



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RN
CURSO DE ENFERMAGEM

LUCIA ALVES DE QUEIROZ

CLIMATÉRIO E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Msc. Maria Lucia O. do Nascimento

LUCIA ALVES DE QUEIROZ

CLIMATÉRIO E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia de conclusão de curso, Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Natal, 23 de novembro de 2009

Banca Examinadora

CLIMATÉRIO E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Maria Lucia C. do Nascimento

RB 33.362

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg <u>M001472</u>
<u>09/02/10</u>

612.67
Q 45c
2009
ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Queiroz, Lucia Alves de
Climatério e enfermagem: uma revisão bibliográfica/ Lúcia Alves de
Queiroz. – Natal: FARN, 2009.
41f.

Orientador: Maria Lucia C. do Nascimento (Mestre)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Climatério – Monografia. 2. Mulheres – Monografia. 3. Assistência de
Enfermagem – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.67

LUCIA ALVES DE QUEIROZ

CLIMATÉRIO E ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia de conclusão de curso Faculdade apresentada pela aluna Lucia Alves de Queiroz, do 8º período do curso de enfermagem da FARN foi considerada aprovada pela banca abaixo designada:

Natal, 23 de novembro de 2009.

Banca Examinadora

Prof.^a M. Sc. Maria Lúcia Costa do Nascimento
Orientadora
FARN-RN

Prof.^a. MSa. Mariluce Oliveira de Araújo
(Avaliador(a):

Prof.^a .Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolete
Avaliador(a):

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência, principalmente por ter me dado coragem, força, saúde e disposição para não desistir nos momentos de fraqueza. Sem Deus, nada é perfeito. O homem tenta reproduzir mais não consegue.

Aos meus pais, que já faleceram, Antonio Justino da Silva e Julita Alves de Moura, seres humanos muito especiais e importantes na minha vida e formação, excepcionais cuja vida é o exemplo, e apesar dos altos e baixos, entenderam a minha ausência.

Aos meus familiares, especialmente a minha irmã Maria de Fátima da Silva, pelo apoio nas horas de tristeza. A meus irmãos Severino Moura da Silva, esse me deu muita força para prosseguir no curso e Severino Ramos Moura da Silva, muito obrigada.

Ao meu esposo, João Batista Pinto de Oliveira, por ter sido compreensivo durante o curso.

Ao meu sobrinho Gabriel Mendes de Mendonça, pela companhia.

A minha amiga Crystiane Martins de Mendonça, por ter me ajudado durante o curso.

A minha orientadora, Maria Lúcia Costa do Nascimento, minha eterna gratidão. Suas orientações me enriqueceram e abriram meus horizontes através desse trabalho.

A todos os professores, grandes educadores, que participaram da minha vida acadêmica, contribuindo com suas experiências, relatos, informações e tolerância, me dando coragem e apoio.

Enfim a todos que me amam e que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho e para minha formação pessoal.

RESUMO

O estudo objetiva analisar o climatério, seus principais distúrbios e as ações de enfermagem nessa fase da vida das mulheres. O estudo sobre o climatério, período que começa por volta do 40 anos até os 65 anos, tem sido uma grande preocupação entre os estudiosos nos últimos anos, por representar uma importante fase na vida da mulher, que por viver mais, necessita de qualidade. Neste período ocorre uma diminuição das funções ovarianas levando as alterações anátomo- fisiológicas, hormonais e psicossociais. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica apresentando-se como parte da pesquisa científica, no momento a melhor opção de análise, pois permite a amplitude de material já elaborado e responder as hipóteses do trabalho, proporcionando a leitura, análise e interpretação de artigos, periódicos, textos legais, dentre outros, sobre o assunto. Os estudos apontam para a necessidade de aprofundamento científico da terapia hormonal, bem como para os vários tipos de dietas que ajudarão a diminuir ou eliminar distúrbios indesejáveis. Referem os exercícios e as atividades laborais como coadjuvante indispensáveis desse tratamento. O climatério ou menopausa está diretamente ligados ao processo de envelhecimento e qualidade de vida, porém se reveste de muitas interrogações acerca dos tratamentos preconizados, inclusive medicamentoso. Portanto faz-se necessário que a enfermagem aprofunde os estudos, divulgue os achados como forma educativa e preventiva desmistificando mitos e oferecendo um atendimento humanescente.

Key words: Climatério. Women. Nursing care.

Palavras-chave: Climatério. Mulheres. Assistência de enfermagem.

LISTA ABSTRACT TURAS

This study is aimed to analyze the climacteric, the primarily disturbance and nursing actions in this phase of woman's life. The climacteric began around 40 to 65 years. The study on climacteric has been a major concern among scholars in recent years because it represents an important phase in the woman's life, which lives longer and need quality. During this period, occurs a decrease in ovarian function leading to anatomical and physiological changes, hormonal and psychosocial factors changes. This study is a literature review presented as part of scientific research and currently is the best option for analysis because it allows ranges of material already prepared and to give answers to the hypothesis of this paper, allowing reading, analysis and interpretation of articles, journals, legal texts, among others on the subject. Studies points out the necessity for further scientific on the use of hormone therapy, as well as for various types of diets that help to reduce or eliminate undesirable disturbances. It refers to the exercises and physical activities as supporting essential for the treatment. The climacteric or menopause is related directly to the aging process and life quality, but it has so many questions about the recommended treatment, including medication. Therefore it is necessary to nursing make deepen studies to disseminate the findings as an educational and preventive demystifying myths and offering a humanized service.

Key words: Climacteric. Women. Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas	9
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina	12
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde	12
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem	12
DECS	Descritores em Ciências da Saúde	12
FARN	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte	
FDA	Food and Drug Administration	14
FSH	Hormônio folículo estimulante	18
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	17
ICS	Internacional Continence Society	20
IMC	Índice de massa corpórea	20
IU	Incontinência Urinária	21
LH	Hormônio luteinizante	23
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	24
NAMS	North American Menopause Society	24
ONGs	Organizações não-governamentais	27
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	28
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online	29
SHBG	Sex hormone-binding globulin	30
SOBRAC	Sociedade Brasileira de Climatério	
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop	31
TRH	Terapia de reposição hormonal	36
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	37
WHI	Women's Health Initiative	39

1 INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	OBJETIVOS	12
1.1.1	Objetivo geral.....	12
1.1.2	Objetivos específicos.....	12
1.2	JUSTIFICATIVA	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO.....	14
2.2	CONCEITO E FASES DO CLIMATÉRIO.....	16
2.3	SINAIS E SINTOMAS DO CLIMATÉRIO	17
2.4	DOENÇAS RELACIONADAS AO CLIMATÉRIO	20
2.4.1	Doença cardiovascular	20
2.4.2	Osteoporose	21
2.4.3	Incontinência urinária	23
2.5	TRATAMENTOS DO CLIMATÉRIO.....	24
2.5.1	Tratamento com Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	24
2.5.2	Atividade física orientada	27
2.5.3	Alimentação rica em cálcio e pobre em colesterol.....	28
2.5.4	Grupos de apoio.....	29
2.6	CLIMATÉRIO NO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA.....	30
2.7	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER CLIMATÉRICA.....	31
3	METODOLOGIA	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O estudo do climatério tem se destacado nos últimos 15 anos, apesar de há décadas a medicina em geral estar estudando formas de melhorar a qualidade de vida das mulheres decorrentes do aumento da expectativa de vida, portanto este trabalho tem o intuito de refletir acerca das propostas de assistência de enfermagem no climatério, que afligem e afligirão muitas mulheres.

À medida que se avança na transição demográfica experimentada pelo Brasil, passa-se a vivenciar um fenômeno novo: a expectativa de envelhecer, tornando-se uma sociedade “retangular”, na qual um grande número de indivíduos atinge uma idade avançada, para entrar abruptamente numa faixa etária em que a morte ocorre ao redor dos 85 anos.

A expectativa de vida da mulher brasileira, próxima dos 70 anos, faz com que cerca de 10% da população feminina viva um terço ou mais de sua vida após a menopausa. A longevidade e a conseqüente redução de mortes prematuras legaram-nos algumas doenças degenerativas e outras próprias do envelhecimento, muitas delas agravadas pelo “estado menopáusico” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Neste panorama, a preocupação com o “viver mais” se faz acompanhar pelos esforços em prol do “viver melhor”. A busca de melhor qualidade de vida é a meta da assistência à mulher climatérica e o que se procura é maximizar a sua “expectativa de vida ativa” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Pela história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos. Dados atuais têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa. O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da

saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos. (BRASIL, 2008).

Ainda segundo a OMS, (2003) climatério é considerado um distúrbio endócrino de consumo de natureza genética que se caracteriza pela deficiência de hormônios esteróides ovariano (produzidos na adolescência, responsáveis pelo aparecimento dos sinais sexuais secundários) em decorrência da falência funcional das gônadas que por exaustão folicular se manifesta em todas a mulheres de meia idade, é um fenômeno fisiológico cujas conseqüências são potencialmente patológicas e de manifestação universal.

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade. De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. Nesse universo, cerca de 30 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

O climatério não é um evento breve na vida da mulher, mas uma condição a ser suportada desde o momento em que seus ovários começam a surgir até o fim da vida (WOLFGANG, 2000; CUNHA, 1998).

O estudo do climatério tem sido enfatizado nos últimos anos, por representar um importante tema na qualidade de vida da mulher. De acordo com o Ministério da Saúde, começa por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos. Neste período ocorre uma diminuição das funções ovarianas levando as alterações endócrinas, somáticas e psíquicas (BRASIL, 2005).

Fernandes, Melo e Wehba (1999) descrevem que o estrogênio é o hormônio básico da mulher, sua produção começa na adolescência, quando é responsável pelo aparecimento dos sinais sexuais secundários, e vai até a menopausa. A falta dele causa as ondas de calor, ou fogachos das mulheres que se manifestam principalmente à noite, também é responsável pela textura da pele feminina e pela distribuição de gordura no corpo.

Complementam ainda os autores, que sua falta causará a diminuição do brilho da pele e uma distribuição de gordura no abdômen, secura vaginal afetando o desejo sexual. Além disso, o estrogênio também é relacionado ao equilíbrio entre as gorduras no sangue, colesterol e a HDL - colesterol, explicando o porquê de uma chance muito maior de ataques cardíacos ou doenças cardiovasculares. A falta de estrogênio causa a irritabilidade e a depressão (FERNANDES; MELO; WEHBA, 1999).

De acordo com Freitas et al. (2006), o climatério é definido como “o período de transição entre a fase produtiva, ou menarca (menarca), e a fase não-reprodutiva, ou senilidade.” Esta fase é definida com a parada permanente da menstruação, em consequência da perda definitiva da atividade folicular ovariana.

O climatério é caracterizado pela carência estrogênica e pelos fenômenos do envelhecimento. Levando-se em consideração o aumento crescente da expectativa de vida e com o aumento da população idosa, pode-se supor que mais mulheres passarão por esta fase da vida nos próximos anos e que se faz necessário uma reflexão acerca das condições de vida mais favoráveis para o enfrentamento desse período de transição (LIMA, 2001).

Segundo Fonseca et al (2004), a síndrome do climatério compreende o conjunto de sintomas e sinais que aparecem nessa fase. As queixas mais frequentes são: ondas de calor, sudorese, calafrios, cefaléias, tonturas, parestesia, palpitações, depressão, insônia, fadiga, perda de memória alterações menstruais, secura vaginal, dispauremia, síndrome uretral, pele seca e pouco elástica, fragilidade e queda dos cabelos.

Todas essas transformações enfrentadas no climatério e menopausa, muitas mulheres desconhecem chegando nesta fase sem nenhuma informação sobre esse processo de transição que irá acontecer com o seu corpo. Como consequência, muitas delas passam por problemas como preocupações mais intensas, ansiedade excessiva, depressão, mal-estar, irritabilidade, insônia, medo da velhice, sensação de inutilidade.

Acredita-se que estes sintomas e alterações dependem da história de vida de cada mulher. Cabe a enfermeira diante da mulher com sinais e sintomas do climatério, ações preventivas, mediante a promoção do esclarecimento e do autoconhecimento, tendo em vista a preparação dessa mulher para enfrentar e superar as modificações e transtornos que possam ocorrer.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar os principais aspectos que caracterizam o climatério.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais manifestações (distúrbios) relacionadas ao climatério.
- Descrever a assistência de enfermagem à mulher no climatério.

1.2 JUSTIFICATIVA

É perceptível nos serviços de saúde a pouca visibilidade com que tem sido trabalhadas e tratadas questões referentes à saúde da mulher, em especial da mulher no climatério.

Nos artigos pesquisados, observou-se que o climatério é um período de transição da mulher da fase reprodutiva para a não reprodutiva onde elas não têm muitas informações e ou esclarecimento acerca das transformações que ocorrerão em seu organismo. Também porque os estudos realizados pela enfermagem baseiam-se na mesma problemática de falta de conhecimento, sendo pouco abordado e apresenta contradições em diversos aspectos sobre esta fase de transição (CUNHA, 1998).

O interesse da autora por esta temática surgiu através da observação do grande desconhecimento e "mistificação" das mulheres e também, de muitos profissionais de saúde sobre os principais distúrbios relacionados ao climatério.

Observa-se que este distúrbio endócrino afeta e irá afetar muitas mulheres e se revela de grande relevância para a área de Enfermagem, principalmente a relacionada à saúde da mulher.

Para que se melhore a qualidade de vida das mulheres, torna-se necessário o amplo domínio e compreensão do assunto, questão em que o estudo sugerido poderá auxiliar na futura assistência profissional.

Diante das necessidades dessas mulheres, o enfermeiro deve buscar uma visão geral do problema que envolve a mulher, desenvolvendo uma assistência individualizada, compreendendo sua experiência de vida, cultura, condição socioeconômico, crença e sexualidade. Nessa tentativa, através do levantamento da literatura, busca-se identificar as principais manifestações (distúrbios) relacionadas ao climatério e o que a enfermagem propõe como assistência a essas mulheres.

Portanto, diante do exposto, faz-se necessário o seguinte questionamento: quais as principais manifestações (distúrbios) relacionadas ao climatério e o que a enfermagem propõe como assistência as mulheres nesta fase da vida, segundo os trabalhos publicados sobre o tema?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO

A expectativa de vida para as mulheres brasileiras considerando todas as cores e raças, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), está em torno dos 72,4 anos (BRASIL, 2008). No caso das mulheres negras esta expectativa é reduzida em 4 anos. Após a menopausa – que ocorre em torno dos 50 anos – as mulheres dispõem de cerca de 1/3 de suas vidas, que podem e devem ser vividos de forma saudável, lúcida, com prazer, atividade e produtividade.

O climatério, em alguns estudos antropológicos, é apontado como sendo um evento biocultural que merece ser apreciado de forma mais abrangente. Dessa forma, a cultura, a condição social, o estilo de vida e todo o contexto no qual está inserido o indivíduo, devem ser considerados quando se pretende refletir sobre o processo de transição para o envelhecimento (GONÇALVES; MERIGHI, 2006).

Diante disso, pode-se perceber que o climatério trata-se de uma etapa da vida da mulher em que ocorrem mudanças físicas, psíquicas, sociais e culturais, as quais põem em prova sua capacidade para levar a cabo os ajustes psicológicos e sociais necessários que permitem manter o seu equilíbrio emocional e continuar seu desenvolvimento.

Segundo Peres Filho et al. (2003), a mulher nasce com 1 a 2 milhões de folículos e, ao tempo da menopausa, restam apenas algumas centenas ou poucos de milhares. A perda folicular resulta, principalmente, da atresia e não da ovulação. Durante os 40 anos de vida reprodutiva da mulher, apenas cerca de 480 folículos ovulam, sendo que a taxa de perda é linear até a idade de 35 a 38 anos, seguida por uma perda progressiva e vertiginosa até a menopausa. Acrescenta o autor que em torno dos 40 anos, os ovários começam a diminuir de tamanho, sendo que esta taxa se desacelera durante a perimenopausa (período que antecipa a menopausa) e termina 5 a 10 anos após a menopausa. Este decréscimo do volume ovariano reflete alterações no tecido de suporte e células do estroma.

No período perimenopausa, o número de folículos ovarianos diminui substancialmente, e os remanescentes respondem mal ao Hormônio do Folículo Estimulante – FSH e ao Hormônio Luteinizante – LH. Como resultado, ocorre ciclos

irregulares por conta da ovulação errática. Como o desenvolvimento folicular declina as flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona não acontecem, e os níveis circulantes destes hormônios diminuem. Pouco antes da menopausa a velocidade com que os folículos se tornam atresiais aumenta, provavelmente devido ao aumento dos níveis de FSH (PERES FILHO et al., 2003).

Estas alterações podem preceder a menopausa por um período de até 10 anos. Podemos detectar um aumento no nível de FSH na fase folicular inicial de ciclos regulares ou uma diminuição do nível circulante de inibina B. A elevação do FSH leva à depleção folicular acelerada (PERES FILHO et al., 2003).

Na perimenopausa tardia, os níveis de estradiol e inibina A também diminuem, os níveis de inibina B permanecem baixos e o FSH marcadamente alto. Apenas a inibina B é fator preditivo independente significativo do FSH. A transição perimenopáusica não é um momento de declínio gradual da função ovariana. As concentrações de estrogênio no meio do ciclo podem estar normais ou mesmo elevadas. Os androgênios podem estar normais ou diminuídos. As alterações hormonais parecem ser independentes de modificações da SHBG (Sex hormone-binding globulin). O FSH geralmente não é suprimido, apesar de níveis elevados de estrogênios, provavelmente pela inversão na relação estradiol/estrone (PERES FILHO et al., 2003).

Peres Filho et al. (2003) acrescentam que na medida em que o número de folículos diminui, os níveis de inibina B caem, permitindo a subida do FSH. Isto provavelmente leva a superprodução de estradiol e conseqüente hiperestrogenismo, gerando sintomas como edema, irritabilidade e mastalgia, enquanto a queda dos níveis de estradiol está associada a fogachos e sintomas urogenitais.

Durante a perimenopausa tanto valores normais quanto diminuídos de progesterona já foram encontrados. A sensibilidade à insulina diminui durante a perimenopausa, especialmente quando há ganho de peso. Nessa fase, aproximadamente 90% das mulheres experimentam de 4 a 8 anos de mudanças no ciclo menstrual. Estas alterações menstruais podem ser súbitas e podem apresentar padrões variados, tais como: sangramento leve ou forte, sangramento por poucos ou muitos dias, ciclos curtos ou longos, períodos de amenorréias ou mesmo nenhuma alteração (VIGETA; BRETAS, 2004).

A função menstrual também pode ser afetada por medicações, entre elas: os antidepressivos, antipsicóticos, anti-hipertensivos, hormônios e as terapias anti-

câncer. Dietas para emagrecimento rápido, assim como exercícios praticados de forma excessiva, também podem interferir na função menstrual, levando à amenorréia hipotalâmica. Neste caso os níveis de FSH podem estar normais ou baixos, raramente altos. A dosagem de FSH acima de 35 mUI/ml é altamente suspeita de que a mulher encontra-se na perimenopausa (PERES FILHO et al., 2003).

Estes autores acrescentam ainda que as alterações tireoidianas – hipo ou hiperteroidismo – podem provocar desde menorragia até amenorréia. A presença de menstruações irregulares é um forte preditor da perimenopausa e cada mulher irá relatar um padrão que é irregular para ela já que não há uma definição universal para irregular. Por outro lado, o padrão irregular durante a perimenopausa é um fenômeno natural e, portanto, não deve ser chamado de sangramento anormal.

2.2 CONCEITO E FASES DO CLIMATÉRIO

Como ressalta o Ministério da Saúde, o climatério corresponde à fase da vida da mulher na qual ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude, variando de 40 a 65 anos de idade (BRASIL, 2005).

Comumente empregado como sinônimo de menopausa, o termo climatério é utilizado para definir o período da vida reprodutiva da mulher durante o qual a menopausa ocorre. A menopausa trata-se de um fenômeno que representa o término permanente das menstruações por um período de doze meses de amenorréia, tendo como resultado a perda da função folicular dos ovários (FERNANDES, 2006).

O conceito de menopausa é muito semelhante entre os vários autores pesquisados, diferindo apenas, na construção lingüística e gramatical, podendo ser conceituando como:

Distúrbio endócrino de consumo de origem genética que se caracteriza pela deficiência de hormônios esteróides ovarianos, decorrentes da falência funcional das gônadas que por exaustão folicular se manifesta em todas as mulheres de meia idade, sendo um fenômeno fisiológico e de manifestação universal (FERNANDES, 2006, p. 2).

Fernandes (2006) ainda acrescenta que a menopausa não é um evento breve na vida da mulher, mas uma condição a ser suportada desde o momento em que seus ovários começam a surgir, persistindo até o fim da vida.

Segundo Gonçalves e Merighi (2006), o Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), organizado pela North American Menopause Society (NAMS), propôs, no ano de 2001, a divisão do climatério em estágios, assim discriminados:

- a) Transição menopausal, que vai dos 37 aos 46 anos.
- b) Perimenopausa, dos 46 aos 50 anos.
- c) Pós-menopausa, dos 51 aos 65 anos.
- d) Terceira idade, após os 65 anos de idade.

A menopausa ocorre geralmente dos 48 aos 52 anos. Essas etapas compõem o climatério. Pode-se assegurar, então, que, diante da conceituação do climatério como um processo dividido em estágios específicos, dentro da ampla faixa etária em que ocorrem, muitos são os fenômenos vividos pela mulher.

Descrever sobre a vivência nesse contexto exige que se percorra de um lado a outro em um mar de águas turbulentas. Vai-se da idéia de infertilidade e sensação de não ser mais a jovem com pleno vigor físico e com infinitas possibilidades, até a sensação de envelhecer, apresentando-se os sinais da finitude.

O climatério e a menopausa são terminologias bastante confundidas, não raramente sendo utilizados como sinônimos, inclusive em artigos científicos, porém vale destacar que a primeira se refere a um período relativamente indefinido, enquanto a segunda é utilizada para designar a última menstruação (ALMEIDA; LUZ; MONTEIRO, 2007).

Afirmam os autores que a menopausa ocorre em torno dos 50 anos de idade e, apesar de caracterizar uma data precisa, só pode ser definido com a cessação definitiva das menstruações, depois de transcorrido o período de um ano, definida como mediata nos dois primeiros anos e tardia nos anos subseqüentes.

2.3 SINAIS E SINTOMAS DO CLIMATÉRIO

Muitos sintomas decorrentes da menopausa (fase do climatério) variam de mulher para mulher e podem ser encarados como normais ou não, dependendo da sensibilidade e dos valores de cada uma. A irregularidade menstrual pode ser o primeiro sinal de que as modificações hormonais estão ocorrendo no corpo da mulher. Fora isso, cerca de 80% das mulheres apresenta outros sintomas de intensidade variável durante o período, como as ondas de calor, conhecidas como

fogachos, que se manifestam principalmente à noite e que nem sempre está associada a suores intensos, sensação de tontura e palpitação (FERNANDES; MELO; WHEBA, 1999).

Outros sintomas segundo esses autores são:

- Alteração dos órgãos sexuais, como secura na vagina, que pode causar dor e desconforto durante o ato sexual.
- Alteração do controle urinário, levando ao aumento da frequência de urinar ou à perda espontânea de urina.
- Diminuição do tamanho e firmeza da mama, perda da elasticidade da pele, particularmente da face e do pescoço.
- Alterações da cartilagem, causando dores nas articulações e músculos.
- Aumento da porosidade e enfraquecimento dos ossos (osteoporose), levando a uma diminuição da estatura e deformidade da coluna.
- Alterações na composição das gorduras do sangue, facilitando o "endurecimento" das artérias (arteriosclerose), determinando maior risco de doenças do coração (infarto e hipertensão).

A presença dos sintomas mencionados acima, assim como as mudanças hormonais, não depende da mulher e pode fazê-la apresentar um estado variado de humor, variando-se do bem estar à tristeza ou depressão. A perda da fertilidade, assim como os outros sintomas, de acordo com Fernandes (2006), é ocasionada pelas alterações progressivas e irreversíveis que ocorrem nos ovários, como resultado desse processo.

Dosagens hormonais são feitas quando necessário, sempre a juízo do médico, assim como exames complementares variados, constituindo-se, o controle da terapia de reposição hormonal. Esta é uma maneira efetiva de se assegurar uma melhor qualidade de vida a mulher, fato este, ainda não conscientizado por grande parte das mulheres e médicos, no processo de aceitação ao tratamento da menopausa. Portanto, é de grande importância, as informações e aconselhamentos, cuja eficiência depende da relação profissional-paciente (LIMA et al., 2001).

Dentre a prevalência dos diferentes sintomas climatéricos, De Lorenzi et al., (2004) colocam que estão relacionados à irritabilidade, artralgia/mialgia, melancolia/tristeza, zumbidos, insônia, parestesias, cefaléia, fogachos, vertigem e fraqueza/cansaço.

Dentre os sintomas nesta fase da vida da mulher, Fernandes (2006) relata que, a irregularidade menstrual pode ser o primeiro sinal de que as modificações hormonais estão ocorrendo no corpo da mulher, e que cerca de 80% das mulheres apresentam outros sintomas de intensidade variável durante o período, entre eles, o enfraquecimento dos ossos (osteoporose), que leva a uma diminuição da estatura e deformidade da coluna.

Informa ainda, que o estrogênio também é relacionado ao equilíbrio entre as gorduras no sangue, colesterol e a HDL - colesterol, explicando "o porquê" de uma chance muito maior de ataques cardíacos ou doenças cardiovasculares. Ocorre também, que a falta de estrogênio leva a irritabilidade e a depressão, sintomas clássicos citados pela literatura, que afetam a psique feminina (FERNANDES 2006).

Baracat, Haidar e Lima (1999) reafirmam a idéia exposta anteriormente, no qual o estrogênio está associado a sentimentos de auto-estima, e que a falta dele pode causar depressão em graus variados. Citam ainda, que o estrogênio é responsável direto pela fixação do cálcio nos ossos, decorrendo que após a menopausa, grande parte das mulheres passa a perder o cálcio dos ossos, iniciando um processo de enfraquecimento esquelético chamado osteoporose.

De acordo com Fernandes (2006), a osteoporose se constitui no principal sintoma do climatério, onde maiores atenções devem ser dadas, devido ao risco do enfraquecimento dos ossos e eventuais conseqüências à saúde da mulher decorrentes de quedas.

Muitos dos sintomas da menopausa variam de mulher para mulher e pode ser encarados como normais ou não, dependendo da sensibilidade de cada indivíduo.

A sintomatologia climatérica, de acordo com De Lorenzi et al. (2004), mostra-se significativamente mais intensa entre as mulheres que não tem uma atividade física regular.

Gonçalves e Merighi (2006), em estudo sobre os sintomas do climatério entre mulheres australianas e japonesas, demonstraram que fatores culturais podem influenciar a forma como cada uma enfrenta as mudanças psicológicas e fisiológicas típicas dessa fase do ciclo reprodutivo. Acrescentam os autores que alguns pesquisadores comentam que as manifestações psicológicas muitas vezes decorrem dos tabus sociais que envolvem a menopausa, especialmente pelo reposicionamento da mulher no âmbito familiar com a saída dos filhos de casa e

conseqüente abstração repentina de suas funções.

Desse modo, sem ter seu valor social reconhecido e envolvendo-se cada vez mais nas demandas impostas pelo mercado de trabalho e pelas suas próprias necessidades socioeconômicas, as mulheres muitas vezes encontra-se em situação de conflito entre as exigências do seu papel social e sua capacidade orgânica para tal.

2.4 DOENÇAS RELACIONADAS AO CLIMATÉRIO

Na fase do climatério as mulheres ficam expostas a doenças que até então não eram significativas nos índices de morbidade e mortalidade feminina, como as doenças cardiovasculares, osteoporose e incontinência urinária.

2.4.1 Doença cardiovascular

A doença cardiovascular ainda é a principal causa de mortalidade no mundo. Segundo os dados da OMS, morrem cerca de 6 milhões de pessoas por ano, vítimas de algum distúrbio cardiovascular (MAIA; LOPES, 2006).

No que se refere às doenças cardiovasculares, autores colocam que durante o menacne, a incidência de cardiopatia isquêmica feminina é cerca de três vezes menor que a masculina. Após a menopausa, com a queda dos níveis de estradiol, o risco cardiovascular feminino aumenta progressivamente, equivalendo-se ao do homem aos 75 anos. Para se ter uma idéia da importância dessa questão, vale lembrar que, no Brasil, no ano de 2000, a doença cardiovascular isquêmica levou ao óbito 32.936 mulheres, enquanto que o câncer de mama foi responsável por 8.308 óbitos (DE LORENZI et al., 2004)

Segundo Favarato et al. (2000), diversas mudanças fazem parte do climatério, como a menopausa, alteração da estética física, e alteração nos aspectos psicológicos e sociais. Nesse período há perda da proteção do estrogênio, ocorrendo aumento significativo na incidência de doenças cardiovasculares. A cardiopatia pode promover um comprometimento global do indivíduo afetando-o, também, nos segmentos afetivo-emocional e social. A sobreposição de duas situações que envolvem importantes aspectos psicossociais – o fim do período reprodutivo e a presença da doença cardiovascular – pode interferir negativamente

na qualidade de vida dessas mulheres. (2006, p. 211).

Conforme Freitas et al. (2004), a mulher, em relação ao homem, tem uma proteção na pré-menopausa contra a doença cardiovascular. Esse privilégio desaparece paulatinamente à medida que a mulher entra no climatério. Estudos demonstram que o índice de infartos se iguala ao homem entre os 70 e 80 anos.

O estrógeno, através de vários mecanismos, estimula a dilatação dos vasos, através da ação direta sobre os receptores das paredes, bem como da redução dos níveis de várias endotelinas (substâncias vasoconstrictoras potentes). Associa-se, também, à redução da resistência à insulina, reduzindo, assim, a hiperinsulinemia. Portanto, a diminuição do estrógeno circulante aumenta o risco de doença cardiovascular (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004).

Diante do exposto, torna-se evidente que a mulher no climatério tem risco aumentado para a doença cardiovascular, somando-se a esse risco esperado outros fatores ligados ao estilo de vida, como o fumo, a obesidade e o sedentarismo, que aumentam em muito a chance de efetivar-se um acidente cardiovascular.

As principais orientações para diminuir os riscos de desenvolver uma doença cardiovascular, de acordo com Maia e Lopes (2006), são: atividade física, manutenção de peso adequado – usar como referência o Índice de Massa Corpórea (IMC) – dieta pobre em colesterol e rica em fibras e evitar o fumo e o álcool. As situações de estresse sempre pioram a qualidade de vida; não podendo eliminá-las, devemos ter “válvulas de escape” como o lazer.

2.4.2 Osteoporose

A osteoporose trata-se de uma doença que ocorre em consequência da redução da densidade óssea, que altera a estrutura do tecido ósseo, levando-o à fragilidade.

A osteoporose é conceituada como sendo uma doença caracterizada por deterioração do tecido ósseo, com redução da massa óssea em níveis insuficientes para a função de sustentação, tendo como consequência elevado risco de fratura. Em 20% dos casos há uma doença secundária determinando a variedade involucional ou primária (LIMA et al., 2001).

Na concepção de Maia e Lopes (2006, p. 211):

Do nascimento até os primeiros anos da fase adulta de nossa vida, o osso sofre mudanças de absorção e produção de massa óssea, ou seja, o osso mais velho é eliminado pelos osteoclastos, e o osso jovem é formado pelos osteoblastos. Então, o osso alcança o máximo da densidade óssea e passa a sofrer uma lenta perda da massa óssea. O avanço da idade e a entrada no climatério (diminuição do estrógeno) aceleram o processo de perda da massa óssea. No processo de manutenção da massa óssea, além do estrógeno, tem influência a vitamina D, o paratormônio e a calcitonina. A vitamina D atua no intestino, ajudando na absorção do cálcio, o paratormônio estimula a reabsorção óssea (osteoclastos), e a calcitonina inibe as atividades dos osteoclastos.

Quando se atinge a menopausa, a quantidade de osso reabsorvida aumenta agudamente, enquanto a quantidade de osso formado aumenta moderadamente. Dessa forma, cada ano perde-se de 1 a 3% de osso cortical e acima de 5% de osso trabecular. Essa erosão óssea mantém-se durante cerca de 10 a 15 anos e após, a perda óssea é consideravelmente diminuída (DE LUCA; PINAFFI, 1996).

A perda da massa óssea até a fase adulta é de 0,3 a 0,5% por ano e após a menopausa se acentua até 10 vezes mais. As fraturas ósseas são a principal decorrência da osteoporose, localizando-se com mais freqüência na coluna, no colo do fêmur e no segmento distal do rádio, porém podem ocorrer em outros ossos. A osteoporose atinge diretamente o osso trabecular (parte interna) e o cortical (parte externa) (RADOMINSKI et al., 2002).

No Brasil, a incidência da osteoporose não é clara, algumas tentativas são feitas visando estimá-la, tendo como base à extrapolação da incidência suposta de osteoporose sobre dados dos censos populacionais fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tendo em vista que essa enfermidade tem sua epidemiologia ligada a evolução da pirâmide populacional, essas estimativas para o futuro em nosso país oferecem perspectivas muito preocupantes (LIMA et al., 2001).

O período de recuperação da osteoporose, quando ocorre uma fratura, é lento, podendo tornar a mulher dependente e reclusa, conduzindo-a, às vezes à sensação de inutilidade e ou até à depressão. Em decorrência das fraturas, especialmente as de quadril, podem ocorrer longos períodos de internação hospitalar e até a morte (RADOMINSKI et al., 2002).

2.4.3 Incontinência urinária

A Incontinência Urinária (IU) trata-se de um agravo que acomete milhões de pessoas, especialmente mulheres, de todas as idades, com repercussões negativas sobre a qualidade de vida. Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o número de pessoas do sexo feminino na meia-idade e na velhice tende a aumentar cada vez mais, especialmente em faixas etárias nas quais a IU é mais prevalente. Como consequência, haverá um número crescente de casos e, muitos deles não serão diagnosticados pela falta de busca de tratamento ou de crença que a IU é uma condição normal resultante do processo de envelhecimento e não uma doença (SIMEONOVA; MILSON; KULLENDORFF, 1999).

Para Lopes e Maia (2006, p. 215):

Os prejuízos causados pela IU têm sido enfatizados por diversos autores. Fondspang e Mommsen (1997) estudaram 388 mulheres dinamarquesas, com idade entre 30 e 59 anos, e constataram abstenção das atividades sociais devido à IU de 21,9%, sendo que 1,3% não visitavam amigos, 2,6% deixaram de praticar esportes, 18% deixaram de fazer compras, 3,4% tiveram alteração na atividade sexual e 7% faltavam ao trabalho. Em nosso meio, Lopes e Higa (2006), num estudo que envolveu 164 mulheres com queixa de IU e com idade entre 25 e 85 anos, verificaram que 64%, ou seja, 104 delas referiram uma ou mais restrições nas atividades diárias como alteração na atividade sexual (40,9%), nas atividades sociais (33,5%), nas domésticas (18,9%) e nas ocupacionais (15,2%), concluindo-se que a IU causava implicações negativas no cotidiano daquelas mulheres.

A Sociedade Internacional de Continência – International Continence Society (ICS) – definiu a IU como qualquer tipo de perda de urina involuntariamente (ABRAMS et al., 2003). A IU pode ser avaliada como sintoma, sinal, observação urodinâmica e/ou condição que são assim definidos:

- Sintomas: tratam-se dos indicadores subjetivos de uma doença ou de alterações percebidas pelo paciente que podem levá-los a procurar ajuda de um profissional de saúde.
- Sinais: através de métodos simples, são observados pelo médico para verificar os sintomas e quantificá-los.
- Observações urodinâmicas: são observações realizadas durante o estudo urodinâmico.

- Condições: são definidas pela presença de observações urodinâmicas associadas a sinais ou sintomas característicos e/ou a evidência não-urodinâmica de processo patológico relevante.
- De acordo com os sintomas, os tipos de IU mais comuns entre as mulheres são, segundo as definições de Abrams et al. (2003):
- Incontinência urinária de esforço: queixa de perda involuntária de urina durante o esforço ou o exercício ou ao espirrar ou tossir;
- Urge-incontinência: queixa de perda involuntária de urina, acompanhada ou imediatamente precedida por urgência;
- Incontinência mista: queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços, exercícios, espirros ou tosses.

Desse modo, pode-se constatar que a incontinência urinária na mulher é um problema de saúde relevante, no âmbito de resolução da enfermagem, então o enfermeiro deve se capacitar para a abordagem, diagnóstico e tratamento.

2.5 TRATAMENTOS DO CLIMATÉRIO

2.5.1 Tratamento com Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é o mais conhecido tratamento médico para o climatério. De acordo com Maia e Lopes (2006), a terapia hormonal deve ser individualizada, com acompanhamento contínuo dos benefícios e riscos, preconizando a prescrição de estrogênio e progestágeno ou estrogênio isoladamente, nos casos de histerectomia.

No que se refere à TRH, além da garantia de sua disponibilidade, a orientação e a prescrição deverão ser realizadas por profissional médico, ao qual caberá o papel de conscientizar as mulheres dos riscos e benefícios desse recurso, para que elas possam decidir, livre e seguramente, pela adesão ao procedimento.

As indicações são para o alívio dos sintomas do climatério, dos sintomas urogenitais e para evitar a redução da massa óssea e as fraturas. Os efeitos benéficos na prevenção da doença cardiovascular e as doenças do sistema nervoso ainda não estão confirmados.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Climatério-SOBRA (2003), as indicações da terapia hormonal tornaram-se restritas ao alívio dos sistemas vasomotores e da atrofia urogenital e na prevenção da osteoporose, não tendo sido esta última indicação referendada pela Food and Drug Administration (FDA) norte-americana. Tal conservadorismo em relação à prescrição à terapia hormonal tem sido contestado por pesquisas recentes, cujos achados têm apontado para possíveis efeitos benéficos desta.

No que se refere ao período de tratamento, não há definição de duração máxima, devendo ser avaliado cada caso isoladamente. A principal divergência é quanto ao risco do câncer de mama. Pesquisas apontam que o uso da TRH combinada (estrogênio e progestágeno), após o período de 5 anos, aumenta os casos de câncer de mama. Entretanto, outros estudos revelam que não ocorre o aumento do câncer de mama com o uso da TRH. Independentemente de haver consenso quanto a essa questão, a recomendação é interromper o uso caso seja confirmado o diagnóstico de câncer (MAIA; LOPES, 2006).

Independentemente do tratamento a que esteja sendo submetida, torna-se importante que a mulher procure desenvolver mudanças nos hábitos e de qualidade de vida, evitando atitudes de risco para sua saúde como o uso de álcool, ou de fumo, o sedentarismo e a obesidade.

Os achados dos estudos da WHI apontaram para um risco significativo maior para eventos tromboembólicos e câncer de mama, respectivamente, no final do primeiro e após o quinto ano de uso contínuo de estrógenos conjugados associados a acetato de medroxiprogesterona, quando comparado com um grupo controle sem qualquer medicação hormonal. Ainda que, posteriormente, tais resultados tenham sido questionados por problemas metodológicos, acabaram por levar a uma maior reflexão acerca da assistência à mulher climatérica (FERNANDES, 2006).

As indicações da terapia hormonal, de acordo com De Lorenzi et al. (2004), tornaram-se restritas ao alívio dos sintomas vasomotores e da atrofia urogenital e na prevenção da osteoporose. Tal conservadorismo em relação à prescrição à terapia hormonal tem sido contestado por pesquisas recentes, cujos achados têm apontado para possíveis efeitos benéficos desta. Dentre estas, uma revisão do próprio estudo da WHI demonstrou que a terapia hormonal teria um efeito de proteção cardiovascular quando iniciada nos primeiros dez anos após a

menopausa, quando o processo de arterosclerose ainda é inicial. No entanto, a despeito destes estudos, até o momento a prescrição ampla de estrógenos no climatério permanece não recomendada.

Para as mulheres, a mudança de comportamento em relação à prescrição da terapia hormonal tem sido difícil de compreender, gerando indagações e até desconfiças acerca dos seus motivos. Até o estudo da WHI, a terapia hormonal representava uma resposta aos anseios das mulheres em promover a sua saúde nos anos que se seguiam a menopausa (DE LORENZI et al., 2004).

Vale lembrar que nessa fase, são muitas as fantasias e dúvidas femininas em relação às implicações da menopausa para a saúde. Em parte, isso se deveu à excessiva pressão da indústria farmacêutica na década passada, que estimulava o uso praticamente irrestrito da terapia hormonal, bem como da inadequada e excessiva exploração do climatério pelos meios de comunicação, situação essa agravada pela dificuldade dos médicos em lidar com a complexidade da síndrome climatérica, restringindo-a frequentemente a intervenções medicamentosas (BOSSEMEYER, 1999).

Por ser uma passagem silenciosa, provavelmente a menopausa não recebe a mesma atenção que é atribuída às demais etapas. Na maioria das vezes, a mulher aprende que seu corpo é algo muito íntimo e que as discussões sobre ele são tão íntimas quanto suas partes. A mulher cresce com essa idéia e atinge a meia-idade sem livrar dela.

O desempenho dos profissionais de saúde, no que diz respeito à orientação das mulheres sobre o climatério, assume papel primordial na perspectiva de uma melhor qualidade de vida na meia-idade, já que a interação paciente-profissional da saúde e a influência dos meios de comunicação de massa assumem relevância no que se refere à garantia da informação correta sobre o climatério e, conseqüentemente, à motivação das mulheres para buscar assistência à sua saúde nessa fase da vida.

2.5.2 Atividade física orientada

Com as facilidades da vida moderna torna-se mais cômodo fazer diversas atividades sem sair de casa, e quando acontece de sair, este ato, na maioria das vezes é realizado utilizando-se algum meio de transporte.

As atividades domésticas, que ainda são consideradas afazeres femininos, tomaram-se mais práticas com os eletrodomésticos. Com isso, pouco se movimenta o corpo.

A questão não é se a vida moderna é melhor ou pior do que no início do século passado, mas é entender que é diferente e exige mudanças no comportamento dessa nova mulher.

A mulher na Idade Média tinha a sobrevida estimada em 25 anos. Em 1900 dificilmente se vivia além dos 34 anos, pois os hábitos alimentares eram diferentes e se exigia uma atividade física muito maior que hoje (MAIA; LOPES, 2006).

De acordo com estes autores, realizar atividade física orientada é imprescindível e a obesidade é considerada um problema de saúde pública em todas as camadas sociais; é associada ao sedentarismo e aos maus hábitos alimentares. Para a mulher no climatério, além do aumento de peso, os problemas de saúde decorrentes deste associam-se às mudanças estéticas e à exaltação da juventude pela mídia.

Conforme Nadai, Nahas e Burini (1999), a atividade física regular contribui também para a preservação da mobilidade articular e o fortalecimento muscular, melhorando a coordenação motora. Além disso, aumenta a densidade mineral óssea, melhora a capacidade respiratória e o perfil lipídico, diminui a frequência cardíaca de repouso e a gordura corporal, além de normalizar a pressão arterial, contribuindo assim para uma menor incidência de co-morbidades ósseas e cardiovasculares. Ademais, melhora a imagem corporal da mulher, aumentando a sua auto-estima e a disponibilidade para o exercício afetivo-sexual.

Muitas mulheres se convencem de iniciar atividade física, acreditando na perda de peso que poderá ocorrer. Porém, torna-se necessário lembrar que a perda de peso é lenta e gradual e que, para obtê-la, é preciso associar novos hábitos alimentares.

2.5.3 Alimentação rica em cálcio e pobre em colesterol

A importância da alimentação para a prevenção de doenças em nossa vida precisa ser encarada como uma atitude consciente para que se possam evitar vários tipos de doença.

De acordo com Montilla, Marucci, Aldrighi (2003), dentre os agravos à saúde mais prevalentes no climatério, grande parte relaciona-se direta ou indiretamente à ingestão inadequada de alimentos, quer seja em excesso ou deficiência por longos períodos. O consumo em excesso de alimentos energéticos, principalmente gorduras saturadas, associa-se a um maior risco cardiovascular. Em contrapartida, a baixa ingestão de nutrientes, como o cálcio, favorece a ocorrência de osteoporose.

As orientações devem considerar a realidade financeira, regional e a aceitação de mudanças de hábitos. É preferível, da parte da cliente, efetivar uma pequena alteração a receber muitas orientações, sem que isso tenha qualquer significado na sua vida.

Sobre o tema alimentação, Maia e Lopes (2006, p. 221):

Apesar de haver controvérsias sobre se o cálcio ingerido apenas na pós-menopausa pode efetivamente melhorar a massa óssea, ainda assim esta é uma conduta preconizada. O que alguns trabalhos referem é que o mais importante para a formação da massa óssea é o cálcio ingerido na primeira infância, mas não descartam iniciar a sua ingestão no climatério.

Para esses autores, os alimentos mais ricos em cálcio são o leite e seus derivados, assim como o ovo. No entanto, no momento de uma orientação para uma mulher na fase do climatério, devem-se considerar os riscos que a ingestão de alimentos com alto teor de colesterol pode causar. É sabido que o leite desnatado mantém os mesmos níveis de cálcio que o leite integral, e a ingestão de ovo não deve ser estimulada.

Conforme já foi mencionado, o risco de doença cardiovascular aumenta com a idade, e a mulher no climatério deve adequar sua dieta a alimentos ricos em fibras e pobres em colesterol.

Com essa preocupação de qualidade de vida com as mulheres no climatério, uma pesquisa realizada pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande

do Norte, (2009) pela nutricionista Graça Moraes com relação a dieta , comprovou durante três meses que as mulheres monopausadas fazendo uso de uma dieta que se baseia no consumo diário de azeite de ervas, uma mistura de soja, linhaça e gergelim e o consumo diário de um suco feito à base de couve diminuíram , ou melhor, reduziram os sintomas de irritabilidade, insônia e ondas de calor nas mulheres que fizeram uso da dieta. Tudo muito simples para um resultado surpreendente. O suco de maçã, abacaxi ou outra fruta com casca é feito com duas folhas de couve. Antes de bater no liquidificador, escale a couve levemente. Além de refrescante, o suco limpa, desintoxica o organismo e tem cálcio, importante para evitar o desgaste ósseo na menopausa.

O pó nutritivo tem partes iguais da linhaça, do gergelim e do grão de soja, rico em isoflavonas que ajudam no controle das ondas de calor. É só torrar por cerca de cinco minutos, triture tudo e misture duas colheres de chá nas refeições. Por fim use nas saladas azeite extra-virgem preparado com três dentes de alho picados, uma colher de chá de orégano, de manjerição e de alecrim que tem vitaminas e sais minerais importantes para o aumento da imunidade (MORAIS,2009).

Os resultados surpreenderam porque se sabe que as pessoas hoje devem procurar uma alimentação o mais saudável possível pois tem relação direta com a qualidade de vida. Na menopausa não poderia ser diferente. Esta pesquisa aponta para necessidade de outros estudos que venham melhorar a qualidade de vidas das mulheres nessa fase.

2.5.4 Grupos de apoio

Conforme descrevem Maia e Lopes (2006), a mulher climatérica vive, nas suas relações familiares, um momento particular, via de regra, onde nenhum outro membro da família consegue entender claramente que alterações são essas que ela sofre. Em um grupo de apoio, ela conversa e reflete coletivamente, percebe que outras vivem as mesmas situações e, assim, encontra ajuda e identificação.

Como os termos climatério e menopausa estão associados a conceitos negativos e muitas vezes com informações errôneas, a mulher precisa de um espaço para obter informações corretas e de um ambiente que propicie a

valorização da sua auto-estima.

Diante disso, torna-se relevante que o enfermeiro, individualmente ou com outros membros da equipe multiprofissional, seja qualificado para desenvolver trabalhos educativos em grupo.

2.6 CLIMATÉRIO NO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA

No contexto da saúde pública, Gonçalves e Merighi (2006) alertam para a expectativa de que, em 2020, haja mais de um bilhão de indivíduos acima de 60 anos de idade. Sendo assim, climatério passa a constituir um desafio, já é sabido que, com a prevenção adequada dos riscos típicos dessa fase, o nível de saúde e a qualidade de vida das mulheres podem melhorar consideravelmente.

Gonçalves e Merighi (2006, p. 217) referem que:

A preocupação com a melhoria da qualidade de vida da mulher durante essa fase tem levado, de forma crescente em todo o mundo, à elaboração de programas que atendam às necessidades de saúde da população feminina durante o climatério, já que não se trata apenas de um problema médico, mas também implica aspectos socioeconômicos que merecem atenção especial dos governos nos seus programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Vale ressaltar que no Brasil, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, evidenciou-se o conceito de integralidade na assistência à saúde da mulher, envolvendo a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades do grupo em questão (BRASIL, 1983).

Porém, de acordo com Gonçalves e Merighi (2006, p. 217):

No que se refere à assistência à mulher no climatério, percebe-se que os programas e as ações específicas voltadas para assistir a mulher de meia-idade ficam na dependência de iniciativas individuais e da sensibilidade de cada profissional, não configurando uma ação articulada e organizada dos serviços de saúde voltada para o atendimento integral.

Nessa perspectiva, as referidas autoras chamam a atenção para o fato de que o PAISM centrou sua ação no aspecto biológico, distanciando-se da visão da

mulher como um ser existencial que supera a objetividade alcançando a sub e a intersubjetividade, gerando o esvaziamento do conteúdo essencial do programa, e a implementação de ações se restringiu ao âmbito da saúde reprodutiva.

Segundo Lopes (2007), torna-se necessário que os profissionais de saúde busquem o que está oculto por trás da queixa referida, quais seus anseios e necessidades não explicitados pela mulher climatérica que os procura, como esta vive e quais as suas expectativas nos anos que seguem a menopausa. Infelizmente, tal prática se encontra ainda distante do cotidiano da maioria dos serviços de saúde brasileiros, sejam estes públicos ou privados. O climatério persiste sendo percebido como uma entidade patológica, que demanda basicamente intervenções medicamentosas.

Vale ressaltar ainda que não se pode desconsiderar a incidência de complicações cardiovasculares e as conseqüências da osteoporose, pois são problemas sérios e tipicamente biológicos que merecem atenção especial por comprometerem a qualidade de vida das mulheres. Dessa forma, o acesso às ações preventivas e ao tratamento dessas complicações deve ser organizado e garantido.

2.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER CLIMATÉRICA

Houve uma época em que a assistência à mulher climatérica centrava-se principalmente na terapia hormonal. Porém, a partir de 2002, com a publicação dos resultados dos estudos da Women's Health Initiative (WHI), uma instituição americana que pesquisa a saúde da mulher, houve uma sensível redução na sua prescrição (FERNANDES, 2006).

Segundo Gonçalves e Merighi (2006, p. 219):

Assim como a menarca, a menopausa é experienciada individual e subjetivamente pela mulher. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem atender às necessidades dos pacientes com base em cada caso, avaliar os sinais e sintomas associados com a menopausa e considerar a complexidade que envolve a totalidade do indivíduo.

A assistência ao climatério, de acordo com Bossemeyer (1999), expande-

se para além dos aspectos biológicos relacionados ao hipoestrogenismo, passando a considerar também a influência de fatores culturais e psicossociais, na busca de um cuidado mais integral e efetivo.

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde, médicos ou não, procurem perceber a mulher climatérica na sua integridade, individualizando as suas necessidades e disponibilizando tanto medidas de promoção à saúde, como terapêuticas e de reabilitação com vistas a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida. Com isso se evitará a regulação indevida do corpo da mulher e a "medicalização" do envelhecimento feminino, abrindo um espaço para a participação da própria mulher nas decisões sobre o seu planejamento terapêutico.

De acordo com Gonçalves e Merighi (2006), torna-se imprescindível buscar a ampliação da assistência prestada às mulheres, considerando que o climatério abarca aspectos mais abrangentes e complementares do que aqueles usualmente enfatizados pelos profissionais e/ou programas de saúde.

Conforme De Lorenzi et al. (2004), torna-se importante que os profissionais de saúde acolham adequadamente as mulheres climatéricas, permitindo que exponham as suas dúvidas e receios. Além do apoio emocional e respeito, estas demandam uma assistência ajustada a suas necessidades, evitando-se intervenções desnecessárias. Não desconsiderando os efeitos da terapia hormonal no alívio da sintomatologia climatérica e prevenção da osteoporose, mas lembrar a importância de outras intervenções igualmente importantes nessa fase.

Salienta-se que, tanto na área da assistência como na acadêmica, o modelo praticado e ensinado, no que se refere ao cuidado com a mulher nas diferentes fases da sua vida, muitas vezes reproduz o modelo biologicista, e isso garante a manutenção de uma forma de cuidar que já não corresponde às expectativas dos pacientes.

Gonçalves e Merighi (2006, p. 219) colocam que:

A assistência de enfermagem à mulher climatérica deverá ser implementada em um contexto interdisciplinar, no qual a educação e a promoção da saúde das mulheres sejam prioridades, sempre com o objetivo de resgatar-lhes a autonomia e a qualidade de vida.

Além disso, existem muitas atividades a serem estimuladas no que se refere aos hábitos de vida saudáveis: natação; dança; ioga; atividade física regular

(ao menos três vezes por semana) que inclua a caminhada por, no mínimo, 45 minutos; dieta hipogordurosa, hiperprotéica e rica em cálcio; abolição do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas; controle de doenças preexistentes, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito (GONÇALVES; MERIGHI, 2006).

De acordo com Maia e Lopes (2006), o papel do enfermeiro, quando atende uma paciente com fatores de risco ou com osteoporose implantada, é educativo, que visa prevenir a doença ou evitar a piora do quadro estabelecido. As principais orientações que devem ser ministradas são:

a) Para as mulheres com risco estabelecido

- Alimentação rica em cálcio: de 1 a 1,5 g/dia.
- Atividade física com carga ou impacto, no mínimo três vezes por semana, com duração média de 45 minutos. A prática mostra que mulheres que realizam atividades físicas diariamente têm melhor adesão à manutenção da atividade.

Deve-se orientar quanto ao uso de tênis e de roupa compatível com a temperatura ambiente. Uma das atividades físicas de maior aceitação é a caminhada, mas há programas de condicionamento físico em muitas cidades promovidas por órgãos públicos ou Organizações Não-Governamentais (ONGs). As mulheres devem ser estimuladas a procurá-los.

- Tomar, no mínimo, 15 minutos de sol diariamente, de preferência entre 7 e 9 horas da manhã, ou após as 16 horas (atenção ao horário de verão).
- Diminuir a ingestão de cafeína (presente no café, no chá mate ou no chá preto e em alguns refrigerantes). Pode-se sugerir de duas a três xícaras de café diariamente.
- Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.
- Não fumar.

b) Para mulheres com osteoporose diagnosticada

Além das orientações acima, devem ser observadas as seguintes recomendações:

- Acompanhar e orientar a paciente, em caso de prescrição de medicamentos dada pelo médico que melhoram a densidade óssea, como: a terapia de

reposição hormonal (TRH), o cálcio, a vitamina D, os bi-fosfatos, os moduladores seletivos de estrogênio, a calcitonina, os fluoretos e/ou o paratormônio.

- O papel do enfermeiro, segundo Maia e Lopes (2006), neste tipo de situação, é estimular e fornecer orientações básicas à mulher para que ela busque meios de desenvolvimento de atividade física.
- Atividade física orientada, podendo ser a caminhada, acrescida de exercícios que visam a melhorar o equilíbrio e a desenvoltura, que podem ser orientados por professores de educação física ou fisioterapeutas.
- Orientar as mulheres sobre os cuidados para evitar acidentes que ocasionam fraturas: como adotar o uso de sapatos de salto baixo; evitar em casa o uso de tapetes que não tenham aderência ao chão; usar piso antiderrapante no banheiro; evitar casa com escadas e, se não for possível, utilizar sempre o apoio do corrimão; não carregar muito peso ao caminhar; não subir em "banquinhos" para pegar objetos; manter os objetos à altura dos ombros; procurar ficar atenta durante qualquer caminhada, evitando buracos, e procurar andar em locais iluminados, mesmo em casa e manter a luz acesa ao levantar à noite.

Desse modo, acredita-se que se deve considerar que, em todas as fases da vida humana, existem limitações para o desempenho das diversas atividades, fazendo-se necessário, então, auxiliar a pessoa a expandir seus horizontes a fim de adaptar-se aos novos processos de vida (MAIA; LOPES, 2006).

A maneira de se acompanhar as mulheres durante essa fase do ciclo reprodutivo dependerá não somente do conhecimento acumulado sobre a fisiologia do climatério e das possibilidades de cuidados preventivos e/ou curativos, mas, sobretudo, do trabalho interdisciplinar, do envolvimento e do reconhecimento de que se está diante de um indivíduo portador de uma subjetividade que deve ser considerada.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de levantamento bibliográfico que de acordo com Gil (2008) “[...] é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, monografias, dissertações de mestrados, teses e artigos extraídos via Internet”.

O estudo foi realizado em acervo bibliográfico de biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN). Utilizaram-se livros, periódicos, material on-line nas bases de dados da Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Bireme/Bvs (Biblioteca Regional de Medicina/Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e outras que estiveram disponíveis para a temática em discussão.

A inclusão da BVS/BIREME deu-se por esse banco de dados ser composto por fontes de informação em ciências da saúde visando atender às necessidades científico-técnico de profissionais e estudantes da área. A BVS/BIREME organiza referências bibliográficas de artigos científicos, livros, monografias, teses, trabalhos de congresso, entre outros documentos científicos.

O primeiro passo na execução desta pesquisa consistiu no levantamento e seleção da bibliografia específica disponível ao alcance da pesquisa, em seguida realizada análise e interpretação de livros, periódicos, textos legais, documentos mimeografados ou xerocopiados, mapas, fotos, manuscritos, etc.

Foram consideradas citações e referências que datam no máximo 10 anos, segundo orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no entanto sentiu-se a necessidade de utilizar trabalhos de autores com publicações mais antigas, para obter-se uma coerência e amplitude maior do assunto, mesmo sabendo que no Brasil, os estudos sobre climatério necessita maiores aprofundamentos, visto as controvérsias existentes, principalmente em relação ao tratamento medicamentoso.

Os descritores utilizados para a coleta de dados foram: “enfermagem”, “menopausa” e “climatério”, segundo a classificação dos descritores em ciências da saúde (DECS).

Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão bibliográfica apontam para estudos sobre a temática enfermagem climatério/menopausa,

publicados a partir do ano de 1983 a 2009 pesquisados de abril a agosto de 2009, em línguas inglesa, portuguesa, espanhola, em forma de texto completo.

Os critérios de exclusão focaram-se para os estudos que não respondessem ao questionamento e que estivessem publicados em mais de uma base de dados. O coorte do período estudado justifica-se por assegurar a atualidade dos dados, enfocando as tendências das investigações analisadas.

O procedimento de coleta de dados ocorreu de maneira eletrônica com a busca nas bases de dados investigadas, nos meses abril a outubro de 2009, utilizando-se de descritores, critérios de inclusão e exclusão já descritos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver este trabalho foi uma experiência interessante, pois possibilitou conhecer um pouco mais sobre o climatério, a menopausa e suas relações com as ações de saúde, buscou-se um momento de construção e reconstrução de saberes, de expressão da sensibilidade e das subjetividades possibilitando revelar o processo de viver das mulheres.

Durante a elaboração dessa revisão de literatura, percebeu-se que as mulheres que vivenciam o climatério não dissociam esse momento da questão do envelhecimento, sendo esse período ora encarado como ameaça e perda da capacidade reprodutiva, da juventude e feminilidade, ora compreendido como oportunidade e possibilidade de renovação e realização.

A enfermagem vem atuando em várias frentes diante das necessidades apresentadas pelas mulheres nessa fase, desde forma individualizada e coletivamente, além de holisticamente considerando as variáveis do envelhecimento, da terapia hormonal, escuta sensível, apoio, respeito emocional e em equipe multidisciplinar.

Este estudo permitiu-nos apontar a necessidade de divulgar o tema, alertando para sua importância na área da saúde e da educação, desde o ensino fundamental. Apenas assim, poderão ser desconstruídos os mitos em relação ao climatério e ao envelhecimento da mulher.

Ademais, este estudo alerta os profissionais da saúde, em especial da Enfermagem, para atuarem junto às mulheres, preparando-as para importantes fases de suas vidas, estimulando-as a se responsabilizarem pelo cuidado de si ressignificando e redirecionando suas condutas assumindo, assim o papel principal de suas vidas para viverem o climatério de forma saudável.

Deste modo, sugere-se que novos estudos sobre este tema sejam realizados para ampliar, o conhecimento da vivência do climatério e da menopausa por mulheres de diferentes regiões e culturas do país, diferentes raças, e classes sociais, dentre outros aspectos.

Recomenda-se um novo olhar no acolhimento das mulheres nos serviços de estratégia de saúde da família. Os profissionais de saúde que atendem a clientela feminina devem cuidar para que haja a maior efetividade possível. Os serviços de

saúde precisam adotar estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério. Isto é, evitar ocasiões em que as mulheres entram em contato com os serviços e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção e ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional.

As oportunidades ocorrem durante a anamnese que valoriza a escuta, no exame clínico que inclui aferição do peso, da altura, da circunferência abdominal e da pressão arterial, no elenco de exames solicitados. Também no encaminhamento para grupos psico-educativos ou para outros profissionais (saúde bucal, endocrinologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, etc.), na orientação sobre sexualidade, alimentação saudável, prevenção do câncer e das DST/aids, na oferta de atividades de promoção da saúde e outros recursos disponíveis na rede, em outros serviços públicos e na comunidade.

A ciência coloca à disposição da sociedade diversos recursos, opções ou modalidades terapêuticas e tecnologias para abordagem da saúde das mulheres no climatério, que devem, no entanto, ser utilizadas de modo criterioso e individualizadas. Embora muitas das queixas comportamentais no climatério possam ser explicadas por influências socioculturais e psicológicas, não significa que não existam importantes interações entre biologia, psicologia e cultura.

A medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina. As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (de carência hormonal) e 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.

Por outro lado, há práticas e terapias alternativas que, aliadas a um estilo de vida adequadamente saudável no referente à alimentação, atividade física, 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 à informação sobre limites, riscos e vantagens de cada uma e acesso a atendimento humanizado e de qualidade que garanta seus direitos de cidadania. Este é um desafio da sociedade e do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Urology**, v. 61, p. 37-49, 2003.
- ALMEIDA, L H. R. B; LUZ, M. H. B. A.; MONTEIRO, C. F. S. Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 3, p. 370-5, 2007.
- BARACAT, E. C.; HAIDAR, M. A.; LIMA, G. Síndrome do climatério. **Ars Curandi**, v.26, n. 22, p. 35-6, 1999.
- BOSSEMEYER, R. P. Aspectos gerais do climatério. In: FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHBA, S. **Climatério feminino**: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos, 1999. p. 17-33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Direita Sexuais e Direita Reprodutivos – Caderno, n.9)
- CUNHA, B. A. Patologia do climatério e idade avançada. In: _____. **Ginecologia**. Rocca, 1998, p. 127-132.
- DE LUCA L. A.; PINAFFI, R. Reposição hormonal na menopausa com antecedentes de câncer de mama. **Rev. Bras Mastrol.**, v. 6, n. 4, p.129-132, 1996.
- DE LORENZI et al. Pharmaceutical strategies against amyloidosis: old and new drugs in targeting a 'protein misfolding disease'. **Curr Med Chem.**, v. 11, p. 1065-84, 2004.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Reprodução & Climatério**, v. 15, n. 4, p. 199-202, 2000.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Climatério**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

FERNANDES, C. E.; MELO, N. S.; WEHBA, S. **Climatério feminino**: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, São Paulo: EPV, 1999.

FERNANDES, L. D. S. **Climatério**: assistência de enfermagem nos principais distúrbios relacionados. 2006. Disponível em: <http://santarita.br/imagens/revista%5CRevistaSRita_12_2006.pdf#page=43>. Acesso em: 15 maio 2009.

FONSECA, A. M. et al. **Ginecologia endócrina**: manual de normas. São Paulo: Roca, 2004. v. 1.

FREITAS, F. et al. Efeitos da terapia hormonal na menopausa. **Acta Scientiarum-Health Sciences**, v. 26, no. 1, p. 121-8, 2004.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Climatério: novas abordagens para o cuidar. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (orgs.). **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manóel, 2006.

LIMA G. R. et al. Considerações sobre a síndrome do climatério. **Rev. Clin Terap.**, v.10, n. 1, p. 360-1, 2001.

LOPES, C. G. **Integralidade na saúde da mulher**: a questão do climatério. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Tese (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz; 2007.

LOPES, G. P. Sexualidade no Climatério. In: RODRIGUES, E. J. S.; FILHO, J. D. (org.) **Menopausa**: seja bem-vinda e bem vivida. Rio de Janeiro: Medis, 2001. p. 43-53.

MAIA, C. A. T.; LOPES, M. H. B. M. Climatério e menopausa. In: LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. São Paulo: AB, 2006.

MORAIS, Graça. Dieta reduz sintomas de menopausa. **Jornal Hoje**. Disponível em: <<http://www.jornalhoje.com.br>> . Acesso em: 2 jul. 2009.

MONTILLA, R. N. G.; MARUCCI, M. F. N.; ALDRIGHI, J. M. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 1, p. 91-5, 2003.

NADAI, A.; NAHAS, E. A. P.; BURINI, R. C. Aspectos metabólicos do exercício físico na menopausa. **Femina**, v. 27, n. 10, p. 791-3, 1999.

PERES FILHO, A. S. et al. A perimenopausa: conceito, diagnóstico e tratamento. In: FERNANDES, C. E. **Menopausa: diagnóstico e tratamento**. São Paulo. Segmento, 2003.

RADOMINSKI, S. C. et al. **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa**. Federação brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia e sociedade brasileira de reumatologia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100_diretrizes/OSTEOPOR.PDF>. Acesso em: 10 maio 2009.

SIMEONOVA, Z.; MILSON, I.; KULLENDORFF, A. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. **Obstetric Gynecology Scandinavia**, v. 78, p. 546-51, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO (SOBRAC). **Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica**. São Paulo: SOBRAC, 2003.

VIGETA, S. M. G; BRETAS, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1882-9, 2004.

WOLFGANG, H. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Rocca, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investigações sobre la menopausia**. Informe de um grupo científico de lá OMS. reedição/03. Genebra: OMS, 2003. (Séries de informes técnicos, 704).