

CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO



CLIMATÉRIO

— APOSTILA —



CONSIDERAÇÕES SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO CLIMATÉRIO

Introdução

Ao contrário do que pode constar no imaginário coletivo, o climatério não é nenhuma doença, mas sim uma fase natural da vida da mulher, assim como a infância ou a adolescência. Trata-se do período que marca a transição da mulher do estágio reprodutivo para o não reprodutivo. Em outras palavras, pode-se dizer que é o momento que antecede a menopausa.

A menopausa, que marca o cessamento definitivo da fertilidade feminina, é um fenômeno endócrino decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos (locais de desenvolvimento do óvulo/oócito antes da ovulação), que ocorre em todas as mulheres de meia idade, é caracterizado por um estado de hipoestrogenismo progressivo. Esse esgotamento folicular tem início ainda na vida intrauterina, na 22ª semana de gestação, quando o ovário possui entre seis milhões e oito milhões de oócitos primários (que darão origem aos óvulos) que por meio de um processo contínuo de atresia (estreitamento), são reduzidos a dois milhões ao nascimento e a 300 mil ou 400 mil na menarca. Esse processo segue, a cada ciclo menstrual, até o completo esgotamento folicular, levando a uma queda progressiva da secreção de estradiol. A suspensão definitiva dos ciclos menstruais (menopausa) reflete a ausência de níveis de estradiol suficientes para proliferar o endométrio (LORENZI et al, 2009).

Muitas mulheres passam por esse período sem apresentar sintomas ou queixas, ainda que para muitas outras os sintomas variem em intensidade e diversidade, de acordo com diversos fatores que serão apresentados. A atuação dos profissionais de saúde que atendem esse público, portanto, deve levar em conta suas especificidades, incorporando aspectos como a escuta qualificada, a integralidade na atenção e o estímulo ao protagonismo da mulher (LORENZI et al, 2009).

Nesse sentido, a integralidade do cuidado, que é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), deve ser tomado como um ideal a ser seguido a fim de garantir o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas, sem deixar de levar em conta os aspectos particulares de como a usuária encara suas próprias questões, possibilitando o uso de sua autonomia para, junto do trabalhador da saúde, intervir em seu modo de viver e tratar da saúde (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010; COELHO et al., 2009).

Epidemiologia

Em 1990 havia em média 460 milhões de mulheres com mais de 50 anos no mundo. A previsão para 2030 é de 1,2 bilhões de mulheres (WHO, 1996). De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina no Brasil totaliza mais de 98 milhões de mulheres, representando 50,7% da população do país. Nesse contexto, 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; MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Segundo o IBGE, em 2015, a expectativa de vida feminina, ao nascer, era de 79,1 anos. Isso significa que, após a menopausa, as mulheres dispõem ainda de cerca de 1/3 de suas vidas, que



podem e devem ser vividos de forma saudável, lúcida, com prazer, ativa e com produtividade (BRASIL, 2008; IBGE, 2016). Ajudar a garantir isso às mulheres atendidas é um dever do profissional de saúde.

Conceitos:

- **Climatério**

Trata-se do período que precede a última menstruação (menopausa) e se estende após ela. Tem início entre os 35 e os 45 anos, e pode estender-se até os 65 anos (terceira idade) (LORENZI et al, 2009).

- **Menopausa**

Trata-se da última menstruação fisiológica da mulher, ou seja, a suspensão definitiva da menstruação. Geralmente acontece por volta dos 50 anos, mas pode acontecer a partir dos 45. Seu diagnóstico é dado a posteriori, pois é definida apenas depois de passados 12 meses da sua ocorrência, que é quando a menopausa pode ser confirmada como tal (CAMPANA; PURCINO, 2009; BRASIL, 2008).

- **Pré-menopausa**

Trata-se do início da queda da fertilidade causada pelo período que antecede a menopausa natural (CAMPANA; PURCINO, 2009; BRASIL, 2008).

- **Pós-menopausa**

Período posterior à última menstruação.

Manifestações clínicas

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas. Outras, no entanto, podem apresentar diversas queixas com diferentes intensidades, sendo algumas transitórias e outras permanentes (BRASIL, 2016).

Entre as transitórias, as mais comuns são:

- **Menstruais:** o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado em relação ao padrão pessoal; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.
- **Neurogênicas:** ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias (formigamentos), insônia, perda da memória e fadiga.
- **Psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia. Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.

Entre as permanentes, as mais comuns são:

- **Urogenitais:** mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional,
-



vulvovaginites, infecção do trato urinário (ITU), incontinência urinária de esforço (IUE), dentre outros (BRASIL, 2016).

Dentre as manifestações citadas, os fogachos e suores noturnos, típicos desse período, são as mais frequentes. Muitas das queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva (WHO, 1996), motivo pelo qual o cuidado baseado na integralidade da saúde é de notória importância especialmente nesse período da vida das mulheres.

Identificação

A identificação do climatério é essencialmente clínica, baseada na faixa etária, no padrão menstrual alterado e manifestações climatéricas. Os profissionais de saúde devem estar atentos à correta identificação do climatério na mulher, a fim de impedir que se percam oportunidades de adequada atenção a esse público. Isto é, evitar ocasiões em que as mulheres entram em contato com os serviços e não recebem o cuidado adequado de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional. As oportunidades de identificação 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, entre outros exames (BRASIL, 2008; MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Apesar de ser um momento natural, o climatério pode ser, para muitas mulheres, permeado por diversas dificuldades, que não necessariamente são identificadas pelo profissional de saúde por não serem necessariamente ou diretamente relacionadas às queixas das usuárias dos serviços de saúde. Por essa razão, se faz especialmente o cuidado integral da saúde das mulheres.

PALAVRA DO ESPECIALISTA



Experiência clínica: Na sua experiência, quais são as principais queixas das mulheres com mais de 40 anos em relação à preocupação com o envelhecimento biológico? Quais são, na sua opinião, os principais cuidados que não podem ser negligenciados no atendimento à mulher no climatério e menopausa?

“Então, levantando uma questão importante dentro desse período de transição, quero chamar a atenção ao fato de que, quando falamos de envelhecimento biológico, que é a questão da fertilidade da mulher, que vai diminuindo com a idade, ainda antes de ela chegar no período da menopausa em uns dez anos, essa mulher de 35-40 anos tem uma fertilidade muito reduzida, e isso faz com que a gente hoje acabe vendo um número bem elevado de mulheres com dificuldades de ficar grávida. Então, nessa questão do envelhecimento biológico ou do próprio ovário, é importante chamar a atenção para que as mulheres tenham essa preocupação de não deixar para começar a tentar engravidar lá depois dos 40 anos, por que a chance vai caindo. E isso é um fator que temos que estar sempre comentando.

Bom, aquela mulher que não está mais com essa preocupação, ela está avançando na faixa etária e chegou então no momento dessa perda de função do ovário e começa a ter esses sintomas que vocês comentaram. Acho importante chamar a atenção que quanto melhor a saúde, quanto melhor o estado de saúde que aquela mulher teve ao longo de sua vida, melhor ela vai passar por esse período. Então tudo aquilo que vocês (nutricionistas) sempre estão chamando atenção – dieta adequada, peso normal, condição de atividade física -- são coisas que temos como regra número 1. Aquela mulher tem que ter aquela preservação de autocuidado, ao longo da vida, e, obviamente, nesse período também, pois isso vai ser acentuadamente importante para ela passar bem por esse período. Mas isso não quer dizer que essa mulher, que tem dieta boa, peso normal, faz atividade física, tem vida



PALAVRA DO ESPECIALISTA



social boa, etc., não vai ter sintoma nenhum no climatério. Não, ela poderá ter e uma coisa não protege contra a outra, mas a maneira com que ela vai lidar com isso, vai ser muitas vezes superior, melhor do que se ela tivesse essas coisas todas negativas. Então, acho que são pontos importantes sempre de serem salientados. Acho que atividade física e a manutenção do peso são as coisas primordiais que podemos destacar, de boa perspectiva, de que essa mulher vai passar por esse período de uma maneira mais adequada.”

Prof. Maria Celeste Osório Wender

*Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS
Ambulatório de Climatério e Contracepção em Situações Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA*

Integralidade do cuidado

A integralidade do cuidado é uma diretriz do SUS, que foi instituída a partir da Constituição de 1988, a qual caracterizou uma nova relação entre o Estado e a Sociedade Civil em prol da construção do acesso pleno aos serviços, independente do fator econômico ou político, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania social, consolidando uma nova consciência social de promoção de saúde. Entretanto, desde a criação do SUS até os dias atuais, a integralidade vem subsidiando diversas discussões, visto que o conceito constitucional não tem dado conta da complexidade envolvida nos saberes e nas práticas integrais em saúde (PINHO et al., 2009). Assim, alguns esclarecimentos a esse respeito, a fim de facilitar a aplicação de um atendimento integral, se fazem necessários.

Apesar de ser preconizado há mais de 25 anos, o cuidado integral ainda é um desafio aos profissionais de saúde. Isso porque seu conceito ou as formas de aplicá-lo nem sempre estão claros. O cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Em outras palavras, o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (MACHADO et al., 2007).

A integralidade do cuidado ultrapassa a estrutura organizacional da assistência à saúde, perpassando pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Assim, não é redundante dizer uma vez mais que a integralidade deve ser entendida no cuidado de pessoas, grupos e coletividade em que se percebe o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Ou seja, o usuário deve ser visto em seu contexto social, e não restrito aos momentos vividos no serviço de saúde, de modo que se valorize a interação com ele, promovendo a escuta



ampliada de suas carências, em busca da coparticipação e sua autonomia na resolubilidade dessas questões (MACHADO et al., 2007; PIRES et al., 2010).

Alterações biológicas, psíquicas e sociais

O período do climatério e da menopausa é composto por diversas mudanças na vida da mulher. Essas mudanças, de ordem biológica, social e psíquica, afetam claramente a saúde da mulher, motivo por que se faz importante a abordagem integral da paciente, em especial a mulher no climatério.

Algumas das principais alterações e suas implicações na qualidade de vida da mulher são descritas a seguir.

a) Menstruação

Na fase reprodutiva os hormônios progesterona e estrogênio, produzidos pelo ovário, têm papel importante no ciclo menstrual da mulher. Esses hormônios provocam um espessamento do revestimento do útero (endométrio), fazendo com que ele se prepare para receber o óvulo fertilizado. Se um óvulo fertilizado não chega ao útero, os ovários param a produção desses hormônios, o revestimento do útero é expelido, e a menstruação acontece (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013). Durante o climatério, à medida em que a mulher se aproxima da perimenopausa/pré-menopausa, alterações no ciclo menstrual podem surgir em decorrência das alterações hormonais características desse período.

Algumas poucas mulheres simplesmente param de menstruar um dia e nunca mais têm outra menstruação. A maioria das mulheres, cerca de 90%, por outro lado, apresenta mudanças no fluxo e na frequência menstrual, as quais podem durar cerca de 4 a 8 anos antes da menopausa definitiva. As alterações podem incluir ciclos espaçados, com ausência de menstruação em alguns ciclos. A causa da irregularidade nas menstruações geralmente está relacionada à produção irregular de hormônios pelos ovários e a ovulações (liberação de um óvulo) menos frequentes (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013).

É necessário consultar imediatamente um profissional de saúde se houver algum dos seguintes sinais de sangramento anormal:

- menstruações extremamente intensas, especialmente se o fluxo não costuma ser intenso;
- menstruações que durem mais de sete dias, ou com duração de dois ou mais dias a mais do que o normal;
- menstruações frequentes, com intervalos menores do que 21 dias entre o início de dois ciclos seguidos;
- escape ou sangramento entre menstruações;
- sangramento vaginal após relação sexual.

b) Modificações na composição corporal

De acordo com a WHO, o excesso de peso e a obesidade são importantes fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2008). Além disso, o acúmulo de gordura abdominal está diretamente relacionado com mudanças metabólicas que podem levar



ao desenvolvimento de desordens cardiovasculares e diabetes mellitus (VENTURA et al., 2014).

No climatério, o ganho ponderal chega a 0,8 Kg/ano. Após a menopausa, no entanto, pode haver um aumento de 20% na gordura corporal (LORENZI et al., 2009).

Diversos estudos apontam a relação entre ganho de peso e envelhecimento, tanto para homens quanto para mulheres. Essa relação é especialmente presente durante a menopausa devido a mudanças no estilo de vida, como a redução da prática de atividade física, aumento do consumo alimentar e do consumo de álcool (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013).

O hipoestrogenismo, decorrente da transição para a menopausa, também está relacionado ao ganho de peso excessivo e tem sido apontado como uma das causas da obesidade nesse período (SUTTON-TYRRELL et al., 2010; GONÇALVES et al., 2016).

Essa mudança no estilo de vida está correlacionada com o aumento de gordura visceral (abdominal), caracterizando a forma corporal andrógena, que está associada com alto risco cardiovascular em mulheres na pós menopausa. Além disso, o excesso de peso pode contribuir para a sensação mais severa dos fogachos durante o climatério. Por essas e muitas outras razões, identificar o tipo de composição de gordura corporal nas mulheres é crucial à promoção da saúde e à prevenção de doenças. É importante ressaltar ainda que a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação (VENTURA et al., 2014; THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013; SUTTON-TYRRELL et al., 2010; GONÇALVES et al., 2016).

c) Doença cardiovascular

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As principais DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas) têm respondido por um número elevado de mortes e pela perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer (IBGE, 2016).

As doenças cardíacas e do sistema circulatório (doenças cardiovasculares) são a principal causa de morte em mulheres com 65 anos ou mais e a segunda principal causa em mulheres com 45 a 64 anos. Mulheres morrem mais de doença cardiovascular que homens, pois a doença é muitas vezes detectada em estágio avançado no público feminino (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013).

No climatério ocorrem alterações lipídicas, como queda das concentrações plasmáticas das lipoproteínas de alta densidade (HDL-colesterol), aumento dos níveis das lipoproteínas de baixa densidade (LDL-colesterol), dos triglicerídeos e da pressão arterial, que são apontadas como possíveis razões para o aumento de doenças cardiovasculares (DC). A hipertensão arterial especificamente é uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de DC. No Brasil, segundo dados do Vigitel 2016, no conjunto de capitais brasileiras, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial em adultos foi de 25,7%, sendo maior em mulheres (27,5%) do que em homens (23,6%). Em ambos os sexos, a frequência de diagnóstico aumentou com a idade (LORENZI et al., 2009; BRASIL, 2017).



O papel do hipoestrogenismo nesse processo é ainda incerto, mas parece estar mais relacionado à inadequação da dieta às necessidades energéticas da mulher climatérica. A carência estrogênica contribuiria principalmente para o acúmulo de gordura abdominal. E como dito no item anterior, o ganho de peso, especialmente na região abdominal, é um fator de risco para o desenvolvimento dessas doenças, aumentando o risco cardiovascular feminino (LORENZI et al., 2009; BAGNOLI et al., 2005).

No que se refere às doenças cardiovasculares, durante o menacme, a incidência de cardiopatia isquêmica feminina é cerca de três vezes menor que a masculina. No entanto, 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 ideia da gravidade disso, no Brasil, no ano de 2000, a doença cardiovascular isquêmica levou mais mulheres a óbito (32.936) que o câncer de mama (8.308) (LORENZI et al., 2009).

d) Desordens psicológicas

Para muitas mulheres o climatério pode ser vivido na presença de desordens psicológicas das mais variadas, como desânimo, perda de libido, tristeza, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, depressão, entre outros. Estar atento a essas particularidades durante os atendimentos faz parte do cuidado integral à saúde da mulher (BRASIL, 2008).

Embora não exista um consenso relacionando o hipoestrogenismo com transtornos psicoafetivos, muitos outros fatores interferem na existência de diferentes quadros psíquicos no climatério. Esses quadros variam na frequência e na intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas onde as mulheres no período do climatério são valorizadas e possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, a existência de sintomas é bem menos intensa e abrangente (BRASIL, 2008).

A chegada do climatério vem acompanhada do envelhecimento e, muitas vezes, como mencionado no item anterior, do ganho de peso, o que pode ser mais um fator, ligado ao climatério, a afetar aspectos psicológicos da vida da mulher. Pesquisas mostram que a obesidade muda a autoestima das mulheres, criando uma imagem negativa do corpo e comprometendo a satisfação sexual. Essa visão de si pode fazer com que a mulher tenha a impressão de que seu poder de sedução se perdeu.

Além disso, o envelhecimento em si pode ser difícil em uma sociedade que valoriza a juventude. O mito da eterna juventude, a supervalorização da beleza física padronizada e a relação entre o sucesso e a juventude são fatores que interferem na autoestima e repercutem na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais. Algumas mulheres podem ainda enfrentar outros desafios na meia-idade, como problemas de relacionamento, divórcio ou viuvez, brigas com adolescentes, infertilidade indesejada e preocupações com pais idosos, com a carreira e problemas financeiros. Elas podem começar a pensar sobre o fato de serem mortais e sobre o significado ou o propósito de suas vidas (BRASIL, 2008; THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013; GONÇALVES et al., 2016).

Muitas vezes, o apoio e incentivo, principalmente da família, para o início ou manutenção



de uma atividade ocupacional, profissional e social, com reintegração da mulher ao seu papel de cidadã ativa e produtiva, ajudando-a a destruir mitos, é o suficiente para minimizar tais sintomas. Em outros casos, também é necessária a introdução de técnicas de relaxamento, meditação, yoga ou mesmo medicações fitoterápicas, homeopáticas ou de acupuntura, acompanhadas de suporte psicoterápico, com resultados bastante positivos. O tratamento dos casos mais graves deve ser feito por profissional de saúde específico e pode ser baseado em medicamentos antidepressivos e ou ansiolíticos (BRASIL, 2008).

PALAVRA DO ESPECIALISTA



Estado psicológico: Qual a relação real entre a queda dos níveis de estrogênio e as desordens psicológicas associadas ao climatério? Seria essa relação hormonal? Ou social? Ou ambas?

“Na verdade, há uma relação bem clara, que vários estudos estão mostrando, sobre o período da transição menopausal, fase em que a mulher ainda está com os hormônios íntegros e o ovário funcionando e começa a entrar naquela falência do ovário começar a claudicar (cair em erro ou falta). No período da transição, como mostram vários estudos observacionais, ao longo tempo há uma relação importante de alterações, principalmente no que diz respeito à ansiedade, agitação, irritabilidade, e também um pouco de depressão. Isso caracterizaria a queda hormonal, correlacionando com alguma alteração a nível de SNC, por neurotransmissores e isso traria esses sintomas emocionais. Claro que a questão que vocês colocam, a social, também é importante; inequivocamente é. Então, quanto melhor adaptada a mulher está, melhor preparada para passar por aquele período, menor a chance dela ter algum tipo de sintoma. Quanto mais a mulher teve, ao longo da vida, outros períodos onde os fatores hormonais interagiram para ela ter sintomas emocionais, por exemplo, se ela tinha TPM severa ao longo da vida inteira, se ela teve depressão pós-parto, isso torna quase que um marcador de que ela tenha uma vulnerabilidade para sofrer impacto com as flutuações hormonais (do climatério) e aparecer com sintomas emocionais. Isso é bem clássico. Mas, passado esse período de transição, quando se pega uma mulher lá bem depois da entrada da menopausa, por exemplo, 20-15 anos depois, quando ela já está em pós-menopausa, essa correlação já não existe mais, de sofrer com a queda hormonal para ter sintomas psicológicos.”

Prof. Maria Celeste Osório Wender

*Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS
Ambulatório de Climatério e Contracepção em Situações Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA*

e) Redução densidade mineral óssea (osteoporose)

A osteoporose é caracterizada por baixa massa óssea e microarquitetura óssea deteriorada no esqueleto, o que aumenta o risco de fraturas ao mínimo trauma. Osteoporose após a menopausa é a mais comum de todas as osteopatias. O hipostrogenismo característico do período que antecede à menopausa leva ao aumento da perda de massa óssea. Isso porque o estrogênio tem ação direta no osso como droga antirreabsortiva, e também ações indiretas via paratormônio, vitamina D e calcitonina. A deficiência de estrogênio eleva o número de osteoclastos e osteoblastos (células responsáveis pela reabsorção mineral óssea e sintetização da nova matriz óssea no local da



reabsorção, respectivamente), o que compromete o equilíbrio da atividade, levando à acelerada perda óssea (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2008; BAGNOLI et al., 2005).

Os ossos crescem durante a infância e a adolescência, alcançando o ponto máximo (pico de massa óssea) entre os 20 e 30 anos. Então há uma estabilização da massa óssea até a meia-idade, quando uma perda óssea gradual ocorre nas mulheres e nos homens. Na menopausa há uma perda óssea maior de cerca de 2% ao ano, por 3 a 5 anos. Após esse período de perda acelerada, a perda óssea diminui de 1% a 1,5% por ano. Aos 80 anos, muitas mulheres perderam 30% de seus picos de massa óssea. O risco de osteoporose aumenta se a mulher não teve produção óssea suficiente em seus anos de crescimento ou se ela sofreu uma perda óssea maior do que o normal na fase adulta. Porém, outros fatores também aumentam o risco de ossos fracos, incluindo hereditariedade, falta de exercício, má qualidade da alimentação, tabagismo e algumas condições e tratamentos médicos, como histórico de fraturas e uso de certos medicamentos sob prescrição (como esteroides por mais de três meses) (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013).

A principal sequela da osteoporose para a saúde é a fratura, já que o osso afetado se torna quebradiço. Os principais locais de fratura são os ossos largos e as vértebras. Fratura de compressão na espinha é o tipo mais comum de fratura pela osteoporose. A maioria não causa sintomas visíveis. Entretanto, mulheres com múltiplas fraturas na espinha ou com fraturas recentes e graves podem ter uma dor crônica nas costas, além de possivelmente perderem um pouco da estatura ou desenvolver uma curvatura na parte de cima das costas (corcunda). As fraturas de ossos largos, como as de quadril e do colo do fêmur, embora menos comuns são as mais graves e que ocasionam maior morbimortalidade (WHO, 1996; THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013).

Estimativas mostram que a população brasileira propensa a desenvolver osteoporose aumentou de 7,5 milhões, em 1980, para 15 milhões, em 2000 (BRASIL, 2014a). Nesse cenário, muitos fatores de risco estão relacionados (BAGNOLI et al., 2005).

Fatores de risco estabelecidos:

- mulheres com mais de 50 anos;
- magras e de baixa estatura;
- brancas e orientais;
- menopausa precoce ou cirúrgica (quando há remoção de ambos os ovários) (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2013);
- corticoterapia prolongada.

Fatores de risco prováveis:

- baixa ingestão de cálcio;
 - alta ingestão de proteínas e fósforo;
 - alta ingestão de fumo, álcool e cafeína;
 - hereditariedade;
 - sedentarismo (BAGNOLI et al., 2005).
-



PALAVRA DO ESPECIALISTA



Prevenção da osteoporose: Existe um tempo limite para realizar a prevenção da perda de massa óssea? Quando se torna “tarde demais” para prevenir?

“Não tem esse limite. A recomendação da ingestão de cálcio ao longo da vida inteira já é bem determinada, desde a infância, idade adulta, depois na fase da mulher aí na pós menopausa e depois, na idade mais avançada. Então isso, é uma recomendação que deve ser sempre acompanhada, com uma preocupação desse fator da osteoporose nesse período da pós menopausa. Talvez a preocupação com isso seja maior à medida que a mulher avança na idade, porque sabemos que o risco de fraturas vai ser maior ainda quanto mais idade. A prevenção é um fator importante, é uma preocupação sempre.”

Prof. Maria Celeste Osório Wender

*Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS
Ambulatório de Climatério e Contracepção em Situações Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA*

Qualidade de vida durante o climatério

Durante o climatério, assim como em qualquer fase da vida, a adoção de hábitos saudáveis é de extrema importância. Nesse período, no entanto, se faz necessário às mulheres um cuidado especial ao estilo de vida, tanto para prevenir como para aliviar manifestações relacionadas a ele.

A fim de melhorar a qualidade de vida, alguns hábitos podem ser adotados ou aperfeiçoados, enquanto que outros, eliminados. Como e o que mudar, além de que maneiras o paciente deve ser auxiliado, para ter uma vida mais saudável é detalhado a seguir.

a) Redução do consumo de álcool, tabaco e cafeína

O aconselhamento às mulheres para parar de fumar cigarros ou semelhantes deve fazer parte da rotina de orientações para a prevenção de doenças. No climatério, em especial, o consumo de cigarros está relacionado com a ocorrência de sintomatologia mais acentuada, como no caso dos fogachos. Quando em uso de hormônios, as fumantes normalmente necessitam do dobro da dosagem para obterem os benefícios desta terapêutica, se comparadas às não fumantes (BRASIL, 2008).

Além disso, como já mencionado, devido a fatores de mudança no perfil lipídico, estresse e outros, o risco para doenças cardíacas é aumentado nos períodos de climatério e menopausa. Por essa razão é especialmente oportuno desestimular o consumo de cigarros, visto que fumantes têm mais probabilidade de ter um ataque cardíaco do que não fumantes. Entretanto, quando uma mulher para de fumar, não importa por quanto tempo ou quanto ela fumou, o seu risco de ter uma doença cardíaca diminui rapidamente. Também outros benefícios, como mais energia, uma aparência melhor e um menor risco de osteoporose e câncer de colo de útero, de pulmão, de boca e de garganta estão associados à cessação do tabagismo (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE



SOCIETY, 2013).

O tabagismo deve ser entendido como uma doença crônica, devido à dependência à droga nicotina. Quem fuma, ao tentar deixar de fumar, se defronta com grandes desconfortos físicos e psicológicos que trazem sofrimento, e que pode impor a necessidade de várias tentativas até que finalmente consiga abandonar o tabaco. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte (95%) consegue sem assistência de profissional de saúde. Porém, estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (MIRRA et al., 2009; BRASIL, s.d.).

O consumo de álcool e de cafeína também podem trazer prejuízos durante o climatério e a menopausa. O consumo de bebidas alcoólicas contribui para um acréscimo calórico que pode levar ao aumento do peso e suas implicações negativas sobre os controles da pressão arterial e dos triglicérides plasmáticos, além de afetar a biodisponibilidade do cálcio (CAMPANA; PURCINO, 2009). A cafeína, assim como o álcool e o tabaco, tem relação com a intensificação dos fogachos. Além disso, o abuso do uso de álcool pode ser um agravante para a osteoporose, sendo a causa de quedas que levam a fraturas graves (BRASIL, 2008; 2016).

b) Diminuição do estresse

Cada mulher vivencia seu climatério de acordo com sua singularidade. Para algumas, podem surgir sintomas neuropsíquicos, como distúrbios vasomotores, cefaléia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, entre outros. Também as alterações hormonais podem trazer algum desconforto para as mulheres ante o imprevisível, diminuir sua capacidade produtiva, determinar disfunções em seu ritmo de sono-vigília, predispô-las à fadiga e irritabilidade, expô-las a respostas de ampla labilidade emocional. Por essa razão, são essenciais orientações sobre a importância de incorporar hábitos mais saudáveis e uma rotina com prática de exercícios físicos, que podem atuar na diminuição do estresse (BRASIL, 2008).

O profissional de saúde deve valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina. Além disso, deve estimular a participação dessas mulheres em atividades sociais e, quando houver necessidade, como em estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente, considerar tratamento para depressão e ansiedade (BRASIL, 2016).

c) Atividade física

A Atividade física deve ser incentivada em todas as fases da vida. Durante o envelhecimento essa prática é especialmente importante devido ao fator preventivo para muitas doenças relacionadas, para as quais, em sua maioria, o sedentarismo é um fator agravante. Além disso, o envelhecimento caracteriza-se por um declínio da capacidade funcional decorrente da diminuição da capacidade aeróbia e da debilitação progressiva da musculatura corporal, que pode levar à sarcopenia (perda de massa muscular), que pode significativamente prejudicar a qualidade de vida de um adulto idoso ao diminuir a mobilidade, aumentar o risco de quedas e alterar o metabolismo. Esses fenômenos se acentuam a partir dos 50 anos, período coincidente com a menopausa. Além



disso, a sarcopenia acelera-se com a diminuição de atividades físicas, mas a musculação pode diminuir seu ritmo (TAIROVA; LORENZI, 2011; ESCOTT-STUMP et al., 2012).

Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões de pessoas a cada ano. Os inativos ou sedentários possuem ainda risco 30% a 50% maior de desenvolver Hipertensão Arterial Sistólica (HAS). O sedentarismo é estimado como a principal causa de 21% a 25% de câncer de mama e de colo, 27% de diabetes e 30% de doenças isquêmicas do coração (WHO, 2010). Além disso, a prática de atividade física moderada, o que inclui caminhada acelerada, pode reduzir o risco de desenvolver câncer de mama na pós menopausa. Também o aumento das atividades físicas após a menopausa pode ser benéfico (ZAIN; SERIRAMULU; CHELLIAH, 2016; BRASIL, 2014b).

Estudos mostraram que enquanto 63,6% das mulheres sedentárias relataram sintomas climatéricos de intensidade moderada a severa, o mesmo foi referido por 33,4% do grupo fisicamente ativo. Além disso, as mulheres deste grupo não relataram sintomas muito severos, ao contrário de 3,8% das sedentárias (TAIROVA; LORENZI, 2011).

O risco de desenvolver doença arterial coronariana relacionado à vida sedentária é 1,5 a 2,4 vezes maior quando comparado com o risco relacionado à hipertensão, à dislipidemia e ao fumo. Atividade física aeróbica de intensidade moderada, quando realizada numa frequência regular (de pelo menos 30 minutos, três vezes por semana), pode ter impacto na redução do risco de eventos cardiovasculares na marca de 30% a 40% (VENTURA et al., 2014).

Ainda em relação à osteoporose, a atividade física também pode contribuir para a redução do risco de fratura de duas formas: uma, porque a força biomecânica que os músculos exercem sobre os ossos é capaz de aumentar a densidade mineral óssea; assim, exercícios com ação da gravidade parecem desempenhar importante papel no aumento e na preservação da massa óssea. Outra, porque a atividade física regular pode ajudar a prevenir as quedas que ocorrem devido às alterações do equilíbrio e à diminuição de força muscular e de resistência. Caminhada, corrida, Tai chi chuan, subida de escadas e dança são atividades físicas nas quais ossos e músculos trabalham contra a gravidade (BRASIL, 2014a).

Diante de tantos benefícios, cabe ao profissional de saúde, orientar e incentivar uma mudança de hábitos em direção a um estilo de vida mais ativo. Entretanto, é importante ter em mente que a mudança de hábito é algo complexo e que exige dedicação para se efetivar. Nesse sentido, o profissional precisa utilizar estratégias que facilitem esse processo, conhecer e utilizar os recursos disponíveis na comunidade, como os centros de convivência e os espaços de esporte e de lazer (BRASIL, 2014b).

A prática de atividade física regular, ainda que de pouca intensidade, parece contribuir globalmente para uma melhoria das condições de saúde da mulher no climatério, tendo um impacto positivo também na sua esfera psíquica e em muitos dos sintomas característicos dessa fase, melhorando, inclusive, seus sentimentos e atitudes em relação à menopausa e ao envelhecimento, o que se reflete na sua qualidade de vida. Dessa forma, as orientações dos profissionais de saúde precisam levar em consideração hábitos de vida, preferências pessoais, assim como condições socioeconômicas individuais e comunitárias, incentivando atividades lúdicas, culturais, como



teatro, dança, esportes, entre outras, que sejam atrativas e possíveis, compatíveis com a realidade das mulheres atendidas. É importante ressaltar ainda que antes da prática de exercícios mais intensos, uma avaliação profissional para estabelecer os limites do paciente é recomendada (TAIROVA; LORENZI, 2011; BRASIL, 2014a; 2014b).

d) Alimentação

Assim como a prática de atividade física regular, uma boa alimentação é fator importante para promover a saúde e o bem-estar em qualquer fase da vida. No climatério, ela pode e deve ser aliada da prevenção aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, osteoporose e outras que podem estar presentes a partir dessa fase da vida. Vale ressaltar que o consumo inadequado de alimentos pode contribuir para agravos, como a osteoporose, e o consumo em excesso podem comprometer a saúde com o surgimento da obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras patologias (BRASIL, 2008; ESCOTT-STUMP et al., 2012).

Perdas sensoriais, que podem afetar as pessoas em diferentes graus, a taxas diferentes e em diferentes idades, podem estar relacionadas com a escolha inadequada dos alimentos e seus temperos e, portanto, com a má alimentação. Muitos fatores, como genética, o meio ambiente e o estilo de vida estão relacionados com o declínio da capacidade sensorial e isso pode levar a perda do apetite e ingestão insuficiente de nutrientes (ESCOTT-STUMP et al., 2012).

Outro fator que pode afetar a dieta e a nutrição é a saúde oral. Perda dentária, próteses mal ajustadas e xerostomia (boca seca) podem levar a dificuldades de mastigação e deglutição. Redução do paladar, da saliva e dificuldades para mastigar tornam o ato de comer desagradável e difícil. Por isso, pessoas com esses problemas tendem a preferir alimentos mais fáceis de mastigar, o que nem sempre coincide com alimentos nutricionalmente adequados. Levando-se em conta isso, é importante pensar em preparações em que bons alimentos, de alta densidade nutricional, estejam altamente umedecidos, tais como sopas e cozidos, purês e adição de molhos para tornar o alimento mais fácil de ser consumido (ESCOTT-STUMP et al., 2012).

A nutrição adequada, levando em conta o quadro clínico e demais individualidades de cada pessoa, é capaz de melhorar o prognóstico e evitar o surgimento de diversas complicações patológicas. Algumas recomendações detalhadas a seguir podem ser aliadas da prática alimentar no climatério e na menopausa.

Cálcio: a ingestão adequada de cálcio é muito importante para a prevenção da osteoporose, cujo risco de incidência é aumentado no climatério e na menopausa. Alimentos ricos em cálcio devem fazer parte da dieta de mulheres de todas as idades, mas no climatério, por se tratar do início da redução de estrogênio, que está relacionado à perda óssea, o consumo desses alimentos se torna especialmente importante. As principais fontes de cálcio da alimentação são produtos lácteos, como queijos, iogurtes e o próprio leite. Outras fontes são peixes, frutos do mar e vegetais de folhas verdes e escuras (couve, espinafre, brócolis). É importante lembrar que o consumo de cálcio deve ser aliado ao consumo de vitamina D, que contribui para sua absorção (CAMPANA; PURCINO, 2009; BRASIL, 2014a).

Sal e Açúcar: o planejamento alimentar deve levar em conta o controle das dislipidemias



(anormalidades nas gorduras do sangue), da hipertensão arterial, das alterações glicêmicas, além de promover medidas para o controle do peso. É importante levar em conta que, como os limiares do paladar e olfato são mais elevados, os adultos mais velhos podem ser tentados a temperar demais os alimentos, principalmente com aumento do uso de sal, o que pode ter efeito negativo. Uma vez que o paladar e o olfato estimulam as mudanças metabólicas, tais como saliva, ácido gástrico e secreção pancreática, e aumentam as concentrações de insulina no sangue, o estímulo sensorial diminuído pode prejudicar estes processos metabólicos também (CAMPANA; PURCINO, 2009; ESCOTT-STUMP et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a ingestão de sal seja menor que 5g por dia para adultos saudáveis. Para crianças e pessoas com hipertensão arterial a recomendação é de valores menores (WHO, 2012).

Proteínas: quanto ao consumo proteico, deve-se cuidar para que a dieta não extrapole a porcentagem de proteínas indicada do valor energético total (VET), visto que altas quantidades aumentam a excreção renal de cálcio (CAMPANA; PURCINO, 2009).

PALAVRA DO ESPECIALISTA



Proteína x Cálcio: Existe realmente uma relação entre o excesso de proteína da dieta e perda de massa óssea? Alguns estudos indicam que sim, porém, outros mais recentes, incentivam o consumo elevado de proteína, especialmente animal, e de produtos lácteos, no controle da perda de massa óssea. Qual a melhor conduta?

“A questão da proteína hoje traz muito a situação da massa muscular e sabemos que, quando se vai avaliar a questão da osteoporose, é quase um trinômio, que seria: osso, massa muscular e a parte neurológica. Então isso é indivisível, não podemos abandonar a situação de que o idoso, com o envelhecimento, acaba tendo uma perda de massa muscular, algo que estudamos tanto, que é a sarcopenia. E a importância para combater essa sarcopenia é a ingestão proteica adequada. Sabemos, claro, que se fizesse uma dieta extrema, absurdamente elevada, e praticamente só com posse de proteína poderíamos ter alguma perturbação a nível de absorção intestinal de cálcio, mas na verdade o que vemos é exatamente o oposto: uma deficiência proteica e das pessoas se nutrirem muito mal. Então o que eu acho que temos que firmar em relação a isso é que é importante a ingestão adequada de cálcio, que dentro de uma ingestão proteica adequada e normal, sem exageros, não vai ter nenhuma preocupação em termos de prejudicar essa absorção intestinal do cálcio. Ao invés de trazer medo ou levar medo de ingestão proteica excessiva, temos que orientar que as pessoas se alimentem e que tenham uma dieta adequada, inclusive com uma ingestão de proteína dentro do normal. Então, acho que a preocupação não é com o excesso, é até com a falta da proteína, quando estamos pensando em proteger contra fratura e contra metabolismo do cálcio inadequado, principalmente sobre a situação do organismo como um todo, porque não adianta só ter um osso bom, um osso razoável, se a pessoa tem uma massa muscular horrorosa e com isso ela se torna super vulnerável, com maior risco para exposição à fraturas. Então acho que essa é uma preocupação que na teoria até pode existir, mas na prática o que é importante levar em consideração é isso que se comentou.”

Prof. Maria Celeste Osório Wender

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS
Ambulatório de Climatério e Contracepção em Situações Especiais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA



Vitaminas: como já mencionado, a vitamina D está relacionada à absorção de Cálcio e seu consumo adequado é aliado na prevenção da osteoporose. Além disso, essa vitamina interage com centenas de genes no corpo humano e é reconhecida como um importante micronutriente para a saúde do cérebro, assim como para a saúde do osso e do esqueleto. Como a vitamina D pode ser sintetizada através da exposição à luz solar, a adequada exposição ao sol ou a ingestão de vitamina D podem ajudar a manter a saúde mental. Também as vitaminas do complexo B merecem atenção, pois são reconhecidas por apresentarem um efeito na saúde neurológica e cerebral, e a ingestão suficiente é especialmente importante para indivíduos com transtornos psiquiátricos. Algumas fontes dessas vitaminas são: farelo de trigo, nos cereais integrais e castanhas (vit. B1), leite e seus derivados, fígado bovino, brócolis, repolho e ervilhas (vit. B2), levedura de cerveja (vit. B6), fígado bovino (vit. B6), batata, aveia e outros cereais integrais (vit. B5) e produtos de origem animal em geral (única fonte alimentar de vit. B12). Frutas como abacate, uva, maracujá, vegetais como cenoura e couve, além de ovos, fígado bovino e gérmen de trigo são alguns alimentos ricos em vitaminas do complexo B (ESCOTT-STUMP et al., 2012; VANNUCCHI; CUNHA, 2009).

Cuidado com as dietas: nesse período, em que muitas mulheres ganham peso, é comum a procura por dietas “milagrosas”, a fim de perder peso mais facilmente e rapidamente. É importante que o profissional de saúde esteja atento a isso para desestimular o uso de dietas muito restritivas ou focadas em um único nutriente. Isso porque, como visto, uma alimentação saudável e balanceada é muito importante para evitar perdas ou excessos de nutrientes importantes na prevenção de complicações durante o climatério.

Orientações gerais: o consumo de carboidratos deve incluir fibras, frutas e vegetais. Quanto às gorduras, é preferível enfatizar o uso de gorduras saudáveis, ao invés de restringir demais o consumo, pois isso pode comprometer o prazer da alimentação. A ingestão de água regularmente também deve ser incentivada, visto que pode auxiliar no manejo e na prevenção dos fogachos, além de todos os benefícios gerais para a saúde, evitando dores de cabeça, cansaço entre outros sintomas de má hidratação (ESCOTT-STUMP et al., 2009).

É importante ter em mente que, à parte algumas particularidades relativas a possíveis manejos de manifestações clínicas ou mesmo de doenças relacionadas ao climatério, a alimentação deve ser equilibrada e saudável, adequada às particularidades pessoais, levando em conta as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Isso inclui, entre outras coisas, valorizar as refeições em companhia, preferir alimentos in natura ou minimamente processados, evitando os processados e ultraprocessados, comer com regularidade e atenção ao ato de comer, consumir óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades (BRASIL, 2014c).

Considerações finais

Como visto, o climatério é uma fase em que muitas mudanças sociais, psicológicas e biológicas têm início na vida das mulheres. Por essa razão a dimensão humana e social é tão importante no atendimento a essas mulheres. A abordagem do profissional de saúde deve ser aquela que vê a pessoa como um todo, considerando a relação de cada mulher com seu próprio corpo, com as mudanças que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais nessa fase, além de outros aspectos como o energético, mental e o socioeconômico.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGNOLI et al. **Climatério**: terapêutica não-hormonal. São Paulo: Roca, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 451, de 9 de junho de 2014**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0451_09_06_2014.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de cuidado à pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>

CAMPANA, L. O. C.; PURCINO, L. S. Considerações sobre o estado climatérico, qualidade de vida e cuidados nutricionais. In: MENDES, R. T.; VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Org.). **Qualidade de vida e cultura alimentar**. Campinas: Ipês, 2009. p.79-87.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

DAUDT, C. V. G.; MACHADO, D. B. Climatério e Menopausa. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, K. L.; RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Climatério**: Atenção Primária e Terapia Hormonal. Brasília: FBSGO, 2008.

GONÇALVES, J. T. T. et al. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. **Ciência e**



Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1145-1155, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tratamento do tabagismo** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, [s.d.]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo>. Acesso em: 20 set. 2017.

LORENZI, D. R. S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, p. 287-293, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 803-9, set-out 2014.

MIRRA, AP. et al. Tabagismo. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Primeiras_Diretrizes_Clinicas_da_SS.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

PINHO, L. B et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 835-46, 2007.

PIRES, V. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-7, out/dez 2010.

SUTTON-TYRRELL, K. et al. Reproductive hormones and obesity: 9 years of observation from the study of Women's Health Across the Nation. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 171, n. 11, p. 1203–1213, 2010.

TAIROVA, O. S.; LORENZI, D. R. S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio De Janeiro, v. 14, n.1, p.135-145, 2011.

THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. **Guia da menopausa**. [Tradução: Associação Brasileira de Climatério]. São Paulo: SOBRAC, 2013.

VANNUCCHI, H.; CUNHA, S. F. **Vitaminas do Complexo B**: tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, biotina e ácido pantotênico: funções plenamente reconhecidas de nutrientes. [s. l]: ILSI Brasil, 2009.



VENTURA, D. A. Association between quality of the diet and cardiometabolic risk factors in postmenopausal women. **Nutrition Journal**, London, v. 13, n. 121, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: Sodium intake for adults and children. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa**. Genebra: WHO, 1996.

ZAIN, N. M.; SERIRAMULU, V. P.; CHELLIAH, K. K. Bone mineral density and breast cancer risk factors among premenopausal and postmenopausal women: A systematic review. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 17, n. 7, p. 3229-3234, 2016.



Equipe Responsável

A Equipe de coordenação, suporte e acompanhamento do Curso é formada por integrantes do Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS).

TelessaúdeRS-UFRGS

Coordenação Geral

Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Coordenação da Teleducação

Roberto Nunes Umpierre
Ana Paula Borngräber Corrêa

Equipe de Teleducação

Andreza de Oliveira Vasconcelos
Angélica Dias Pinheiro
Cynthia Goulart Molina-Bastos
Francine Borba
Luís Gustavo Ruwer da Silva
Rosely de Andrade Vargas
Ylana Elias Rodrigues

Professor Orientador:

Roberto Nunes Umpierre
Thiago Tomazetti Casotti

Equipe Responsável:

Andreza de Oliveira Vasconcelos
Angélica Dias Pinheiro
Ylana Elias Rodrigues

Revisão:

Cynthia Molina Bastos
Pablo Gustavo de Oliveira
Roberto Nunes Umpierre

Diagramação e ilustração:

Carolyne Vasquez Cabral
Lorenzo Costa Kupstaitis

Desenvolvimento:

Guilherme Fonseca Ribeiro

Dúvidas e informações sobre o curso

Site: www.telessauders.ufrgs.br

E-mail: ead@telessauders.ufrgs.br

Telefone: 51 33082098
