquisa e anuência na participação, serão utilizadas duas questões norteadoras da oficina: 1) Quais ações de cuidado, a equipe realiza com as mulheres de 40 a 65 anos que procuram a unidade? e 2) Quais ações de cuidado, a equipe poderia realizar no atendimento dessas mulheres? O planejamento dos encontros subsequentes será realizado a partir de e com os profissionais participantes, ao final da primeira oficina. Haverá, ainda, pactuação da frequência, dia e horários dos encontros. Será sugerido ao grupo, a participação de pelo menos 2 mulheres que estejam no período do climatério (entre 48 e 54 anos de idade) residentes na área de abrangência da unidade de saúde sendo indicadas pela própria equipe, com vistas a possibilitar a escuta das sensações, dúvidas e expectativas das usuárias quanto a vivência do climatério, o atendimento da unidade, colaborando para a reflexão e proposição de práticas profissionais.

-As oficinas serão gravadas e transcritas, sendo o material posteriormente apreciado por meio da análise de conteúdo (AC).

(mais informações, ver projeto detalhado).

#### **Considerações sobre os Temos de apresentação obrigatória:**

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
- 2-TCLE a ser aplicado aos participantes
- 3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
  - a)- autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: AUTORIZACAO\_COFORM\_SMS.pdf)
- 4- O teor das oficinas está inserido na metodologia do projeto;

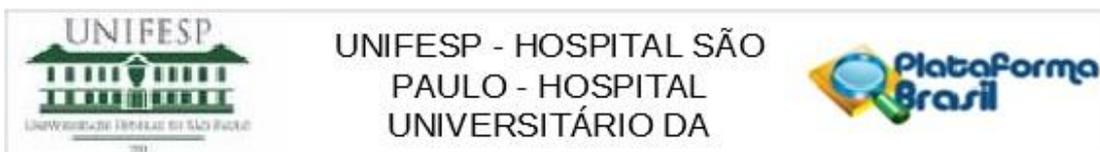
#### **Recomendações:**

Sem recomendações

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata - se de respostas as pendências listadas no parecer de nº 2.879.964 de 06 de setembro de 2018. Todas as pendências foram atendidas. PROJETO APROVADO.

<b>Endereço:</b> Rua Francisco de Castro, 55	
<b>Bairro:</b> VILA CLEMENTINO	<b>CEP:</b> 04.020-050
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)5571-1062	<b>Fax:</b> (11)5539-7162
	<b>E-mail:</b> cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.937.075

1-Em relação ao TCLE:

- a)- retirar a palavra "anexo " do cabeçalho do documento, já que o TCLE não é um anexo, mas sim um documento individualizado.
- b)- Favor redigir novamente, o parágrafo 1º, dirigindo-se ao participante, na forma de convite ("Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo...");
- c)-informar quantas oficinas serão e em que local serão realizadas;
- d)- ao disponibilizar os dados dos pesquisadores, fornecer também, um e-mail ou celular, para facilitar eventuais contatos.
- e)- todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1) as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.
- f)-no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

RESPOSTA: Todas as correções foram realizadas e estão modificadas no novo TCLE que foi anexado na Plataforma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1177212.pdf	16/09/2018 08:30:18		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Resposta_PlataformaBrasil.odt	13/09/2018 10:49:28	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.odt	13/09/2018 10:39:53	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_COFORM_SMS.pdf	14/08/2018 15:30:05	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOPESQUIASCLIMATERIO.pdf	14/08/2018 15:28:14	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.937.075

Investigador	PROJETOPESQUISACLIMATERIO.pdf	14/08/2018 15:28:14	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito
Outros	CEP_UNIFESP.pdf	14/08/2018 15:16:45	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_PLATAFORMABRA SIL.pdf	14/08/2018 14:59:52	MILENE MORI FERREIRA LUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 03 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

## APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do voluntário \_\_\_\_\_

Telefones para contato \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO: A CONSTRUÇÃO DE DIÁLOGOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS/ SP”** que tem como objetivo construir espaços de diálogos com profissionais de saúde da atenção básica de Santos/SP que atendem mulheres na faixa etária dos 40 a 65 anos para conhecer suas práticas relacionadas às mulheres no climatério.

As informações contidas neste documento foram fornecidas pela enfermeira pesquisadora Milene Mori Ferreira Luz vinculada à Universidade Federal de São Paulo com objetivo de firmar acordo escrito, no qual o voluntário da pesquisa autoriza sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá.

Sua participação é voluntária e se dará por meio oficinas em cinco encontros de aproximadamente 60 minutos, na Unidade de Saúde da Família da Região Central Histórica/ Ilha Diana (CNES 5455642) sito à Praça Iguatemi Martins s/n- Vila Nova- CEP: 11013-300; telefone: (13) 3222-3998 onde as mesmas serão gravadas pela pesquisadora. São esperados riscos ou desconfortos mínimos relacionados às oficinas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimento sobre o tema abordado. Se depois de consentir em sua participação você quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Amador Bueno nº 333-14º andar- sala 1414- Centro, Santos/ SP- CEP: 11013-151 e pelos telefones (13) 3213-5100 Ramal: 5281/celular: (13) 99113-7292; e-mail: milenemfl3@gmail.com, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Fernanda Petrolí Frutuoso no endereço Rua Silva Jardim, 156, Vila Mathias, Unifesp/BS – Santos.

Em caso de dúvida sobre aspectos éticos desta pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino. CEP: 04020-050. São Paulo/ SP. Tel.: (11) 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cep@unifesp.edu.br](mailto:cep@unifesp.edu.br). Não haverá nenhum dado pessoal, ocasionado durante a realização do procedimento proposto neste estudo.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra permanecerá com a pesquisadora. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o

meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa / representante legal

---

Data

---

Assinatura da testemunha

---

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome do responsável pelo estudo

---

Data

---

Assinatura do responsável pelo estudo

---

Data