

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa

1.^a edição
1.^a reimpressão

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9



Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2008 – 115.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica da Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.º andar, sala 629

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2933 / 2082

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Home pages: <http://www.saude.gov.br>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9)

ISBN 978-85-334-1486-0

1. Saúde da Mulher. 2. Climatério. 3. Menopausa. 3. Saúde da Mulher. I. Título. II. Série.

NLM WJ 580

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0588

Títulos para indexação:

Em inglês: Handbook on Care of Woman in Menopause

Em espanhol: Manual de Atención a la Mujer en la Menopausia

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

EQUPE EDITORIAL:

Normalização: Valéria Gameleira da Mota

Revisão: Mara Soares Pamplona

Capa, diagramação e projeto gráfico: Alisson Albuquerque

SUMÁRIO

Apresentação	7
1	Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério 9
1.1	Evolução das políticas para as mulheres no climatério 9
1.2	A mulher no climatério e a equidade 10
1.3	Climatério: mais uma fase na vida da mulher 11
1.4	Alguns aspectos de gestão 13
2	Humanização e Ética na Atenção à Saúde da Mulher no Climatério 15
2.1	Atenção humanizada à mulher 16
2.2	Ética na atenção à saúde 17
2.3	Alguns dilemas éticos 19
3	Aspectos Psicossociais da Mulher no Climatério 21
4	Sexualidade 25
4.1	Envelhecimento e sexualidade 25
4.2	Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual 26
4.3	Terapia hormonal e sexualidade 28
4.4	Recomendações aos profissionais de saúde 29
5	Fisiologia e Manifestações clínicas a curto, médio e longo prazo 31
5.1	Manifestações clínicas a curto médio e longo prazo 33
5.2	Manifestações clínicas transitórias 33
5.3	Dstúrbios Neurovegetativos 34
5.4	Manifestações clínicas não transitórias 35
5.5	Alterações Urogenitais 36
5.6	Distúrbios Metabólicos 37
6	Abordagem Clínica 39
6.1	Anamnese 39
6.2	Exame físico 40
6.3	Exames complementares 41
6.4	Exames laboratoriais 42
7	Promoção da Saúde e Medidas Preventivas Aplicadas ao Climatério 47
7.1	Ações de promoção da saúde 49
7.2	O peso excessivo (sobrepeso e obesidade) 50
7.3	Promoção da alimentação saudável 51

7.4	Alimentação saudável: prevenção e controle da osteoporose	51
7.5	Prevenção do câncer	56
7.6	Atividade física	57
7.7	Atividade física na prevenção e melhora de algumas doenças	58
7.8	Prevenção e tratamento das distopias genitais	60
7.9	Saúde Bucal – medidas de prevenção	63
7.10	Autocuidado	64
7.11	Cuidados com a pele	65
8	Saúde Reprodutiva da Mulher no Climatério	67
8.1	Anticoncepção no climatério	69
8.2	Métodos hormonais	70
8.3	Métodos de barreira	74
8.4	Métodos comportamentais	75
8.5	Esterilização cirúrgica	76
8.6	Gestação no climatério	77
9	As Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids no Climatério	79
9.1	Doenças sexualmente transmissíveis	79
9.2	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids	81
9.3	Efeitos colaterais dos ARV (anti-retrovirais) em relação aos agravos mais comuns no climatério	83
9.4	Doenças sexualmente transmissíveis/HIV	84
9.5	Terapia hormonal e interações medicamentosas com anti-retrovirais	85
10	Agravos à Saúde mais Frequentes durante o Climatério	87
10.1	Indisposição	87
10.2	Hipotireoidismo	88
10.3	Doenças Cardiovasculares (DCV)	88
10.4	Controle das DCV	89
10.5	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	90
10.6	Obesidade	91
10.7	Diabetes Mellitus (DM)	92
10.8	Transtornos psicossociais	93
10.9	Alterações gastrointestinais	94
10.10	Alterações urogenitais	95
10.11	Alterações da Saúde Bucal	96
10.12	Efeitos do Tabagismo	97
11	Câncer no Climatério	99
11.1	Epidemiologia do Câncer nas Mulheres	99

11.2	Detecção Precoce de Neoplasias Malignas no Climatério	100
11.3	Câncer de mama	100
11.4	Diagnóstico	104
11.5	Câncer do Colo Uterino	106
11.6	Câncer do Corpo do Útero	109
11.7	Hiperplasia Endometrial	111
11.8	Câncer de Ovário	114
11.9	Câncer de Vulva	116
11.10	Câncer de Pulmão	117
11.11	Câncer do Cólon e Reto	119
11.12	Câncer de Pele	120
12	Osteoporose	123
12.1	Incidência e Prevalência	123
12.2	Etiologia da Osteoporose	125
12.3	Fatores de Risco da Osteoporose	126
12.4	Diagnóstico da Osteoporose	126
12.5	Interpretação Clínica da Densitometria Mineral Óssea	128
12.6	Prevenção e Tratamento da Osteoporose	129
12.7	Medicamentos	131
12.8	Eficácia no Tratamento	133
13	Opções Terapêuticas	135
13.1	Introdução	135
13.2	Terapia Hormonal	136
13.3	Indicações da Terapia Hormonal	136
13.4	Efeitos Colaterais	136
13.5	Sugestões para prescrição da terapia hormonal	137
13.6	Intolerância ou Contra-Indicações aos Estrogênios	138
13.7	Tratamento Medicamentoso não Hormonal	140
13.8	Medicina Natural e Práticas Complementares	141
13.9	Fitoterapia	141
13.10	A fitoterapia e o climatério	143
13.11	Principais fitoterápicos utilizados no climatério	143
13.12	Considerações sobre a fitoterapia	146
13.13	Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura	148
13.14	Medicina Antroposofica	149
	Referências	150
	Anexos	173

Anexo A – Dez Passos para uma Alimentação Saudável	173
Anexo B – Escore de Framingham revisado para mulheres	177
Anexo C – Lista de medicações e insumos essenciais na atenção as mulheres no climatério	178
Anexo D – Agenda da Mulher / História Clínica e Ginecológica	182
Equipe técnica	191

APRESENTAÇÃO

O Manual *Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa* elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, concretiza um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida.

Este manual contém diretrizes que orientam os profissionais de saúde para a atenção integral e humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras.

Aborda princípios fundamentais da atenção em saúde, como o acolhimento e a ética nas relações entre profissionais e usuárias, os aspectos emocionais e psicológicos, a sexualidade e as possíveis repercussões clínicas das transformações hormonais que acompanham o climatério/menopausa. Discute também as medidas preventivas e promotoras da saúde, que incluem estímulo ao autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis, que influenciam a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres nesta fase. A abordagem diagnóstica e as opções terapêuticas preconizadas por este manual conferem uma visão holística da mulher, atualizam dados sobre as indicações corretas da terapia de reposição hormonal e incluem outras possibilidades de tratamento, como a fitoterapia, medicina antroposófica e a homeopatia.

Esta publicação é resultado do trabalho da Área Técnica de Saúde da Mulher e muitas outras áreas do Ministério da Saúde, em parceria com especialistas no tema, advindos de sociedades científicas e do movimento de mulheres pela saúde. Ela possibilita uma visão global das orientações do Ministério da Saúde no que se refere à atenção à saúde da mulher no período do climatério/menopausa, reconhecendo a necessidade de que as ações multiprofissionais sejam colocadas em prática nos serviços de saúde e construindo, dessa forma, uma relação humanizada e respeitosa com as usuárias.

1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

1.1 Evolução das Políticas para as Mulheres no Climatério

A saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX e a atenção à saúde deste grupo populacional vem seguindo um processo de evolução no qual os antecedentes podem ser considerados a partir da década de 70. Neste período o Ministério da Saúde adotava uma concepção mais restrita da saúde da mulher, que se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica.

Na década de 1980 ocorreu o lançamento do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, que serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984.

Esse programa incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde da mulher, com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina, nas suas necessidades prioritárias, significando uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. Nas prioridades estava incluída a atenção ao climatério, já que contemplava uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, da adolescente à idosa.

Dentro dessa perspectiva passaram a ser desenvolvidas, em diversos estados da federação, atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher e em alguns deles, ações de saúde específicas direcionadas às mulheres no climatério. Nesse contexto, em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Norma de Assistência ao Climatério.

Em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incorporou no seu planejamento a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos. No entanto, nenhuma ação específica foi implementada naquela oportunidade. Um balanço institucional realizado em 2002 apontou, entre outras, esta lacuna, considerando necessário superá-la.

Em 2003, essa área técnica assumiu a decisão política de iniciar ações de saúde voltadas para as mulheres no climatério e incluiu um capítulo específico sobre esse tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. No Plano de Ação dessa política nacional com relação ao climatério, o objetivo é implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, em nível nacional, que é detalhado na estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos.

1.2 A Mulher no Climatério e a Equidade

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Considerando a saúde numa visão ampliada, diversos aspectos da vida estão a ela relacionados, como a alimentação, o lazer, as condições de trabalho, a moradia, a educação/informação e renda, as relações sociais e familiares, a auto-imagem e a auto-estima e o meio ambiente. Nessa perspectiva, a saúde está para além do simples acesso aos serviços de saúde ou à ausência de doença.

Outras variáveis relacionadas à discriminação e aos preconceitos também compõem o processo de saúde-doença e aumentam a vulnerabilidade frente a determinados agravos que estão – para a população feminina – mais relacionados com situações de discriminação que aos fatores biológicos.

A equidade é um dos princípios do SUS e significa a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a suas necessidades. Esse princípio está relacionado com a justiça e a igualdade social e pretende romper as barreiras da discriminação e das desigualdades.

Uma das principais discriminações se refere às relações de gênero. Enquanto o sexo define as características biológicas de cada indivíduo, gênero é uma construção social e histórica dos atributos e papéis da masculinidade e da feminilidade. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo e dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação.

Na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais e é com base nisso que se distinguem os papéis do homem e da mulher na família, na divisão do trabalho, na oferta de bens e de serviços. Em função da organização social das relações de gênero, homens e mulheres estão expostos a padrões distintos de adoecimento, sofrimento e morte.

A discriminação por raça/cor e por etnia é também determinante para o adoecimento das pessoas. O racismo é uma doença social que repercute nas instituições, inclusive nos serviços de saúde. Apesar de ser crime no nosso país, o racismo é praticado de diversas formas, desde as mais sutis e disfarçadas às violentamente explícitas. Ele se concretiza nos relacionamentos estabelecidos entre as pessoas. A dor e o sofrimento – que não têm visibilidade concreta – geram adoecimento e morte. Segundo dados do “SAÚDE BRASIL 2005”, as mulheres negras têm menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, por consultas de pré-natal e de puerpério.

A precariedade das condições de vida das mulheres negras leva-as a apresentar em maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o câncer de colo de útero, cuja incidência é duas vezes maior do que entre as mulheres brancas. Além disso, a população negra está mais sujeita a anemia falciforme, a hipertensão arterial, a *Diabetes mellitus* e a infecção por HIV. É também alta a ocorrência de depressão, estresse e alcoolismo neste grupo populacional. Apesar destes e de outros dados, as políticas públicas historicamente têm ignorado a perspectiva étnico-racial da mesma forma que a existência do racismo institucional na saúde. É necessário, portanto, que medidas sejam implementadas para o seu combate.

Com relação às mulheres índias, a atenção à sua saúde ainda é precária e os

dados epidemiológicos disponíveis são insuficientes. Na maioria dos povos indígenas, o envelhecimento é encarado com respeito e as mulheres mais velhas, após a menopausa, tornam-se mais aceitas e valorizadas, pois o significado do sangue menstrual assume conotação diversa da usual entre as não índias. Mas em que pese este melhor espaço social, as iniquidades na atenção à saúde dos povos indígenas ao longo da vida repercutem na saúde das mulheres índias. Para superá-las são necessárias políticas contextualizadas na perspectiva do etnodesenvolvimento.

Uma outra discriminação importante se refere à **orientação sexual**. As políticas de saúde precisam incorporar a agenda de necessidades das mulheres lésbicas. Esta agenda se refere a um atendimento ginecológico que considere a homossexualidade, e que os profissionais de saúde reconheçam a orientação sexual como um direito de cidadania e a possibilidade de parte de sua clientela ser composta por pessoas não heterossexuais. Alguns problemas de saúde devem ser priorizados no atendimento às mulheres lésbicas, como a vulnerabilidade às DST principalmente aids e hepatites e a sensibilização delas para o risco de câncer de colo de útero e de mama.

A discriminação **geracional**, com base na idade cronológica, ocorre na nossa sociedade como algo naturalizado. Para as mulheres esta discriminação é mais intensa e evidente. O mito da eterna juventude, a supervalorização da beleza física padronizada e a relação entre o sucesso e a juventude são fatores de tensionamento que interferem na auto-estima e repercutem na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais.

Uma discriminação potencializa a outra e há diversos grupos femininos que também sofrem preconceitos e discriminações. É o caso das mulheres **com deficiência, transtornos mentais** e em **situação de prisão**. Estratégias de humanização e qualificação na atenção ao climatério devem ser incorporadas pelo SUS, atendendo ao princípio da equidade, em relação às variadas especificidades e diferenças que existem entre as mulheres.

Perpassando toda esta problemática está a questão da violência contra a mulher, seja doméstica, intrafamiliar ou sexual. A violência atinge uma parcela importante da população, repercute na saúde e é um grave problema de saúde pública. É também um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher, que ocorre tanto frente à sociedade em geral, quanto aos próprios profissionais de saúde.

Mulheres que vivenciam situações de violência são tidas como “poliqueixosas” com suas queixas vagas e seus sintomas crônicos que não são esclarecidos em resultados de exames. Este quadro pode estar refletindo dores e traumas vivenciados, traduzidos por meio da psicossomatização. As manifestações da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais.

1.3 Climatério: Mais uma Fase na Vida da Mulher

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.

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.

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 individualizado. 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.

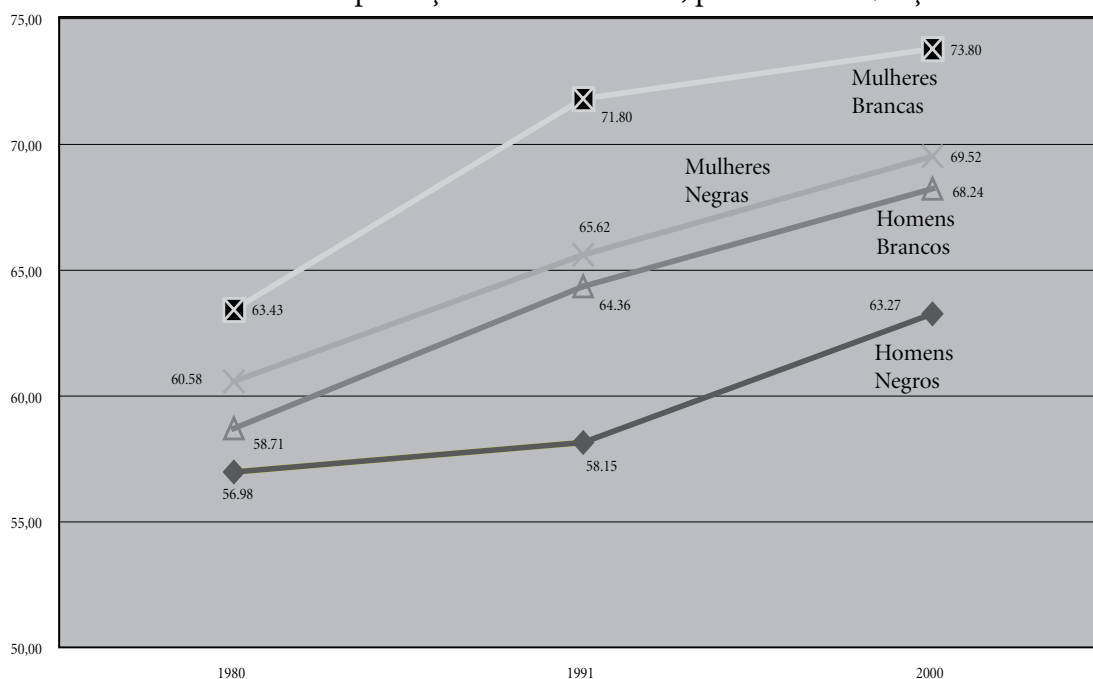
A medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina. As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (de carência hormonal) e o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam 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 tradicionais como a medicina antroposófica e a

fitoterapia descritas no capítulo “Opções Terapêuticas” deste manual que, aliadas a um estilo de vida adequadamente saudável no referente a 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 SUS.

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. 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.

Gráfico 1 – Brasil: Esperança de vida ao nascer, por sexo e cor/raça



Fonte: IBGE; Censos de 1980, 1991 e 2000

1.4 Alguns Aspectos de Gestão

Para que a atenção à saúde da mulher no climatério se concretize, uma passo fundamental é a decisão política do gestor. Este grupo populacional precisa estar incluído no planejamento e é necessário que haja recursos financeiros para implementação das ações, além de apoio técnico, envolvimento com a sociedade civil, entre outros elementos destinados a este fim.

O planejamento envolve o estabelecimento de objetivos com metas, a existência de uma organização com responsabilidades definidas e um sistema de informação para medir o desempenho, com critérios de avaliação e monitoramento. Recomenda-se que as rotinas, fluxos e protocolos sejam estabelecidos para otimizar o atendimento e a utilização

dos recursos do SUS.

Para racionalizar e qualificar a atenção, o sistema de saúde deve adotar estratégias de co-gestão, com acolhimento, escuta qualificada, oferta programada e captação precoce na perspectiva da promoção da saúde, considerando também um espaço para a demanda espontânea.

A implantação da atenção à saúde da mulher no climatério pressupõe a existência de profissionais de saúde devidamente capacitados(as) e sensibilizados(as) para as particularidades inerentes a este grupo populacional. A atenção básica é o nível de atenção adequado para atender a grande parte das necessidades de saúde das mulheres no climatério e é necessário que a rede esteja organizada para oferecer atendimento com especialistas, quando indicado. Devem ser efetuadas parcerias com as áreas de DST/Aids, de doenças crônicas não transmissíveis – incluindo o câncer, saúde mental, odontologia, nutrição, ortopedia, entre outras.

É necessária também a organização da referência para realização de exames – conforme preconizado no capítulo sobre “Abordagem clínica” (ver capítulo 6). Outra questão importante é a disponibilidade de medicamentos (anexo C), conforme definido no capítulo sobre “Opções Terapêuticas” (ver capítulo 13). Em ambos os casos é muito importante que uma previsão quantitativa seja incorporada ao planejamento da rede de saúde.

Consultórios adequadamente montados para atendimento ginecológico são suficientes, desde que disponham de balança antropométrica, esfigmomanômetro e estetoscópio, além de material de consumo e descartável pertinente. Sugere-se também a existência de ambiente destinado a atividades psicoeducativas. Neste ambiente poderão também ser desenvolvidas práticas complementares de saúde como grupo de apoio psicológico, meditação, ioga, automassagem, etc.

Como cidadãs de direitos, as mulheres no climatério também devem ser chamadas a participar e exercer o controle social, nos espaços do SUS, nas experiências de gestão participativa, na mobilização da comunidade para as ações de saúde coletiva.

2 HUMANIZAÇÃO E ÉTICA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Na vida da mulher há marcos concretos e objetivos que sinalizam diferentes fases, tais como a menarca, a gestação, ou a última menstruação. São episódios marcantes para seu corpo e sua história de vida, que em cada cultura recebem significado diverso. A menstruação e a menopausa são fenômenos naturais da fisiologia feminina e por longo tempo foram tratados como *incômodos* e vistos como doença. Ainda nos dias de hoje há uma idéia presente que associa feminilidade aos aspectos da fertilidade e da juventude. A discriminação de gênero, que interfere nas relações sociais e culturais, pode fazer com que as mulheres no climatério e especialmente após a menopausa venham a se sentir incompetentes e incapazes de desempenhar normalmente suas atividades ou empreenderem-se em novos projetos de vida. Podem também vir a desenvolver alguma insegurança quando atingem a menopausa, seja pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento.

Envelhecer significa, entre outras coisas, tornar visível a passagem do tempo, que é inexorável para homens e mulheres. A relação estabelecida entre mulher-beleza-juventude no imaginário da sociedade ocidental, está associada à saúde. Além do fato concreto da interrupção dos ciclos menstruais, as mulheres nessa fase podem apresentar aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, *Diabetes mellitus*, neoplasias benignas e malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças auto-imunes. Estes agravos, que não apresentam relação direta com a diminuição da função ovariana, podem, no entanto, provocar uma mudança na imagem que a mulher tem de si, levando-a à insegurança e ansiedade. Tais fatores, aliados a predisposições biológicas, problemas de ordem subjetiva e social, podem evoluir gradualmente para um processo de depressão. Os profissionais de saúde exercem importante função no atendimento dessas mulheres, sendo necessário que tenham esses aspectos em mente, qualifiquem sua escuta, acolham as queixas e estimulem a mulher a investir em si própria, no seu autocuidado e a valorizar-se. Devem contribuir para que cada mulher exerça o protagonismo de sua história de saúde e de vida.

É importante assegurar que, apesar de algumas vezes apresentar dificuldades, o climatério é um período importante e inevitável na vida, devendo ser encarado como um processo natural, e não como doença. Às vezes é vivenciado como uma passagem silenciosa (sem queixas); outras vezes, essa fase pode ser muito expressiva, acompanhada de sintomatologia que gera alterações na rotina, mas, no geral, é uma fase com perdas e ganhos, altos e baixos, novas liberdades, novas limitações e possibilidades para as mulheres. Na atenção à sua saúde precisam ser oferecidas informações detalhadas sobre as variadas facetas dessa nova etapa da vida, encorajando a mulher a vivê-la com mais energia, coragem e a aprender os limites e oportunidades do processo de envelhecimento, abrangendo as transformações que ocorrem durante esse período.

Freqüentemente, as queixas não aparecem durante a anamnese clínica em que os interrogatórios médicos e dos demais profissionais da saúde estão baseados; podem ser subliminados, aparecendo em conversas informais. Como já mencionado, cada mulher vivencia seu climatério de acordo com sua singularidade. É possível que ocorram sintomas neuropsíquicos, que muitas vezes são os primeiros a surgir (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, predispor-las à fadiga e irritabilidade, expô-las a respostas de ampla labilidade emocional. Os profissionais de saúde podem apoiar a mulher ajudando-a a encarar essa fase com mais tranquilidade e a vislumbrar novas possibilidades. É importante que ela compreenda que, no processo de transformação, na medida em que integre em sua vida as mudanças, seus sintomas irão se modificando, até que um novo equilíbrio seja encontrado.

2.1 Atenção Humanizada à Mulher

“Humanização” é um conceito que pode ter diferentes significados. Se refere à relação intersubjetiva entre a mulher e os profissionais de saúde, diante do crescente uso de aparelhos, da tecnologia, ou da massificação do atendimento em unidades de saúde. Também tem sido interpretada como a introdução do estudo de ciências humanas, especialmente psicologia, nos cursos de graduação da área de saúde. Um de seus significados mais profundos é o reconhecimento da dignidade da pessoa.

A Política Nacional de Humanização, instituída em 2003 preconiza a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, incluindo e enfatizando os usuários, ao lado dos trabalhadores e dos gestores da saúde. Nessa perspectiva tem como um dos princípios a autonomia e o protagonismo dos sujeitos valorizando a co-responsabilidade, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de atenção e de gestão.

O profissional de saúde que tem uma prática humanizada é aquele que oferece uma escuta atenta, que valoriza as diversas formas de comunicação e de expressão de sofrimento e que examina com cuidado a pessoa que o procura; é profissional consciente de que para prestar um bom atendimento é importante estabelecer uma relação que não seja superficial e que abra espaço para a participação ativa dos demais profissionais da equipe de saúde e da mulher, na construção de um projeto terapêutico singular. A abordagem humanizada se baseia especialmente na possibilidade do acesso ao serviço e ao tratamento e na resolutividade das demandas apresentadas e identificadas.

Nenhuma máquina ou procedimento técnico é capaz de substituir o diálogo e o entendimento entre duas pessoas. O atendimento humanizado acolhe a mulher com suas queixas e não desvaloriza ou minimiza seus sintomas. Reconhece seus direitos a esclarecimentos e informações, oferecendo-lhe noções sobre como preservar e ou promover a qualidade de sua vida, compartilhando as decisões, informando alternativas de tratamento e respeitando sua opção, mesmo quando seja diversa da qual considera mais indicada, caso a mulher deseje procurar alívio para seus sintomas de outras formas ou por meio de diferentes abordagens terapêuticas. Reconhece, ainda, que cada pessoa é única e pode trazer-lhe um enriquecimento, desde que o profissional se debruce na compreensão de sua singularidade.

A observação empírica sugere que quanto menos o médico se interessa pelo caso e dispõe de tempo para o atendimento, mais medicamentos são prescritos e mais exames de laboratório solicitados – pratica a medicina ‘farmacológica’ e ‘tecnológica’. Em um atendimento mais qualificado e humanizado é importante que se constituam equipes com diversidade de profissionais, visando abranger outras especialidades médicas e não médicas.

Enfim, para oferecer uma atenção que busca o bem-estar das mulheres no climatério, é preciso compreender a complexidade dessa fase e seu impacto para suas vidas: trata-se de uma fase de transição no processo de envelhecimento que frequentemente necessita de algumas adaptações. Cabe aos profissionais de saúde apoiá-las na compreensão de que, se esse momento é de crise, mais do que o luto pela perda da capacidade de gerar ou o temor quanto ao desconhecimento do que se seguirá, trata-se de uma oportunidade de repensar a vida e aceitar que mudanças são fatos naturais na evolução do ser humano.

2.2 Ética na Atenção à Saúde

O ser humano é ao mesmo tempo um ser biológico, produto da natureza, e social, produto da cultura, e para resolver este conflito, é que se desenvolve o sentido *Ético*. De acordo com Chalita (2003), a ética é o grande caminho para o encontro com a felicidade e ninguém é feliz se não faz feliz o outro.

A Bioética é parte da ética, ramo da filosofia que enfoca as questões referentes à vida humana, portanto à saúde, tendo a vida como objeto de estudo. Tem como princípios norteadores a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

A **autonomia** refere-se ao respeito pela pessoa e incorpora duas questões éticas fundamentais: o *respeito pela autonomia*, em que, pela “instrumentalização” do conhecimento possam deliberar sobre suas escolhas pessoais (auto-determinação) e a *proteção de pessoas com autonomia alterada ou diminuída*, situação na qual as pessoas vulneráveis ou dependentes devem ser protegidas contra danos ou abusos, como por exemplo, as mulheres indígenas, as presidiárias e as com deficiência. No climatério deve ser considerado o desejo da mulher perante a consciência de seu estado de saúde e as respectivas formas de tratamento, quando indicadas.

O segundo princípio, **beneficência**, caracteriza-se pela obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos. Este princípio deu origem a normas que exigem que os riscos da pesquisa e ou procedimentos sejam inferiores aos benefícios esperados. O pleno exercício deste princípio requer competência profissional, isto é, conhecimento atualizado, habilidade e responsabilidade social.

O terceiro princípio é o da **não-maleficência**, que proíbe infligir dano deliberadamente, ou seja, deve se preocupar antes de tudo, em não prejudicar.

O último princípio, o da **justiça**, refere-se à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado, de dar o que lhe é devido. Também conhecido por equidade, exige que a distribuição de encargos e benefícios sejam equânimes para todos (justiça distributiva). Este princípio encontra dificuldades na sua aplicabilidade, pois depende entre outros fatores da competência do profissional contatado, grau de

conhecimento da mulher e ou de seus familiares e dos órgãos públicos promotores de saúde.

O campo da Bioética é um palco de lutas onde encontramos invariavelmente pessoas vulneráveis em busca da saúde ou da ciência. Um dos maiores exemplos dessa vulnerabilidade na mulher é o climatério.

Nesse período, de acordo com a integridade de sua saúde, além de fatores culturais, sociais, psicológicos e emocionais, as mulheres poderão apresentar maior ou menor sintomatologia. Podem observar transformações no seu corpo, com sintomas diversos, estranhos, incompreensíveis e muitas vezes difíceis de serem verbalizados, destacando-se as ondas de calor, suores “frios”, insônia, tristeza, instabilidade emocional, modificações nos hábitos sexuais, na pele e na distribuição da gordura corporal, com modificações da silhueta. A intensidade dos sintomas e ou dos sinais clínicos é influenciada principalmente por três fatores:

- Ambiente sociocultural em que vive;
- Situação pessoal (estado psicológico), conjugal, familiar e profissional;
- Diminuição de estrogênio endógeno.

Um equilíbrio na avaliação desses fatores pode resultar em um climatério sem sofrimento. Ao serem analisados, observa-se que nosso sistema de saúde está mais preparado para tratar a redução gradativa de estrogênio – por meio da medicalização – do que para promover saúde e prevenir doenças. São necessários investimentos voltados à inserção de ações de educação em saúde, considerando os aspectos sociais e culturais de cada indivíduo e de grupos populacionais, para oferta de informações sobre hábitos saudáveis, com inclusão de orientações dietéticas, atividade física direcionada e estímulo ao autocuidado e à realização de exames preventivos.

Há algumas situações que exigem dos profissionais de saúde uma atitude diferente da conduta rotineira, para que a relação de confiança seja fortalecida. Por exemplo, quando surgem suspeitas diagnósticas de doenças graves, é importante compartilhar o fato com a mulher. Às vezes é necessário adiar ou fornecer gradativamente as informações, até que ela se sinta mais segura. Nesses casos convém saber o que dizer e quando. Pode-se, ainda na fase de investigação diagnóstica, indagar quanto a pessoa deseja saber: “Eu prometo lhe dizer o que sei a respeito do que você tem, se você me perguntar”. É necessário habilidade e tato para sentir o quanto a mulher deseja saber. Às vezes uma pergunta como: “será que eu tenho câncer?” pode esconder outras que não serão formuladas, como: “Quando e como vou morrer?” “Vou sentir muita dor?”

É interessante evitar longas explicações sobre a patologia. Caso se constate que a mulher não tenha condições de conviver com o conhecimento de sua doença, é preciso compartilhar com uma pessoa da família, ou de sua confiança o que será feito e as razões dos exames e do tratamento escolhido. Um relacionamento baseado na confiança transmite tranquilidade e oferece segurança, que são suportes terapêuticos fundamentais. Por outro lado, previne lides judiciais posteriores. Finalmente, caso seja necessária a intervenção cirúrgica ou outro procedimento mais invasivo, o (a) profissional deverá solicitar a assinatura do consentimento informado da mulher ou de seu representante legal.

2.3 Alguns Dilemas Éticos

O objetivo do cuidado profissional em medicina e nas demais profissões da saúde é fazer o melhor para o paciente em seu ato ou técnica, com embasamento científico, respeitando os critérios da humanização, atento ao princípio *primum non nocere*.

Há situações do atendimento ao climatério que podem colocar o profissional de saúde em posição vulnerável, como sujeito de ações no sistema judiciário ou no seu conselho profissional. É importante estar atento e buscar atualizar-se constantemente, visto ser grande a velocidade com que se produzem e divulgam novos conhecimentos científicos. Muitas condutas tradicionais, sob esta ótica, podem ter perdido sua validade técnica e ética. A seguir, apresentamos alguns exemplos de dilemas éticos.

2.3.1 Terapia hormonal

Em 1966, o Dr. Robert Wilson lançou o livro “*Feminine Forever*”, em que valorizava os benefícios da terapia de reposição hormonal para “salvar as mulheres da tragédia da menopausa”. Para o autor, o estrogênio na terapia de reposição hormonal agiria como um elixir da juventude, que retardaria o envelhecimento, popularizando o conceito de que menopausa é uma doença de deficiência hormonal.

Muitos profissionais de saúde ainda hoje reforçam essa concepção medicalizando o atendimento e prescrevendo hormônios generalizadamente. Além disso, grande parte ignora ou não considera outras opções de tratamento disponíveis para alívio dos sintomas, que inclui atitudes mais saudáveis, como alimentação adequada, atividades físicas – e eventualmente o uso de fitoterapia, homeopatia e/ou acupuntura. É importante lembrar que nem todas as mulheres vivem essa fase da mesma maneira e algumas podem não apresentar sintomas. Todavia, a terapia hormonal pode ser utilizada sempre que houver indicação, individualizando cada caso, optando-se pelo esquema mais adequado, com a menor dose e pelo período necessário.

É importante estar atento aos princípios éticos da beneficência e da não maleficência tendo em mente que qualquer procedimento terapêutico desnecessário, além de infringir o princípio ético da beneficência, pode desencadear futuras implicações à saúde.

2.3.2 Cirurgia

A histerectomia é a segunda cirurgia mais realizada em mulheres, só sendo superada pela cesareana. Apesar de ter indicações precisas, alguns profissionais a adotam como procedimento de rotina ao atender uma mulher no climatério, principalmente se há queixa de sangramento vaginal um pouco mais acentuado, antes mesmo de investigar a causa ou oferecer alternativas de tratamento.

É importante ter em mente que a histerectomia é um procedimento invasivo e mutilante, que envolve riscos e complicações diversas durante e ou após o ato cirúrgico. Além disso, a mulher histerectomizada pode vir a sentir-se lesada, além de fisicamente, também nos campos psicológico e sexual.

Quando houver indicação, esta deve ser precisa e muito discutida, ficando claro, tanto para a mulher quanto para o profissional, que o procedimento só é indicado e realizado quando todos os outros tratamentos oferecidos falharam.

2.3.3 Pesquisas

A necessidade de investigação clínica em mulheres no período do climatério vem se tornando cada vez mais necessária, à medida que aumenta a expectativa média de vida da população e que muitos estudos ainda vêm sendo desenvolvidos em grupos populacionais restritos (indivíduos jovens e saudáveis). Ao mesmo tempo, impõe-se o cumprimento das “Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” conforme Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde(CNS), respeitando as particularidades e possíveis limitações das pessoas em faixas etárias mais avançadas.

2.3.4 Fertilização *in vitro*

Algumas mulheres, com a chegada ao período do climatério e mesmo após a menopausa não tendo filhos, podem apresentar o desejo de procriar. É famoso o caso da inglesa que, com 59 anos, foi capaz de parir gêmeos por meio da fertilização *in vitro*, com óvulos doados e fertilizados pelo esperma de seu companheiro. Hoje em dia já é um direito de todas as mulheres o acesso à fertilização assistida e esse tema apresenta vários aspectos éticos e sociais. Um desses é o bem-estar da criança em potencial. Um argumento usado para tentar dissuadir o casal ou a mulher é a possibilidade de que a mãe venha a falecer com o filho ainda jovem. Esse argumento não procede, pois o que importa é a qualidade de vida da família enquanto houver a possibilidade de convivência e, quanto a isso, não há como prever e nem cabe ao profissional opinar. Caso a mulher no climatério deseje intensamente uma criança, o profissional deverá esclarecer as dificuldades e os riscos inerentes ao processo e ao mesmo tempo informar que esse é um direito que lhe assiste, encaminhando-a aos serviços competentes.

3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Estudos de gênero têm demonstrado diferentes modos de construção da subjetividade feminina a partir da inserção social das mulheres em culturas descritas como patriarcais. Nestas sociedades o momento atual tem se caracterizado por transformações nas quais as mulheres têm atuado como protagonistas. Papéis sociais até então restritos aos homens como, por exemplo, o de provedor financeiro da vida familiar são cada vez mais exercidos pelas mulheres, que também passaram a ocupar os diversos campos do espaço público.

As mudanças sociais estão interferindo no modo de envelhecer da mulher que se depara com todas as desvantagens acumuladas ao longo de uma vida de discriminação e desigualdades estruturais. No Brasil, vivemos um processo de feminização da pobreza e da velhice. Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a população de mulheres negras brasileiras é de 36 milhões e corresponde a aproximadamente 30% da população feminina. A subnotificação da variável cor (“quesito cor”) na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil. Entre todas, portanto, as mulheres negras ainda vivem a dupla discriminação de sexo e de cor na sociedade brasileira.

Nas famílias em que a mulher é a “referência” (chefes de família), seus ganhos são a única fonte de renda, em 90% dos casos. Ou seja, além de não existir uma renda complementar nestas famílias, cabe à mulher realizar todas as tarefas da vida familiar e com um salário, na maioria das vezes, muito aquém ao dos homens. A dificuldade de sobrevivência econômica e de participação no mercado de trabalho, as infinitas responsabilidades familiares e domésticas, somadas aos preconceitos culturais em relação ao envelhecimento do corpo feminino, intensificam o sofrimento psíquico das mulheres mais velhas que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde.

Ao longo da vida, a mulher vivencia mudanças de diversas naturezas, como o evento da menarca, da iniciação sexual, da gravidez e da menopausa. As alterações hormonais que levam ao fim do período reprodutivo, marcado pela menopausa, exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais. Antigos conflitos podem emergir e são revividos nesta fase. O metabolismo como um todo sofre algumas alterações, especialmente relacionadas às funções do sistema endócrino e diminuição da atividade ovariana. Os órgãos genitais assim como o restante do organismo mostra, gradualmente, sinais de envelhecimento. Assim, o evento da menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital. Se insatisfeitas e desmotivadas, podem colocar em dúvida tudo o que têm feito, com a sensação de que tudo está errado, sem saber bem o quê. É uma sensação de que tudo se desorganizou, que a vida é um caos. Muitas se referem a uma “sensação de tragédia eminente”.

No passado, a condição de estar exclusivamente a serviço dos demais, desconhecendo e/ou desvalorizando seus próprios desejos levava a mulher mais velha a desempenhar

fortemente o papel de cuidadora (dos netos, dos filhos, dos pais e dos parentes). Hoje, o período do climatério tem sido, para muitas, tempo de realização de sonhos adiados. Apesar de enfrentarem dificuldades socioeconômicas, muitas passam a se ocupar de si mesmas, saindo do lugar de resignação que até então lhes era imposto e buscam “re-significar” a vida, até então vivida, para que possam construir o que há por vir.

O envelhecer não é só determinado pela cronologia, pelo passar dos tempos e pela condição social. É também um processo fortemente associado às histórias pessoais. As mudanças corporais previstas podem impactar a auto-imagem feminina e potencializar um sofrer psíquico, segundo a visão de cada sociedade a respeito da mulher mais velha. Nas ocidentais, a história das mulheres passa pela história de seus corpos. A tríade da perfeição física – juventude, beleza e saúde – pode trazer conseqüências psicológicas no enfrentamento do processo de envelhecimento.

Na mulher, soma-se aos preconceitos a respeito do envelhecer, o evento marcante da menopausa, com suas conseqüências fisiológicas e psicológicas. Pesquisas realizadas com diferentes grupos étnico-raciais sobre a influência das atitudes de mulheres em face da vivência da própria menopausa demonstram que as reações são diferentes. Nas culturas que desvalorizam a velhice e cultuam a juventude as reações à menopausa são mais negativas e, conseqüentemente, podem potencializar um processo mais sintomatológico. O “horror de envelhecer” pode perturbar a mulher muito antes da cessação da menstruação. A partir do momento em que ela começa a perder os “encantos” da juventude e percebe-se menos atraente, a mulher pode sentir que perdeu o seu valor pessoal. Assim, o sentido pejorativo que muitas sociedades dão ao envelhecimento feminino faz com que as mulheres tenham dificuldades até em definir sua própria experiência nesta etapa da vida.

O fato de o climatério ser caracterizado por mudanças biológicas, psíquicas e sociais talvez induza a associá-lo com doença. É durante esta fase que as mulheres são mais medicalizadas com psicotrópicos. Alguns estudos mostram que há um nítido predomínio no uso de benzodiazepínicos entre as mulheres, quando comparado aos homens, e este uso tende a ser mais acentuado nas mulheres acima de 35 anos (de 3,7% entre 18 a 21 anos para 5,3% naquelas acima de 35 anos). Isto pode indicar tanto uma maior demanda, de medicamentos para amenizar diversos conflitos decorrentes de fatores relacionais, sociais e psicológicos, como uma posição do profissional médico de medicalizar a mulher em sofrimento antes de proporcionar a ela uma escuta mais qualificada.

Dessa forma, é importante que a prescrição de medicamentos seja feita de maneira criteriosa, visando obter o efeito desejado, considerando a avaliação individual. O potencial de dependência destas substâncias também deve ser revisto em cada avaliação, durante a decisão pela prescrição ou não de psicotrópicos. Felizmente, muitos profissionais de saúde reagem contra essa prática e compreendem que o climatério é uma etapa da vida das mulheres, com oportunidades de crescimento e de reavaliação. Opções passadas, atuais e futuras podem ser reconsideradas sob o prisma de novas necessidades.

A prescrição indiscriminada e quase rotineira de terapia hormonal também tem contribuído para a construção de uma imagem negativa em relação às alterações hormonais na fisiologia feminina. Na tentativa de combater um certo mal-estar físico e psicológico, característico e passageiro desse momento de vida, muitos médicos transformam as queixas ouvidas nas consultas ginecológicas em uma doença, cujo tratamento passa a ser

obrigatoriamente à base de hormônios e antidepressivos, perdendo a oportunidade de uma abordagem integral, voltada para a promoção da saúde.

Diante dessas questões que se entrecruzam, é possível entender como um mal-estar psíquico gerado e, quando expresso pela mulher que o vivencia, muitas vezes é diagnosticado como sintoma depressivo. Vários aspectos contribuem para um estado de humor depressivo: a diminuição da auto-estima, acompanhada de labilidade afetiva e irritabilidade, isolamento, dificuldades de concentração e memória, além de queixas relacionadas à esfera sexual, mais especificamente à diminuição de interesse sexual.

No entanto, essas manifestações não deveriam ser tratadas necessariamente com medicação psicoativa, mas entendidas como parte do complexo processo de revisão da vida. Cabe verificar se os episódios de tristeza ou sintomas depressivos estão associados à história prévia de depressão, ao pouco suporte psicossocial na maturidade ou ao possível desconforto físico e emocional, associados aos sintomas da menopausa. As reações “depressivas” podem ser uma expressão afetiva comum desta fase da vida, já que se trata de um momento caracterizado por fatores psicossociais que alteram os papéis familiares e sociais – saída dos filhos de casa, aposentadorias, perda dos pais, relacionamentos conjugais muitas vezes desgastados – e intensificam perdas interpessoais. Conflitos inerentes à subjetividade, além do próprio envelhecimento físico com suas repercussões clínicas, podem fazer com que o climatério passe a ser palco de sofrimento psíquico.

Apesar de o corpo feminino ser marcado pelo ciclo biológico-reprodutivo, o destino da mulher não pode ser reduzido à dimensão fisiológica. No climatério, as alterações hormonais, acompanhadas pela desvalorização estética do corpo e por toda uma sintomatologia de intensidade variável – que no limite aparece como sofrimento depressivo – sinalizam o envelhecimento inevitável. Nesta etapa, as mulheres se dão conta que a vida tem um fim. Trata-se de um tempo vivido com muita contradição, pois diante da percepção do limite de tempo cronológico, certezas podem ruir e dúvidas aumentarem.

Esta inter-relação de aspectos biopsicossociais que abarca o climatério, tem apontado para a importância da participação de mulheres em grupos terapêuticos de caráter psicoeducativo. Ouvir outras mulheres que vivenciam problemas tão semelhantes aos seus, pode contribuir para que uma mulher compreenda melhor o processo, dê sentido às próprias vivências do envelhecimento, amplie os grupos de amigas e aumente sua auto-estima. No compartilhamento de experiências, a crise pessoal pode encontrar novas possibilidades de se “re-significar” diante da complexidade enfrentada nesta etapa de vida.

Cabe aos profissionais da saúde incorporar na prática a perspectiva da diversidade, atentando para a escuta de mulheres nas suas particularidades. As mulheres no climatério vítimas de violência, por exemplo, podem encontrar nesses espaços terapêuticos um lugar para expressarem o sofrimento advindo das agressões psicológicas, morais e físicas vivenciadas e até então não elaboradas. As mulheres lésbicas e as mulheres negras, que enfrentam no decorrer da vida, diversas manifestações de discriminação, inclusive nos serviços de saúde, poderão se beneficiar com ações equânimes de escuta e apoio. Esta também é a situação das mulheres com deficiência que estão alcançando idade mais avançada. Dimensões psicossociais do climatério como estas precisam ser vistas sob o olhar da inclusão.

É importante que os serviços de saúde promovam grupos psicoeducativos, espaços de escuta que sanem as dúvidas a respeito da vivência do climatério. Assuntos como o significado da menopausa, a vivência da sexualidade, os estados depressivos, a vivência do envelhecer e outros temas, sugeridos pelas próprias mulheres, poderão alimentar as discussões desses grupos, sob a coordenação dos profissionais de saúde sensibilizados e qualificados para essa ação. Cabe também a esses profissionais estimular a participação das mulheres em atividades comunitárias que incrementem estilos de vida mais saudáveis.

O compartilhamento de experiências possibilitará a construção de saberes acerca das crises inevitáveis vivenciadas pelas mulheres no climatério e oportunidades de expressão de sentimentos e sensações, muitas vezes não elaborados conscientemente. A crítica sobre como a contemporaneidade tem potencializado o sofrimento psíquico pode amenizar o senso de inadequação das mulheres em relação ao modo de estarem no mundo.

4 SEXUALIDADE

A sexualidade das mulheres ainda é, em parte, desconhecida, não somente para os homens, mas, sobretudo, para as próprias mulheres. Durante anos, o modelo de sexualidade dominante, normativo, aceito socialmente, é o que corresponde à sexualidade masculina.

A ignorância e os tabus que ainda rodeiam a sexualidade durante o climatério trazem como conseqüência que, as diversas mudanças que acontecem no corpo e nas relações sexuais nesse período da vida, são freqüentemente atribuídas, muitas vezes indevidamente, à menopausa.

O comportamento sexual humano é influenciado por aspectos psicológicos e socioculturais e está relacionado com a saúde física e mental, com a qualidade de vida e a auto-estima. Entretanto, como o ser humano é dotado de grande versatilidade, reagindo de maneira diversa e de acordo com cada situação, não é raro se observar manifestações da sexualidade mesmo em condições orgânicas, psicológicas ou sociais adversas.

No climatério as repercussões hormonais no organismo da mulher se somam às transformações biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Embora os autores se refiram ao climatério como sendo um fenômeno biopsicossocial, historicamente o enfoque maior tem sido dado aos fatores biológicos, aos sinais e sintomas, inclusive referindo o climatério algumas vezes como uma síndrome ou um período patológico e anormal.

Apesar de constituir uma etapa normal do ciclo biológico da mulher, da mesma forma que a adolescência, e não uma doença que incapacita ou a limita para a vida, verifica-se que alguns profissionais de saúde, ao abordarem esse assunto, acabam por reforçar uma visão do climatério como um fato anormal ou uma doença. Visto desta maneira, julgam ser necessário intervir quimicamente por meio de terapia medicamentosa, caracterizando o uso indiscriminado e muitas vezes desnecessário de medicamentos. Talvez esta seja uma das razões pelas quais a terapia hormonal seja assunto de grande controvérsia.

4.1 Envelhecimento e Sexualidade

O envelhecimento sexual é um dos fatores mais freqüentemente apontados como fonte de angústia para mulheres e homens nessa fase da vida. Os conflitos são mais freqüentes no ocidente do que em outras culturas como a oriental, principalmente devido à desvalorização dos indivíduos mais maduros, incluindo as mulheres após a menopausa.

A sexualidade da mulher no climatério é carregada de muitos preconceitos e tabus. Isso porque existem vários mitos que reforçam a idéia de que, nesse período, a mulher fica assexuada. Um deles é a identificação da função reprodutora com a função sexual. Outro é a idéia de que a atração erótica se faz às custas somente da beleza física associada à jovialidade. Há ainda um terceiro mito que considera a sexualidade feminina relacionada diretamente aos hormônios ovarianos, vinculando a diminuição da função do ovário com a diminuição da função sexual.

Segundo dados da literatura, muitas mulheres comparam sua experiência da menopausa à da adolescência. As duas compreendem um processo de adaptação, que pode ser inicialmente tumultuado. Em ambas as situações são comuns flutuações bruscas nos hormônios que podem gerar alguns sinais e sintomas, influenciando também os sentimentos, as relações e a sexualidade.

O mito da velhice assexuada é associado à concepção de que sexo é possível e bom apenas na juventude. Os estudos de Masters e Johnson (1979) sobre a sexualidade das pessoas idosas contribuíram significativamente para uma visão mais ampla sobre o assunto e para desmistificar uma série de tabus e preconceitos.

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, a mulher passa uma parte significativa da sua vida no período do climatério, tendo ainda muitos anos para desfrutar de uma sexualidade plena. Algumas mulheres nesse período podem sentir diminuição do desejo enquanto outras experimentam o processo inverso, ou seja, uma liberação do desejo e o exercício de uma sexualidade menos conflituada.

Nessa fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, melhor conhecimento do corpo e maturidade para buscar outras opções.

Para alguns autores, a maior parte das barreiras sexuais não são propriamente sexuais, mas sim problemas e dificuldades que se refletem na vida sexual. A má qualidade de vida em geral é um dos fatores mais impeditivos do exercício pleno e da realização sexual, em qualquer fase da vida.

4.2 Alterações Orgânicas no Climatério e Resposta Sexual

As modificações orgânicas que ocorrem na mulher durante o climatério não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta. Em outras palavras, as alterações fisiológicas que ocorrem, pouco influem sobre a sexualidade, entretanto, podem limitar qualitativa e quantitativamente a resposta erótica.

As mulheres no climatério, mais freqüentemente após a menopausa, podem apresentar uma lubrificação vaginal menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração, motivo de ansiedade e de falta de satisfação.

O declínio da função hormonal ovariana no climatério determina modificações significativas nos órgãos genitais internos e externos que podem influenciar a resposta sexual. O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pêlos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. As alterações observadas na vagina devido à diminuição dos níveis estrogênicos são, freqüentemente, mais marcantes do que as da genitália externa.

Os sintomas clássicos relacionados com o processo de hipotrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dor (dispareunia).

Fatores relacionados com a manutenção da atividade sexual influenciam diretamente o epitélio e a fisiologia do aparelho genital inferior. A frequência sexual, o uso de medicações locais e exercícios de Kegel (*ver capítulo 7 sobre “Promoção da Saúde”*), podem melhorar os sinais já descritos, ou seja, podem modificar a perda da elasticidade vaginal e a lubrificação.

O mito de que o fim da menstruação significa o fim da sexualidade é totalmente falso. Ao contrário, a visão e a prática da sexualidade podem se tornar mais amplas e livres, entre outros motivos, pela ausência da possibilidade de uma gravidez indesejada. A libido é influenciada pela presença de outros hormônios, como os androgênios, que estão presentes durante toda a vida e nesta fase encontram menor contraposição estrogênica. Manter uma atividade sexual desejada e prazerosa é saudável e o orgasmo pode melhorar a irrigação pélvica e, conseqüentemente, colaborar para manter o trofismo da pélvis e da mucosa vaginal. O desejo sexual depende muito mais da natureza e da qualidade do relacionamento em si, do que das circunstâncias da idade.

Os sintomas da menopausa e as respostas sexuais não são os mesmos para todas as mulheres. É necessário compreender esses fatos de forma mais global, levando em consideração a integralidade da vida.

A idade determina algumas mudanças fisiológicas na resposta sexual, mas estas alterações funcionais, que são menos ostensivas nas mulheres que nos homens, não podem ser dissociadas do contexto geral de outras funções orgânicas também modificadas pelo tempo. É o organismo como um todo que se modifica com a idade e, dentro desse contexto, a sexualidade também se transforma.

A maioria dos autores concorda que o ressecamento e a hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. Em estudos sobre o efeito do tratamento hormonal em mulheres na menopausa, com queixas sexuais, foram verificados: a existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol. Esses sintomas responderam à terapia estrogênica local ou sistêmica. Já em relação a outros comportamentos sexuais mais complexos, como o desejo sexual e o orgasmo, a maioria dos autores considera a influência de alguns fatores responsáveis por esses fenômenos, entre os quais estão os psicológicos, os socioculturais, os interpessoais e os biológicos.

Mulheres submetidas a cirurgias, como a mastectomia, a histerectomia e a ooforectomia, podem muitas vezes desenvolver um sentimento de mutilação e incompletude sexual. A presença de prolapsos genitais e incontinência urinária também podem ser situações constrangedoras, atuando sobre a sensualidade e a auto-estima. Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como *Diabetes mellitus*, hiperprolactinemia, hipotireoidismo e disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido. Estudos vêm demonstrando que doenças pulmonares relacionadas a algum grau de hipóxia induzem à redução das concentrações séricas hormonais em ambos os sexos, refletindo-se

sobre a função sexual. Quadros depressivos, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca também influenciam na resposta sexual, assim como alguns medicamentos e tratamentos utilizados para essas situações.

Mulheres submetidas ao abuso ou violência sexual também podem apresentar dificuldades no exercício da sua plena sexualidade, especialmente em casos em que não foram devidamente acompanhadas por suporte psicológico.

Disfunções sexuais do(a) parceiro(a) podem desencadear dificuldades sexuais na mulher. Além disso, o interesse e disponibilidade do(a) parceiro(a) são da mesma forma importantes para que a sexualidade possa continuar a ser exercida satisfatoriamente no climatério, como em qualquer outra época da vida. Em muitas situações a falta de comunicação e até mesmo de compreensão e afeto entre os casais, com o culto à individualidade da vida moderna, induz à perda da cumplicidade e intimidade. Assim, pode ser rompido o elo amoroso das relações, comprometendo o interesse e a resposta sexual.

Os fatores sociais também podem contribuir para diminuir o desejo sexual. As atividades relacionadas com a reprodução social, tais como o desempenho das tarefas domésticas, o cuidado com as pessoas idosas, a dupla jornada construída socialmente, podem provocar uma sobrecarga física e mental que afeta negativamente o processo saúde-doença. Nesse caso, a sobrecarga pode expressar-se como cansaço, fadiga, depressão, ansiedade e diminuição do desejo sexual.

4.3 Terapia Hormonal e Sexualidade

O papel dos hormônios no tratamento de problemas sexuais é bastante controverso. É evidente o benefício da estrogênioterapia no alívio dos sintomas vasomotores e geniturinários. Em relação ao uso da testosterona, que tem sido recomendado para mulheres que apresentam diminuição do desejo sexual, alguns trabalhos sugerem que este hormônio pode aumentar a motivação sexual e/ou melhorar a resposta sexual. Outros estudos demonstram a possibilidade da interferência de muitos outros fatores nesses resultados.

O hipoestrogenismo pode acarretar alterações do aparelho geniturinário que, se não forem corrigidas, podem afetar a qualidade de vida da mulher no climatério. A genitália feminina e as vias urinárias têm origem embriológica comum. Os epitélios vaginal e uretral possuem receptores de estrogênio, de maneira que ambos são comprometidos com a queda dos níveis estrogênicos e respondem à terapia hormonal (TH), por via local ou sistêmica. Quando são empregados esquemas adequados de esteróides sexuais, os sintomas do climatério podem ser aliviados ou mesmo eliminados, impedindo o aparecimento de disfunções sexuais decorrentes da deficiência hormonal. Contudo, vários autores ressaltam que algumas mulheres mesmo não fazendo tratamento hormonal, continuam mantendo atividade sexual sem dificuldade. Esse fato é atribuído à regularidade da prática sexual, entre outros aspectos.

Um dos sintomas mais incômodos relatados pelas mulheres nessa fase da vida é a fragilidade da mucosa vaginal, com sensação de ardor e prurido, que também pode ser

tratados com outros meios não hormonais. Como a lubrificação nessa fase se faz mais lentamente, o período de estimulação sexual necessita ser mais prolongado, podendo ser utilizado um lubrificante antes da penetração. As carícias também necessitam de mais delicadeza porque o adelgaçamento leva à maior sensibilidade da mucosa e do clitóris. É uma boa ocasião para desgenitalizar um pouco a sexualidade e descobrir outras zonas de prazer.

O conhecimento acerca da sexualidade humana está em constante evolução, havendo ainda algumas lacunas. Por isso, é importante o aprofundamento sobre aspectos orgânicos e, principalmente, sobre os aspectos psicológicos e socioculturais da mulher no climatério, para nortear tanto as orientações para a promoção da sua saúde sexual, quanto à conduta terapêutica que se fizer necessária. Ao abordar questões da sexualidade, é importante que se considere tanto a saúde sexual quanto a saúde reprodutiva, numa perspectiva do exercício de direitos humanos.

Muitas das dificuldades enfrentadas por algumas mulheres nessa época da vida, com relação à sexualidade, estão inseridas num contexto de mudanças de valores e de paradigmas na sociedade e se referem, inclusive, à valorização tanto da saúde sexual quanto da saúde reprodutiva. Uma estratégia importante para sua superação é ter acesso a informações sobre as mudanças biopsicossociais que ocorrem nesse período e os recursos terapêuticos disponíveis. Isso contribui tanto para a vivência do climatério com maior tranquilidade, segurança e satisfação quanto para o exercício pleno da sexualidade sem culpa e sem preconceitos.

4.4 Recomendações aos Profissionais de Saúde

A atuação dos profissionais de saúde deve incorporar aspectos como a escuta qualificada, a integralidade na atenção, a possibilidade de diversas orientações sexuais e o estímulo ao protagonismo da mulher. Avaliar cuidadosa e individualmente cada caso com objetivo de identificar quais os fatores relacionados à etiologia das dificuldades referidas, e muitas vezes até omitidas, favorece sensivelmente o resultado da conduta adotada.

É necessário que os profissionais de saúde busquem informações na literatura recomendada (ver bibliografia utilizada no final deste manual) sobre a sexualidade humana e entendam as particularidades dessa faixa etária. No atendimento a essas mulheres, o profissional precisa entender as diferenças e semelhanças de cada uma, e antes de qualquer julgamento ou atitude preconceituosa, cumprir seu papel no auxílio da resolução dos problemas. Ajudar as pessoas a aceitar as mudanças físicas e a buscar sua própria forma de exercer a sexualidade é fundamental neste processo.

Atitudes positivas por parte dos profissionais devem incluir diversas ações, tais como:

- estimular o auto-cuidado, que influencia positivamente na melhora da auto-estima e da insegurança que pode acompanhar esta fase (ver capítulo 7 sobre “Promoção da Saúde”);
- estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas ou por meio de outros recursos de mídia qualificada – programas direcionados sobre o

assunto) que estiverem disponíveis;

- oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;
- encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo;
- apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o auto-conhecimento adquiridos durante a vida;
- estimular a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nesta faixa etária é relevante por diversos motivos já mencionados (ver capítulo 9) sobre “DST e HIV/aids no climatério”;
- esclarecer às mulheres que utilizam a masturbação como forma de satisfação sexual, que essa é uma prática normal e saudável, independente de faixa etária;
- estimular o “reaquecimento” da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres.

A conclusão desse capítulo reafirma a necessidade de romper os estereótipos culturais da diminuição do desejo sexual no climatério. A menopausa não é o fim da vida, mas o começo de uma nova etapa.

5 FISIOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO

A instalação da menopausa, já definida anteriormente como período de 12 meses sem menstruações, é um fato previsível e esperado, no climatério, tanto quanto é o início dos ciclos menstruais na puberdade. Portanto, a série de eventos endócrinos acontece de forma natural, com sua gama de sintomas e sinais semelhante à menarca, sendo também necessária como nesta, uma fase de adaptação.

Ocorrem variadas alterações na estrutura e na função ovariana, com gradativa diminuição da produção estrogênica e conseqüente aumento das gonadotrofinas hipofisárias, caracterizando um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. Dos aproximadamente dois milhões de folículos primordiais ovarianos que nascem com a menina e dos quais existem em média quatrocentos mil na ocasião da puberdade, somente algumas centenas ainda a acompanham no climatério e os demais evoluem contínua e permanentemente para a atresia. Em conseqüência, o volume médio dos ovários diminui de 8 a 9cm na menacme para 2 a 3cm alguns anos após a menopausa. A produção hormonal de estrogênios e de androgênios, com predomínio do estradiol durante todo o período reprodutivo, tende a oscilar significativamente durante os anos que antecedem a cessação dos ciclos, diminuindo gradativamente com a instalação da menopausa. No entanto, permanece, após a menopausa, uma produção basal de estrona, androstenediona, testosterona e mínima de estradiol e progesterona muitas vezes suficiente e capaz de manter o equilíbrio endocrinológico e clínico.

Em mulheres submetidas a histerectomia, a instalação da menopausa ocorre artificialmente, embora os ovários mantenham seu funcionamento. Já nas situações de ooforectomia bilateral, a menopausa pode ser acompanhada das manifestações clínicas do hipoestrogenismo, ocorrendo com mais freqüência e intensidade do que na menopausa natural.

Inicialmente, no período da transição menopausal, os ovários vão se tornando menos sensíveis aos estímulos gonadotróficos. Os folículos (células da granulosa) diminuem a produção de inibina e estradiol. O FSH se eleva e provoca uma hiperestimulação folicular, podendo ocorrer algumas vezes ovulações precoces e encurtamento da fase folicular, sem alteração da fase lútea. O estradiol sofre flutuações importantes, chegando muitas vezes a elevar-se consideravelmente. Conclui-se, portanto, que o aumento do FSH ocorre mais em função da queda das concentrações séricas da inibina do que em função da diminuição do estradiol, refletindo verdadeiramente a reserva folicular ovariana. Nesta fase o LH pode permanecer inalterado.

A inibina, por sua vez, tem como função a inibição da produção e/ou secreção das gonadotrofinas hipofisárias, especialmente o FSH. Faz parte do sistema de retrocontrole, no qual o FSH regula a sua produção de inibina. Estudos recentes sugerem que existe consistência no papel da inibina imunorreativa, associada ao estradiol, na regulação do FSH durante a fase folicular com o avançar da idade.

Na perimenopausa, que pode ser definida como o período de tempo próximo da menopausa, as alterações hormonais tornam-se mais intensas, gerando um encurtamento ou alongamento dos ciclos, além daqueles considerados normais. A maior parte dos ciclos são anovulatórios, podendo gerar sangramentos irregulares. Essa irregularidade também está relacionada com o hiperestímulo estrogênico sem contraposição da progesterona, resultando em alterações endometriais. Nesta fase, uma vez que já não há produção da progesterona suficiente pelo corpo lúteo, pode ser necessária a complementação de progesterona cíclica, para evitar hemorragias, indesejáveis em qualquer período da vida das mulheres e indicativas de investigação endometrial.

Quadro 1 – Estágios/nomenclatura de envelhecimento normal reprodutivo

Estádios/ nomenclatura de envelhecimento normal reprodutivo																		
Estádios	-5			-4		-3		-2		-1		0		+1		+2		
	Reprodutivo						Transição menopausal						Pós-menopausa					
Terminologia	Inicial		Pico		Tardio		Inicial		Tardio*		Inicial*		Tardio*		Inicial*		Tardio*	
							Peri-menopausa											
Duração do estágio	Variável						Variável						a		b		até a morte	
Ciclos menstruais	Variável a regulares			Regulares (> 2 dias ↔ do normal)			ciclos variáveis (> 7 dias ↔ do normal)			≥ 2 falhas do ciclo ou períodos de amenorréia			Nenhum					
Estado Endócrino	FSH Normal			↑ FSH			↑ FSH			↑ FSH			↑ FSH					
<small>* Estádios caracterizados pelos sintomas vaso-motores SMRR L Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), NHL, A SRM, NICHD, CA MS. Menopause 2002</small>																		

Finalmente a menopausa se instala quando há um esgotamento folicular ou insensibilidade dos receptores de gonadotrofinas nos folículos.

Na pós-menopausa, o FSH poderá estar aumentado cerca de 10 a 15 vezes, enquanto que o LH, de 3 a 5 vezes. O estradiol, por sua vez diminuído em até 80%, vai sendo nesta fase substituído pela estrona, que predomina na pós-menopausa. O estradiol sérico é então resultante da conversão periférica dos androgênios produzidos pelos ovários (estroma) e supra-renais em estrona. Essa conversão, através da aromatização, pode ocorrer no tecido adiposo, fígado, músculos, rins e provavelmente na pele. Nas mulheres obesas, principalmente naquelas com resistência à insulina, há uma diminuição na produção da globulina carreadora dos hormônios esteróides (SHBG), com uma maior quantidade de androgênios livres, que são transformados periféricamente em estrogênios. Também na dependência dessas conversões hormonais, existem mulheres assintomáticas, com sintomatologia discreta ou ainda com manifestações androgênicas.

Quadro 2 – Comparação entre os Esteróides na pré e pós- Menopausa

Hormônio	Pré-menopausa		Pós-menopausa
	Mínimo	Máximo	Média
Estradiol	50 pg/ml	500 pg/ml	5-25 pg/ml
Estrona	30 pg/ml	300 pg/ml	20-60 pg/ml
Androstenediona	-	2,0 ng/ml	0,3- 1,0 ng/ml
Testosterona	-	0,3-0,8 ng/ml	0,1-0,5 ng/ml
Progesterona	0,5 ng/ml	20 ng/ml	0,5 ng/ml
Relação E2/E1	> 1		< 1

O climatério compreende uma fase de transição caracterizada por flutuações hormonais que podem levar a irregularidades menstruais até chegar à amenorréia. Clinicamente, os sinais e sintomas associados a essas mudanças podem se manifestar na dependência de diversos fatores, desde os níveis hormonais basais individuais, à resposta dos receptores, até a forma como a mulher vivencia estas mudanças. Ao mesmo tempo, a adoção de medidas promotoras de qualidade de vida com hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física adequada, postura pró-ativa perante a vida, capacidade de fazer projetos, atividades culturais, sociais, profissionais, lúdicas e de lazer, são capazes de proporcionar saúde e bem-estar a qualquer mulher, em qualquer idade.

5.1 Manifestações Clínicas a Curto, Médio e Longo Prazo

A maioria das mulheres apresenta algum tipo de sinal ou sintoma no climatério, que varia de leve a muito intenso na dependência de diversos fatores. Embora no Brasil, haja uma tendência pelas sociedades científicas em considerá-lo como uma endocrinopatia verdadeira, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define o climatério como uma fase biológica da vida da mulher e não um processo patológico.

Os sinais e sintomas clínicos do climatério ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios, representados pelos fenômenos atrofícos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo.

5.2 Manifestações Clínicas Transitórias

Existe uma ampla variação na frequência e intensidade com que as mulheres de diferentes grupos etários, étnicos raciais, níveis socioeconômicos e culturais relatam a ocorrência de sintomas associados ao climatério. A maioria dos estudos mostra que há um aumento na perimenopausa, sendo que mais de 50% das mulheres nos países ocidentais industrializados os apresentam. São representados pelos clássicos sintomas neurovegetativos ou vasomotores como os fogachos, com ou sem sudorese e uma variedade de sintomas neuropsíquicos. Podem aparecer de forma isolada, na mulher que ainda menstrua regularmente ou, como ocorre com mais frequência, quando iniciam as alterações do ciclo menstrual.

Em adição aos sintomas clássicos de hipoestrogenismo, algumas mulheres relatam quadros clínicos que são sugestivos de concentrações séricas de estrogênios elevadas, tais como distensão abdominal e mastalgia, principalmente na perimenopausa. Essas manifestações clínicas refletem a intensa flutuação que os estrogênios apresentam nessa fase, necessitando de uma abordagem clínica e terapêutica específica e individualizada.

Os sintomas associados ao climatério frequentemente não persistem nas mulheres idosas. No entanto, essa associação não significa que todos os sintomas sejam específicos desta faixa etária. Enquanto os sintomas vasomotores como os fogachos são típicos deste período, os sintomas neuropsíquicos, embora ocorram com certa frequência nesta época, principalmente nos países ocidentais, não são específicos do climatério. As alterações do humor, a ansiedade e a depressão também são encontradas em outras faixas etárias e, portanto, não têm relação exclusiva com a insuficiência estrogênica. Além do mais, alguns sintomas são restritos a países ocidentais, sendo que os poucos estudos feitos em outras populações da África e Ásia, revelaram que o declínio estrogênico é universal, mas não as manifestações clínicas. Isso significa que nem toda mulher no climatério é afetada por sintomas relacionados à insuficiência estrogênica.

5.2.1 Alterações menstruais

Durante a fase da transição menopausal, os ciclos menstruais apresentam variações na regularidade e nas características do fluxo. Inicialmente pode ocorrer uma tendência ao encurtamento gradativo da periodicidade, devido à maturação folicular acelerada e conseqüente ovulação precoce, o que pode ser seguido por uma fase lútea com baixa produção de progesterona e instalação de ciclos próio ou polimenorréicos, com fluxo diminuído ou aumentado.

Após esta fase inicial comumente passam a ocorrer ciclos anovulatórios, iniciando-se o maior espaçamento entre as menstruações. Isto ocorre em conseqüência de uma persistência folicular longa, com produção irregular de estrogênios podendo levar a ciclos espaniomenorréicos e a períodos de amenorréia. Nesta fase o fluxo poderá apresentar aumento da duração e intensidade em conseqüência das alterações endometriais expressando as alterações hormonais, o que não deve descartar, sempre que necessário, a investigação do endométrio. O aumento dos níveis de FSH no início do ciclo e a diminuição da progesterona na fase lútea indicam a proximidade da menopausa. A condução adequada desta fase, quando gera desconfortos à mulher, pode ser feita com suplementação progestínica periódica, conforme descrito no (*ver capítulo 13*) sobre “Opções terapêuticas”.

5.3 Distúrbios neurovegetativos

5.3.1 Sintomas vasomotores

Os fogachos ou “ondas de calor” constituem o sintoma mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face que pode apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese. Além

disso, pode ocorrer palpitação e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos. A etiologia das ondas de calor é controversa, sendo atribuída na maioria dos estudos a alterações no centro termoregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, levando a um aumento na noradrenalina e aumento dos pulsos de GnRH e do LH. O consumo de bebidas alcoólicas ou líquidos e alimentos quentes, ambientes com alta temperatura, estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados, uso de roupas quentes estão associadas com o desencadeamento dos fogachos, devendo ser evitadas.

Outros sintomas neurovegetativos encontrados freqüentemente são os calafrios, a insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga, que muitas vezes são relacionados a etiologias diversas ao climatério.

5.3.2 Sintomas neuropsíquicos

Compreendem a labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de auto-estima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável. É importante salientar que estas manifestações podem ocorrer em qualquer outra fase da vida. Do ponto de vista biológico, os estrogênios podem desempenhar uma ação moduladora sobre os neurotransmissores cerebrais, especialmente a serotonina, relacionada ao humor. A diminuição do estrogênio poderia influenciar os níveis de serotonina, podendo relacionar-se a um aumento dos casos de depressão durante o climatério, em mulheres predispostas. Embora o aparecimento da depressão no climatério seja mais comum que em outras etapas da vida, torna-se muito difícil a comprovação de que somente o hipoestrogenismo seja a sua origem, sugerindo uma etiologia multifatorial (ambiental, sociocultural e individual).

Em relação aos fatores ambientais, fatores extrínsecos como estilo de vida (atividade física, dieta e tabagismo) podem influenciar diretamente os sintomas na perimenopausa.

5.3.3 Disfunções sexuais

A maioria dos problemas relacionados à esfera sexual na peri ou após a menopausa se referem às alterações anátomo-funcionais deste período, a partir dos fenômenos de hipo ou atrofia no aparelho genitourinário. Entre as disfunções comportamentais, estão a diminuição da libido, da freqüência e da resposta orgástica, relacionadas a questões psicosssexuais e hormonais. Desta forma, avaliação criteriosa deve ser feita no sentido de direcionar a conduta em relação ao tratamento farmacológico ou a orientações de comportamento, vide capítulo sobre “Sexualidade no Climatério”.

5.4 Manifestações Clínicas Não-Transitórias

Alguns sintomas e sinais clínicos relacionados ao processo de envelhecimento podem ocorrer durante o climatério. Maiores detalhes na abordagem dessas manifestações são apresentadas no “Caderno de Atenção Básica nº 19 - *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (MS)*”.

5.5 Alterações Urogenitais

5.5.1 Distopias

A etiologia dos prolapso genitais é relacionada a muitos fatores, como a constituição estrutural óssea e muscular da pelve, a qualidade da assistência obstétrica, a paridade, fatores raciais, metabolismo do colágeno e envelhecimento dos tecidos. A insuficiência estrogênica relativa que se inicia com o climatério, desempenha papel relevante para o surgimento ou agravamento das distopias, devido à diminuição da elasticidade e hipotrofia músculo ligamentar. No entanto, este é um dos fatores responsáveis pelo adelgaçamento das estruturas, que é um processo catabólico geral do envelhecimento. Esse fenômeno também ocorre com mulheres jovens portadoras de doenças debilitantes, nutricionais, doenças neurológicas ou associadas a deficiências constitucionais das estruturas de fixação e sustentação da pelve. Além disso, esforços físicos intensos e ou repetidos podem lesar permanentemente as estruturas pélvicas. Fatores raciais também estão relacionados, ocorrendo com maior frequência nas mulheres brancas em relação às orientais e pretas.

Entre as distopias, em seus variados graus, estão as cistoceles, uretroceles, retoceles, prolapso uterinos, da cúpula vaginal e enteroceles. A ruptura perineal decorrente de lacerações de parto, embora não sejam distopias, são importantes por interferirem na funcionalidade das estruturas do assoalho pélvico. O tratamento clínico das distopias genitais pode ser fisioterápico, por meio dos exercícios de Kegel (*ver no capítulo 7 sobre "Promoção da Saúde"*), medicamentoso ou com uso de pessários. A indicação cirúrgica precisa ser cuidadosa em relação à oferta de resultados, em vista das recidivas frequentes, do processo gradativo de atrofia muscular e da complexidade das estruturas musculares, ligamentares e nervosas envolvidas, responsáveis pela manutenção funcional e estética do aparelho genital feminino.

5.5.2 Incontinência urinária

A incontinência urinária ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais frequentemente no processo de envelhecimento, principalmente nas mulheres. Muitos tratamentos são utilizados para resolução desta disfunção, como é o caso das terapias comportamentais, que se baseia no treinamento da micção programada e em técnicas para o fortalecimento do assoalho pélvico. Além disso, após avaliação individual, podem ser indicados o tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico. Vale salientar que além do aspecto físico, são afetadas a esfera psicoemocional e social da mulher, que envergonhada, com frequência não expõe seu problema para os médicos e afasta-se do convívio social.

A incontinência urinária ocorre devido a diversos fatores, como o enfraquecimento do assoalho pélvico, adelgaçamento do tecido periuretral, danos secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos e outros. Portanto, a conduta deve ser orientada pela natureza e intensidade da disfunção instalada.

5.5.3 Fenômenos atróficos genitourinários

As manifestações clínicas em relação à instalação do hipoestrogenismo se faz de forma diferente nas mulheres, na dependência de diversos fatores – produção basal de estrogênio pelas supra-renais e ovários, conversão periférica, obesidade, uso de medicamentos, frequência sexual, sensibilidade individual às oscilações hormonais, fatores psicoemocionais, alimentação, etc. Em relação ao tecido (mucosa) que reveste o aparelho genitourinário a maioria das mulheres após a menopausa apresenta algum grau de adelgaçamento, diminuição de lubrificação e maior fragilidade nas relações sexuais. Sintomas como disúria, síndrome uretral, urgência miccional, infecções urinárias, dor e ardor ao coito sugerem a necessidade de avaliação do grau de atrofia e instituição de tratamento, que pode ser local, preferencialmente, ou sistêmico quando houver outras indicações e ausência de contra-indicações, conforme apresentado no *capítulo 13* sobre “Opções terapêuticas”.

5.6 Distúrbios Metabólicos

5.6.1 Alterações no metabolismo lipídico

A condição do hipoestrogenismo pode influenciar a elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, ocorrendo um aumento nas taxas de LDL e diminuição nas de HDL. Essa situação pode ser favorável à instalação de dislipidemia, aterosclerose, doença coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, que estão entre as principais causas de mortalidade nas mulheres.

Além disso, podem ocorrer efeitos sobre a hemostasia, com o aumento de elementos envolvidos no mecanismo de coagulação. O aumento do fator VII (pró-coagulante), do fibrinogênio e do PAI-1 (ativador do inibidor do plasminogênio) pode levar a um estado de hipercoagulabilidade, aumentando assim o risco de tromboembolismo no climatério.

5.6.2 Alterações no metabolismo ósseo

As alterações relacionadas ao climatério sobre o metabolismo ósseo podem ser consultadas no *capítulo 12*, sobre “Osteoporose”.

Medidas preventivas precoces e promotoras de saúde por meio da adoção de hábitos saudáveis apresentadas no *capítulo 7* são consideradas as melhores formas de preservar a saúde. Em casos de difícil controle, relacionados a fatores familiares ou outras doenças, ocorre a necessidade de tratamento medicamentoso.

6 ABORDAGEM CLÍNICA

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase cabendo ao ginecologista muitas vezes o papel de clínico geral. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana.

A importância do ESCUTAR a mulher nessa fase é fundamental para um diagnóstico e acompanhamento adequados. Assim como é necessária a atenção para não considerar que todas as mulheres apresentarão sintomas ou agravos relacionados com o hipoestrogenismo, também não se deve perder a oportunidade de identificar doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial ou realizar encaminhamentos que se façam necessários.

O ginecologista necessita ir além de diagnosticar, tratar ou acompanhar as patologias, transtornos ou alterações ginecológicas. É preciso adotar uma visão mais global da mulher, em sua integralidade, complexidade e sensibilidade peculiar, especialmente nessa etapa de vida. Muitas vezes apenas a escuta, orientações simples e o esclarecimento sobre o que está ocorrendo com o organismo durante climatério tranquiliza a mulher, ajudando-a a entender e aceitar melhor as possíveis mudanças, estimulando-a a assumir mais amplamente o protagonismo de sua vida. O apoio psicológico também é importante e faz com que as mulheres se sintam compreendidas e acolhidas, o que repercute positivamente na melhora dos sintomas.

Na ausência de intercorrências, a consulta ginecológica da mulher no climatério deve ser realizada a cada ano, principalmente em função dos exames preventivos e orientações de promoção da saúde, assim como de acompanhar a evolução desta fase. Na presença de intercorrências, cada caso necessita de avaliação individualizada.

Atividades de apoio à mulher no climatério direcionadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde envolvendo uma equipe multidisciplinar são estratégias que podem ser oferecidas rotineiramente pelos serviços de saúde, com resultados bastante positivos.

6.1 Anamnese

A história da mulher deve ser semelhante a àquela colhida durante a menacme, acrescida de alguns aspectos importantes para esta fase.

Nas queixas clínicas, pode haver referência a fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades

de rotina, da libido, dispareunia, astenia e sintomas gênito-urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas.

A idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. A presença de irregularidades menstruais é comum nesta fase, necessitando abordagem individualizada.

A avaliação dos antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais e obstétricos colaboram muito para o entendimento do momento atual. A orientação sexual da mulher é uma informação importante e deve ser considerada sem preconceitos, de modo a oportunizar a abordagem desta questão durante a consulta. Este também é um bom momento para investigar os métodos de anticoncepção utilizados, a vulnerabilidade da mulher a DST/aids e sobre a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. Dados sobre o funcionamento gastrointestinal indicam a existência ou o risco para o desenvolvimento de doenças. Da mesma forma são importantes informações acerca de sintomas urinários, como infecções ou incontinência.

É imprescindível investigar os hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração), além da existência de patologias concomitantes, uso de medicações, alergias e problemas pessoais, do relacionamento amoroso ou familiar.

Nos antecedentes familiares, a investigação sobre a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como *Diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, osteoporose, assim como de câncer de mama, útero (colo ou endométrio), ovários ou outros, indica a necessidade de maior atenção quanto à adoção de medidas de prevenção e de preservação da saúde relacionadas.

6.2 Exame Físico

A avaliação consta de um exame físico geral, com atenção voltada para alguns aspectos específicos deste grupo etário.

Inicialmente, a verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC (peso/altura^2) define a necessidade de um maior cuidado com a alimentação, quando detectados índices de baixo peso ($\text{IMC}<18,5$), sobrepeso ($\text{IMC}>25$) ou obesidade ($\text{IMC}>30$). A verificação da pressão arterial também é de suma importância, sendo uma boa oportunidade para rastreamento de alterações, acompanhamento e encaminhamentos necessários. A simples medida da circunferência abdominal (> 80 cm nas mulheres), associada a outros fatores, indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica (vide capítulo 7) e risco cardiovascular.

A inspeção deve iniciar pelo fâscies, aspecto da pele, fâneros, mucosas, seguida da ausculta cardíaca e pulmonar, palpação da tireóide e do abdômen e observação dos membros inferiores à procura de edema e outras alterações circulatórias ou ortopédicas.

A saúde bucal no envelhecimento apresenta algumas especificidades, portanto neste momento é também oportuno verificar a condição dos dentes, gengivas e língua e orientar a mulher para adoção de hábitos saudáveis e consulta regular ao dentista.

O exame ginecológico inicia-se pela avaliação mamária, com inspeção e palpação cuidadosa das mesmas, culminando na expressão papilar, na procura de descarga patológica que, se encontrada, deve ser colhida e enviada para análise. Na seqüência, são palpadas as axilas e a cadeia ganglionar, à procura de alterações, com descrição detalhada de suas características e localização, quando encontrada.

A palpação abdominal e da pelve é direcionada à investigação de anormalidades na parede e na cavidade, como dor ou alterações nas características dos órgãos internos, seja na sua localização, volume, consistência, mobilidade, etc.

A seguir deve-se proceder à inspeção cuidadosa da vulva com atenção para a ocorrência de alterações do trofismo, coloração ou adelgaçamento da pele e mucosa. Na inspeção dinâmica são comuns as distopias, com prolapsos genitais nos mais variados graus e naturezas, acompanhados ou não de roturas perineais, sendo um bom momento para indicação cirúrgica quando necessário e/ou orientação da necessidade de realizar exercícios para recuperação da tonicidade muscular da pelve descritos a seguir, no capítulo 7 “Promoção da Saúde”.

Ao exame especular, a avaliação da rugosidade da mucosa e da lubrificação do colo e vagina podem refletir nitidamente o *status* hormonal. Nesse momento se observa a necessidade ou não do uso de estrogênio oral ou tópico prévio ao exame, de preferência aqueles à base de estriol (creme) – 2cc intravaginal por sete dias. O mesmo pode também ser usado regularmente – 2cc intravaginal, uma a duas vezes por semana – para melhora do trofismo da mucosa, diminuição do desconforto urogenital e ao coito e a predisposição maior a infecções.

6.3 Exames Complementares

Os exames complementares essenciais para o acompanhamento do climatério estão abaixo relacionados, cuja indicação e periodicidade de realização deverá seguir as orientações definidas de acordo com os protocolos clínicos adotados por este Ministério seguindo cada especificidade.

- Avaliação laboratorial
- Mamografia e ultra-sonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama)
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero
- Ultra-sonografia transvaginal
- Densitometria óssea

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, triannual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

6.4 Exames Laboratoriais

A instalação do climatério é gradativa e se evidencia clinicamente em maior ou menor grau a depender de vários fatores. Porém a ocorrência da menopausa é eminentemente clínica, caracterizada pela cessação das menstruações por um período de 12 meses ou mais. Não há, portanto, necessidade de dosagens hormonais a não ser quando a menopausa for cirúrgica e/ou houver dúvidas em relação ao quadro hormonal. A dosagem do FSH é suficiente para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana, quando o resultado for maior do que 40 mUI/ml.

Os exames laboratoriais de rotina para o acompanhamento do climatério constam no quadro abaixo e devem ser colhidos após 12 horas de jejum, à exceção da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO), que requer orientações dietéticas para os dias anteriores ao exame. As solicitações de exames relacionados com investigações mais específicas devem seguir as indicações preconizadas para cada caso e sua possibilidade de realização.

Quadro 3 – Exames laboratoriais para avaliação de rotina

EXAME	AGRAVOS ASSOCIADOS
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas
TSH	Distireoidismo
Glicemia	Intolerância à glicose, diabetes
Teste de tolerância à glicose (TTG)	
Colesterol total e HDL	Dislipidemias
Triglicérides	
TGO, TGP	Alterações na função hepática
Sumário de urina (e urocultura)	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)	Doenças do aparelho digestivo

6.4.1 Rastreamento mamário

A detecção precoce é a principal estratégia para controle do câncer de mama. Segundo as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o rastreio para detecção precoce do câncer mamário, em mulheres assintomáticas, assim como as condutas clínicas a serem adotadas para o diagnóstico e tratamento devem seguir as recomendações descritas - vide capítulo 11 “Câncer no Climatério”.

Ações recomendadas:

1. Exame Clínico das Mamas

O exame clínico das mamas faz parte do exame físico de rotina, e deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para o Controle do Câncer de Mama/ Diretrizes Nacionais para Condutas Clínicas do Câncer da Mama (www.inca.gov.br).

- Deve ser realizado em todas as mulheres, em qualquer idade, durante a consulta, por profissional qualificado, médico ou enfermeiro;
- A partir dos 40 anos, deve ser realizado anualmente em todas as mulheres.

2. Mamografia

A mamografia permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de descobrir lesões em fase inicial. Neste exame, a mama é comprimida e radiografada, de forma a fornecer melhores imagens, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável. Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames.

Está indicado o exame clínico das mamas e a mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia.

As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.

O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade e o INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.

As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo conseqüências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos auto-exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos auto-exames falsamente positivos.

6.4.2 Preventivo ginecológico

Conforme descrito anteriormente, a inspeção da vulva deve ser realizada rotineiramente uma vez ao ano, durante o exame físico e caso haja anormalidades, deve-se proceder à genitoscopia e à biópsia (ver capítulo 11).

A coleta do material para citopatologia deve abranger a ectocérvice e endocérvice, e nas mulheres histerectomizadas, o fundo-de-saco vaginal. A ocorrência de hipo ou atrofia da mucosa pode comprometer a qualidade do material citológico, podendo ocorrer sangramentos por traumatismos e processo inflamatório que são comuns nesta fase. A JEC

(Junção Escamo Colunar) migra para o interior do canal endocervical, causando entropia e dificuldade de obtenção das células glandulares na amostra. O pH vaginal também sofre alterações, com tendência à alcalinização e mudança da flora, predispondo muitas vezes ao crescimento bacteriano com ocorrência de vaginite ou vaginose. As lesões suspeitas identificadas devem ser biopsiadas e tratadas. A presença de atrofia que comprometa a qualidade do exame ou traga desconforto importante à mulher, indica a utilização prévia de estrogênio vaginal. Preferencialmente utiliza-se estriol ou promestriene, aplicando-se 2 cc do creme durante sete dias e aguardando de três a cinco dias (ideal) para a coleta. Quando a atrofia for intensa, pode ser utilizado creme à base de estrogênios conjugados, (1 a 2 cc do creme durante sete dias, aguardando de três a cinco dias para coleta), sempre atentando para possíveis alterações endometriais, sangramentos ou mastalgia nas mais idosas ou mais sensíveis ao tratamento hormonal.

Em relação a condutas e outras especificidades do câncer genital, ver capítulo 11, referente ao “Câncer no Climatério”.

6.4.3 Investigação endometrial

A indicação da investigação endometrial na rotina está relacionada a sintomas genitais como sangramentos irregulares na pré, durante ou após a instalação da menopausa. Mulheres, mesmo assintomáticas, em utilização de terapia hormonal (TH), moduladores seletivos dos receptores de estrogênios (SERMs), tibolona, fitoterápicos e outros que apresentem ação estrogênica, devem ser avaliadas através de ultra-sonografia da pelve, anualmente.

Métodos não invasivos:

- Teste de Progesterona: consta da administração de 10mg de acetato de medroxiprogesterona durante 7 a 10 dias. O teste é positivo quando da ocorrência de sangramento uterino durante ou até 15 dias após a suspensão da medicação, (quando não houver uso prévio de estrogênio) o que sugere espessamento endometrial e indica necessidade de avaliação. Somente tem indicação após a menopausa.
- Ultra-sonografia pélvica (preferentemente por via transvaginal): possibilita a mensuração e observação do aspecto endometrial. É considerado normal até 5mm (e até 8mm nas mulheres usuárias de TH). Nos casos de espessamento é obrigatório prosseguir a investigação por histeroscopia e biópsia endometrial, ou mesmo curetagem para estudo anatomopatológico.

A propedêutica por meio da utilização dos métodos invasivos para investigação endometrial, indicados a partir de anormalidades identificadas na ultra-sonografia, será descrita no capítulo referente ao “Câncer no Climatério”.

6.4.4 Rastreamento ovariano

O rastreio de patologias ovarianas é feito por meio da anamnese e do exame físico, que indicam as manifestações clínicas sugestivas de patologia ovariana, assim como

de antecedentes familiares positivos que acrescentam risco a essas mulheres, o que requer avaliação dirigida (ver capítulo 11 sobre câncer e climatério). A ultra-sonografia transvaginal associada ou não à dopplerfluxometria e à dosagem do CA 125 são exames indicados na investigação de patologias ovarianas.

6.4.5 Avaliação óssea

As indicações e critérios para realização da densitometria óssea e marcadores de formação e reabsorção podem ser consultados no capítulo 12 sobre Osteoporose.

7 PROMOÇÃO DA SAÚDE E MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS AO CLIMATÉRIO

O Brasil tem passado por um acelerado processo de industrialização-urbanização, o que se reflete em um profundo impacto na dinâmica populacional, cultural e sanitária do país. Como resultado da queda da mortalidade e da fecundidade, a população envelheceu. Por outro lado, a inserção de novos processos de trabalho determinou mudanças de estilos de vida, que vêm sendo muitas vezes estimulados pela globalização de mercados e da comunicação. Esses fatores refletem-se no quadro sanitário do país em um grande aumento da prevalência de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), entre as quais se destacam as doenças do aparelho circulatório, os cânceres, os traumas e o *Diabetes mellitus*. No Brasil, essas doenças são responsáveis por 55,2% dos óbitos totais e 58% dos anos de vida perdidos por mortes prematuras.

Hipertensão arterial, tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, obesidade e hipercolesterolemia são apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no *The World Health Report 2002*, como os principais fatores de risco para DANT, sendo que o padrão alimentar está envolvido em três deles.

Diante dessa situação, o Ministério da Saúde estabeleceu a implementação de políticas promotoras de Modos de Viver Saudáveis, incentivando iniciativas na área de estruturação do sistema de vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seus fatores de risco e de proteção, em conformidade com as diretrizes da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, e Prevenção do Tabagismo proposta pela OMS (2004). A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde/MS (2006) ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais doenças não transmissíveis constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consiste na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física, de acordo com o Plano Nacional da Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Os gestores do Sistema Único de Saúde, na formulação e implementação de programas e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, devem dispor de informações e bases de evidência acerca dos fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis. A promoção da saúde centra-se no compromisso ético de enfrentar as desigualdades de acesso aos modos de viver e aos ambientes favoráveis à saúde por meio da construção de graus crescentes da autonomia dos indivíduos, famílias e coletividades no autocuidado, no cuidado com os ambientes e na produção da saúde.

A menopausa e o climatério são vivenciados conforme a história de vida de cada mulher, considerando os fatores hereditários, culturais, condições sociais e econômicas, o que interfere na frequência e intensidade das manifestações das doenças e desconfortos.

Promover a saúde das mulheres no climatério é considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais nessa fase. É reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em grupo, para que possa haver um aprofundamento na vivência, maior compreensão da questão e um intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida.

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

Entre as ações de promoção à saúde aplicadas ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas anti-tabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.

Há formas simples de atuação e intervenção que podem diminuir os impactos negativos da menopausa e preservar condições mais saudáveis. A abordagem deve ser aquela que vê a pessoa como um todo, considerando os diversos aspectos, tanto físicos como emocionais, o energético, o mental e o socioeconômico. O movimento de mulheres pela saúde vem há muitas décadas questionando a medicalização do corpo feminino e o uso abusivo das tecnologias sobre a saúde das mulheres. São propostas diversas soluções médicas e técnicas para eventos normais da vida cotidiana, como a menstruação, o parto e a menopausa.

A conversa entre o profissional de saúde e a mulher na fase do climatério precisa conter informações claras e precisas sobre as mudanças que ocorrem no seu organismo. São essenciais orientações sobre a importância de incorporar hábitos alimentares nutritivos e uma rotina com prática de exercícios físicos, que podem atuar na diminuição do estresse e da depressão, no aumento da oxigenação tecidual, na manutenção da massa muscular e óssea, na melhora da função cardiocirculatória, no aumento da resistência, na sensação de bem-estar pela produção de endorfinas, além de outros benefícios.

O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, garantir um sono adequado, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele fazem bem para a auto-estima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério, onde as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados bastante positivos. As mulheres que se mantêm ativas nas atividades de rotina, quer seja no cuidado com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais, apresentam menos queixas.

O climatério é uma fase da vida importante para a incorporação de novos hábitos, em que a mulher tem mais tempo para dedicar-se a si. É fundamental reconhecer as

necessidades, desejos e limites de cada uma, para que se sintam estimuladas a procurar ajuda, sempre que necessário for, neste período de transição.

7.1 Ações de Promoção da Saúde

7.1.1 Alimentação e nutrição no climatério

A promoção da alimentação saudável e a manutenção do peso adequado são fundamentais para promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida da mulher, principalmente no período do climatério. A alimentação equilibrada é importante para manter todas as funções do organismo em boas condições. Esta é uma fase em que o crescimento e o desenvolvimento orgânico já se efetivaram e a alimentação estimulará e manterá o funcionamento adequado dos diversos órgãos e sistemas. 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. Estas doenças constituem algumas das principais causas de morbimortalidade na população adulta brasileira.

É necessário fazer o diagnóstico nutricional durante o atendimento clínico da mulher, pois é por meio dele que identificamos o estado nutricional. O peso inadequado (baixo peso ou excesso de peso) é fator de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento de doenças.

7.1.2 Diagnóstico nutricional

Para realizar o diagnóstico nutricional em mulheres adultas (≥ 20 e < 60 anos) o profissional de saúde deve calcular o IMC (Índice de Massa Corporal):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura(m}^2\text{)}}$$

Quadro 4 – Pontos de Corte Estabelecidos para Adultos Segundo o IMC

IMC (Kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Adequado ou eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: World Health Organization – WHO.

Para complementar o diagnóstico nutricional do adulto, o profissional poderá utilizar a medida da circunferência da cintura. Este indicador correlaciona-se com o IMC e avalia o tecido adiposo visceral.

Quadro 5 – Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade na mulher estabelecidos para mulheres adultas de acordo com a medida de circunferência da cintura

Elevado	Muito Elevado
≥ 80 cm	≥88cm

Fonte: World Health Organization – WHO.

7.2 O Peso Excessivo (*Sobrepeso e Obesidade*)

As prevalências de sobrepeso e obesidade e do grupo das outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos. Neste cenário epidemiológico, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras DCNT, com destaque para as cardiovasculares e diabetes que consistem nas principais causa de óbitos em adultos. Este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. O excesso de peso também está associado a doenças como litíase biliar, osteoartrite, alguns tipos de câncer, apnéia do sono, refluxo gastroesofágico e hérnia de hiato.

Quanto às diferenças de sexo e idade, pode-se observar que as prevalências de obesidade são semelhantes para homens e mulheres até os 40 anos, mas entre a idade 40 a 65 anos as mulheres passam a apresentar prevalência duas vezes maior que os homens.

Indivíduos com excesso de gordura abdominal (definida como obesidade andróide) apresentam aumento do tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos, em especial a hipertensão arterial, independentemente do IMC, ao passo que a distribuição mais igual e periférica (definida como obesidade ginecóide) apresenta menores implicações à saúde.

Dessa forma a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, aumento na duração e melhoria na qualidade de vida, como também influencia nas relações sociais e na auto-estima da mulher. O IMC é recomendado para a avaliação da obesidade em nível populacional e na prática clínica. De modo complementar com o objetivo de avaliar o excesso de gordura abdominal em adultas utiliza-se a medida da circunferência da cintura conforme demonstrado anteriormente no item de Avaliação Nutricional.

As recomendações alimentares para a mulher na pós-menopausa em relação ao controle de peso não diferem das outras etapas da vida, devendo ser adotadas, portanto, o mais precocemente possível, desde a infância. A adoção da alimentação saudável e o incentivo à prática de atividade física devem ser recomendadas em todas as fases do ciclo da vida. Apesar de uma baixa prevalência da influência dos fatores psicossociais e biológicos, estes também devem ser avaliados para que os resultados sejam positivos.

Nas mulheres obesas ou com sobrepeso, as calorias devem ser reduzidas a um ponto em que os estoques de gorduras sejam utilizados para se atingir as necessidades diárias de energia, o qual varia de acordo com as atividades realizadas pela mulher. A maioria dos adultos consegue redução de peso com uma ingestão de 1.200 a 1.300 Kcal/dia. Portanto é necessária a participação de uma equipe multidisciplinar.

Os profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família devem dar orientações gerais relacionadas à alimentação e às práticas corporais/atividade física. Caso sejam necessárias orientações nutricionais e de práticas corporais/atividades físicas específicas, as equipes dos municípios que possuem nutricionista e/ou educador físico na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento de ação conjunta. Se o município está organizado de forma a ter o nutricionista apenas na Atenção Especializada, deve, quando necessário, ser garantido ao usuário o atendimento nesse nível de atenção.

Para mais detalhes consulte o Caderno de Atenção Básica n. 12: Obesidade, Ministério da Saúde, 2006. Disponível no site: www.saude.gov.br/nutricao.

7.3 Promoção da Alimentação Saudável

A alimentação saudável, associada à prática de atividade física e modos de vida saudáveis são os principais elementos para promover saúde e melhoria da qualidade de vida. Uma alimentação saudável inclui refeições preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas a cada fase do curso da vida, compondo refeições coloridas e saborosas que incluam nutrientes tanto de origem vegetal como animal. Deve ser composta por três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches.

Na fase adulta e na terceira idade, as diretrizes e princípios da alimentação saudável seguem as recomendações estabelecidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

Além disso, as mulheres devem ser incentivadas a tornarem o seu dia-a-dia mais ativo. A atividade física adotada ao longo da vida contribui para a prevenção de muitas doenças e para uma melhor qualidade de vida. Uma vida mais ativa está associada à diminuição do risco de desenvolver doenças crônicas não-transmissíveis

Ao final desse manual, no anexo A, estão disponíveis os DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, direcionados para a população brasileira saudável com mais de 2 anos de idade, que podem ser diretamente reproduzidas e fornecidas às usuárias. Estas recomendações podem ser utilizadas para orientação individual ou coletiva, em atividades educativas. No caso específico de algumas doenças, pode ser necessário o encaminhamento para um nutricionista da unidade de saúde ou de um serviço de referência.

7.4 Alimentação Saudável: Prevenção e Controle da Osteoporose

A osteoporose vem despontando nas últimas décadas como um importante problema de saúde pública, principalmente em mulheres. A alimentação tem papel fundamental para prevenção e controle da osteoporose. O consumo excessivo de sódio e de carnes vermelhas (devido ao seu elevado teor de aminoácidos sulfurados) está relacionado ao maior risco de osteoporose. Este é mais um motivo para orientar o consumo moderado carnes vermelhas, sal e alimentos processados com alto teor de sódio.

Os nutrientes mais diretamente associados com a prevenção da perda óssea são o cálcio e a vitamina D (ver Quadro, a seguir). A vitamina D está presente em alimentos como leite e seus derivados e nos ovos, mas a sua melhor fonte é a exposição ao sol, que ativa a pró-vitamina D. O consumo de cálcio deve ser estimulado durante a infância e adolescência para que haja uma boa formação do tecido ósseo, essencial na prevenção da osteoporose. A principal fonte de cálcio é o leite e seus derivados, porém para o adulto deve ser incentivado o consumo desses alimentos desnatados, para não exceder o consumo de gordura animal. Vale ressaltar que a prática de atividade física também aumenta a absorção de cálcio.

O consumo regular de alimentos que são fontes de cálcio e pró-vitamina D, a exposição ao sol em horários recomendados (antes das 10 horas e após as 16 horas) e a prática regular de atividade física devem ser estimuladas e incentivadas pelo profissional de saúde em todas as fases da vida. Crianças de 3 e de 4 a 8 anos necessitam, respectivamente, de 500mg e 800mg de cálcio por dia. A necessidade diária de cálcio dos adolescentes de ambos os sexos é de 1.300mg. Os adultos de 19 a 50 anos devem consumir de 800mg a 1.000mg de cálcio ao dia, enquanto os maiores que 50 anos e os idosos 1.200 mg de cálcio por dia.

Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400-800UI de vitamina D. Outras fontes de cálcio, como brócolis, repolho, couve, tofu (queijo de soja), castanhas, peixes e frutos do mar, além do leite e derivados (queijo, iogurte e coalhada), devem ser consumidos diariamente. A presença de magnésio, além de outros minerais, é fundamental para absorção do cálcio.

Quadro 6 – Principais fontes de cálcio

Alimento	Quantidade em 100g/ml
Leite desnatado	134
Iogurte desnatado	157
Queijo pasteurizado	323
Ricota	253
Couve	135
Agrião	133
Caruru, folhas	455
Espinafre	98
Taioba, folhas	141
Brócolis	86
Castanha do Brasil	146
Noz	105
Peixe tipo pescadinha	332
Peixe tipo sardinha	167
Farinha de soja	206
Grão de bico	114
Feijão tipo carioca cru	123
Guandu	129

Fontes: 1. Unicamp. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos Unicamp. 206 Versão II. Campinas: Nepa-Unicamp, 2006. Tabela de Composição de Alimentos /Anvisa.

A partir dessas orientações, ocorre a promoção da saúde de forma geral e a diminuição do número de medicamentos a serem utilizados, o que diminui, além das complicações e efeitos colaterais, os custos para a saúde. Ao se identificar determinadas necessidades nutricionais, por meio dos problemas inerentes à condição de saúde de cada usuária, é possível recomendar individualmente a complementação alimentar dos seguintes nutrientes, conforme quadro a seguir:

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Magnésio	Sua deficiência pode estimular o aumento da pressão, arritmias e a fadiga. É essencial para o bom funcionamento do tecido nervoso, muscular e ósseo. Converte a vitamina D à forma ativa e participa como co-fator de mais de 300 reações bioquímicas do organismo.	Tofú (queijo de soja), gérmen de trigo, frutas secas, cereais integrais (aveia), lentilha, ervilha, amêndoas, arroz integral, espinafre, abobrinha, verduras.
Boro	Reduz a perda de Ca e Mg, aumentando sua fixação no tecido ósseo. Potencializa a atividade do estradiol e vitamina D, sendo importante também na formação de DHEA.	Alimentos frescos, como frutas, verduras e legumes, evitando-se alimentos processados.
Manganês	Sensibiliza as membranas dos osteoblastos e estimula a produção de mucopolissacarídeos, reforçando o tecido conjuntivo e a estrutura. É co-fator para diversas reações enzimáticas. Estabiliza a produção de hormônio tireoideano, sendo importante na regulação da função da tireóide, sistema reprodutor e nervoso	Cereais integrais (aveia), vegetais verdes, levedura, gema de ovo, abacate.
Zinco	Age no crescimento ósseo e protege contra a perda de massa óssea, sendo também importante para a função neuronal e cutânea. É essencial para a digestão e absorção de nutrientes no trato digestivo, modula a ação de vários hormônios no organismo, inclusive estrogênio e tem papel ativo na produção celular leucocitária para reação imunológica.	Farelo de trigo, carne vermelha, peixes, mariscos, gema de ovo, cereais integrais, espinafre, nozes, semente de girassol.
Selênio	Evita arteriosclerose e produção de tecido neoplásico, sendo importante como co-fator para antioxidantes. Auxilia na produção de anticorpos e na ação dos esteróides sexuais.	Castanha-do-pará (Brasil), milho, truta, escarola e cogumelos.

continua

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Vitamina K	Importante para ação da osteocalcina e ácido gama-carboxiglutâmico, ambos necessários para a produção dos ossos. Também é essencial para produção dos fatores de coagulação.	Verduras em geral. Pequenas quantidades em cereais, frutas e carnes.
Vitamina D	Regula o metabolismo do cálcio e a calcificação óssea normal. É também co-fator para o crescimento e a atividade neuronal. A complementação deve ser feita principalmente nas mulheres que não se expõem de forma adequada à luz do sol.	Carne vermelha, frango, peixe, queijos, leite, manteiga, ovos.
Vitamina C	Manutenção do colágeno e tecido conjuntivo (ossos, cartilagem, pele, dentes). Auxilia na formação de neurotransmissores, estabilizando ações do tecido nervoso. Participa do metabolismo do colesterol e diminui a oxidação da LDL. Estimula o sistema imune por meio de sua ação antioxidante, prevenindo infecções. É o principal antioxidante do citoplasma, atuando como anti-inflamatório por sua ação estimulante no citocromo P-450.	Acerola, caju, goiaba, <i>kiwi</i> , laranja, pimentão, verduras em geral.

continua

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Complexo B	<p>As vitaminas do complexo B funcionam como co-enzimas em inúmeras reações bioquímicas, atuando na diminuição da ansiedade, depressão e fogachos. São necessárias para o bom funcionamento do sistema nervoso, ósseo e tecido conectivo, aumentando a formação de osteocalcina. Diminuem a formação de placas de ateroma, auxiliam a produção de ácidos graxos e esteróides e são essenciais na composição das células vermelhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • B1: levedura de cerveja, sementes de girassol, feijão, aveia, fígado, arroz integral e pescados. • B2: fígado, brócolis, leite, amêndoas, iogurte, ovos, gérmen de trigo, aves. • B3: peixe (atum), frango, brócolis, sementes de girassol, requeijão. • B6: arroz integral, peixe (atum), frango, fígado, uvas, repolho, gérmen de trigo. • B12: carnes, ovos e laticínios. • Ácido pantotênico: fígado, feijão, semente de girassol, ovo, repolho, brócolis.
Vitamina E	<p>Diminui a degradação protéica e lipídica (potente antioxidante), reduzindo a ateromatose e fogachos. Atua na manutenção dos tecidos de sustentação e pele.</p>	<p>Óleos vegetais, gérmen de trigo, cereais integrais, castanhas, sementes, abacate, vegetais folhosos, <i>kiwi</i>.</p>
Cobre	<p>Atua na prevenção da anemia e fadiga, na sustentação da pele, na composição e qualidade das cartilagens.</p>	<p>Grão-de-bico, feijão branco, lentilha.</p>
Ácidos graxos insaturados	<p>Agem na manutenção da atividade neuronal, diminuindo ansiedade e fogachos. Diminuem ateromatose por diminuição da peroxidação lipídica e o aumento do HDL. Regulam a produção e ação tecidual dos esteroides, melhorando o trofismo da pele e da vagina. Reduzem a velocidade de crescimento tumoral (mama, endométrio).</p>	<p>Semente de linhaça, azeite de oliva.</p>

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÕES	FONTES
Cromo	É essencial para a função da insulina e o metabolismo dos lipídios	<i>Kiwi</i> e outras frutas, vegetais, carnes, aves, peixes, leite e queijos, batata com casca, grãos integrais, castanhas.

7.5 Prevenção de Câncer

Algumas mudanças nos hábitos alimentares podem também contribuir para a prevenção do câncer e outras enfermidades crônicas, como a prisão de ventre, por meio da introdução de uma dieta rica em fibras. Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm nutrientes, tais como vitaminas, fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas naturais do corpo a destruir os carcinógenos antes que eles causem sérios danos às células. Esses alimentos também podem bloquear ou reverter os estágios iniciais do processo de carcinogênese e, portanto, devem ser consumidos com frequência.

Hoje já está estabelecido que uma alimentação rica nesses alimentos ajuda a diminuir o risco de câncer de pulmão, cólon, reto, estômago, boca, faringe e esôfago. Provavelmente, reduzem também o risco de câncer de mama, de bexiga, de laringe, de pâncreas, e possivelmente, o de ovário, endométrio, cérvix, tireóide, fígado, próstata e rim.

As fibras, apesar de não serem digeridas pelo organismo, ajudam a reduzir a formação de substâncias cancerígenas no intestino grosso e a diminuir a absorção de gorduras.

Especial ênfase deve ser dada à ingestão de cebola, de brócolis, repolho e couve-flor, de legumes vermelhos ou amarelos (cenoura, abóbora, batata-baroa, batata-doce etc.) e das folhas em geral, principalmente os vegetais folhosos verde-escuros. Frutas cítricas como a laranja, o caju, a acerola, e muitas outras, como o mamão, devem ter seu consumo estimulado.

Evidências epidemiológicas têm demonstrado que existe uma relação entre o consumo de frutas frescas e vegetais e a menor incidência de cânceres originários em epitélios de revestimento (de cavidade bucal, de esôfago, de estômago e de pulmão). Tem se evidenciado que a vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, faringe, laringe e pulmão, e é possível que a vitamina E diminua o risco de se desenvolver o câncer. A tendência cada vez maior da ingestão de vitaminas em comprimidos não substitui uma boa alimentação e só deve ser feita com orientação médica. Vale a pena frisar que a alimentação saudável somente funcionará como fator protetor, quando adotada regularmente, no decorrer da vida. Neste aspecto, devem ser valorizados e incentivados antigos hábitos alimentares da população brasileira, como o uso do arroz e do feijão.

Entre os jovens é comum a preferência por alimentos como hambúrguer, cachorro-quente e batata frita. Tais alimentos incluem a maioria dos fatores de risco alimentares anteriormente relacionados e praticamente não apresentam nenhum fator protetor. Essa

tendência se observa não só nos hábitos alimentares das classes sociais mais abastadas, mas também nas menos favorecidas. Igualmente nesse grupo, o consumo de alimentos ricos em fatores de proteção, tais como frutas, verduras, legumes e cereais, é baixo.

Para maiores informações, consulte o *site* do INCA (www.inca.gov.br).

7.5.1 Medicamentos e Câncer

Apesar da valiosa contribuição para o controle de muitas doenças, a incorporação de medicamentos à prática médica produz também efeitos indesejáveis, entre os quais a carcinogênese. Entre alguns estudos, podem ser citados:

- o efeito carcinogênico indubitável da clornafazina e do melfalan.
- a evidência que o clorambucil, o tiotepa e a ciclofosfamida são indutores de leucemias e câncer de bexiga.
- supressores imunológicos, como a azatioprina e prednisona, já foram relacionados com linfomas malignos e com o câncer de pele. Quando administrados a transplantados, aumentam, agudamente, em meses, o risco de desenvolver o linfoma linfocítico e outros tumores malignos nesses pacientes.
- a fenacetina tem sido responsabilizada por tumores da pelve renal.
- a comprovação da relação entre o uso de dietilestilbestrol por mulheres grávidas e o desenvolvimento, em suas filhas expostas intra-útero ao hormônio, de adenocarcinoma de células claras de vagina.
- o uso de estrogênios conjugados, para o tratamento dos sintomas da menopausa, correlaciona-se com uma maior ocorrência do câncer de endométrio, e alguns estudos relacionaram o câncer de mama com o uso prolongado de contraceptivos, antes da primeira gravidez.

7.6 Atividade Física

O sedentarismo, associado a uma alimentação não balanceada, é apontado como a principal causa de ganho de peso. O exercício combinado à restrição energética promove redução no peso corporal, maximizando a perda de gordura e minimizando a perda de massa magra. A prática regular de exercício físico resulta em muitos benefícios para o organismo, melhorando a capacidade cardiovascular e respiratória, promovendo o ganho de massa óssea, a diminuição da pressão arterial em hipertensas, a melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina. Portanto, as mulheres devem ser encorajadas a realizar atividade física regularmente.

É de fundamental importância que haja um equilíbrio entre a ingestão de calorias e o gasto energético para que ocorra a redução de peso. O exercício escolhido pela mulher no climatério deve ser agradável, acessível e fácil de fazer, contribuindo assim para seu bem-estar, auto-estima e regularidade. São recomendadas atividades de variadas naturezas, dando-se prioridade aos exercícios aeróbicos (caminhada, natação, hidroginástica) e à

musculação, desde que devidamente orientados por profissionais da área. Estes podem ser exercícios programados (em academias, clubes ou parques) ou ainda em atividades de lazer (dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta ou mesmo passear com o animal de estimação precisam ser estimulados).

O Ministério da Saúde, seguindo os princípios da Estratégia Global da OMS, recomenda “que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. Diferentes tipos e quantidades são necessários para se obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares e diabetes, câncer de cólon e de mama. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio podem reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos. Maiores níveis de atividade física podem ser necessários para o controle de peso”.

No Brasil, observa-se o aumento da expectativa de vida e o crescimento expressivo da população idosa. Entretanto, a maior expectativa de vida da população, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde dos indivíduos, pode resultar em aumento de anos vividos com doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e Incapacidades. Assim, a possibilidade de prevenção ou reversão de limitações funcionais por meio da atividade física e do exercício é um assunto de grande interesse para a saúde pública no nosso País.

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Já o exercício é uma categoria da atividade física definido como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. A aptidão física é definida pela presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas. Treinamento ou condicionamento físico compreende a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objetivo de melhorar a aptidão física.

Há mais de dez anos, análise de estudos epidemiológicos prospectivos demonstram que tanto o estilo de vida ativo, como um condicionamento aeróbico moderado estão associados de forma independente à diminuição do risco de incidência de DCNT e da mortalidade geral por doenças cardiovasculares.

Durante o climatério, que integra mais uma etapa do processo de envelhecimento (que se inicia ao nascimento), aumenta a possibilidade de desenvolvimento de algumas desordens metabólicas, sendo mais freqüente a ocorrência e o agravamento de determinadas doenças crônicas.

A prática de exercícios respiratórios, artes marciais ou outras práticas orientais como *Yoga*, *Tai-Chi-Chuan*, meditação, além de melhorar o condicionamento físico, auxiliam a promoção do equilíbrio mental e emocional entre as mulheres. Além de melhorar a saúde global, a prática de atividades físicas constitui uma excelente estratégia contra a baixa da auto-estima.

7.7 Atividade Física na Prevenção e Melhora de Algumas Doenças

7.7.1 Doenças cardiovasculares

O risco relativo para doenças cardiovasculares devido ao sedentarismo é estimado

em 1,9; para hipertensão arterial é igual a 2,1 e do hábito de fumar igual a 2,5. Já foi demonstrada uma relação inversa entre pressão arterial e prática de exercícios aeróbicos, com diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica, tanto em indivíduos normotensos como em hipertensos, mesmo após ajuste por peso e gordura corporal.

7.7.2 Diabetes mellitus

Estudos longitudinais mostram que o aumento da atividade física reduz o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2, independente do grau de adiposidade. O exercício aeróbico de leve a moderada intensidade, em conjunto com leve perda de peso e dieta saudável, diminui em 50% o risco de indivíduos com intolerância à glicose evoluírem para diabetes. Ensaios clínicos randomizados documentam que a prática de exercício físico, associado as mudanças alimentares, produz reduções relativas de 58% no risco de progressão para diabetes em menos de três anos.

7.7.3 Obesidade

O aumento do nível de atividade física por si só é insuficiente para a perda ou a manutenção do peso de pessoas obesas. Quando associado à dieta, já foi demonstrado que a atividade física e o exercício contribuem para a perda de peso mais rápida, sem redução concomitante de massa magra e com menor índice de recidiva do aumento de peso.

Dislipidemia: Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia

O exercício aeróbico de moderada intensidade pode elevar o HDL-colesterol (HDL-C), reduzir o colesterol total e os triglicérides.

Após a menopausa, freqüentemente as mulheres evoluem com um perfil lipídico menos favorável, com aumento do colesterol total, LDL-colesterol (LDL-C) e triglicérides, e redução do HDL-C. Uma revisão de estudos transversais e longitudinais sugere que exercícios aeróbicos regulares no período pós-menopausa aumentam os níveis de HDL-C, diminuem os níveis de LDL-C, do colesterol total e da gordura corporal.

7.7.4 Síndrome metabólica

Essa síndrome, caracterizada basicamente por obesidade central, dislipidemia (HDL-C baixo e triglicérides elevado), hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica e, muitas vezes, diminuição da fibrinólise, associada à resistência à insulina e à inflamação crônica e branda, pode potencialmente ser combatida pela prática regular de atividade física de moderada intensidade.

7.7.5 Doenças do aparelho músculo-esquelético

O envelhecimento está associado a mudanças na composição corporal, com redução no conteúdo de água (desidratação crônica), ósseo (osteopenia) e muscular (sarcopenia)

e aumento da gordura corporal. A inatividade física está relacionada a todos esses fatores. A osteoporose é caracterizada pela perda de massa e desorganização da estrutura óssea, sendo a principal causa de fraturas em idosos, principalmente em mulheres.

O exercício de resistência muscular com carga está associado à menor perda óssea ao longo da vida e ao aumento da densidade óssea na pós-menopausa. Atividades variadas podem ser realizadas para este fim. Musculação, hidroginástica e até a caminhada com passos rápidos podem ser indicados para a prevenção da osteoporose, contribuindo para o aumento da densidade óssea em todo o esqueleto. Além disso, estudo controlado envolvendo idosas com osteoporose, revelou aumento de perda óssea em seis meses nos controles, contra a manutenção da densidade mineral naquelas envolvidas em programas de exercícios com peso.

7.7.6 Câncer de cólon

A análise da relação entre atividade física e câncer de cólon a partir de dados de estudos longitudinais e estudos caso-controle multicêntricos mostrou que a atividade física não é meramente um marcador de estilo de vida mais saudável, mas sim um preditor independente, de efeito protetor para o câncer de cólon.

7.7.7 Câncer de mama

A maioria dos estudos de revisão observa um menor risco de câncer de mama em mulheres ativas. Há evidências convincentes do decréscimo de risco de câncer de mama com a prática de pelo menos quatro horas semanais de atividade física de intensidade moderada. Entretanto, as evidências ainda são insuficientes no que se refere à relação dose-resposta entre atividade física e o risco do câncer de mama.

7.8 Prevenção e Tratamento das Distopias Genitais

7.8.1 Exercícios de Kegel

Os exercícios descritos a seguir apresentam comprovada eficácia para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática.

A prática dos exercícios de Kegel necessita de continuidade em sua realização, que pode ser iniciada a qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada (em pé, sentada ou em decúbito).

Para identificar o grupo muscular a ser trabalhado, basta interromper o fluxo urinário, pois a contração será proveniente da ação desses músculos, embora seja questionada a realização dos exercícios durante a micção.

Sugestão técnica de realização dos exercícios de Kegel:

- Deve ser contraído com força o músculo pubo-coccígeo e mantê-lo assim por três segundos. Relaxar três segundos e repetir consecutivamente. A duração das

contrações deve aumentar gradativamente até chegar a dez segundos.

- Contrair e relaxar o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes.
- Em posição horizontal, encostar a coluna em uma base sólida, com os joelhos dobrados e os pés apoiados no solo. Suspender a pelve e começar a contrair.

Os exercícios podem ser realizados e incorporados às atividades diárias, gradativamente, em relação ao tipo, à frequência e à força muscular aplicada nas contrações.

Existe assim, uma oportunidade única para a formulação e a implementação de ações efetivas e estratégicas para reduzir substancialmente as morbidades/Incapacidades e mortes no Brasil por meio da melhoria dos hábitos alimentares e de atividade física. As evidências científicas são bastante convincentes ao mostrar a ligação entre manutenção de hábitos saudáveis e a redução de morbimortalidade por DCNT. Oportunidades para promover e manter a saúde e prevenir o crescimento das DCNT devem ser criadas e difundidas no país e no mundo.

Em um país como o Brasil, onde as desigualdades sociais e regionais são imensas, a garantia da segurança alimentar e nutricional pressupõe a necessidade de um modelo de atenção à saúde que integre essas duas faces: a desnutrição e outras doenças associadas à fome de um lado, e do outro, o sobrepeso/obesidade e as DCNT associadas.

Dessa forma, propõe-se que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolvam, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

As proposições da EG reforçam a temática intersetorial da segurança alimentar e nutricional no país. A adoção desse conceito, em âmbito mundial, redimensiona a alimentação e a nutrição como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A proposta de promoção da alimentação saudável e da atividade física da Organização Mundial da Saúde deve ser encarada como um avanço, trazendo para a esfera dos debates econômicos e de relações externas do País os interesses da saúde da população.

7.8.2 Tabagismo

O aconselhamento às mulheres para parar de fumar cigarros ou semelhantes deve fazer parte da rotina de orientações para a prevenção de doenças. Atualmente, o número de mulheres fumantes está muito próximo ao dos homens, sendo que elas vêm respondendo bem menos favoravelmente às medidas e campanhas anti-tabagismo.

Evitar o tabagismo é essencial para promoção da saúde e prevenção de muitas doenças.

Entre seus inúmeros efeitos nocivos, no climatério o fumo estimula o SNC, provoca ansiedade e depressão, aumento do estresse oxidativo e destruição celular, prejudica a microcirculação, levando ao envelhecimento precoce; piora o prognóstico cardiovascular; promove aumento da excreção de cálcio com incremento da perda de massa óssea; está relacionado à etiologia do câncer de pulmão, de boca, laringe, faringe, etc. e contribui para patologias variadas na cavidade oral.

No climatério, as mulheres tabagistas sofrem com a ocorrência de sintomatologia mais acentuada, como no caso dos fogachos. Quando em uso de hormônios, normalmente necessitam do dobro da dosagem para obterem os benefícios desta terapêutica, se comparadas às não fumantes. Mulheres que usam hormônios e fumam têm um risco até dez vezes maior de apresentar infarto do miocárdio, tromboembolismo e acidente vascular cerebral.

O tratamento da dependência do tabaco pode prevenir uma grande variedade de doenças crônicas de custo elevado, representando uma grande economia aos gastos com saúde pública.

Há evidências suficientes que demonstram que orientações sistemáticas, com um programa educacional e seguimento atingem taxas de remissão de até 20%. O profissional, minimamente, deve realizar uma intervenção breve, alertando a mulher tabagista em relação aos riscos a que ela está exposta.

7.8.3 Uso de bebidas alcoólicas

As mulheres apresentam peculiaridades que parecem resultar em efeitos deletérios do álcool, tais como níveis séricos da enzima álcool-desidrogenase mais baixos, maior produção de gordura em relação à água corpórea – fazendo com que alcancem maior alcoolemia por dose ingerida corrigida pelo peso do que os homens –, além de variações da metabolização do álcool nas diferentes fases hormonais. Outra manifestação atribuída, ao menos em parte a fatores genéticos, é o fato de que as mulheres desenvolvem dependência do álcool e complicações médicas associadas ingerindo menores quantidades de bebida e em menos tempo do que os homens.

Um aconselhamento breve sobre o consumo de álcool e seus efeitos em usuárias da substância é eficaz na redução do consumo e das conseqüências mórbidas do álcool, embora mais em usuárias com consumo leve a moderado do que nas dependentes graves.

7.8.4 Violência doméstica e sexual

As mulheres no climatério passam por alterações fisiológicas que podem modificar características físicas e psicológicas antes não manifestadas ou que eram controladas com maior facilidade. Dores de cabeça, insônia, alterações de humor, irritabilidade, ansiedade e depressão se evidenciam e podem ser causas geradoras de situações de violência doméstica, sexual, interpessoal, no trabalho e em outros espaços sociais.

Nesse período, quando não há um bom entendimento sobre essa nova fase da vida pela própria mulher e pessoas de seu convívio, as relações intra e extrafamiliares podem ser afetadas de forma negativa, o que gera conflitos conjugais, com filhos adolescentes e jovens,

com familiares idosos ou mesmo com aquelas que integram seu círculo de amizades. A violência doméstica nesse período pode ser observada com grande frequência. No entanto, é pouco valorizada, por ser lançada a responsabilidade sobre os sintomas da menopausa, em que a mulher, frequentemente é acusada de histeria, falta de bom senso, agressividade. As discussões, as ofensas morais, a violência física, a violência sexual cometida por parceiros, ocorrem muitas vezes pelo não entendimento das mudanças hormonais, físicas e psicológicas que estão ocorrendo.

É necessário que essas mulheres sejam devidamente acompanhadas e orientadas por profissionais de saúde acerca dos cuidados e atitudes positivas que possam melhorar os fatores naturais do envelhecimento, a fim de que sejam reduzidas ao máximo (extinguidas) as situações de vulnerabilidade à violência.

7.9 Saúde Bucal – Medidas de Prevenção

A incorporação de hábitos e de modos de vida mais saudáveis requer uma postura ativa e consciente da população. A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal. Os profissionais de saúde precisam conhecer as alterações fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade, para que possam orientar as usuárias quanto à importância da prevenção e de se ter hábitos de higiene bucal.

Para que não ocorra a doença periodontal, o importante é a higienização com o uso do fio dental e da escova de dente, pois mesmo com as alterações hormonais, o processo de perda óssea ocorrerá de forma menos expressiva. O impacto da osteoporose é o maior determinante no fracasso da terapia de implante dental. Para se tratar o desconforto bucal é preciso atuar na sua etiologia, que pode ser variada. Por exemplo, quando o problema está no uso de medicamentos, a prescrição ou dosagem podem ser revistas.

Se as glândulas salivares não funcionam normalmente, mas ainda produzem alguma saliva, poderão ser usados medicamentos que estimulem as glândulas a funcionarem melhor. Se a boca seca não pode ser eliminada, a umidade da boca poderá ser restaurada de diversas maneiras, como por meio do uso de hidratantes bucais, como substituto da saliva e uso de soluções bucais para diminuir a secura. Outras formas de prevenir o desconforto com o ressecamento bucal são:

- beber água e bebidas sem açúcar com frequência;
- evitar bebidas com cafeína, como café, chá, ou alguns refrigerantes;
- mascar gomas sem açúcar para estimular a fluxo salivar (se houver glândula salivar funcionando);
- não utilizar tabaco ou álcool;
- estar ciente de que alimentos condimentados ou salgados podem causar dor em uma boca seca;

7.9.1 Odontologia preventiva

A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica podem ocorrer tardiamente. Assim como os profissionais de saúde, as mulheres precisam estar cientes dos potenciais problemas de saúde sistêmicos e localizados que ocorrem com o avançar da idade e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam.

7.9.2 Reabilitação bucal

Embora a odontologia preventiva seja prioritária, a reabilitação bucal, por meio de restaurações diretas e todos os tipos de próteses são importantes no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar do indivíduo. A intervenção curativa tem implicações na alimentação, na auto-imagem, na auto-estima e no convívio social.

O uso inadequado de prótese total ou parcial (má adaptada, quebrada, frouxa) e a presença de dentes fraturados, restos radiculares devem ser diagnosticados precocemente e removidos para que esses fatores traumáticos não se tornem uma lesão que possa evoluir para malignização. A dificuldade em se alimentar, falar e as queixas de dor são sinais e sintomas importantes de que alguma alteração bucal está ocorrendo.

Higiene bucal/prótese

A higiene da boca e das próteses é fundamental na prevenção de problemas bucais. É indispensável a orientação do profissional de forma individualizada, de acordo com a situação bucal e saúde geral da usuária.

Dicas de como orientar a higienização

- Na presença de dentes naturais (ou implantados) deve ser orientada a escovação com escova macia e fio dental.
- Na presença de dentes e uso de prótese deve-se limpar a prótese fora da boca com escova e pasta de dentes (utilizar uma escova específica para isso). Em seguida, se a prótese parcial for removível, os dentes devem ser escovados e recolocados a prótese.
- Quando na ausência de dentes ou de prótese, a limpeza da boca deve ser feita com fralda molhada em água e não esquecer de limpar bem a língua com escova de dente macia ou limpador de língua, fazendo movimentos no sentido de dentro para fora, nunca com a escova voltada para o final da língua, o que evita que machuque a garganta e para não causar ânsia de vômito.
- A fluoroterapia é recomendada para manter os níveis de flúor na cavidade oral e para ajudar na redução da cárie. Pode ser feito por meio do uso de pastas de dentes com flúor.

7.10 Autocuidado

Os profissionais de saúde, durante o atendimento às mulheres no climatério, devem incentivar o autocuidado em geral, o que influencia na melhora da auto-estima e da insegurança frente às mudanças que podem acompanhar esta fase. Entre as orientações

gerais promotoras de saúde e na prevenção das doenças precisam ser estimuladas a exposição ao sol, a ingestão de água, o sono adequado, sem interrupções, diariamente (entre 6 e 8 horas de sono profundo ao dia); os cuidados com a limpeza e a hidratação da pele e cabelos, auto-massagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional.

É necessária a atenção em relação ao uso excessivo de medicamentos, comum nessa fase, como é o caso dos diuréticos, que podem provocar espoliação de minerais como magnésio, sódio e potássio; antiácidos, que diminuem a acidez gástrica, alterando a digestão e absorção de nutrientes; antibióticos, que alteram a flora bacteriana normal, propiciando má absorção; laxantes, que aumentam a perda de nutrientes e podem levar à dependência; e sedativos e neurolépticos, que diminuem a atividade cerebral.

7.11 Cuidados com a Pele

O investimento na saúde da pele inicia-se desde a juventude, com cuidados na exposição ao sol em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde), boa alimentação e não tabagismo. As conseqüências da falta de atenção com esses aspectos são visíveis precocemente nas mulheres em idades mais maduras, com perda da elasticidade, manchas e rugas em maior número e profundidade. É necessário estimular hábitos saudáveis e cuidados básicos de limpeza, hidratação e proteção à pele para que esta seja conservada com a melhor aparência possível durante o processo natural de envelhecimento.

7.11.1 Limpeza

Deve ser feita regularmente, ao menos duas vezes ao dia (manhã e noite). A limpeza da face e do colo, na maioria das vezes, necessita somente água fresca em abundância, com auxílio de um sabonete neutro, nos casos de pele oleosa. O pescoço demonstra precocemente os efeitos do adelgaçamento da pele e o envelhecimento. Portanto, nunca deve ser esquecido durante os cuidados com a pele. Quando possível, o uso de um tônico (sem álcool) para fechar os poros após a limpeza é recomendado.

7.11.2 Hidratação e proteção

O uso diário de um filtro solar com SFP 15 ou maior (preferentemente acima de 30), com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza, permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserve a umidade necessária às células cutâneas. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água.

Uma máscara natural de tratamento pode ser feita com ingredientes como aveia, mel, iogurte sem açúcar e frutas como maçã, banana ou morango. Pode ser aplicada sobre a pele uma vez por semana, durante 15 minutos, devendo ser retirada completamente, com água em abundância. É recomendado não haver exposição ao sol durante ou após o uso de máscaras.

A ingestão de muita água, chás e sucos contribui para a boa hidratação e beleza da

pele, que se origina principalmente de dentro para fora, da saúde interna.

7.11.3 Atividades psicoeducativas

Várias ações voltadas à saúde psíquica e orgânica das mulheres no climatério podem ser desenvolvidas. Atividades em grupo com profissionais da área de psicologia, enfermagem, assistência social, medicina, fisioterapia, educação física e outros, qualificados para esse trabalho, podem realizar intervenções variadas em relação ao processo de envelhecimento saudável. O objetivo principal seja em palestras, grupos previamente constituídos ou formados de forma inesperada durante a espera para consulta, é estimular medidas e atitudes de promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para melhoria da auto-estima e da qualidade de vida dessas mulheres.

8 SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais sobre Direitos Humanos e em outros documentos consensuais.

Nestas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como direitos de cidadania e Direitos Humanos. A implementação destes princípios em políticas públicas é o desafio dos governos dos países que se pautam nestes novos marcos teóricos, políticos e legais nacionais e internacionais.

Destacam-se entre os marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos:

- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo/Egito, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano;
- IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, em que se reafirmam os acordos estabelecidos no Cairo e avança-se na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como Direitos Humanos, definindo-se os direitos sexuais de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos.

No capítulo 7, da Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.

Entre os direitos sexuais, por sua vez, incluem-se: 1. o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, sem discriminações ou imposições e com respeito pleno ao corpo do(a) parceiro(a); 2. direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; 3. direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; 4. direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; 5. direito de escolher se quer ou não quer ter relações sexuais; 6. direito de expressar livremente sua orientação sexual – heterossexual, homossexual, bissexual; entre outros.

Os Programas e as Plataformas de Ação propostos nessas Conferências enfatizam a necessidade de promover-se a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Exortam, também, os governos a propiciarem aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e reprodutiva e enfatizam a necessidade de promover-se o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens, adultos e adolescentes, nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco, à prevenção das DST/HIV/aids, dividindo também com as mulheres as responsabilidades no cuidado dos filhos e na vida doméstica.

Em âmbito nacional, como marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, estão:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, inclui no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2:

“Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.”

O Governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos e neste sentido coloca-se claramente contrário a qualquer política com caráter controlista da natalidade, ou seja, que implique em imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres. A superação da situação de pobreza existente no País passa pela implementação de políticas que promovam desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes.

O Ministério da Saúde entende que é fundamental o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e, nessa perspectiva, lançou em março de 2005, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as principais diretrizes dessa Política estão:

- Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS (Sistema Único de Saúde).
- Incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários (as) da rede de saúde do SUS.
- Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica em saúde sexual e saúde reprodutiva.
- Implantação e implementação da atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS, para casais com infertilidade conjugal e para os casais portadores de doenças infecto-contagiosas (particularmente os portadores do HIV e das hepatites virais) e genéticas que possam se beneficiar do uso dessa técnica.
- Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS.
- Implementação da atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos (as) adolescentes e dos (as) jovens.
- Implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica.
- Ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento.

8.1 Anticoncepção no Climatério

O climatério compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. A instalação da irregularidade menstrual ocorre no início desta fase, conseqüente a diminuição da fertilidade e ocorrência de alguns ciclos anovulatórios, ou com corpo lúteo insuficiente. Em geral, nessa fase, as pessoas passam a buscar maior qualidade nas relações sexuais, inversamente proporcional à quantidade praticada na juventude, o que leva a uma diminuição da periodicidade. Devido a estes motivos, qualquer método de anticoncepção adotado pelas mulheres tem maior eficácia nesta faixa etária.

Em que pese a liberdade de escolha da mulher e/ou do casal, a prática da anticoncepção no climatério comporta grandiosa importância, pois há uma maior possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida. Além disso, há maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos.

O risco relativo de mortalidade materna aumenta de próximo a 1 até os 30 anos para 4,9 dos 35-40 anos, para 8,3 dos 40-44 anos e 22,2 a partir dos 45 anos. A possibilidade de anomalias cromossômicas é de 1/192 aos 35 anos; 1/66 aos 40 anos; 1/21 aos 45 anos e 1/10 aos 48 anos. Estatística semelhante também ocorre em relação aos abortamentos, devido a vários motivos, como as anomalias cromossômicas e a fase lútea inadequada.

Nesta fase da vida, a gravidez pode ser muitas vezes indesejada por motivos de saúde, sociais, econômicos e da própria opção ou necessidade de ter mais tempo disponível para atividades culturais, de lazer e autocuidado, que tendem a ser dificultadas por ocasião

da maternidade. Exceção se faz aos casos onde a chance ou a escolha da maternidade ocorre neste período e a vontade da mulher ou do casal, ciente dos riscos inerentes a este momento reprodutivo, é imperativa, devendo ser respeitada.

A mulher nessa fase da vida pode usar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresente alguma das condições clínicas que contra-indiquem o seu uso.

A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada e deve levar em consideração fatores individuais e os riscos e benefícios relativos a cada método. Não existe um método melhor que o outro, cada método tem vantagens e desvantagens. Assim como também não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Dessa forma, um método pode ser adequado para uma pessoa e não ser para outra, por isso os profissionais de saúde devem apoiar para que a pessoa escolha o método mais adequado para si, ou seja, aquele que melhor se adapte ao seu modo de vida e à sua condição de saúde.

A mulher deve ser orientada em relação à natureza, funcionamento, modo de uso e efeitos colaterais possíveis da escolha realizada, para propiciar uma boa adaptação. Por segurança, a contracepção nesta fase, quando requerida, deve ser interrompida somente um ano após a menopausa instalada ou através da confirmação laboratorial (aumento do FSH acima de 40mIU/ml) e a Terapia Hormonal, quando indicada, somente tem lugar após a suspensão de qualquer método anticoncepcional hormonal.

É importante incentivar a adoção da dupla proteção, que consiste no uso do preservativo masculino ou feminino, associado a qualquer outro método anticoncepcional escolhido. A dupla proteção é estratégia fundamental a ser adotada, pois a epidemia de aids no Brasil continua em patamares elevados, tendo atingido, em 2003, 19,2 casos por 100 mil habitantes. Observa-se entre os homens uma tendência de estabilização. Entretanto, vem ocorrendo o crescimento da epidemia em mulheres, com maior taxa de incidência registrada em 2003: 15 casos por 100 mil mulheres – fenômeno que vem sendo conhecido como feminização da epidemia. Continua crescendo, também, a forma de transmissão heterossexual.

Este manual não se propõe a uma abordagem detalhada dos métodos contraceptivos, o que pode ser encontrado no manual do Ministério da Saúde: Assistência em Planejamento Familiar – manual técnico, de 2002, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, de 2005, e a cartilha “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” (que se encontram disponibilizados em arquivo PDF, no site www.saude.gov.br), mas a oferecer informações quanto aos métodos mais utilizados nesta faixa etária, suas indicações e particularidades no climatério. A oferta dos métodos contraceptivos nos serviços de saúde relaciona-se com a opção da mulher e/ou do casal, com a indicação clínica e com sua disponibilidade na rede pública de saúde.

8.2 Métodos Hormonais

8.2.1 Anticoncepcional hormonal combinado oral (AHC0)

São comprimidos que contêm dois hormônios sintéticos (estrogênio e progestógeno) parecidos com os produzidos pelos ovários da mulher.

No climatério, além de oferecer segurança contraceptiva com eficácia maior que 99%, apresentam algumas vantagens, como o controle do ciclo menstrual, diminuição da duração, da quantidade do fluxo, da dismenorréia e da síndrome de tensão pré-menstrual, que geralmente se intensificam nesta fase. Segundo vários estudos realizados, outras vantagens indiretas se encontram na associação do uso dos AHCO e a diminuição na incidência do câncer ovariano e endometrial, além de possibilitar um controle da endometriose, dos leiomiomas uterinos e da ocorrência de cistos funcionais ovarianos. Além disso, oferecem reversibilidade, qualidade importante na época atual, em que as mulheres mostram uma tendência em adiar cada vez mais a maternidade.

Devido aos riscos cardiovasculares, a medicação escolhida deve ser a de menor dose possível de estradiol e progesterona, sendo esta última, preferencialmente, o mais semelhante à natural, como a drospirenona, ou menos androgênica possível, como o desogestrel e o gestodeno, por sua insignificante influência sobre as lipoproteínas plasmáticas.

O tabagismo, a hipertensão arterial, as patologias mamárias ou endometriais, o diabetes, a obesidade, o alcoolismo, a hiperlipidemia, o comprometimento da função hepática e história de acidentes tromboembólicos contra-indicam o uso dos anticoncepcionais orais.

A utilização deste método pode prosseguir até a menopausa, caso a mulher não apresente complicações ou contra-indicações à medicação. Para a verificação da ocorrência ou não da menopausa, é necessário dosar o FSH na fase folicular precoce ao ciclo que se segue à parada do anticoncepcional. Valores maiores que 40 mUI/ml sugerem falência ovariana, o que deve ser repetido e confirmado depois de 30 dias sem medicação, suspendendo assim o uso do método.

8.2.2 Anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (Minipílula)

Anticoncepcional hormonal oral que utiliza apenas a progesterona - levonorgestrel, noretisterona ou desogestrel, com a vantagem em ser uma alternativa quando contra-indicado o uso dos estrogênios. Apresenta poucos efeitos colaterais, e entre eles o mais comum é o sangramento de disrupção, devido à atrofia endometrial que pode provocar. Oferece eficácia um pouco inferior aos AHCO, o que é contrabalançada pela menor fertilidade no climatério. Pode ser utilizado durante a amamentação.

8.2.3 Anticoncepção hormonal injetável

Esta escolha tem vantagens em relação à anticoncepção por via oral, como um menor dano hepático, a não ocorrência de interações com outras medicações também utilizadas pela via oral, além de eficácia superior decorrente do não esquecimento da tomada diária. Existem dois tipos de anticoncepcionais injetáveis: (a) o injetável mensal, que é uma combinação de um éster de um estrogênio natural, o estradiol, e um progestógeno sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos; (b) o injetável que contém apenas um progestógeno, o acetato de medroxiprogesterona, que é liberado lentamente na circulação sanguínea. Os injetáveis

combinados são usados mensalmente, enquanto aqueles apenas com progesterona, podem ser mensais, trimestrais ou semestrais. As contra-indicações são basicamente as mesmas dos contraceptivos hormonais orais, podendo ser mantidos até a menopausa, caso não haja qualquer contra-indicação ou complicação associada.

Os progestógenos isolados injetáveis têm como vantagem poderem ser utilizados quando for contra-indicado o uso do estrogênio e também a facilidade do seu uso, quando as opções forem de longa duração. Porém, apresentam uma grande incidência de efeitos indesejados como irregularidades menstruais com amenorréia e sangramentos de interrupção, ganho de peso, depressão, diminuição da libido e muitas vezes, diminuição da lubrificação vaginal, provocando assim a descontinuidade do seu uso. Também foram relatados estudos de ocorrência de perda óssea com seu uso prolongado. Além disso, pode haver um atraso no retorno da fertilidade da mulher, após a interrupção do seu uso. Assim sendo, não constituem uma boa escolha para a perimenopausa, restringindo sua indicação quando da impossibilidade do uso de outros métodos.

8.2.4 Implantes

Os implantes subdérmicos são compostos de progesterona e têm a vantagem de poderem ser removidos a qualquer tempo, na ocorrência de efeitos adversos. A duração é longa, com segurança contraceptiva de 3 a 5 anos. As desvantagens são semelhantes a qualquer outro método com utilização exclusiva de progestógeno, porém tem reversibilidade da fertilidade mais rápida, com ausência da substância no plasma sanguíneo após 48 horas da sua retirada.

8.2.5 Anel vaginal

Apresenta uma eficácia superior aos contraceptivos orais, devido a não depender do fator esquecimento, por ser introduzido na vagina até o 5º dia da menstruação e trocado apenas uma vez ao mês, proporcionando maior comodidade posológica. O anel é composto de estrogênio e progesterona envoltos por uma camada de silástico microperfurada, com liberação constante dos hormônios para a corrente sanguínea. Normalmente não causa sintomas gástricos, além de ser metabolizado apenas uma vez no fígado e não interferir na absorção de outros medicamentos. Promove um bom controle do ciclo, embora tenha dosagens baixas. Suas contra-indicações são as mesmas dos AHCO, além da presença de cérvico-colpites.

8.2.6 Adesivo anticoncepcional transdérmico

Em forma de “patch” medicado com estrogênio e progestógeno, que são absorvidos através da pele. Provoca anovulação pelo mesmo mecanismo dos AHCO e do anel vaginal. Pode ser uma escolha apropriada em casos de intolerância gástrica ou da dificuldade de uso das pílulas anticoncepcionais pela ocorrência de esquecimentos frequentes. Possui também uma alta eficácia sendo, claramente, uma opção confortável a qualquer faixa etária. É utilizado em ciclos de 28 (vinte e oito) dias: 21 (vinte e um) dias usando o adesivo e 7 (sete) dias de descanso. Cada adesivo é usado por 7 (sete) dias. O custo mensal é um

fator que dificulta seu uso.

8.2.7 Pílula anticoncepcional de emergência

É um método indicado para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida. Pode ser usada nas seguintes situações: (a) relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional; (b) rompimento da camisinha; (c) em caso de deslocamento do diafragma ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual; (d) em caso do DIU sair do lugar ou se for expulso; (e) falha do coito interrompido, com ejaculação na vagina ou na vulva; (f) uso incorreto do método da tabela ou do muco cervical; (g) esquecimento de tomar pílulas ou injetáveis; (h) nos casos de estupro. A pílula anticoncepcional de emergência não deve ser usada como método anticoncepcional de rotina, ou seja, substituindo um outro método anticoncepcional. Deve ser usada apenas em situações emergenciais, porque a dose de hormônios é grande. A pílula anticoncepcional de emergência não é abortiva. Deve ser usada, no máximo, até cinco dias após a relação sexual desprotegida, tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses (a primeira dose até cinco dias após a relação sexual e a segunda doze horas após a primeira). Quanto mais rápido a pílula for usada, maior a sua eficácia para evitar uma gravidez indesejada.

8.2.8 Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

O dispositivo intra-uterino (DIU) é um objeto pequeno de plástico flexível, que pode ser recoberto de fios de cobre ou conter hormônio (DIU medicado). O DIU recoberto com cobre age provocando uma reação inflamatória pela presença de corpo estranho na cavidade uterina. Há aumento da concentração de vários tipos de leucócitos, prostaglandinas e enzimas nos fluidos uterino e tubário. Essas mudanças interferem na motilidade e vitalidade dos espermatozoides e podem provocar alterações nos óvulos. O DIU não é abortivo. O DIU mais usado é o modelo de DIU TCu 380 A. Esse modelo é o mais eficaz dos DIUs com cobre e seu efeito dura 10 anos após a sua inserção. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos geralmente são discretos e não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa. A fecundidade retorna logo após a retirada do DIU. O DIU é um bom método para ser utilizado na pré-menopausa, desde que a mulher não apresente nenhuma condição que contra-indique o seu uso. Todas as mulheres que optarem pelo DIU devem ser orientadas ao uso do preservativo em todas as relações sexuais, principalmente aquelas que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras, pois o risco de desenvolver DIP (Doença inflamatória Pélvica) na presença de DSTs é maior em usuárias de DIU.

8.2.9 Endoceptivo (DIU medicado)

Consta de um Dispositivo Intra Uterino que libera 20mg/dia de levonorgestrel, com eficácia de 99,8% em cinco anos após a inserção, agindo localmente no útero (endométrio), com mínima absorção sanguínea. Provoca diminuição gradativa do fluxo menstrual,

podendo promover amenorréia por atrofia endometrial, embora não provoque as reações sistêmicas relacionadas a progesterona. É considerado atualmente um bom método, por não influenciar endocrinologicamente o restante do organismo, enquanto contribui para o controle das hipermenorragias comuns desta fase. A grande dificuldade de sua utilização está no valor e na necessidade de inserção por ginecologista qualificado para isso.

Enquanto algumas mulheres consideram como vantagem “bloquear” todos os sintomas e intercorrências menstruais no climatério, outras preferem acompanhar todo o processo de evolução hormonal e de maturidade de seu organismo. Estas últimas passam a conduzir esta etapa da vida com investimento em dieta, hábitos saudáveis, exercícios físicos, medicações fitoterápicas, homeopáticas ou acupuntura, optando desta forma, por métodos contraceptivos não hormonais.

A escolha do melhor método eficaz para evitar uma gestação nesta fase tão especial de maturidade é fundamental e individual e a mulher precisa se sentir segura quanto à contracepção adotada, sem, ter um preço alto de efeitos colaterais a pagar pelo desfrute de sua atividade amorosa e sexual,

8.3 Métodos de Barreira

Estes métodos se baseiam na obstrução da passagem dos espermatozóides para o interior do útero, impossibilitando assim o seu encontro com o óvulo. A eficácia desses métodos está aumentada nesta faixa etária, devido a possibilidade de maior experiência na sua utilização, assim como menor frequência coital e maior ocorrência de ciclos anovulatórios. Entre eles estão: a camisinha masculina (preservativo ou condom), a camisinha feminina, espermaticidas e o diafragma.

Podem ser utilizados como opção única ou associados a qualquer outro método contraceptivo, proporcionando assim maior eficácia anticoncepcional. É importante enfatizar, mais uma vez, que a incidência da infecção pelo HIV e de casos de Aids vem aumentando entre as mulheres com mais de 50 anos, heterossexuais (*ver capítulo 12*). Daí ser uma estratégia fundamental o incentivo ao uso da camisinha masculina ou feminina.

8.3.1 Camisinha masculina ou preservativo

A camisinha é considerada hoje um método de excelência pela dupla proteção que oferece: protege, ao mesmo tempo, das DST/HIV/Aids e da gravidez quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca.

A camisinha masculina consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual. Algumas são lubrificadas com silicone ou lubrificante à base de água, e algumas são revestidas também com espermicidas.

A camisinha é prática. É usada apenas na hora da relação sexual e não atrapalha o prazer sexual. Nunca devem ser usadas duas camisinhas ao mesmo tempo, nem masculina com feminina, nem duas masculinas, nem duas femininas, pois o risco de rompimento é maior.

Os parceiros sexuais, principalmente os de faixa etária mais avançada, precisam ser estimulados ao uso do preservativo, pois podem apresentar alguma resistência, devido a dificuldades no âmbito da esfera cultural, provocando distúrbios psicosssexuais, como o medo dos distúrbios de ereção.

8.3.2 Camisinha feminina

A camisinha feminina consiste de um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e outra aberta, acoplada a dois anéis flexíveis também de poliuretano. Já é fabricada com lubrificante, para melhorar o desconforto e o ruído. Podem ser colocadas até 8 horas antes da relação sexual. Nunca devem ser usadas junto com o preservativo masculino.

À exemplo da camisinha masculina, a camisinha feminina também oferece dupla proteção e é um bom método, inclusive porque a mulher pode utilizá-lo se o parceiro não concordar em utilizar a camisinha masculina. É preciso estimular o uso, ao passo que a camisinha feminina vem sendo gradativamente de forma crescente e ampla em todo o país, como forma de garantir às mulheres sua proteção e autonomia.

8.3.3 Espermicidas

São substâncias químicas usadas para recobrir a vagina e o colo do útero antes ou durante as relações sexuais, com o objetivo de impedir a penetração dos espermatozoides no canal cervical, e, bioquimicamente, imobilizar ou destruir os espermatozoides. O produto espermicida à base de nonoxinol – 9 (N-9) a 2% é o mais amplamente utilizado no Brasil e no mundo. Entretanto, o N-9 pode provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usado várias vezes ao dia, aumentando o risco de infecciosidade e transmissibilidade de DST/HIV. Além disso, podem agravar a colpíte hipoestrogênica (atrófica). A OMS orienta que as mulheres que têm risco aumentado para DST/HIV, especialmente as que têm relações sexuais freqüentes (diariamente), não devem usar o espermicida como método contraceptivo. O espermicida, para o máximo de efetividade, deve ser usado com o diafragma ou com os preservativos. O espermicida é efetivo por um período de uma hora após ser colocado.

8.3.4 Diafragma

Consiste em um capuz macio de látex ou silicone côncavo, com borda flexível, que cobre o colo uterino, podendo ser colocado minutos ou horas antes da relação sexual. Previne algumas DST e complicações por elas causadas, especialmente gonococos e clamídia. Entretanto, não protege contra HIV, HPV, herpes genital e tricomonas, porque não recobre a parede vaginal e a vulva. Pode ser usado com ou sem espermicida. Quando a mulher foi devidamente orientada para o seu uso, a colocação do diafragma é tão simples quanto a de uma lente de contato e não dói. O diafragma não deve ser retirado de 6 a 8 horas após a última relação sexual. Quando o diafragma está bem colocado, não atrapalha a relação sexual, nem é percebido pelo homem.

8.4 Métodos Comportamentais

Entre os métodos comportamentais encontram-se: a Tabela (Ogyno-Knauss), Temperatura basal, Muco cervical (Billings), Sintotérmico (associação da tabela + muco cervical+ temperatura basal + observação dos sinais e sintomas que indicam o período fértil), o coito interrompido e a relação sexual sem penetração vaginal.

Os métodos da Tabela (Ogyno-Knauss), Temperatura basal, Muco cervical (Billings) e Sintotérmico baseiam-se na abstenção de relação sexual com penetração vaginal temporária, durante o período fértil (periovulatório), para propiciar a contracepção.

Devido à eficácia destes métodos ser restrita e dependente da regularidade menstrual, só têm lugar enquanto os ciclos permanecerem regulares, conservando a periodicidade, o que é pouco comum nesta faixa etária.

Com relação ao coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, pois o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozóides. Às vezes, o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação. Além disso, a prática do coito interrompido pode gerar tensão e insatisfação entre o casal, pois a relação fica incompleta.

8.5 Esterilização Cirúrgica

8.5.1 Laqueadura tubária

Em franca decadência nos países mais desenvolvidos, devido ao planejamento familiar dispor atualmente de inúmeros outros métodos reversíveis, de menor custo, menor risco e menores complicações em longo prazo, a laqueadura tubárea (LT) ainda apresenta lugar de destaque como opção freqüente em nosso país. A decisão da esterilização deve ser da mulher ou do casal, com a orientação dos profissionais de saúde.

Atualmente, com a maior ocorrência de separações de casais, as taxas de arrependimento após as laqueaduras tubárias vêm aumentando, pois em um relacionamento em seqüência, um filho poderá ser desejado e a reversibilidade é quase impossível.

A Laqueadura tubárea pode ser realizada por via laparoscópica, abdominal ou vaginal (culdoscopia), por variadas técnicas, sendo um dos métodos mais eficazes de contracepção. É importante salientar que com o avanço da idade, os riscos relacionados à morbiletalidade são maiores e as queixas menstruais como o aumento do volume do fluxo, algia pélvica, hipermenorréia e outras irregularidades, tendem a piorar com a esterilização cirúrgica. Deve ser indicação de exclusão, quando os benefícios realmente compensarem os riscos e não houverem outras opções.

8.5.2 Vasectomia

Ao contrário da esterilização feminina, a vasectomia deve ser incentivada por tratar-se de um procedimento mais fácil e seguro, em relação à esterilização na mulher. É uma ótima forma de dividir a responsabilidade sexual e de procriação com o parceiro. Oferece também maior chance de reversibilidade, desde que seja precoce (até três anos após a

cirurgia), embora somente deva ser realizada quando houver por parte do homem ou casal, plena convicção da necessidade e desejo de esterilização permanente.

Muito tem sido investido para oferecer maior facilidade no acesso e possibilidades para a realização da vasectomia e em informação e esclarecimento à população de que a vasectomia não interfere na qualidade da sexualidade masculina para que o número aumente consideravelmente em relação à sobrecarga feminina neste sentido.

8.6 Gestação no Climatério

Atualmente, muitas mulheres, com relação estável ou não, têm optado por ter filhos após os 35 anos, embora este período coincida com o declínio da fertilidade, devido ao envelhecimento natural dos ovários. O potencial reprodutivo da mulher diminui gradativamente após a terceira década de vida, mesmo que a função ovariana permaneça até a menopausa. Porém, a ocorrência de amenorréia, inclusive nesta fase, impõe a realização de um teste de gravidez quando o casal não estiver utilizando um método contraceptivo seguro.

No climatério a possibilidade de ocorrência de gestação é menor, há uma maior incidência de abortamentos e de malformações congênitas, que refletem o envelhecimento e diminuição da qualidade do óvulo, o que acontece gradual e naturalmente com a idade. Além disto, com o passar do tempo, aumenta a possibilidade de desenvolvimento de infertilidade em decorrência de doenças ginecológicas, como as infecções pélvicas e a endometriose. Na ocorrência da gestação, os riscos maternos a partir dos 35 anos incluem a maior possibilidade de desenvolvimento de agravos como hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* – o que é mais prevalente nas mulheres negras - relacionadas à predisposição individual e ao processo metabólico próprio do envelhecimento, agravadas pela condição da gestação, imprimindo um risco de morbidade e mortalidade maior à mulher.

A indicação de investigação de infertilidade em uma mulher após os 35 anos ocorre após 6 meses de tentativas para engravidar. Além de uma história clínica bastante cuidadosa na busca de etiologias possíveis, procede-se à análise da ocorrência de ovulação e da integridade e permeabilidade uterina e tubárea e do espermocitograma do parceiro.

A reserva ovariana de uma mulher se refere ao número de folículos primordiais presentes nos ovários naquele momento, relacionada diretamente com seu potencial reprodutivo, diminuindo mensalmente até a ocorrência da menopausa. O valor preditivo da idade, hereditariedade, número de gestações a termo anteriores e idade da menarca é limitado na estimativa sobre as chances de gestação e de resposta aos tratamentos que envolvam indução de ovulação, devendo ser pesquisados outros parâmetros que avaliem o potencial reprodutivo. São necessários outros testes para análise da reserva ovariana como parâmetros para avaliação do potencial reprodutivo, como a dosagem do FSH e do Estradiol no 3º dia do ciclo, a relação FSH/LH e o teste do clomifeno. A avaliação ultrassonográfica do aparelho genital, principalmente do aspecto e volume ovariano, também pode contribuir no diagnóstico de infertilidade.

Quando a etiologia da infertilidade é encontrada, procede-se ao tratamento específico. Para casos de infertilidade tubárea, peritonia e sem causa aparente, procedimentos de reprodução assistida são, após os 37 anos, a primeira escolha de tratamento.

As principais alternativas reprodutivas no climatério se referem a melhorar a qualidade do ovócito das mulheres, através de várias técnicas, a seguir:

- Transferência de Citoplasma: Propõe injeção de citoplasma de ovócitos jovens (de doadoras férteis) em ovócitos de pacientes inférteis, sendo melhor o resultado em mulheres de comprovada baixa fecundidade.
- Ovodoação: Consiste na utilização de ovócitos de uma doadora jovem para fertilização pelos espermatozóides do parceiro da receptora, quando esta é infértil. No climatério, onde a reserva ovariana é diminuída, esta é, atualmente a melhor opção, no entanto, este procedimento precisa ser muito bem entendido e aceito pelo casal, pois envolve a carga genética de outra mulher.
- Criopreservação de ovócitos e tecido ovariano: É uma técnica desenvolvida para manter a função reprodutiva das mulheres que necessitam fazer quimioterapia, radioterapia, cirurgia pélvica radical ou mesmo preservar a fertilidade permitindo assim que as mulheres submetidas a tratamento oncológico ou que desejem postergar a concepção, possam dispor de seus ovócitos, sem prejuízo à qualidade.

Em frente às dificuldades reprodutivas no climatério todas as opções indicadas devem ser consideradas, no aconselhamento, planejamento e acompanhamento das mulheres que desejarem gestar em idades mais avançadas, respeitando os princípios éticos e considerando as possíveis repercussões físicas e psicológicas.

9 AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS NO CLIMATÉRIO

9.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são um grupo de infecções de grande incidência global, determinando graves conseqüências à saúde individual e coletiva. Infertilidade, infecções congênitas e até óbito podem ser o desfecho dessas infecções, que experimentaram um declínio em sua incidência com a descoberta e a ampla utilização de antibióticos, a partir de meados do século 20, mas que não tardou a recrudescer, resultado de uma série de novas posturas frente ao exercício da sexualidade, com a difusão dos anticoncepcionais hormonais e uso insuficiente de preservativo. Mais recentemente, também os países mais desenvolvidos vêm experimentando a elevação das incidências de sífilis e linfogranuloma venéreo, por exemplo, assim como cepas de gonococos cada vez mais resistentes a antibióticos são identificadas em vários países.

Uma importante característica da história natural dessas infecções em mulheres é o fato de que cerca de 75% delas se desenvolver de modo discreto ou assintomático, o que redundará em menores chances de diagnóstico, maior período de transmissibilidade e maiores riscos de complicações. Isto é particularmente importante nas cervicites (gonococo e clamídia).

As principais DST e seus agentes etiológicos estão resumidos no quadro a seguir:

Quadro 7 – Síndromes clínicas, seus agentes, transmissão e cura.

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curável
	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Cancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
Úlceras	Herpes	<i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i>	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim

continua

continuação

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curável
Corrimentos	Vaginose bacteriana	<i>múltiplos</i>	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	vírus	sim	não

A ocorrência dessas infecções se dá predominantemente em indivíduos jovens, em idade reprodutiva, no entanto não é desprezível o acometimento de mulheres com mais de 35 anos.

Com a evolução da supressão hormonal fisiológica, ocorrem modificações no trofismo da vagina, assim como há uma diminuição do muco cervical, tornando o ambiente mais susceptível, com a redução dos mecanismos de defesa aos traumas advindos do ato sexual com penetração. Aumenta assim a vulnerabilidade e conseqüentemente o risco de infecções, incluindo o risco da transmissão do HIV.

A vaginose bacteriana, apesar de não ser classificada como DST, e sim o resultado do desequilíbrio da microbiota vaginal em mulheres predispostas, pode ser mais comum nessas mulheres. Evidências vêm demonstrando que tal fato pode estar associado ao aumento do pH vaginal após a cessação dos ciclos menstruais.

As DST podem ocorrer em mulheres no climatério sem qualquer modificação em sua história natural, ou seja, não há especificidades quanto ao período de incubação, na evolução clínica e na resposta terapêutica.

Para maiores esclarecimentos, recomenda-se a utilização da estratégia da abordagem sindrômica das DST, que é uma a estratégia do Ministério da Saúde para o atendimento a portadores/as de queixas relacionadas às DST. Neste material, as DST são agrupadas em síndromes clínicas, de acordo com a presença de sintomas e sinais clínicos, e por essa razão não são úteis na triagem de indivíduos assintomáticos, mas são extremamente sensíveis em pacientes sintomáticos. Para detalhes, ver *Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 4ª edição, Brasília 2006. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

9.2 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids

A aids, por definição, caracteriza-se por imunodeficiência grave e por aparecimento de doenças oportunistas, sendo uma doença de notificação compulsória. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, até junho de 2007, foram notificados 131.127 casos de Aids em mulheres, sendo que 40,72% têm mais de 35 anos. A maior incidência ocorre entre 35 e 49 anos. Considerando que a demanda voluntária para a testagem do HIV nesta época da vida seja relativamente baixa, quando comparada com mulheres mais jovens e em idade reprodutiva franca (em que há o oferecimento da testagem para o HIV no pré-natal) estima-se que a incidência da infecção pelo HIV, seja bem maior do que o número de casos identificados pelos serviços de saúde.

A maioria dos casos de aids em mulheres ainda é identificada na fase mais avançada da doença. Desta maneira, é importante incentivar o diagnóstico do HIV e iniciar o tratamento precocemente, conforme as “Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV” do ano em vigência.

O mecanismo de transmissão mais freqüente nesta população específica é a relação heterossexual, sendo a mulher quatro vezes mais suscetível do que o homem. O comportamento do parceiro, geralmente ignorado pelas mulheres, é um dos fatores de risco que as coloca vulneráveis para a infecção pelo HIV e/ou outras DST. Além destes dados, torna-se bastante dificultado (por motivos socioculturais e religiosos), o aconselhamento entre mulheres com mais de 40 anos, com união heterossexual estável ou não, na medida em que o(s) parceiro(s), na sua grande maioria, não crêem na possibilidade de seu próprio estado sorológico positivo.

Outro fator a lembrar é que nessa faixa etária há menor taxa de fecundidade, dificultando a negociação com o parceiro sexual para o uso do preservativo. Há também menor demanda aos serviços de saúde para a testagem voluntária ou a oportunidade de receber aconselhamento para a realização do teste anti-HIV, o que contribui para o aumento de infecções pelo HIV nessa população. É importante que os profissionais de saúde que cuidam dessas mulheres ofereçam o teste anti-HIV, possibilitando assim o diagnóstico e tratamento precoce dessa condição, o controle da infecção e conseqüentemente a prevenção da doença (aids).

Testes para detecção dos anticorpos anti-HIV devem ser oferecidos a todas as mulheres que procuram avaliação e tratamento para outras DST, pois estão expostas a um risco maior de infecção, principalmente quando se trata de doenças ulcerativas. Da mesma forma deverão ser avaliadas para a presença de co-infecções sexualmente transmissíveis, testando para sífilis, por exemplo, todas as mulheres com diagnóstico do HIV.

A transmissão do HIV ocorre por meio das relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados contaminados e da mãe infectada para o concepto. A transmissão nas relações sexuais é bidirecional tanto nas heterossexuais como nas homossexuais. O risco da transmissão aumenta com a prática do intercurso anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência e os níveis altos RNA-HIV (carga viral) do transmissor é mais avançado. A presença de doenças sexualmente transmissíveis, os

processos inflamatórios/infecciosos genitais, além das relações sexuais durante o período menstrual, aumentam a possibilidade de transmissão do HIV.

O HIV provoca um amplo espectro de problemas clínicos que podem simular vários tipos de enfermidades. Imediatamente após a infecção e durante um período prolongado (2/4 semanas até 3 meses), existe um breve estado de portador(a) com anticorpos ainda não detectáveis pelos testes anti-HIV disponíveis (período de janela imunológica). Durante esse período, o vírus se reproduz rapidamente até que o sistema imunológico comece a reagir. O RNA do HIV ou o antígeno P24 (antígeno do capsídeo) é detectável no plasma, mesmo quando ainda não se detecta anticorpo contra o HIV. Dentro de uma a quatro semanas de infecção, alguns (umas) pacientes desenvolvem uma síndrome retroviral aguda ou infecção primária pelo HIV, com febre, mal-estar, exantema, artralgia, cefaléia, faringite, mialgia e linfadenopatia generalizada, habitualmente durando de 3 a 14 dias, seguida por soroconversão para anticorpos contra o HIV. A síndrome retroviral aguda frequentemente é confundida com infecção febril das vias aéreas superiores ou síndrome mononucleose símile.

Estas manifestações desaparecem, persistindo em geral a linfadenopatia generalizada (presença de gânglios em mais de duas cadeias extra-inguinais, maior que um centímetro de diâmetro, com evolução de três ou mais meses, sem outros sinais ou sintomas associados). Assim, os pacientes passam a um estado de portador assintomático com anticorpos positivos para o HIV. Alguns desenvolvem sintomas leves e sinais que não preenchem a condição definidora de aids. A leucopenia é comum, anemia e trombocitopenia também podem ocorrer.

A síndrome aguda do HIV é acompanhada por súbita diminuição da contagem de células CD4, altos níveis de viremia plasmática e concentrações consideráveis de RNA-HIV no plasma. A recuperação clínica é acompanhada pela redução dos níveis de RNA plasmático, representando o desenvolvimento da resposta T citotóxica (T-CD4). A diminuição da contagem de células CD4 ocorre por morte celular induzida pelo HIV. A contagem de CD4 cai de forma progressiva. As concentrações plasmáticas de RNA-HIV mostram um pico inicial durante a infecção aguda, diminuindo então para um ponto de equilíbrio como resultado da soroconversão e do desenvolvimento de uma resposta imunológica. A doença avançada é demonstrada pela contagem de células CD4 $< 200/\text{mm}^3$ e pelo desenvolvimento de infecções oportunistas, determinadas neoplasias, síndrome consumptiva e complicações neurológicas.

Vários novos princípios de tratamento para a infecção pelo HIV surgiram na década de 90. Novos métodos para avaliar rapidamente os efeitos das drogas sobre o HIV no sangue, isto é, supressão dos níveis plasmáticos de RNA-HIV, e uma melhor compreensão da rápida produção viral, mesmo nos estágios clinicamente inativos da infecção, alteraram a abordagem e o manejo clínico da doença, desde o seu aparecimento.

O início do tratamento da infecção pelo HIV tem como objetivo proporcionar um aumento da sobrevida com melhor qualidade ao indivíduo infectado. A abordagem terapêutica visa a maior redução possível da carga viral, pelo maior tempo possível com o objetivo de deter a progressão da doença, prevenindo e/ou reduzindo a possibilidade de

surgimento de variantes virais resistentes. Nesse sentido, é importante o uso racional de medicamentos de modo a alcançar os objetivos clínicos, virológicos e imunológicos. O uso criterioso dos anti-retrovirais (ARV) visa preservar as opções terapêuticas, minimizar os efeitos colaterais e tóxicos além de maximizar a adesão ao tratamento.

As recomendações para a terapia anti-retroviral (TARV) são revisadas anualmente pelo Programa Nacional de DST/Aids e incorporam, sempre que necessário, os avanços aceitos pela comunidade médica e científica mundial. De acordo com o atual consenso para tratamento de adultos, os indicadores para as recomendações terapêuticas se baseiam nos sintomas, contagem de CD4 e carga viral. Está indicado o tratamento para todos pacientes infectados pelo HIV que estejam sintomáticos(as), independentemente da contagem de CD4 e àqueles com CD4 menor do que 200 células/mm³. Para pacientes com quantitativos de células CD4 entre 200 e 350 células/mm³ o início da terapia é controverso, embora o início da terapia anti-retroviral possa ser considerada de acordo com os parâmetros imunológicos (declínio na contagem de CD4), virológicos (incremento nos valores da carga viral) e com outras características do paciente (motivação e capacidade de adesão). Está contra-indicado o início da terapia em pacientes assintomáticos com níveis de CD4 maior do que 350 células/mm³.

A decisão da terapia inicial sempre deve incluir três drogas, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), associado a um inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN) ou a um inibidor da protease (IP), o que significa que esquemas duplos (apenas com dois ITRN) não devem mais ser utilizados.

9.3 Efeitos Colaterais dos ARV (Anti-Retrovirais) em Relação aos Agravos mais Comuns no Climatério

Vários para-efeitos foram reconhecidos e atribuídos aos anti-retrovirais, alguns desses efeitos tóxicos são potencialmente graves e podem limitar a capacidade ou o desejo do indivíduo em manter o tratamento. As reações adversas aos agentes anti-retrovirais compreendem o desenvolvimento ou agravamento de *Diabetes mellitus*, alterações lipídicas séricas associadas ao risco de doença coronariana e AVE, acidose láctica/esteatose do fígado atribuída aos análogos de nucleosídeos e toxicidade hepática.

A resistência à insulina é observada em 30 a 90% dos pacientes tratados com inibidores da protease (IP). As alterações na sensibilidade à insulina e na glicemia ocorrem em 2 a 4 meses após o início da terapia anti-retroviral, e podem ser identificados pelos testes de tolerância à glicose.

As alterações nos lipídios sangüíneos surgiram como uma complicação importante do HAART (“Highly Active Antiretroviral Therapy” – Terapia de Alta Potência), com a preocupação óbvia do potencial de aterosclerose e doença coronariana prematura. Estudos demonstraram que a própria evolução da infecção pelo HIV estava associada a altos níveis de triglicerídios e redução nos níveis de colesterol. Com o HAART, baseado em inibidores de protease (IP), geralmente há um aumento dos triglicerídios e do colesterol, podendo os níveis de triglicerídios ultrapassar 1000 mg/dl, com maior risco de pancreatite e aterosclerose. A hiperlipidemia com aumento do LDL e dos triglicerídios está mais associada ao HAART

baseada em IP, especialmente aos esquemas associados com ritonavir. O efavirenz e possivelmente a nevirapina estão relacionados ao aumento do colesterol total e do HDL.

Também é comum em pacientes submetidos à terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) o surgimento da redistribuição do tecido adiposo corporal. Esta condição de lipodistrofia foi relacionada inicialmente, ao uso de inibidores da protease (IP). A “síndrome” se associa a uma perda da gordura periférica e ao acúmulo de gordura na cavidade abdominal e na parte superior do tronco. O acúmulo de gordura na parte superior do tronco tem sido relacionado com o uso de IP, porém atualmente está claro que os análogos de nucleosídeos (ITRN) também desempenham um papel importante no desenvolvimento da lipodistrofia.

Já estão disponíveis pelo SUS os tratamentos corretivos da lipodistrofia, nos centros de referência, de acordo com a Portaria Ministerial nº 2.582, de 2 de dezembro de 2004, validada pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde de nº 118, de 4 de fevereiro de 2005.

Todos os anti-retrovirais foram implicados como causas de hepatotoxicidade. A acidose láctica com esteatose hepática pode ocorrer com os análogos de nucleosídeos (ITRN). Os IP, especialmente o ritonavir, podem causar hepatotoxicidade e também ocorre hepatite medicamentosa com ITRNN especialmente a nevirapina. Deve ser feito um controle rigoroso das enzimas hepáticas durante o tratamento. A monitorização dos níveis das aminotransferases é recomendada para todos os pacientes recebendo nevirapina, independentemente de terem ou não doença hepática subjacente.

A osteonecrose e a necrose avascular são outras possíveis complicações tardias que podem ser atribuídas ao HAART. A prevalência descrita com base em ressonância magnética de rotina é de 1,3% a 4,4%. O local mais comum é a cabeça do fêmur. A osteopenia e a osteoporose são relativamente comuns, embora não exista uma associação clara com agentes específicos, classes de medicamentos ou lipodistrofia.

9.4 Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV

Desde 1993, o CDC (Centro de Controle de Doenças – EUA) expandiu sua definição dos casos de aids, incluindo doenças ginecológicas graves. Isso significa que em pacientes HIV positivos a presença de doenças como candidíase é freqüente, persistente ou pouco responsiva ao tratamento; neoplasia intra-epitelial moderada a grave (SIL de alto grau) e doença inflamatória pélvica, incluídas na categoria B (atribuídas ou complicadas pelo HIV), caracterizam o desenvolvimento de aids. O mesmo ocorre na categoria C, que inclui úlcera crônica por herpes simples e câncer de colo uterino invasivo.

As alterações da flora vaginal com o aumento da incidência de vaginose bacteriana (*Gardnerella vaginalis* e outras bactérias) e candidíase (vulvovaginite por cândida) estão entre as doenças mais comuns encontradas no trato genital inferior de pacientes soropositivas. Inicialmente, faz-se o tratamento convencional. Como as recidivas são habituais, em alguns casos é necessária a utilização de terapia supressiva.

A evolução da herpes (HSV) genital costuma ser mais arrastada e resistente aos tratamentos habituais. Quando as lesões são extensas e se acompanham de infecção

secundária, deve-se proceder ao tratamento da infecção e terapêutica supressiva naquelas pacientes com mais de seis recidivas no período de um ano.

Fazendo parte do cenário das DST associadas, a sífilis aparece com importante incidência nas pacientes soropositivas. O rastreio de rotina será realizado por meio do VDRL e sua confirmação em casos positivos através de FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody absorption), TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination Assay) ou ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay). O tratamento se impõe para titulações ascendentes ou VDRL reagente, em qualquer titulação, especialmente quando são títulos baixos, se não houver possibilidade de realizar testes confirmatórios ou sem documentação de tratamento anterior. A punção liquórica deve ser considerada para algumas pacientes com o objetivo de avaliar a ocorrência de neurosífilis, que nesses casos pode ser mais incidente. Além disso, o quadro clínico-laboratorial pode sofrer profundas modificações, determinando dificuldades para o diagnóstico e na qualidade da resposta terapêutica.

Seguindo-se as vaginoses bacterianas e as candidíases, o HPV (Papilomavírus) também tem alta incidência nessas pacientes. As lesões por HPV costumam ter evolução agressiva nas mulheres imunodeprimidas, com frequência significativa de recidivas e progressão para neoplasia anogenital diretamente proporcional à intensidade da imunodepressão.

Diversos estudos prospectivos mostraram um aumento de dez vezes na frequência de esfregaços colpocitológicos alterados em mulheres que são portadoras do vírus HIV. Estes, em 97% das vezes apresentam incidência de infecção pelo HPV. Demonstrou-se em estudo com mulheres HIV – positivas gravemente imunossuprimidas que a incidência de lesão de alto grau (SIL de alto grau) é extremamente alta, atingindo taxas superiores a 69%, estabelecidas por meio da identificação viral por PCR ou hibridização molecular. É importante ressaltar o fato de que a terapia anti-retroviral reduz tanto a incidência de lesões condilomatosas como as de alto grau, apesar da persistência da infecção pelo HPV.

De acordo com esses dados, a recomendação do Ministério da Saúde, à semelhança do CDC, para o controle e o seguimento das mulheres positivas para o HIV, é a realização do exame colpocitológico, cujo resultado sendo normal, deverá ser repetido após seis meses e se assim persistir, poderá ser realizado anualmente nas pacientes com $CD4 > 200 \text{ cels/mm}^3$ (enquanto a paciente apresentar $CD4 < 200 \text{ cels/mm}^3$ aconselha-se a realização semestral da colpocitologia). Quando o citopatológico apresentar lesões inflamatórias e/ou atípicas, deverá ser repetido em três meses. A presença de lesões intra-epiteliais de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H) realizar colposcopia e biópsia, se necessário.

9.5 Terapia Hormonal e Interações Medicamentosas com Anti-Retrovirais

Aspectos referentes à TH (Terapia Hormonal) em mulheres no climatério estão descritas no capítulo 13 “Opções Terapêuticas”. A decisão de iniciar ou dar continuidade ao tratamento hormonal deve sempre considerar a peculiaridade de cada mulher, procurando individualizar o regime terapêutico a ser adotado, as doses e as vias a serem empregadas, o tempo de utilização dos hormônios, os benefícios e os riscos desta modalidade de tratamento.

A hormonioterapia, que é baseada fundamentalmente na administração de estrogênio, é mais comumente administrada por via oral, sofrendo metabolismo de dupla passagem hepática. O hormônio é absorvido e metabolizado a nível hepático, provocando a modificação de várias proteínas carreadoras (SHBG, CBG e TGB) sem prejuízo ao organismo e de outras que podem, eventualmente, serem prejudiciais (fatores da coagulação VII, IX, X e substrato de renina). Portanto, quando indicada a TH (Terapia Hormonal), é preferível utilizar o estrogênio na forma de estradiol (valerato ou 17 Beta), por via parenteral nas pacientes em tratamento com anti-retrovirais, assim como nas hipertensas, hepatopatas ou com fenômenos tromboembólicos. A via vaginal é mais indicada para pacientes com queixas exclusivamente urogenitais.

A nicotina e alguns fármacos alteram a função do citocromo P450, que é responsável direto pelo metabolismo hepático dos esteróides sexuais. Altera, também, a conversão mitocondrial do colesterol à pregnenolona, comprometendo o metabolismo hormonal, reduz os níveis de LH e converte estradiol em 2-metoxi-estrone, metabólito nocivo ao endotélio.

É conhecida a interação entre etinil-estradiol e inibidores de protease, notadamente o ritonavir e o nelfinavir, também devido à utilização da mesma via de metabolização (citocromo P450 isoenzima CYP3A), havendo redução de aproximadamente 50% dos níveis séricos do estrogênio. Entretanto, este dado farmacológico não resultou em alterações clinicamente significativas, não havendo, até o momento, contra-indicação na associação de estrogênios com anti-retrovirais.

As estatinas podem apresentar interação com o efavirenz, devendo-se então estar atento para a possibilidade de ocorrer toxicidade grave, havendo relato de casos de disfunção hepática e rabdomiólise. Nessas situações, dá-se preferência ao uso de pravastatin e fluvastatin, devido a sua maior segurança.

O uso da TH em mulheres HIV positivas acompanham as mesmas indicações e contra-indicações daquelas com sorologia negativa. Cuidados especiais devem ser observados em pacientes em uso de HAART, onde, não raro, são observadas alterações na função hepática e no perfil lipídico.

10 AGRAVOS À SAÚDE MAIS FREQUENTES DURANTE O CLIMATÉRIO

A menopausa e o climatério fazem parte de um processo de envelhecimento lento e contínuo, que começa com mudanças sutis do metabolismo. São adaptações fisiológicas do organismo às conseqüências de diversos fatores alguns deles muitas vezes agressivos ou tóxicos ao seu funcionamento. Daí, paralelamente aos fatores hereditários, psicológicos e emocionais, a explicação do maior ou menor adoecimento ou condições de envelhecimento. A maturidade traz consigo um maior respeito para com o sistema glandular e a alimentação, conferindo a necessidade de reajustes em alguns hábitos de vida, para que o equilíbrio seja mantido. Frequentemente sintomas são atribuídos ao climatério quando, no entanto, há outra patologia associada. As medidas preventivas e promotoras de saúde que podem ser adotadas para evitar o aparecimento destas doenças são assunto do capítulo 7, “Promoção da Saúde no Climatério”.

As intervenções para prevenção das doenças cardíaco e cerebrovasculares devem envolver todos os profissionais de saúde da atenção básica, assim como os especialistas que prestam assistência às mulheres. A maior ênfase precisa ser dada à adoção de hábitos saudáveis por meio de medidas para o abandono do tabaco, a realização de atividades físicas regularmente e a manutenção do peso corporal adequado. O consumo de uma dieta com baixa quantidade de gorduras saturadas, alta em frutas, vegetais, grãos e fibras e com adequado aporte de proteínas também deve ser incentivado. Estas recomendações devem estar incluídas em cada atendimento, para ajudar as mulheres a reduzir seu próprio risco de doenças cardiovasculares e também porque elas estão em posição privilegiada, para influenciar mudanças de atitude e estilo de vida para seus filhos, para toda a família e pessoas de sua convivência.

A seguir, as principais manifestações clínicas e agravos relacionados ao processo de envelhecimento, que podem ocorrer ou se agravar durante o período do climatério.

10.1 Indisposição

Esta queixa é comum a muitas mulheres com mais de 30 anos e se justifica muitas vezes tão somente pelo excesso de atribuições a que se submetem. O estresse, a má alimentação, a falta de atividades físicas são, muitas vezes, fatores que se relacionam a tal queixa. No entanto, em casos de fadiga crônica, as causas mais comuns são a anemia, hipoglicemia e o hipotireoidismo. Portanto, é importante uma avaliação mais apurada, com análise laboratorial sempre que este dado estiver presente.

Muitas mulheres seguem dietas de restrição calórica pouco balanceada, comprometendo muitas vezes, a ingestão de nutrientes essenciais. De qualquer forma, uma alimentação equilibrada é essencial, ou mesmo o uso de suplementos com ferro, ácido fólico, complexo B e vitamina C, além de uma ingestão regular de carboidratos integrais (ver capítulo 7) podem ser indicados.

10.2 Hipotireoidismo

A insuficiência tireoidiana tem sido cada vez mais comum entre as mulheres, com uma instalação gradativa e muitas vezes não detectada aos exames clínicos (forma subclínica). Os sintomas não são específicos, o que muitas vezes retarda o diagnóstico. No entanto, em face de um quadro de indisposição, transtornos menstruais, metabolismo lento com tendência a aumento de peso, obstipação, queda de cabelos, ressecamento de pele, edema palpebral há de suspeitar de hipotireoidismo. Muitas vezes, por ser de instalação lenta e gradativa, os exames laboratoriais (TSH e T4 livre) não demonstram alterações, sendo necessária a avaliação do anticorpo anti-tireoideano (AAT). A forma subclínica está presente em 65% da população feminina a partir dos 65 anos. A história familiar normalmente contribui para o diagnóstico.

10.3 Doenças Cardiovasculares (DCV)

Atualmente as doenças cardiovasculares estão entre 3 das 10 mais freqüentes causas de morte da população feminina. Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada para o MS, o acidente vascular cerebral (AVC) lidera a lista, seguido pela hipertensão arterial (7º lugar), e pela doença isquêmica do coração (8º lugar).

Vários estudos sugerem que o estradiol apresenta uma função protetora para a doença coronariana, mas segundo evidências recentes, a terapia hormonal está associada ao aumento no risco da incidência de eventos isquêmicos cardiovasculares, bem como de tromboembolismo venoso. Desta forma, não existe no momento indicação para uso de qualquer forma ou dosagem de terapia hormonal com estrógenos e progestógenos como medida de prevenção cardiovascular.

Com a diminuição dos níveis séricos do estrogênio no climatério, os riscos passam a ser semelhantes aos dos homens da mesma faixa etária, embora estes nunca tenham apresentado este fator de proteção e apresentem riscos mais elevados também nesta faixa etária. É natural a compreensão de que alterações metabólicas ocorrem gradativamente em ambos os sexos, tendo como consequência o aumento nos níveis de colesterol, principalmente o LDL, com perda da proteção do HDL. Este fenômeno pode ser evitado com a orientação clara e sistemática para adoção de hábitos saudáveis.

A hipertensão arterial tem caráter hereditário, tanto em homens como em mulheres e é associada com alguns hábitos e estilo de vida, como comer em excesso, principalmente quando se trata de dietas com muito sal, gordura e açúcar. Há evidências de que os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares sejam a hipertensão, o tabagismo, as dislipidemias (aumento do colesterol LDL, diminuição do HDL e aumento dos triglicerídeos), o *Diabetes mellitus*, a obesidade, o sedentarismo, a alimentação inadequada, o envelhecimento, os fatores psicossociais e a história familiar.

A hipercolesterolemia e o aumento dos triglicerídeos são elementos importantes para o desenvolvimento da aterosclerose e da doença coronariana. Enfatizar a prevenção da doença coronariana na mulher após a menopausa é particularmente importante porque a incidência dessa doença aumenta com a idade. A diminuição dos estrógenos naturais pode contribuir ao incremento do risco, sendo que aquelas que apresentam uma menopausa precoce ou cirúrgica têm um risco aumentado para doença coronariana.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis com controle do peso por meio da reeducação alimentar com redução de sal, café e gorduras saturadas, o abandono do cigarro, realização de atividade física regularmente, consultas periódicas aos serviços de saúde para controle da pressão arterial e do lipidograma, além de medidas de planejamento das atividades e do tempo para o controle da ansiedade pela prática de técnicas de relaxamento, são eficazes na prevenção dessas doenças.

Para avaliação do risco global e classificação do risco cardiovascular da mulher, o Ministério da Saúde recomenda o Modelo de Framingham (ver anexo II), embora não haja consenso no escore a ser utilizado, adaptado para o contexto brasileiro.

10.4 Controle das DCV

10.4.1 Objetivos primários

Mulheres sem DCV

Baixo risco: < 2 fatores de risco

- Manter os valores do LDL < 160mg/dl (sendo que o desejado é < 130mg/dl)

Alto risco: ≥ 2 fatores de risco

- Manter os valores do LDL < 130mg/dl

Mulheres com DCV

- Manter os valores do LDL < 100mg/dl

10.4.2 Objetivos secundários

- Manter os valores do HDL >35mg/dl

- Manter os valores dos triglicerídeos < 200mg/dl

• Nota: os níveis considerados ótimos para as mulheres são de triglicérides 150mg/dl e HDL ≥ 45mg/dl

10.4.3 Recomendações

Para todas as mulheres

1. Investigar os hábitos alimentares como parte da avaliação de rotina.
2. Promover modificações do estilo de vida: dieta saudável, controle do peso corporal, atividade física adequada e regular, abandono do tabagismo.
3. Descartar causas secundárias de dislipidemia (hipotireoidismo, etc.).

Mulheres sem DCV

1. Medir colesterol total (CT) e HDL e valorizar outros fatores de risco não lipídicos. O seguimento está baseado nos valores iniciais de CT (valores em mg/dl):

- CT < 200, HDL ≥ 45: avaliar em 5 anos
- CT < 200, HDL < 45: seguimento com perfil lipídico total
- CT entre 200 – 239, HDL ≥ 45 e < 2 fatores de risco: avaliar em 1 a 2 anos
- CT entre 200 – 239, HDL < 45 e < 2 fatores de risco: seguimento com perfil lipídico total
- CT ≥ 240: seguimento com perfil lipídico total

Orientar para uma dieta com ingestão diária de menos de 30% de gordura, sendo até 8 – 10% de gordura saturada.

Mulheres com DCV

1. Medir perfil lipídico total (os valores podem levar entre quatro a seis semanas para estabilizar depois de um evento cardiovascular ou de um procedimento de revascularização).

2. Promover uma dieta com menos de 30% de gordura, menos de 7% de gordura saturada.

3. Agregar terapia farmacológica à dieta se:

- LDL ≥ 220mg/dl em mulheres na pré-menopausa sem fatores de risco
- LDL ≥ 190mg/dl em mulheres na pós-menopausa com < 2 fatores de risco
- LDL ≥ 160mg/dl em mulheres com ≥ 2 fatores de risco
- LDL ≥ 100mg/dl em todas as mulheres com DCV

A escolha do medicamento deverá basear-se também nos níveis de triglicérides.

10.5 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A presença da hipertensão arterial aumenta três a quatro vezes o risco da doença coronariana

Controle da Pressão Arterial em níveis normais:

10.5.1 Objetivos

Manter os valores da pressão arterial menor que 140/90mmHg.

- Valores ótimos: menor que 120/80mmHg

10.5.2 Recomendações

1. Aferir a pressão arterial como parte da avaliação de rotina.
2. Os valores limítrofes de pressão devem ser confirmados em sucessivas visitas.
3. O seguimento estará baseado na história prévia, nos sintomas, na presença de outros fatores de risco e de danos nos órgãos.

4. Orientar para mudanças no estilo de vida (controle do peso corpóreo, atividade física, restrição de sal, moderação no consumo de álcool).

5. Se os valores são > 140/90mmHg depois de três meses de modificações no estilo de vida ou se os valores iniciais são > 160mmHg de sistólica e > 100 de diastólica deverá ser iniciado o tratamento farmacológico individualizado.

10.6 Obesidade

Segundo alguns estudos o IMC (Índice de Massa Corpórea) alcança o pico máximo entre os 50 e 59 anos. A mudança no metabolismo que acompanha o climatério ocorre à custa da redução da lipase lipoprotéica, responsável, juntamente com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Há uma tendência ao depósito de gordura perivisceral, com o desenvolvimento de um padrão andróide (abdominal) de distribuição de gordura. É freqüente a diminuição das atividades físicas enquanto também ocorre uma menor necessidade calórica pelo organismo, devido à maior lentidão metabólica, com uma substituição gradativa da musculatura por tecido adiposo. Este padrão se relaciona com um risco elevado de doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplasias. O IMC normal está entre 20 e 25 e é calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado (em metro) e a medida da circunferência abdominal é normal quando < 80cm. Outro parâmetro adotado é a relação cintura/quadril, que reflete a gordura central, em que um valor acima de 0,85 reflete aumento do risco cardiovascular.

Quadro 8 – Classificação de sobrepeso/obesidade em relação ao IMC

Classificação	IMC
Normal	De 18,5 a 24,9
Sobrepeso	De 25 a 29,9
Obesidade Grau I	De 30 a 34,9
Obesidade Grau II	De 35 a 39,9
Obesidade Grau III	≥ a 40

Controlar o excesso de peso atual contribui para reduzir o risco de doença coronariana no futuro.

10.6.1 Tratamento da obesidade

10.6.1.1 Objetivos

Índices desejados:

- cintura < 80cm
- IMC : entre 18,5 e 24,9 kg/m²

10.6.1.2 Recomendações

1. Medir a circunferência da cintura e o IMC como parte da avaliação de rotina.

2. Adquirir e manter o peso ideal por meio de dieta e atividade física.
3. Recomendar e apoiar a diminuição de peso nas mulheres com HAS, dislipidemia, DM ou com antecedentes familiares de enfermidades cardiovasculares.
4. Controlar o aumento excessivo de peso durante a gestação.

Orientações dietéticas relacionadas às atividades físicas podem ser encontradas no capítulo 7, sobre “Promoção da saúde”.

As recomendações, bem como as indicações para tratamento farmacológico específico das doenças abordadas neste capítulo podem ser encontradas no CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 14 – Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cérebrovascular e Renal Crônica, e nº 12 – OBESIDADE, ambos publicados em 2006, pelo Ministério da Saúde. (disponíveis em www.saude.gov.br-publicações)

10.7 Diabetes Mellitus (DM)

O consumo excessivo de carboidratos, principalmente os refinados, contribui para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 ou da fase adulta, doença cuja incidência vem crescendo com o aumento de peso da população, aumentando conseqüentemente o risco para doenças cardíacas, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais. O excesso de insulina pode provocar gradativamente a intolerância à glicose, reduzir o HDL colesterol e promover vasoconstrição arterial, além de regular o armazenamento de gordura no corpo e a produção de colesterol.

Por isso, o desenvolvimento do *Diabetes mellitus* é também um importante fator de risco para a doença cardíaca coronariana, incrementando-a de três e sete vezes, enquanto que nos homens, de duas a três vezes.

10.7.1 Formas de diabetes mellitus

Tipo-I: Deficiência de insulina. As mulheres jovens portadoras dessa endocrinopatia têm menarca tardia, ciclos irregulares e menopausa precoce, provavelmente por ser de etiologia auto-imune. É insulino-dependente.

Tipo-II: Resistência à insulina e disfunção das células beta. Responsável por 90% dos casos de diabetes, interfere nos níveis dos hormônios sexuais, na gordura abdominal e no metabolismo da insulina, porém parece não afetar a idade da menopausa. A adoção de dieta hipoglicêmica e atividade física diária favorecem o controle da glicemia, muitas vezes dispensando a medicação ou retardando o aparecimento da doença.

10.7.2 Controle do diabetes mellitus

10.7.2.1 Objetivos

Para população em geral

- Glicemia < 110mg/dL (atualmente há tendência em diminuir este valor para <100mg/dL).

Para Diabéticas

- Manter os valores de glicemia em:

Pré-prandial = 80 a 120 mg/dl.

Antes de deitar-se = 100 a 140mg/dl.

- Manter a hemoglobina glicosilada < 7%.
- Pressão Arterial < 130/80.
- LDL < 100 mg/dL se houver antecedente de DCV.
- LDL < 130 mg/dL se não houver antecedente de DCV, apesar de alguns pesquisadores considerarem ideal o LDL < 100 mg/dl para todas.
- Triglicérides < 150 mg/dL.

10.7.2.2 Recomendações

1. Solicitar a glicemia como rotina para as mulheres com fatores de risco para DM.
2. Promover uma dieta para diabéticas e orientar atividade física regular.
3. Controlar os outros fatores de risco como HAS, sobrepeso e obesidade.
4. Monitorizar as mulheres com diabetes com glicemia e hemoglobina glicosilada na avaliação de rotina.
5. Instituir farmacoterapia com hipoglicemiantes orais ou insulina, quando necessário.

Na perspectiva da promoção da saúde é importante que sejam tomados cuidados desde a infância em relação ao consumo exagerado e freqüente de doces, principalmente à base de carboidratos simples, que têm rápida absorção, levando ao aumento da concentração sérica de glicose. Pode ainda, gerar sobrecarga pancreática, aumento na produção insulínica e caso não tratada levar a intolerância à glicose por resistência à insulina e finalmente a diabete. Em conseqüência ao aumento da insulina e de sua resistência periférica, ocorre maior desenvolvimento de aterogênese por ação direta no vaso ou por alterar os fatores de risco para DCV.

10.8 Transtornos Psicossociais

Muitos fatores interferem com a gênese dos quadros psíquicos no climatério. A relação entre a falência ovariana e tais sintomas parece não ser direta.

Ao contrário do transtorno disfórico pré-menstrual e dos transtornos puerperais do humor, não existe consenso sobre a existência de uma verdadeira síndrome psicoafetiva associada ao hipoestrogenismo. A exemplo, uma maior prevalência de transtorno depressivo unipolar no sexo feminino ocorre durante os primeiros anos reprodutivos da mulher em relação aos homens. Após a menopausa, quando os níveis estrogênicos estão baixos, mas constantes, não há diferença significativa na prevalência de depressão entre os sexos. Deve ser considerado o histórico de síndrome depressiva como fator de risco para a intensidade dos sintomas físicos (fogachos) e das alterações de humor perimenopáusicas. A influência

de fatores extrínsecos (alimentação, exercício físico, atividade ocupacional, social, lazer, etc.) e aspectos socioculturais podem determinar as diferenças dos sintomas psíquicos.

Quando ocorrem, os mais freqüentes são: tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido.

Estes sintomas variam na freqüência e 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 nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente.

Na maioria das vezes o apoio e incentivo 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, além das medidas anteriores, 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 pelo especialista e é baseado em medicamentos antidepressivos e ou ansiolíticos. A terapia hormonal pode ser indicada, quando o quadro for acompanhado por sintomas físicos.

10.8.1 Controle dos transtornos psicossociais

10.8.1.1 Objetivos

- Estimular, por meio das várias medidas referidas, a adaptação positiva a situações de estresse.
- Melhorar, no possível, a qualidade de vida.
- Estabelecer e manter as conexões sociais.

10.8.1.2 Recomendações

1. Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta das mesmas, como parte da avaliação de rotina.
2. Estimular a participação em atividades sociais de mulheres com tendência ao isolamento.
3. Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado um evento cardiovascular recente.
4. Considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.

10.9 Alterações Gastrointestinais

No climatério podem ocorrer algumas queixas relacionadas ao trato digestivo que não apresentam relação direta com o hipoestrogenismo, mas interferem na qualidade de vida das mulheres nessa fase. São elas:

- Síndrome da boca dolorosa: é o desconforto na língua ou mucosa oral, sem outras alterações clínicas. Mais comum em tabagistas ou usuárias de antidepressivos. O tratamento é no sentido de estimular as glândulas salivares, por meio do aumento da ingesta hídrica e uso de gomas de mascar.

- Refluxo gastroesofágico: devido à idade e mais comumente em obesas, ocorre a gradativa incompetência do esfíncter esofágico inferior. Os sintomas são pirose e regurgitação ácida, além de tosse, laringite e dor torácica encontradas com menor frequência. O tratamento é feito por meio da substituição de medicamentos que agravam o refluxo e uso de medicações anti-secretoras gástricas, podendo chegar ao tratamento cirúrgico nos casos em que não houver resposta satisfatória.

- Dispepsia: definida como dor ou desconforto no abdômen superior, associada ou não à pirose, náuseas, vômitos e empachamento pós-prandial. Pode ser funcional, tratada através de bloqueadores de H₂, pró-cinéticos ou inibidores da bomba de prótons, ou orgânica, relacionada à úlcera péptica e a lesões provocadas por medicamentos.

10.10 Alterações Urogenitais

10.10.1 Distopias

A etiologia dos prolapso genitais é relacionada a muitos fatores, como a constituição estrutural óssea e muscular da pelve, a qualidade da assistência obstétrica, a paridade, aos fatores raciais, ao metabolismo do colágeno e ao envelhecimento dos tecidos. A insuficiência estrogênica relativa que se inicia com o climatério, desempenha papel relevante para o surgimento ou agravamento das distopias, devido à diminuição da elasticidade e hipo ou atrofia músculo ligamentar. No entanto, este é um dos fatores responsáveis pelo adelgaçamento das estruturas, que é um processo catabólico geral do envelhecimento. Este processo também ocorre com mulheres jovens portadoras de doenças debilitantes, nutricionais, doenças neurológicas ou associadas a deficiências constitucionais das estruturas de fixação e sustentação da pelve. Além disso, esforços físicos intensos e ou repetidos podem lesar permanentemente as estruturas pélvicas. Fatores raciais também estão relacionados, ocorrendo com maior incidência nas mulheres brancas em relação às orientais e negras.

Entre as distopias em seus variados graus estão as cistoceles, uretroceles, retoceles, prolapso uterinos, da cúpula vaginal e enteroceles.

A ruptura perineal decorrente de lacerações de parto, embora não seja distopia, é importante no que se refere à manutenção da funcionalidade das estruturas do assoalho pélvico.

O tratamento clínico das distopias genitais pode ser fisioterápico, através dos exercícios de Kegel (vide capítulo 7), medicamentoso ou com uso de pessários. A indicação cirúrgica precisa ser criteriosa em relação à oferta de resultados, em vista das recidivas frequentes, do processo gradativo de atrofia muscular e da complexidade das estruturas musculares, ligamentares e nervosas envolvidas, responsáveis pela manutenção funcional e estética do aparelho genital feminino.

10.10.2 Incontinência urinária

A incontinência urinária ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer faixa etária, tendendo a manifestar-se mais freqüentemente com o aumentar da idade, principalmente nas mulheres, na perimenopausa. Muitos tratamentos são atualmente utilizados para resolução desta disfunção, que muito além do aspecto físico, afeta a esfera psicoemocional e social do ser humano, que constrangido, pode ter receio de expor seu problema para o profissional de saúde e afasta-se do convívio social.

A incontinência urinária ocorre devido a diversos fatores como: enfraquecimento do assoalho pélvico, adelgaçamento do tecido periuretral, danos secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos e outros.

Alterações relacionadas diretamente aos fatores hormonais sobre o aparelho genital podem ser vistas no capítulo 5, sobre “Fisiologia e manifestações clínicas a curto, médio e longo prazo”.

10.11 Alterações da Saúde Bucal

Muitos problemas odontológicos encontrados nas mulheres que estão no climatério são, na realidade, acompanhados por mudanças físicas, algumas das quais na cavidade bucal, sendo as mais comuns o desconforto bucal e a perda óssea alveolar resultante da osteoporose, sendo que esta pode ser também influenciada pelo fator etiológico da doença periodontal que é a infecção bacteriana.

Principais Alterações Fisiológicas nas Mulheres no Climatério:

- Mudanças nos níveis hormonais que podem afetar as glândulas salivares deixando-as durante o período do climatério, tanto antes quanto após a menopausa com uma sensação constante de secura na boca;
- Com a diminuição da produção do estrogênio observamos alterações na absorção de cálcio da dieta e um aumento dos níveis de cálcio na urina. Isso faz com que estes fatores sistêmicos interajam com fatores locais aumentando o padrão de perda óssea alveolar (doença periodontal).

10.11.1 Doença periodontal

A doença periodontal é caracterizada pela reabsorção do osso alveolar e pela perda dos tecidos de inserção dental e sua etiologia principal é a infecção bacteriana, mas fatores de risco como a idade, alterações imunes, uso de medicamentos, deficiências nutricionais, fumo, estresse, genética e condições sistêmicas como diabetes e outras alterações hormonais acentuam esta doença. Se a pessoa faz a higienização correta ela está menos propícia a sofrer alterações bucais relacionadas a esses fatores de risco.

10.11.2 Desconforto bucal

Vários fatores podem levar a um processo de xerostomia e todos podem apresentar a boca seca, vez ou outra, especialmente se há apreensão, tristeza ou estresse. Caso a xerostomia constituir queixa freqüente, deverá ser avaliada, pois pode ser manifestação de problemas de saúde mais sérios ou alguma doença que mereça maior atenção.

Podem também apresentar secura dos tecidos bucais, palidez anormal dos tecidos gengivais, vermelhidão e sangramento na escovação, resultando muitas vezes, em um aumento na incidência de cárie. O desconforto bucal inclui sintomas como:

- Sensação de secura e boca pegajosa
- Dificuldade de deglutição
- Sensação de queimação na língua
- Sensação de secura na garganta
- Lábios rachados
- Paladar reduzido ou gosto metálico na boca
- Feridas na boca
- Mau hálito freqüente
- Dificuldade de mastigar/falar

Orientações para a prevenção dos agravos à saúde bucal podem ser consultadas no capítulo 7, sobre promoção da saúde.

10.12 Efeitos do Tabagismo

Hoje no mundo, estima-se que 250 milhões de mulheres são consumidoras diárias de produtos do tabaco. Estudos indicam ainda que o consumo de derivados do tabaco causa em torno de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares (infarto, angina) o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas – DPOC - (enfisema e bronquite),

Em relação aos outros riscos de doenças tabaco-relacionadas, as mulheres fumantes além de terem maiores tendências de desenvolverem câncer em geral, doenças cardiovasculares, DPOC, também apresentam outros tipos de riscos específicos ao gênero.

Além disso, a depressão, co-morbidade psiquiátrica mais comumente associada ao tabagismo, é mais freqüente entre mulheres, sendo um dos fatores que contribuem para dificultar a cessação e aumentar a probabilidade de recaída após a parada do hábito de fumar. Estudos também mostram que mulheres começam e continuam a fumar para manterem-se magras, aspecto bastante explorado nas estratégias de marketing, de produtos específicos para o público feminino. O medo do ganho de peso após a cessação do tabagismo é maior entre mulheres, o que tem sido importante fator de recaída.

No Brasil, o câncer de pulmão é a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. Além disso, observa-se que a mortalidade por câncer de pulmão nesse grupo está aumentando de forma mais rápida do que entre os homens. O tabagismo também tem sido associado de forma consistente com câncer de colo de útero, embora ainda não esteja esclarecido em que extensão essa associação independe da infecção pelo HPV. Alguns estudos sugerem que a exposição passiva à fumaça de tabaco, principalmente durante a adolescência, é associada com um maior risco de câncer de mama, embora essa associação ainda continue incerta, necessitando de maiores pesquisas. Quanto à saúde reprodutiva, entre as mulheres que usam contraceptivo oral e fumam, o risco de desenvolverem doenças cardiovasculares passa a ser 20 a 40 vezes maior quando comparado com o risco entre mulheres que não fumam e nem usam contraceptivos.

Alguns estudos sugerem que o tabagismo pode alterar a função menstrual aumentando o risco de dismenorréia, amenorréia secundária e outras irregularidades menstruais. A menopausa em fumantes se instala mais precocemente que em não fumantes, além de poderem apresentar sintomas de menopausa mais severos. Mulheres que fumam com 60 anos ou mais também sofrem uma redução da densidade mineral óssea nos ossos do quadril, quando comparadas às não fumantes.

No mundo mais de meio milhão de mulheres morrem a cada ano devido a doenças relacionadas ao tabaco. E à medida que o consumo de tabaco cresce entre as mulheres também cresce a mortalidade por doenças causadas pelo tabaco nesse grupo. Nos países desenvolvidos onde as mulheres já vêm fumando há muito tempo, a taxa de mortalidade devido a doenças causadas pelo tabaco responde por 25 a 30% de todas as mortes femininas no período do climatério. Atualmente, o câncer de pulmão é o segundo em mortalidade nas mulheres brasileiras, que mantêm alto índice de tabagismo.

O Ministério da Saúde, vem desenvolvendo ações voltadas para o tabagismo e as questões de gênero por meio de campanhas de esclarecimento na mídia, assim como pelas proibições do fumo em ambientes públicos e de trabalho está desenvolvendo ações voltadas para o tabagismo e às questões de gênero, com o objetivo de controlar as doenças tabaco-relacionadas no país, envolvendo especialmente as mulheres.

11 CÂNCER NO CLIMATÉRIO

11.1 Epidemiologia do Câncer nas Mulheres

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer nas mulheres é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico deste agravo, desde os aspectos etiológicos até o estabelecimento de medidas de controle. As estimativas do número de casos novos oferecem base para o planejamento e aprimoramento das ações que visam a prevenção e atenção em todos os níveis.

Para o ano de 2008, são esperados 234.870 casos novos de câncer para o sexo feminino no Brasil. Estima-se que os tumores mais incidentes neste grupo populacional, exceto os tumores de pele não melanoma (59.120 casos novos), são os de mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão.

Tabela 1 – Estimativa do número de casos novos de câncer (exceto pele não melanoma) em mulheres, Brasil, 2008

Localização	Nº casos novos	
Mama Feminina	49400	
Colo do Útero	18680	
Cólon e Reto	14500	
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9460	
Estômago	7720	
Leucemias	4320	
Cavidade Oral	3780	
Pele melanoma	2970	
Esôfago	2650	
Outras localizações	62270	

Fonte: Estimativa 2006/Instituto Nacional do Câncer/MS

A distribuição dos casos ocorre de forma heterogênea nas unidades da federação e capitais do país com grande variação regional na distribuição das taxas brutas de incidência de câncer de forma geral ou por localização primária. Com algumas exceções, as taxas são maiores nas regiões Sul e Sudeste e menores nas regiões Nordeste e Norte, com valores intermediários na região Centro-Oeste (quadro 8).

Quadro 9 – Coeficientes de incidência* estimados para os tipos de câncer mais freqüentes (exceto pele não-melanoma) em mulheres, no Brasil e regiões geográficas, 2008

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
1º	Mama feminina (51)	Colo do Útero (22)	Mama feminina (28)	Mama feminina (38)	Mama feminina (68)	Mama feminina (67)
2º	Colo do Útero (19)	Mama feminina (16)	Colo do Útero (18)	Colo do Útero (19)	Cólon e Reto (21)	Colo do Útero (24)
3º	Cólon e Reto (15)	Estômago (5)	Cólon e Reto (6)	Cólon e Reto (11)	Colo do Útero (18)	Cólon e Reto (22)
4º	Pulmão (10)	Pulmão (5,0)	Estômago (5)	Pulmão (9)	Pulmão (11)	Pulmão (16)
5º	Estômago (8)	Cólon e Reto (4)	Pulmão (5)	Estômago (6)	Estômago (10)	Estômago (10)

* Taxa bruta por 100 mil mulheres

Fonte: Estimativa 2006/Instituto Nacional do Câncer/MS

11.2 Detecção Precoce de Neoplasias Malignas no Climatério

A freqüência das neoplasias malignas é maior no período após a menopausa. Desta forma, ações de detecção e diagnóstico precoces devem ser disponíveis, pois contribuem para a prevenção, tratamento em fases iniciais e aumento da sobrevivência das mulheres. É necessário também informar as mulheres no climatério sobre os fatores de risco de desenvolvimento de câncer, as medidas preventivas e de detecção precoce, estimulando-as a consultar regularmente um serviço de saúde. Ações educativas e de informação para as mulheres são fundamentais e as oportunidades devem ser aproveitadas na consulta individual e nas atividades educativas de grupo.

Este capítulo não se propõe a ser utilizado como referência no tratamento das neoplasias apresentadas a seguir. O objetivo é a abordagem da mulher no climatério em relação à prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres mais incidentes na mulher brasileira, a fim de subsidiar o (a) profissional de saúde em como proceder até o devido encaminhamento ao serviço especializado.

11.3 Câncer de Mama

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Sua incidência apresentou um crescimento contínuo na última década,

o que pode ser resultado de mudanças sócio-culturais, demográficas e também pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, que propicia o diagnóstico.

Apesar do bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil porque a doença é ainda diagnosticada em estádios avançados. Com base nas informações dos Registros Hospitalares do Instituto Nacional do Câncer - Inca, no período 2000/2001, 50% dos tumores de mama foram diagnosticados nos estádios III e IV. O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres devido à sua alta incidência, estimada em 51 casos/100 mil mulheres para 2008 e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

11.3.1 Fatores de risco

Os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama são:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

Outros fatores de risco para o câncer de mama são:

Idade, obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição a radiações ionizantes, terapia hormonal, ingestão regular de álcool.

A idade é considerada um importante fator de risco. Quanto maior a idade, maior a probabilidade de a mulher ter câncer de mama. A obesidade após a menopausa é um dos principais fatores de risco para o câncer de mama. A ingestão regular de álcool, mesmo em quantidade moderada, também é identificada como fator de risco.

11.3.2 Prevenção e detecção precoce

Embora alguns fatores ambientais ou comportamentais estejam associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção primária. Hábitos saudáveis como a alimentação balanceada, abandono do tabagismo e do alcoolismo e atividade física regular devem ser estimulados visando à

promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis em geral. A avaliação da real necessidade e duração da Terapia Hormonal (TH) no climatério e a redução do contato com radiações ionizantes devem ser também consideradas.

Em relação às mulheres com mutações genéticas que predis põem a um risco maior de câncer de mama, identificadas pelo aconselhamento genético, não há um consenso nacional sobre a condução destes casos. Da mesma forma, não há estudos sobre a eficácia da quimioprofilaxia na população feminina brasileira que justifiquem sua recomendação.

A base da prevenção do câncer de mama é a sua detecção precoce (prevenção secundária), por meio do diagnóstico das lesões em estágios iniciais e o tratamento oportuno destas. As medidas recomendadas são:

- Rastreamento anual por meio do **exame clínico das mamas (ECM)** para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. Este procedimento compõe o atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária (vide Caderno de Atenção Básica nº. 13 - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e das Mamas):
- Rastreamento por **mamografia**, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- **Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos**, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
- **Garantia de acesso** ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Para mulheres com mamas muito densas, a ultra-sonografia mamária pode ser indicada.

A ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Ela pode ser complementada pela ultra-sonografia nas seguintes situações:

- Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
- Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto;
- Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões Categoria 2 e 5 (BI-RADS®) microcalcificações, distorção da arquitetura e densidade assimétrica focal.

11.3.3 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer e quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode

detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O ECM deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação dos exames complementares. Para sua adequada realização, o ECM o deve seguir os seguintes passos, conforme as recomendações técnicas do Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

- inspeção estática e dinâmica;
- palpação das axilas;
- palpação da mama com a mulher em decúbito dorsal com os braços estendidos acima da cabeça.

A sensibilidade do ECM varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos.

11.3.4 Mamografia

A mamografia permite a detecção precoce do câncer, pois identifica lesões em fase inicial, ainda não palpáveis. Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento.

A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista.

11.3.5 Auto-exame das mamas

O Instituto Nacional do Câncer/MS preconiza que o exame das mamas realizado pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo, porém não deve ser uma estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama.

Evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas pode possibilitar o aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos.

Portanto, o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico ECM realizado por profissional de saúde (médico/a ou enfermeiro/a) qualificado para essa atividade.

A prevenção terciária envolve o tratamento adequado do câncer a fim de minimizar danos e facilitar o processo de reabilitação. Avanços tecnológicos têm sido direcionados para o diagnóstico precoce e o tratamento no sentido de melhorar o prognóstico e sobrevida das mulheres.

11.3.6 Quadro clínico

O câncer de mama quando palpável apresenta-se como nódulo ou tumor em uma das mamas, acompanhado ou não de dor, descarga papilar, alterações na pele da mama, abaulamentos, retrações ou um aspecto semelhante a casca laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na(s) axila(s).

11.4 Diagnóstico

11.4.1 Diagnóstico das lesões palpáveis

Em mulheres com menos de 35 anos, as lesões palpáveis têm a ultra-sonografia (USG) como método de escolha para avaliação por imagem. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição e pode ser complementada pela ultra-sonografia nas seguintes situações:

- Nódulo sem expressão radiológica, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
- Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto;
- Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões Categoria 2 e 5 do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), microcalcificações, distorção da arquitetura e densidade assimétrica focal. A edição de 2003 do BI-RADS® está disponível na internet na página do Colégio Americano de Radiologia (<http://www.acr.org>)

Se houver lesões suspeitas deve-se buscar a confirmação do diagnóstico no serviço de referência de média complexidade. O diagnóstico pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológico, quando o material for obtido por punção, através de agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional.

A PAAF é um procedimento ambulatorial, de baixo custo e de fácil execução, que dispensa o uso de anestesia e raramente apresenta complicações.

A PAG ou *core biopsy* é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico (por congelamento, quando disponível), permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais.

Nas lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultra-sonografia), prosseguir a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica. Havendo indisponibilidade da realização de exames de imagem está indicada a investigação por meio da PAAF ou PAG.

11.4.2 Diagnóstico citopatológico

Os critérios citológicos para a avaliação das lesões mamárias podem ser categorizados como:

- padrão citológico benigno, negativo para malignidade;
- padrão citológico positivo para malignidade - apresenta celularidade alta, com células epiteliais atípicas, geralmente isoladas e com citoplasma intacto, ausência de núcleos nus e redução da coesão celular. Sempre que possível acompanha a especificação diagnóstica do processo;
- padrão citológico de malignidade indeterminada (tumor papilar, tumor filóide);
- padrão citológico suspeito para malignidade (lesão epitelial proliferativa com atipias).

11.4.3 Diagnóstico histopatológico

O relatório histopatológico deve conter os elementos necessários para o adequado manuseio clínico da mulher sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico, apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imunohistoquímica.

O diagnóstico prévio fornecido por meio das punções reduz o estresse da mulher quanto ao conhecimento do procedimento cirúrgico a que será submetida, otimiza o planejamento das atividades do centro cirúrgico, além de ser de custo inferior quando comparado a uma internação para biópsia cirúrgica convencional.

11.4.4 Diagnóstico das lesões não palpáveis detectadas na mamografia

A conduta nas lesões não palpáveis segue a proposta do sistema BI-RADS®, publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em reunião de Consenso em 1998(www.acr.org).

Nos casos Categoria 3 (BI-RADS®) deve ser realizados dois controles radiológicos (mamografias) com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual.

Nas lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS®) está indicado estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de PAG, mamotomia ou biópsia cirúrgica.

Por tratar-se de lesão não palpável, a biópsia cirúrgica deve ser precedida de marcação (MPC - marcação pré-cirúrgica), que pode ser guiada por raios X (mão livre, biplanar ou estereotaxia) ou por ultra-sonografia.

PAG e mamotomia podem ser guiadas por raios X (estereotaxia) ou por ultra-sonografia.

Se houver disponibilidade, recomenda-se eleger a USG para guia de procedimento invasivo, quando a lesão for perceptível pelos dois métodos.

Nos casos de PAG e mamotomia com resultado histopatológico benigno, é necessário saber como foi o procedimento para decidir a conduta.

O procedimento (PAG, mamotomia) é considerado adequado se produzir fragmentos

íntegros (mínimo 3) se a lesão for atingida.

Nas lesões Categoria 4 (BI-RADS®), nos casos de procedimento adequado e resultado histopatológico benigno, deve-se fazer dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual; nos casos não adequados indicar biópsia cirúrgica.

Nas lesões Categoria 5 (BI-RADS®), se o resultado histopatológico for benigno, deve-se proceder à investigação com biópsia cirúrgica, tanto nos casos de procedimento adequado, quanto nos casos de procedimento não adequado.

A biópsia cirúrgica também está indicada nos casos de exame histopatológico *radial scar*, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasor e material inadequado, quando a biópsia for realizada em material obtido por meio PAG ou mamotomia.

11.4.5 Estadiamento

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos, TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância.

11.4.6 Tratamento

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar para o tratamento integral da mulher. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico.

Informações detalhadas sobre o estadiamento e tratamento do câncer de mama podem ser obtidas no site do INCA (www.inca.gov.br), em *câncer/condutas clínicas*.

11.5 Câncer do Colo Uterino

No Brasil, o câncer de colo do útero é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres (exceto câncer de pele não-melanoma), sendo superado apenas pelo câncer de mama. Para o ano de 2008 estima-se a ocorrência de 18680 novos casos de câncer do colo do útero.

O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no país. O estágio da doença, conforme dados dos hospitais que adotam o registro hospitalar de câncer, é avançado em 70% dos casos, o que reduz a possibilidade de cura. A média de idade das mulheres com Lesão Intra-epitelial (LIE) é 15 anos mais jovem do que das mulheres com câncer invasor sugerindo uma lenta progressão da doença. Nos últimos anos, o carcinoma invasor do colo uterino acometeu mais freqüentemente mulheres jovens, principalmente em decorrência da maior incidência de papilomavírus neste grupo etário. Todavia, observou-se o aumento da incidência de carcinoma “in situ” em mulheres após a menopausa, o que justifica a importância da continuidade das ações de prevenção

e detecção precoce nesta fase da vida da mulher.

11.5.1 Fatores de risco:

Os principais os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero são:

- baixa condição sócio-econômica
- início precoce da atividade sexual
- multiplicidade de parceiros sexuais
- tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados)
- higiene íntima inadequada
- uso prolongado de contraceptivos orais e DIU (Dispositivo Intra Uterino), devido ao não uso de preservativos
- imunodeficiência

A mulher em situação de risco pode ser identificada durante o atendimento pelos profissionais de saúde e deve receber atenção particularizada. A data do último exame preventivo realizado, antecedente de algum tipo de tratamento no colo do útero, sangramento vaginal intermenstrual, sangramento vaginal ao coito (sinusiorragia), são ítems que devem ser investigados. Infecção por herpes-vírus como marcador da atividade sexual, tabagismo, corticoterapia, diabetes, lúpus e AIDS (situações de imuno-supressão) compõem a identificação de um perfil de risco.

Estudos recentes mostram ainda que o HPV (vírus do papiloma humano) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero.

11.5.2 Prevenção e detecção precoce

A prevenção primária do câncer de colo de útero consiste em evitar o aparecimento da doença por meio de ações sobre o ambiente e os fatores de risco. Dentre estas se destacam o estímulo ao sexo seguro, por meio do uso de preservativos para evitar o contágio pelo HPV (vírus que tem papel importante no desenvolvimento deste câncer e de suas lesões precursoras); e a diminuição da exposição ao tabaco.

A prevenção secundária consiste na detecção precoce pela realização do exame preventivo do câncer do colo do útero e no tratamento oportuno das lesões precursoras e do carcinoma “*in situ*”.

O rastreamento citológico é a principal estratégia para detecção precoce da doença. O exame consiste da análise de células oriundas da ectocérvice e da endocérvice, colhidas no colo do útero. É técnica de alta eficácia, baixo custo, indolor e, de modo geral, bem aceita pela população. O exame pode ser realizado em unidades básicas de saúde que tenham recursos materiais e humanos qualificados para realizá-lo.

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade.

Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (no intervalo de 1 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos).

11.5.3 Recomendações para o exame

Para realização do exame preventivo em padrão que garanta a qualidade dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disto, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Por vezes, em decorrência do déficit estrogênico, a visualização da junção escamo-colunar e da endocérvice encontra-se prejudicada, assim como pode haver dificuldade no diagnóstico citopatológico devido à atrofia do epitélio. Nestes casos recomenda-se o uso de cremes de estrogênio intravaginal (dar preferência ao estriol, devido à baixa ocorrência de efeitos colaterais) por 7 dias antes do exame, aguardando um período de 3 a 7 dias entre a suspensão do creme e a realização da colheita do exame preventivo. Na impossibilidade do uso do creme, a estrogênização pode ser feita através da administração oral de estrogênios conjugados por 07 a 14 dias (0,3 mg /dia), a depender da idade, inexistência de contra-indicações e grau de atrofia da mucosa.

A qualidade do exame depende da observação de critérios específicos. As mulheres que apresentarem anormalidades citopatológicas após a estrogênização, devem ser encaminhadas à colposcopia imediata e a conduta dependerá dos achados encontrados; nas que apresentarem achados colposcópicos negativos nova citologia deverá ser realizada em seis meses (com estrogênização prévia). A coleta deve ser feita na ectocérvice e endocérvice, e no fundo de saco vaginal (nas mulheres histerectomizadas). Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas desde que a escova de colheita de material não seja introduzida no canal endocervical.

É fundamental que os serviços de saúde incorporem a orientação sobre a importância do exame preventivo na atenção às mulheres no climatério. A sua realização periódica, com padrão de qualidade e garantia do seguimento adequado das mulheres com exames alterados, permitirá reduzir incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

A prevenção terciária envolve o tratamento do câncer invasivo com o objetivo de minimizar danos e facilitar o processo de reabilitação.

11.5.4 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer do colo do útero pode ser feito em 90% dos casos a partir do exame preventivo do câncer do colo do útero (colpocitologia oncológica), observadas as recomendações técnicas ideais de realização. Nos casos de lesões de alto risco, devem ser realizadas a colposcopia e a biópsia, seguidas do exame histopatológico do material biopsiado.

11.5.5 Quadro Clínico

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é feita através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas são: sangramento vaginal, corrimento e dor. Em fases mais avançadas, o odor pode estar presente.

11.5.6 Tratamento

Na vigência de anormalidades citológicas deve-se proceder conforme as Diretrizes Nacionais da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. As condutas dependem de avaliação individualizada, que abrangem desde controles citológicos periódicos, colposcopia, biópsia do colo e estudo histopatológico de um fragmento da lesão, até conização, em casos de LIE (lesões intraepiteliais) de alto grau. A partir do diagnóstico de invasão, deve ser feito o encaminhamento aos centros de atenção oncológica.

PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm por objetivo reduzir a incidência, a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses tipos de câncer, por meio da oferta de serviços para a prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres.

Tais constatações motivaram a construção do Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil com o objetivo de alcançar as metas de redução da taxa de incidência para o câncer de colo de útero e das taxas de mortalidade, para ambos. O Plano apresenta seis diretrizes estratégicas e ações a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde. São elas: Aumento da Cobertura da População-Alvo; Garantia da Qualidade; Fortalecimento do Sistema de Informação; Desenvolvimento de Capacitações; Mobilização Social e Desenvolvimento de Pesquisas. Estas diretrizes estão sendo implementadas no SUS em todo o país com a urgência possível, visando garantir os resultados almejados, em um curto espaço de tempo.

11.6 Câncer do Corpo do Útero

11.6.1 Epidemiologia

O câncer do corpo do útero é predominantemente uma doença das mulheres após a menopausa com a idade média do diagnóstico em torno dos 60 anos. A incidência tende a aumentar a partir dos 50 anos sendo que apenas 5% dos casos ocorrem antes dos 40 anos. O adenocarcinoma do endométrio responde por cerca de 95% dos casos de câncer do

corpo do útero enquanto que menos de 5% dos casos são sarcomas. Os adenocarcinomas se originam do endométrio enquanto que os sarcomas se originam do endométrio ou da camada muscular do útero.

11.6.2 Fatores de risco

O endométrio é um tecido hormônio responsivo que sofre o efeito proliferativo do estrogênio e secretor da progesterona. A transformação proliferativa atípica e neoplásica tem sido associada a uma exposição estrogênica crônica não antagonizada pela progesterona ou progestógenos. O câncer de endométrio associado ao estrogênio (adenocarcinoma) pode progredir de um estágio pré-maligno (hiperplasia adenomatosa) para maligno. Porém vale lembrar que nem toda a hiperplasia adenomatosa evolui para câncer. Alguns raros cânceres de endométrio são de predisposição familiar, sendo que, nesses casos, o risco de desenvolver a doença pode chegar a 50%. O câncer de endométrio é também mais comum em mulheres com antecedente de câncer de mama, cólon ou ovário.

As hiperplasias atípicas são as que apresentam o maior risco de evoluir para câncer. Outros fatores de risco são:

- Terapia estrogênica não antagonizada por progesterona ou progestógeno.
- Menarca precoce/menopausa tardia.
- Tumores secretores de estrogênio.
- Nuliparidade, anovulação crônica.
- Características demográficas: idade avançada, raça caucasiana, status sócio econômico elevado.
- Doenças associadas: *Diabetes mellitus*, obesidade, hipertensão, colecistopatias.
- Radioterapia pélvica prévia.

11.6.3 História natural e padrão de disseminação

O crescimento inicial do câncer de endométrio ocorre na camada glandular que reveste a cavidade uterina, sendo desta forma, o sangramento vaginal após a menopausa, sintoma presente em 90 % das mulheres. Com o crescimento progressivo, o tumor estende-se pela cavidade endometrial até o segmento inferior, podendo comprometer o colo do útero. A invasão do miométrio pode ocorrer simultaneamente. A extensa rede linfática propicia o comprometimento dos gânglios paraórticos no abdome superior, dos ligamentos de sustentação, linfonodos pélvicos, inguinais superficiais, nas mais variadas combinações. A bexiga, o cólon e anexos podem ser comprometidos por invasão direta. Fragmentos de tumor podem migrar pelas Trompas de Falópio e atingir a cavidade abdominal. A disseminação hematogênica é pouco freqüente. A disseminação à distância se faz para o pulmão, fígado, ossos e cérebro.

11.7 Hiperplasia Endometrial

É a proliferação do endométrio com alterações glandulares arquiteturais e citológicas que variam desde endométrio proliferativo desordenado até modificações complexas de difícil distinção do adenocarcinoma bem diferenciado. Quanto mais atípica for a hiperplasia, maior risco de evoluir para carcinoma. Pode ser consequência de estímulo estrogênico prolongado, endógeno ou exógeno, não antagonizado pela progesterona ou progestógenos.

As hiperplasias endometriais são classificadas como simples com ou sem atipia, ou complexa com ou sem atipia.

11.7.1 Quadro clínico

O câncer de endométrio deve ser considerado na mulher após a menopausa com sangramento vaginal, na perimenopausa com sangramento abundante e persistente, e na transição menopausal nas mulheres obesas ou oligovulatórias, com padrão anormal de sangramento. Mulheres assintomáticas podem, ocasionalmente, exibir células endometriais no exame preventivo de câncer do colo do útero. Outros sintomas incluem piometra, dor pélvica ou massa pélvica.

11.7.2 Diagnóstico

Qualquer mulher que apresente sangramento uterino anormal deverá ser investigada. O exame pélvico é essencial incluindo exame retal. Baseado em sólidas evidências, o rastreamento em mulheres assintomáticas com ultra-sonografia transvaginal poderá resultar em exames adicionais desnecessários, dolorosos e com riscos de infecção e sangramento. A maioria dos cânceres endometriais é diagnosticada pelos sintomas referidos, e em alta proporção dos casos, o diagnóstico é feito em estágios precoces, apresentando altos índices de sobrevivência. O rastreamento desta neoplasia em população de risco, por meio do uso de diferentes métodos e, não somente um, é a mais adequada maneira de se promover o diagnóstico precoce.

- **Teste da progesterona:** tem indicação na pós-menopausa e consiste em administração de 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por via oral durante 10 dias com sangramento por privação até 15 dias após o término da medicação caso haja proliferação endometrial prévia. Se o teste for positivo, há necessidade de se prosseguir na investigação com a ultra-sonografia pélvica por via transvaginal, de preferência, que poderá indicar à histeroscopia e biópsia endometrial. O teste apresenta resultado falso-positivo em 56% das vezes (teste positivo e endométrio atrófico), e falso negativo em 6% das mulheres após a menopausa, porém, quando é negativo apresenta alta acurácia. O teste da progesterona pode ser utilizado como rastreamento populacional para detecção de lesões precursoras e carcinomatosas do endométrio.
- **Ultra-sonografia pélvica transvaginal:** é o método de rastreamento de patologia endometrial, miometrial e ovariana, que fornece informações referentes ao volume do útero, espessura e características do endométrio. O exame deve ser

sempre realizado imediatamente após o término do sangramento, seja menstrual ou provocado (após o teste da progesterona) para visualização da camada basal do endométrio, possibilitando o diagnóstico de possíveis alterações, sem o efeito proliferativo induzido pelos hormônios, aumentando assim sua acurácia. Nestas condições e em mulheres após a menopausa sem terapia hormonal e com a espessura endometrial a partir de 5 milímetros deverá ser investigado.

- Biópsia de endométrio: pode ser realizada em ambulatório sem necessidade de anestesia ou dilatação do colo. Obtém-se o diagnóstico em 90% das vezes. É aceita como primeiro passo de investigação, devendo ser valorizada apenas quando positiva, devido a falsos negativos (lesões focais ou em locais de difícil acesso).
- Curetagem uterina com dilatação do colo: considerada anteriormente a técnica padrão ouro, é, nos dias atuais, raramente utilizada devido aos riscos e ao custo, tendo sido substituída pela biópsia de endométrio e pela histeroscopia, onde esta é disponível. Caso haja suspeita de câncer de endométrio e a histeroscopia não estiver disponível, deverá ser obrigatoriamente realizada. A biópsia de endométrio não substitui a curetagem uterina em casos de suspeita de câncer quando a histeroscopia não for disponível.
- Histeroscopia com biópsia endometrial: possibilita a avaliação do canal cervical, da cavidade endometrial e cornos uterinos, com identificação de lesões focais orientando a coleta de amostragem endometrial. Pode ser realizada no ambulatório sem sedação ou anestesia em 90% dos casos. Apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 85%, considerada atualmente o padrão ouro para investigação endometrial.

A avaliação pré-cirúrgica da extensão da doença é importante para a detecção de doença inoperável e consiste de exame físico, laboratoriais, raio X de tórax, eletrocardiograma e o CA-125. A tomografia computadorizada, urografia excretora e ressonância magnética devem ser reservadas para aquelas com doença avançada ou risco cirúrgico severo. O tratamento das co-morbidades deve ser individualizado uma vez que essas mulheres são freqüentemente idosas, diabéticas e hipertensas.

11.7.3 Conduta nas hiperplasias

- Hiperplasia simples sem atipia na transição menopausal – acetato de medroxiprogesterona 20 mg/dia por 6 meses.
- Hiperplasia simples com atipia na transição menopausal – histerectomia
- Após a menopausa – histerectomia, exceto nos casos em que não há condições cirúrgicas, quando então a opção é o uso do acetato de medroxiprogesterona em altas doses 200 mg IM a cada 2 meses, num total de 3 doses. O acompanhamento deverá ser realizado em 6 meses.

11.7.4 Estadiamento

O estadiamento cirúrgico do câncer de endométrio é o adotado pela FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics* – 1988), que permite identificar certos fatores prognósticos que não podem ser determinados pelo estadiamento clínico tais como: histologia, profundidade da invasão, disseminação linfática, extensão da invasão cervical, metástases abdominais e citologia peritoneal.

Os tumores são classificados em categorias de I a IV de acordo com a extensão para o miométrio, colo, serosa, vagina ou órgãos próximos e à distância. O grau de diferenciação das células tumorais é definido de G1 a G3, sendo G1 para os tumores bem diferenciados até G3 para os tumores indiferenciados. Quanto maior o estadiamento pior o prognóstico. Quanto mais indiferenciado os tumores, maior a probabilidade de invasão miometrial e metástases para linfonodos pélvicos.

11.7.5 Tratamento

- **Cirurgia**

A abordagem cirúrgica consiste de lavado peritoneal, da histerectomia total abdominal, extra-fascial, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia paraórtica e pélvica seletiva e omentectomia. Realiza-se o inventário da cavidade abdominal e linfonodos retroperitoneais. Cirurgias mais extensas são recomendadas para os casos de tumores que invadem o colo do útero, entretanto, é mais freqüente o uso da combinação de histerectomia extra-fascial e radioterapia pélvica externa.

- **Quimioterapia**

Considerada medida paliativa, indicada em mulheres com metástases. A doxorubicina e a cisplatina isoladas ou combinadas, são as drogas mais freqüentemente usadas no momento.

- **Radioterapia**

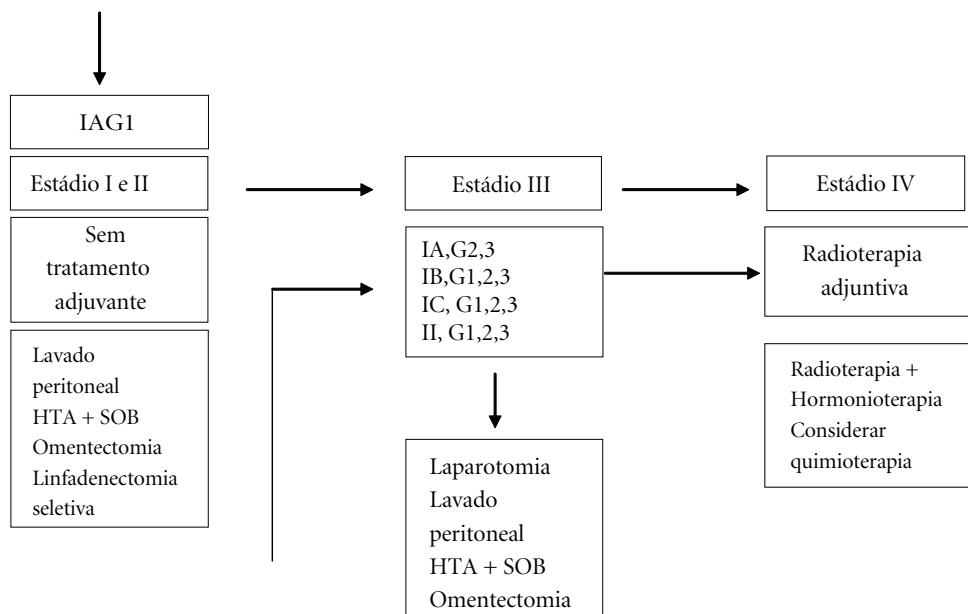
O reconhecimento da importância dos fatores prognósticos nos achados cirúrgicos desestimulou a prática da radioterapia pré-operatória, sendo indicada como terapêutica adjuvante. Pode ser a única abordagem nos tumores inoperáveis ou em mulheres sem condições clínicas de serem submetidas a um ato cirúrgico.

- **Hormonioterapia**

O acetato de megestrol, o acetato de medroxiprogesterona e o tamoxifeno têm sido usados nos casos de recidiva.

11.7.6 Prevenção

A prevenção primária consiste na redução dos fatores de risco evitáveis, adoção de dieta equilibrada e atividade física regular. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (hiperplasia adenomatosa) e da doença assintomática e sintomática.



11.8 Câncer de Ovário

11.8.1 Epidemiologia

O câncer do ovário é uma das neoplasias malignas ginecológicas mais freqüentes. Diversos tipos histológicos compõem o universo dos tumores malignos do ovário. Os tumores epiteliais são os mais freqüentes enquanto que os tumores germinativos, os tumores mullerianos mistos e tumores do estroma ovariano são mais raros. Aproximadamente 5 a 10% dos tumores são familiares e três padrões diferentes de hereditariedade foram identificados (câncer de ovário, câncer de ovário e mama e câncer de ovário e colo-retal).

A incidência dos tumores epiteliais de ovário aumenta com a idade e a idade média de diagnóstico está em torno de 60-65 anos enquanto que os tumores germinativos acometem as mulheres mais jovens.

Cerca de 90% dos tumores de ovário são do tipo celômico (epitelial). Estes tumores geralmente são diagnosticados em estágios avançados, quando já ocorreu extensa disseminação pela cavidade abdominal e pélvica, devido a implantes peritoneais. Os tumores epiteliais do ovário estão entre as neoplasias malignas ginecológicas mais freqüentes.

11.8.2 Fatores de risco

Fatores hormonais, ambientais e genéticos têm sido identificados como importantes no desenvolvimento do câncer de ovário. Cerca de 90% dos cânceres de ovário são esporádicos, isto é, não apresentam fator de risco reconhecido. A infertilidade, a menarca precoce e a menopausa tardia são fatores que aumentam o risco enquanto que a alta paridade e o uso de anticoncepcionais diminuem o risco. A hipótese da ovulação incessante

postula que o risco de câncer de ovário é função direta do número de ciclos ovulatórios ao longo da vida, pelos sucessivos processos de reparação pelos quais passaria a superfície do ovário.

Cerca de 10% dos cânceres de ovário apresentam um componente familiar. História familiar é o fator de risco isolado mais importante. As mulheres com maior risco parecem ser aquelas com dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário. Mulheres com um parente de primeiro grau e outro de segundo grau com câncer de ovário tem menor risco.

11.8.3 Quadro clínico

O câncer de ovário é assintomático na maioria das vezes. Os sinais e sintomas são inespecíficos. Os sintomas ocorrem pelo aumento do volume do tumor com ou sem compressão de estruturas adjacentes. A ocorrência de sintomas indica estadiamento avançado da doença, onde o desconforto, o aumento do volume abdominal, a dor abdominal e pélvica são os sintomas e sinais mais frequentes.

11.8.4 Diagnóstico

A avaliação inicial das mulheres com suspeita de câncer de ovário deve incluir anamnese, exame físico, alguns exames laboratoriais e a dosagem do marcador tumoral CA 125. Um exame ginecológico apurado pode detectar aumento de volume dos ovários ou nodulações no fundo de saco reto-vaginal. Em algumas situações, a solicitação de exames de imagens como a Ultra-sonografia abdominal, a Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética de abdome permitem avaliar a extensão de doença abdominal e pélvica.

Até o momento não existem programas de rastreamento para detecção precoce do câncer do ovário. Mesmo nas populações de alto risco para câncer do ovário, não parece haver benefício da utilização de US transvaginal e dosagem do CA 125 como estratégia de rastreamento. A extensão da lesão primária, a disseminação peritoneal e o comprometimento de órgãos à distância são fatores prognósticos importantes assim como o tipo histológico, a idade no momento do diagnóstico, o volume de doença e o grau de diferenciação tumoral.

11.8.5 Estadiamento

O sistema de estadiamento da FIGO é utilizado para o câncer de ovário. A classificação reflete o padrão de disseminação deste tipo de tumor. Na ocasião do diagnóstico a grande maioria das mulheres apresenta tumor estadiamento III (extensão extrapélvica e comprometimento peritoneal).

11.8.6 Prevenção

A ooforectomia profilática está associada a risco menor de câncer do ovário em mulheres de alto risco (mutações genéticas no BRCA1 e BRCA2), a partir de evidências obtidas em estudos populacionais.

11.9 Câncer de Vulva

11.9.1 Epidemiologia

O câncer de vulva é doença da mulher idosa mas também pode eventualmente ser observado nas mulheres na transição menopausal. Os tumores malignos da vulva respondem por um número pequeno de casos entre todos os tumores ginecológicos. O carcinoma epidermóide é o tipo histológico predominante, embora outros tipos histológicos como sarcomas, melanomas e adenocarcinomas podem estar presentes. A idade média de diagnóstico é 60-65 anos.

11.9.2 Fatores de risco

Diversos fatores estão associados ao câncer vulvar. Entre eles temos: obesidade, hipertensão, *Diabetes mellitus*, menopausa precoce e nuliparidade. São considerados fatores de risco para câncer vulvar a infecção pelo HPV e a idade.

11.9.3 Quadro clínico

O câncer de vulva invasivo incide mais freqüentemente em mulheres após a menopausa com queixa de prurido vulvar crônico e com lesão ou nódulo vulvar. Algumas lesões precursoras podem simular o câncer de vulva, tais como a Doença de Paget da vulva, a distrofia e a neoplasia intraepitelial de vulva.

11.9.4 Diagnóstico

O Câncer vulvar tem alto índice de cura quando diagnosticado precocemente. Qualquer lesão vulvar deve ser biopsiada. Vários são os procedimentos utilizados para o diagnóstico das neoplasias vulvares, sendo que a maneira mais eficaz de diagnosticar é promover a inspeção meticulosa da região vulvar durante o exame ginecológico e proceder a biópsia rotineira de toda área suspeita.

Frente a lesão, deve-se proceder a vulvoscopia/genitoscopia que é realizada com a utilização de lentes de aumento (colposcópico), realizando-se a inspeção ampliada de toda vulva, da região perineal, perianal, anal, das pregas interglúteas e intercrurais e da vagina, a fim de se excluir a multicentricidade ou multifocalidade das lesões. A aplicação de ácido acético a 5% torna o epitélio anormal mais evidente, direcionando à a biópsia. Utiliza-se também o teste de Collins, que consiste na embrocação de toda a vulva com azul de toluidina a 1%. Impõe-se também o exame do colo uterino.

A biópsia da vulva pode ser realizada com anestesia local e requer a inclusão da pele circunjacente assim como o tecido conjuntivo subjacente como margem de segurança, a fim de que o patologista possa adequadamente avaliar a profundidade da invasão estromal. Lesões menores que 1 cm de diâmetro deve ser globalmente excisadas.

11.9.5 Estadiamento

O estadiamento do câncer de vulva é dado pelo sistema de estadiamento cirúrgico do FIGO (1988). Tumores localizados na vulva e sem comprometimento linfonodal e à distância são os que apresentam o melhor prognóstico.

11.9.6 Prevenção

A identificação e tratamento das lesões pré-invasivas (Doença de Paget da vulva, distrofia vulvar e neoplasia vulvar intra-epitelial) permite evitar alguns casos de câncer de vulva invasivo.

11.10 Câncer de Pulmão

11.10.1 Epidemiologia

No Brasil, considerando o sexo feminino, o câncer de pulmão ocupa o segundo lugar entre as causas de morte e o quarto lugar em incidência.. Tem sido observado que mesmo com a alta efetividade da prevenção primária, por meio da prevenção e do controle do tabagismo, a sua incidência permanece elevada, a partir de dados que demonstram que as taxas em mulheres vêm aumentando enquanto as taxas nos homens têm se mantido estáveis, com tendência ao declínio. Segundo dados do INCA, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão entre 1979 e 2000 evidenciaram que houve um aumento de **134% entre as mulheres**, tendo passado de 2,33/100.000 para 5,33/100.000.

11.10.2 Fatores de risco

O risco atribuível ao tabagismo na ocorrência do câncer de pulmão é superior a 90%, o que o torna potencialmente susceptível a medidas preventivas de saúde pública. Outros fatores de risco, como a exposição a poeiras minerais, sílica, asbesto e pesticidas, também foram relacionados ao câncer de pulmão.

11.10.3 Quadro clínico

Além da história de tabagismo ativo, passivo ou exposição a outros fatores de risco ainda há os sintomas ou sinais de alerta para o câncer de pulmão, que incluem:

- Tosse persistente ou com piora progressiva
- Dor no peito constante
- Escarro com sangue
- Dispnéia, chiado ou rouquidão
- Pneumonia ou bronquite recorrente

- Inchaço em face e pescoço
- Perda do apetite ou perda de peso
- Cansaço

Estes sintomas podem ser causados por câncer de pulmão ou outras doenças. É importante o controle desses sinais com o auxílio de um clínico geral ou pneumologista.

11.10.4 Diagnóstico

O diagnóstico precoce é dificultado, pois a ocorrência dos sintomas é tardia. Apenas 20% são descobertos em fase inicial. Na ocorrência de algum sintoma suspeito, os antecedentes pessoais, o histórico do fumo, a exposição ambiental e ocupacional e antecedentes familiares de câncer são importantes.

Após o exame físico e análise da radiografia dos campos pulmonares, caso haja suspeita de câncer, poderá ser solicitada a citologia de escarro e, com o objetivo da avaliação do estadiamento e extensão da lesão, uma tomografia computadorizada.

A broncoscopia (endoscopia respiratória) deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e eventualmente permitir a biópsia. É fundamental obter um diagnóstico preciso, seja pela citologia ou pelo estudo anatomopatológico. Uma vez obtida a certeza da doença realiza-se o estadiamento. Existem vários procedimentos possíveis para obter a amostra para estudo, e a decisão vai depender de cada caso:

- Broncoscopia
- Aspiração por agulha fina
- Toracocentese
- Toracotomia

Apesar do câncer de pulmão poder metastatizar para qualquer área do corpo, os locais mais comuns de metástases são para o próprio pulmão, ossos, cérebro, fígado e as supra-renais. As metástases podem causar dificuldades respiratórias, dores ósseas, dores abdominais, dores de cabeça, fraqueza e/ou confusão mental.

11.10.5 Tratamento

O tratamento depende de vários fatores como tipo, tamanho, localização, extensão do tumor e estado geral do paciente. Muitos tratamentos diferentes e combinações de tratamento podem ser usados para o controle do câncer de pulmão e/ou para aumentar a qualidade de vida com a redução dos sintomas.

O tipo de cirurgia depende da localização do tumor. Alguns tumores são inoperáveis devido ao tamanho ou localização e alguns pacientes podem não ter condições físicas de suportar uma cirurgia de grande porte. Muitas vezes a radioterapia é combinada com a quimioterapia sem cirurgia como tratamento principal contra o câncer de pulmão. A radioterapia pode ser usada para diminuir sintomas como dispnéia.

11.10.6 Prevenção

O controle do tabagismo e da exposição ocupacional aos agentes cancerígenos são as principais formas de prevenção do câncer de pulmão.

Informações e orientações específicas para apoio ao fumante podem ser encontradas no Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante, no site <http://www.inca.gov.br>

11.11 Câncer do Cólon e Reto

11.11.1 Epidemiologia

O câncer cólon-retal é responsável por 8% dos cânceres que acometem as mulheres e abrange tumores que atingem o intestino grosso, nas porções do cólon e do reto. Trata-se de uma doença tratável e frequentemente curável quando localizada no intestino, sem extensão para outros órgãos. A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento já aumentam a partir dos 40 anos.

11.11.2 Fatores de risco

Os principais fatores de risco são:

- idade acima de 50 anos
- história familiar de câncer de cólon e reto
- história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama
- dieta com alto conteúdo de gordura, carne e baixo teor de cálcio
- obstipação crônica
- obesidade
- tabagismo
- sedentarismo

Doenças inflamatórias do cólon como retocolite ulcerativa crônica, Doença de Crohn, algumas condições hereditárias (Polipose Adenomatosa Familiar - FAP) e Câncer Cólon-Retal Hereditário sem Polipose (HNPCC) também são fatores de risco.

11.11.3 Prevenção

A prevenção primária inclui o estímulo aos fatores de proteção, como a atividade física regular e a alimentação pobre em gorduras animais e rica em frutas, vegetais e cereais. Os alimentos protetores são aqueles ricos em fibras, cálcio, selênio, folato, vitaminas A, C e E e carotenos. A redução do tabagismo e do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas são também recomendados.

11.11.4 Detecção precoce

O câncer cólon-retal quando detectado em seu estágio inicial possui grandes chances de cura, diminuindo a taxa de mortalidade associada ao tumor. Mulheres com mais de 50 anos devem se submeter anualmente ao exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes¹.

Indivíduos com exame positivo devem realizar colonoscopia.

As mulheres com histórico pessoal ou familiar de câncer de cólon e reto, portadoras de doença inflamatória do cólon (retocolite ulcerativa e Doença de Crohn) e de algumas condições hereditárias (FAP e HNPCC) devem ser avaliadas cuidadosamente e, se necessário, encaminhadas ao especialista.

11.11.5 Quadro clínico

Mulheres acima de 50 anos com anemia de origem indeterminada e que apresentam a suspeita de perda crônica de sangue no hemograma, devem realizar endoscopia gastrointestinal superior e inferior. Outros sintomas que podem ocorrer são dor abdominal, massa abdominal, melena, obstipação, diarreia, náuseas, vômitos, fraqueza e tenesmo.

11.11.6 Diagnóstico

O diagnóstico da doença é feito através de biópsia endoscópica com estudo histopatológico.

11.11.7 Tratamento

A cirurgia é o tratamento primário e envolve a retirada de parte do intestino afetada e os linfonodos próximos a esta região. Muitos tumores do reto são tratados com cirurgias que preservam o esfíncter anal, através da utilização dos grampeadores, evitando assim as colostomias. Após o tratamento cirúrgico, a radioterapia associada ou não à quimioterapia é utilizada para diminuir a possibilidade da recidiva do tumor. Quando a doença está disseminada, com metástases para o fígado, pulmão ou outros órgãos, as chances de cura diminuem.

11.12 Câncer de Pele

11.12.1 Epidemiologia

O câncer de pele é o mais comum entre todos os cânceres, em ambos os sexos. Podem ser classificados como câncer de pele melanoma e não melanoma. O câncer de pele não melanoma tem uma incidência alta, porém uma mortalidade baixa. O câncer de pele melanoma tem uma incidência baixa, porém uma mortalidade alta. O risco de câncer de pele não-melanoma na população feminina brasileira é de 65 casos novos para cada 100 mil mulheres, enquanto que o melanoma, 4 casos para cada 100 mil mulheres.

¹ Em relação ao câncer de colo-retal não há, até o momento, consenso do INCA sobre o seu rastreamento (populacional ou oportunístico). A recomendação da OMS (2002) é o diagnóstico precoce para esse tipo de câncer.

11.12.2 Fatores de risco

O principal fator de risco para o câncer de pele é a exposição à radiação Ultra-Violeta (UV). Alguns fatores ambientais são capazes de influenciar o nível de radiação UV. A exposição ao sol no período entre 10-14h, a proximidade da linha do equador, altitudes elevadas e a diminuição da camada de ozônio aumentam a exposição à radiação UV. Pessoas de pele, cabelo e olhos claros estão sob maior risco, pois se queimam com facilidade sem se bronzear. Outros fatores de risco são história familiar de câncer de pele e episódios pregressos de queimadura solar.

11.12.3 Quadro clínico

A maioria das lesões ocorre em regiões expostas ao sol e se apresentam como máculas, pápulas, nódulos ou úlceras que requerem um certo conhecimento para identificá-las como lesões malignas. Deve-se suspeitar de câncer quando a lesão é uma úlcera que não cicatriza, uma ceratose actínica que apresenta alterações como ulceração ou sangramento e ulceração ou nodularidade em região exposta à radiação ionizante.

Os melanomas podem se apresentar como manchas ou nódulos enegrecidos (lesões pigmentadas) ou não, com mudanças de coloração, bordas e diâmetro.

11.12.4 Diagnóstico

As lesões suspeitas devem ser removidas para diagnóstico histopatológico. Para as lesões suspeitas de melanoma deve-se preferir a biópsia excisional à biópsia incisional.

11.12.5 Estadiamento

Os melanomas são classificados de acordo com os níveis de invasão na pele. A classificação pelo sistema de Clark e pelo sistema de Breslow são as mais utilizadas.

11.12.6 Prevenção

A prevenção do câncer de pele se baseia na diminuição da exposição à radiação UV no trabalho (quando o trabalho é realizado ao ar livre) ou no lazer. Óculos escuros, protetor solar (FPS 15 ou mais), bonés e chapéus de abas largas, camisas de mangas longas, guarda-sóis e barracas são recomendados.

12 OSTEOPOROSE

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva a uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea primariamente reflete integração entre densidade e qualidade óssea (NIH Consensus Conference, 2001).

12.1 Incidência e Prevalência

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente mulheres após a menopausa, que também apresentam mais fraturas.

No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e destas somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100.000 fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros (as) sofrem com a osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200.000 indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas.

12.1.1 Formação óssea

Uma formação óssea adequada nas duas primeiras décadas de vida é fundamental para se evitar a osteoporose, sendo que o pico da massa óssea é atingido logo após o término do crescimento linear. A genética contribui com cerca de 70% para o pico de massa óssea, enquanto o restante fica por conta da ingestão de cálcio, exposição ao sol, prática de atividades físicas durante toda vida, especialmente durante a puberdade - aproximadamente 60% da massa óssea são formados durante o desenvolvimento puberal. Após a menarca, a taxa de aumento de massa óssea é desacelerada, no entanto uma formação mínima permanece em média até os 35 anos de idade. As mulheres no climatério podem apresentar uma diminuição acelerada da massa óssea após a última menstruação, a qual pode ser até 10 vezes maior do que a observada no período de pré-menopausa. Nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação essa perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical.

12.1.2 Organização do esqueleto

A osteoporose se desenvolve como decorrência de uma desordem de remodelação óssea. O esqueleto adulto é composto de 80% de osso cortical (compacto) e 20% trabecular (esponjoso). O colo femoral tem 75% de osso cortical e a coluna lombar tem 66% de osso trabecular. O osso trabecular apresenta um metabolismo maior que o cortical.

Estima-se que ao longo da vida, a mulher possa perder 35% do osso cortical e 50% do osso trabecular.

12.1.3 Remodelação óssea

É um processo contínuo de formação e reabsorção óssea (com sinergismo das funções dos osteoblastos e osteoclastos), relacionado à homeostasia de cálcio e fósforo.

O ciclo completa-se geralmente em 8-12 semanas. Na osteoporose ocorre um desequilíbrio no processo de remodelação predominando a reabsorção sobre a formação e, conseqüentemente, diminuição da massa óssea.

Figura 1. Osso normal

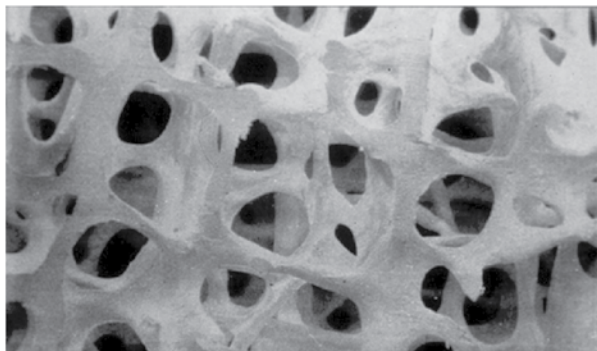
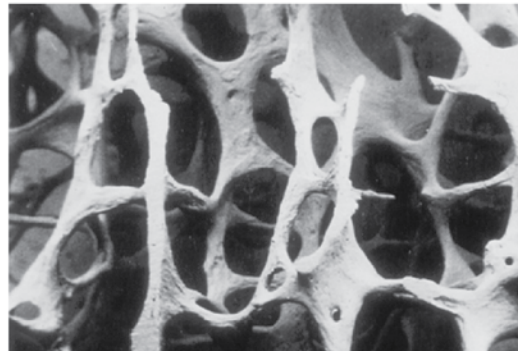


Figura 2. Osso com osteoporose



Na **formação óssea** vários são os fatores que influenciam, sendo os nutricionais e os hormonais os de maior importância.

Nutricionais:

As vitaminas D, A e C, além do Cálcio, Magnésio, Boro, Manganês e vitamina K são imprescindíveis para a formação de massa óssea. As deficiências de sais minerais, vitaminas essenciais e proteínas na alimentação acarretam distúrbios na função osteoblástica.

Hormonais:

Paratormônio (PTH): quando ocorre a diminuição da taxa de Cálcio no plasma, as paratireóides são estimuladas a liberar o seu hormônio (paratormônio), que vai atuar sobre as células do tecido ósseo, aumentando o número de osteoclastos, promovendo absorção da matriz óssea calcificada. Os ossos tornam-se descalcificados e sujeitos a fraturas (osteíte fibrosa) e mostram cavidades de reabsorção de tecidos fibrosos não calcificados.

Hormônios Tireoidianos: a calcitonina ou tireocalcitonina, atuam opondo-se ao paratormônio. A calcitonina atua inibindo a reabsorção óssea, diminuindo o cálcio sanguíneo. Admite-se que a calcitonina e o paratormônio agem juntos para impedir ou neutralizar qualquer alteração significativa da regulação homeostática da concentração de cálcio no plasma.

Hormônio do Crescimento: nos processos de remodelação óssea, atua com aumento das atividades de reabsorção e neoformação óssea, nas zonas endo e periostais.

Hormônios sexuais: os hormônios sexuais, tanto o masculino (testosterona) como os femininos (estrogênios), de algum modo desempenham um papel importante na

determinação da velocidade de maturação do tecido ósseo. Em uso experimental, os estrogênios têm demonstrado que induzem um aumento da osteogênese, aparentemente devido a uma inibição na função de reabsorção do PTH (paratormônio). Baseado nesse efeito sobre a reabsorção óssea, os estrogênios são ainda utilizados no tratamento da osteoporose. O uso prolongado, produz inativação das células progenitoras, determinando, como conseqüência, uma predominância dos processos de reabsorção sobre os de osteoformação, questionando desta forma, a terapia aplicada. Por outro lado, há estudos que comprovam que os estrogênios agiriam estimulando a osteoneogênese e assim facilitariam a reparação de fraturas, porém mais estudos estão sendo realizados com o objetivo de maior esclarecimento em relação a indicação, doses e tempo de tratamento.

Corticóides Adrenais: Corticóides em pequenas doses causam uma inibição na osteoformação e, indiretamente, uma aparente elevação da reabsorção óssea.

12.2 Etiologia da Osteoporose

A instalação da Osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em **primária**, quando não apresenta causa bem definida, e **secundária**, nos casos em que é identificada sua etiologia, conforme exposto no quadro abaixo:

Quadro 9 – Possíveis Causas de Osteoporose Secundária

Endocrinopatias:

- Hiperparatireoidismo,
- Tireotoxicose
- Condições de hipoestrogenismo após a menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica),
- Hipogonadismo;
- Hipertireoidismo,
- *Diabetes mellitus*,
- *Hiperprolactinemia, prolactinoma*
- Hiper cortisolismo
- Síndrome de Cushing;

Outras patologias que afetam o metabolismo ósseo:

- Desnutrição,
- Neoplasias produtora de paratohormônio
- Uso prolongado de corticóides, heparina, anticonvulsivantes;
- Anorexia nervosa;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Doenças hematológicas/ infiltrativas da medula como mastocitose; mieloma, leucemias e linfomas
- Aids;
- Doenças renais;
- Doenças do aparelho conjuntivo como: artrite reumatóide, osteogênese imperfecta;
- Doenças gastrointestinais como síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colestase;
- Pós transplantes; e
- Imobilização prolongada.

12.3 Fatores de Risco da Osteoporose

Os fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas podem ser divididos em maiores e menores, conforme tabela abaixo:

Quadro 10 – Fatores de Risco para Osteoporose

MAIORES	MENORES
• Fratura anterior causada por pequeno trauma;	• Doenças que induzam à perda de massa óssea;
• Sexo feminino;	• Amenorréia primária ou secundária;
• Baixa massa óssea;	• Menarca tardia, nuliparidade;
• Raça branca ou asiática;	• Hipogonadismo primário ou secundário;
• Idade avançada em ambos os sexos;	• Baixa estatura e peso (IMC <19kg/m ²);
• História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	• Perda importante de peso após os 25 anos;
• Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	• Baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
• Uso de corticóides.	• Alta ingestão de proteína animal;
	• Pouca exposição ao sol, imobilização prolongada; quedas freqüentes;
	• Sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	• Medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoideanos, anticonvulsivantes e lítio);
	• Alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

12.4 Diagnóstico da Osteoporose

12.4.1 História clínica

É fundamental na história clínica a pesquisa minuciosa dos fatores de risco para a osteoporose e para fraturas. Deve-se considerar a avaliação de mulheres após a menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados anteriormente (QUADRO 10) e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco.

A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, sendo as de vértebras, fêmur e antebraço as mais freqüentes.

12.4.2 Exame físico

Os seguintes itens são de fundamental importância na avaliação das mulheres com risco para osteoporose:

- estatura;
- peso corporal;
- cifose dorsal (moderada a acentuada);
- abdômen protuso;
- outras deformidades esqueléticas;
- sinais físicos de doenças associadas à osteoporose, como por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fáscties cushingóide, etc.

12.4.3 Avaliação laboratorial

Deve ser dirigida principalmente à exclusão das doenças que causam perda óssea e para avaliar os distúrbios do metabolismo mineral que também contribuem para isso.

Hemograma completo, dosagem de TSH, VHS, dosagens de cálcio e fósforo, uréia e creatinina plasmática, fosfatase alcalina total (com a finalidade de avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos) e análise urinária (EAS).

Para avaliação laboratorial específica, quando houver possibilidade, outros exames podem ser solicitados, como a calciúria de 24 horas, e outros que serão solicitados pelo/a especialista.

12.4.4 Avaliação laboratorial específica.

Para avaliação laboratorial específica, outros exames podem ser solicitados pelo/a especialista, de acordo com a necessidade de cada caso e da disponibilidade. Entre eles estão:

- Calciúria de 24 horas, para avaliar perda de cálcio;
- Cortisol urinário e /ou teste de supressão com 1mg de dexametasona à noite para investigar Síndrome de Cushing;
- PTH, se houver suspeita de hiperparatireoidismo.

Da mesma forma, podem contribuir para o diagnóstico quando necessário, os marcadores de formação e de reabsorção óssea, que são a fosfatase alcalina óssea, a osteocalcina e o pró-colágeno tipo I C-Terminal Peptídeo (PICP), assim como os marcadores de reabsorção óssea, como a hidroxiprolina, desoxipiridolina, piridinolina e o Ntx. A piridinolina e desoxipiridinolina são dosadas na urina; como estão presentes nas ligações do colágeno, são indicadoras do catabolismo ósseo e não sofrem influência da dieta.

12.4.5 Avaliação por imagem

No diagnóstico por imagem são utilizadas radiografias e a densitometria óssea.

O exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém só são detectadas alterações quando a perda óssea for superior a 30%, sendo baixa sua sensibilidade diagnóstica. É indicada para a avaliação das fraturas.

A densitometria mineral óssea (DMO) é exame de referência para o diagnóstico da osteoporose realizada pela avaliação da coluna lombar, do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS. Deverá ser realizada em mulheres consideradas de alto risco para osteoporose e de apresentar fratura (Quadro 10).

Quadro 11 – Indicações de Realização de Densitometria Óssea

- Mulheres acima de 65 anos;
- Mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos;
- Mulheres peri e pós-menopausa com fatores de risco (um maior ou dois menores, conforme quadro I);
- Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de 1 ano);
- Todos os indivíduos que tenham apresentado fratura por trauma mínimo ou traumática;
- Indivíduos com evidência radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais;
- Homens acima de 70 anos;
- Indivíduos que apresentem perda de estatura (maior do que 2,5cm) ou hipercifose torácica;
- Indivíduos em uso de corticosteróides, por três meses ou mais (doses superiores ao equivalente de 5mg de prednisona);
- Mulheres com índice de massa corporal abaixo de 19kg/m²;
- Portadores de doenças ou uso de medicações associadas à perda de massa óssea;
- Monitoramento de tratamento da osteoporose.

Para o acompanhamento da eficácia do tratamento é recomendado repetir o exame entre 12 a 24 meses.

12.5 Interpretação Clínica da Densitometria Mineral Óssea

Os resultados são apresentados por meio de:

1. Valores absolutos

- Densidade mineral óssea (DMO):
- Os valores absolutos são importantes, pois são os utilizados para monitorizar as mudanças da DMO ao longo do tempo;

2. T-Score

Calculada em desvios-padrões (DP), tomando como referência a DMO média do pico da massa óssea em adultos jovens. Os critérios diagnósticos propostos pela OMS baseados neste parâmetro são:

- até -1,0 DP \Rightarrow normal
- de -1,1 a -2,5DP \Rightarrow osteopenia
- abaixo de -2,5DP \Rightarrow osteoporose
- abaixo de -2,5DP na presença de fratura \Rightarrow osteoporose estabelecida.

Esta classificação está bem definida para mulheres após a menopausa. Não há consenso no uso desses critérios em outras situações clínicas (jovens, homens e osteoporose secundária).

3 – Z-Score

Calculado em desvios-padrões (DP) tomando como referência a DMO média esperada para indivíduos da mesma idade, etnia e sexo.

Resultados exibindo Z-Score $- 2,0$ DP ou abaixo podem sugerir causas secundárias de osteoporose, sugerindo a necessidade de investigar outras doenças associadas.

12.6 Prevenção e Tratamento da Osteoporose

Evidências sugerem que, se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol (que converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea. Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No uso de medicamentos, o mecanismo de ação de cada droga deve ser avaliado para a escolha ideal. Os mais utilizados são os inibidores da reabsorção óssea, que podem ser utilizados isoladamente ou como terapia adjuvante. No caso da osteoporose secundária, além das medidas citadas anteriormente, a terapia deverá ser direcionada à doença de base estabelecida.

Em 24 de julho de 2002, foi publicada a Portaria MS/GM nº 470 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Osteoporose – Bisfosfonados, Calcitonina, Carbonato de Cálcio, Vitamina D, Estrogênios e Raloxifeno. Contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes no protocolo de tratamento, esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da osteoporose e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

12.6.1 Dieta

É necessário adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea como as calorias, o cálcio, a pró-vitamina D, o magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C diariamente. Uma lista de alimentos com os respectivos teores das vitaminas e minerais citados (cálcio, magnésio, manganês, boro e vitaminas K e C), está disponível no capítulo 7 sobre “Promoção da saúde no climatério”.

Uma lista de alimentos com os respectivos teores de cálcio, magnésio, manganês, boro e vitaminas K e C está disponível no capítulo 7 sobre “Promoção da saúde no climatério”.

12.6.2 Cálcio

Todas as mulheres se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da sua suplementação para manutenção da saúde em geral e em particular do tecido ósseo. Crianças de 3 e de 4 a 8 anos necessitam, respectivamente, de 500mg e 800mg de cálcio por dia. A necessidade diária de cálcio dos adolescentes de ambos os sexos é de 1.300mg. Os adultos de 19 a 50 anos devem consumir de 800mg a 1.000mg de cálcio ao dia enquanto os maiores que 50 anos e os idosos, 1.200 mg de cálcio por dia.

Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400–800 UI de vitamina D. O cálcio pode ser pouco absorvido na presença de alimentos ricos em oxalato, como o espinafre, a batata-doce e o aspargo; ou ricos em fitato, como o farelo de trigo. A presença de magnésio, além de outros minerais, é fundamental para absorção do cálcio.

Nos casos de suplementação medicamentosa, deve-se dar preferência ao cálcio quelato e ao carbonato de cálcio, devido a sua maior absorção, em relação ao gluconato e ao lactato. Nas mulheres propensas a litíase renal, o citrato de cálcio deve ser preferido.

12.6.3 Vitamina D

A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação, medicação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos ao dia, em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde). No caso da necessidade de suplementação, deve ser administrada na dose de 400 a 800 UI/dia, especialmente em mulheres acima de 65 anos, institucionalizadas ou com osteoporose estabelecida. Entretanto, revisão sistemática demonstrou que ainda permanecem dúvidas quanto ao uso de vitamina D e derivados isoladamente para prevenção de fraturas.

12.6.4 Exercícios

Hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios, são de grande importância para a manutenção da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose. Evidências demonstraram a efetividade da prática regular de exercícios para a prevenção da osteoporose na mulher. Especificamente os exercícios aeróbicos e com peso (musculação), têm sido associados com manutenção e ganho da massa óssea em mulheres após a menopausa, tanto na coluna vertebral, quanto no quadril – observando

sempre as possibilidades de cada uma. Em mulheres com osteoporose estabelecida deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos riscos de fraturas que podem acarretar. Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, a prática regular de exercícios melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular, que em conjunto diminuem os riscos de quedas e, conseqüentemente, de fraturas. Recomenda-se caminhadas de 30 a 45 minutos no mínimo três a quatro vezes por semana preferentemente à luz do dia. Outras informações complementares podem ser encontradas no capítulo 7 sobre “Promoção da Saúde”.

12.6.5 Medidas de prevenção de quedas

Para pessoas com maior risco, o ambiente doméstico deve ser adaptado para diminuir ao máximo o risco de quedas, que aumentam naturalmente com a idade, por diversos fatores, como por exemplo, alguns medicamentos que comprometem o equilíbrio e a coordenação motora. Cuidados especiais devem ser dedicados em relação ao banho, com uso de tapetes de borracha e chinelos antiderrapantes, assim como em relação a evitar tapetes escorregadios. Devem ser alertadas sobre a maior facilidade de quedas ao levantar da mesa às refeições, assim como da cama. Os calçados utilizados devem ser apropriados para aumentar a área de contato com o solo e assim diminuir riscos. Barras de apoio podem ser colocadas em ambientes como corredores, banheiros, escadas, além de manter o ambiente constantemente com alguma iluminação e aumentar a altura do vaso sanitário também são medidas eficazes.

12.7 Medicamentos

12.7.1 Critério de inclusão no protocolo de tratamento

Critério de inclusão no protocolo de tratamento é o diagnóstico de osteoporose definida por escore T igual ou inferior a $-2,5$ desvios-padrão, com ou sem fratura prévia. Os critérios de exclusão dependem das contra-indicações e precauções de acordo com cada droga.

Na prevenção da osteoporose glicocorticóide-induzida a suplementação de cálcio 1000mg ao dia e vitamina D 400-800UI ao dia, via oral, ajudam na prevenção da perda óssea, devendo ser iniciados no início do tratamento com glicocorticóides que tenham duração mais de três meses. Mulheres com deficiência de esteróides sexuais devem ser avaliadas individualmente quanto aos riscos e benefícios em relação à possibilidade de tratamento hormonal concomitante. Para aquelas que apresentarem densitometria mineral óssea abaixo da normal (escore T $< -1,0$), deve-se iniciar um bisfosfonato.

Os esquemas de administração referentes a cada medicamento podem ser encontrados na Portaria MS/GM nº 470, publicada em 24 de julho de 2002. As drogas apresentadas abaixo podem ser utilizadas no tratamento (e prevenção) da osteoporose.

12.7.2 Bifosfonatos

Os bifosfonatos podem ser indicados para aumentar a massa óssea corporal. O uso do alendronato de sódio em doses diárias (10mg) ou semanais (70mg) promove o aumento

da densidade mineral óssea corporal. Ocorre redução no risco de fraturas vertebrais tanto em mulheres com fraturas como naquelas sem fraturas prévias. Os efeitos adversos mais freqüentes são os relacionados ao aparelho gastrointestinal. Deve ser administrado com água, em jejum, 30 minutos antes do café da manhã, e recomenda-se não deitar ou recostar-se nos 30 minutos subseqüentes à ingestão do medicamento.

A administração de risedronato sódico 5mg por dia ou 35mg em dose única semanal promove o aumento da densidade mineral óssea na coluna vertebral e no colo do fêmur, assim como na totalidade dos ossos do organismo. Estudos demonstram redução nas taxas de fraturas em mulheres com e sem fraturas prévias. O uso do risedronato causa poucos efeitos gastrointestinais. Deve ser ingerido em jejum, com água, ou duas horas antes ou após uma refeição, e deve-se permanecer 30 minutos sem deitar.

12.7.3 Terapia estrogênica (com progestógeno nas mulheres com útero)

Estudos observacionais sugerem um benefício desta terapia nos ossos, entretanto, tais estudos são passíveis de viéses, principalmente de seleção e o efeito de “querer viver”.

Vários ensaios clínicos de prevenção primária (mulheres sem osteoporose) e de prevenção secundária (mulheres com osteoporose) demonstram o benefício da terapia hormonal na densidade mineral óssea. Quando o objetivo principal é a redução do risco de fraturas, os ensaios clínicos de prevenção primária falham, embora resultados de recente metanálise, que incluiu prevenção primária e secundária, sugiram a redução de fraturas por meio da terapia com estrogênios. De qualquer forma os estudos observacionais que embasam a terapia hormonal na prevenção primária não sustentam esta indicação quando confrontados com os resultados de ensaios clínicos. Na prevenção secundária, um único ensaio clínico que incluiu 75 mulheres osteoporóticas com fraturas de vértebras, demonstrou benefício em reduzir o número de novas fraturas.

Atualmente esta terapia não é considerada como primeira opção para a prevenção e tratamento da osteoporose, porque apesar dos benefícios que propicia para a atenuação dos sintomas climatéricos, apresenta importantes riscos relacionados ao câncer de mama e ao tromboembolismo. Quando houverem indicações clínicas relacionadas ao climatério, a terapia hormonal não deve ser considerada de primeira escolha isoladamente no tratamento da osteoporose estabelecida, mas poderá ser útil quando associada a um bisfosfonato.

Algumas opções de TH podem ser encontradas no capítulo 13, referente a “Opções terapêuticas”.

12.7.4 SERMs (Moduladores Seletivos de Receptores de Estrogênios)

O raloxifeno é um SERM que promove aumento na densidade mineral óssea no fêmur e coluna vertebral. O tratamento com raloxifeno, 60mg ao dia, é indicado para redução o risco de fraturas vertebrais em mulheres com ou sem fraturas vertebrais prévias. Efeitos adversos incluem câimbras de membros inferiores, sintomas vasomotores

e tromboembolismo venoso.

12.7.5 Calcitonina

A calcitonina é um hormônio produzido em glândula tireóide tendo ação efetiva na diminuição da atividade dos osteoclastos, inibindo a reabsorção óssea. Necessita de administração não oral, uma vez que a absorção por esta via é baixa. Atualmente, a sua maior indicação é como analgésica nos casos de fraturas na dose de 200UI por dia, via intranasal.

12.7.6 Outras opções

Embora não estejam contemplados na portaria supracitada, outros tratamentos e drogas têm sido estudados, como o ibandronato e o ácido zoledrônico. De qualquer forma, são importantes algumas considerações sobre o uso do Paratormônio e da fitoterapia.

12.7.6.1 Paratormônio (PTH)

O PTH estimula a formação e a reabsorção óssea, dependendo da forma de administração. A infusão contínua promove reabsorção óssea. Ao contrário, a administração intermitente (via subcutânea) acarreta formação óssea.

Ensaio clínico controlado mostrou que a administração diária subcutânea de PTH (20 ou 40 microgramas) diminuiu o risco de fraturas em mulheres após a menopausa, com osteoporose.

12.7.6.2 Fitoterapia

A fitoterapia apresenta substâncias que são estrutural e funcionalmente semelhantes ao 17-estradiol atuando como SERMs, tendo portanto efeitos estrogênicos, principalmente em receptores específicos. Os mais estudados e utilizados para prevenção e tratamento da perda óssea são as isoflavonas, encontradas principalmente na soja e no trevo vermelho.

Quanto à sua ação na prevenção da osteoporose após a menopausa, estudos bem controlados ainda não demonstraram com segurança que previnem a perda da massa óssea ou reduzem a incidência de fraturas. Entretanto, se o uso da soja e das isoflavonas for instituído desde cedo (infância e adolescência), há uma manutenção importante da massa óssea na senilidade, de acordo com vários estudos realizados em países orientais, onde o consumo de soja é grande em todas as idades.

12.8 Eficácia do Tratamento

A avaliação periódica da densidade mineral óssea por meio do uso de densitometria óssea de dupla emissão em intervalos de 1,5 a 2 anos é a melhor maneira de controlar a resposta ao tratamento. O objetivo principal da monitorização é verificar se a mulher não está perdendo massa óssea mesmo com determinada terapia. Mulheres com ganho ou

manutenção da massa óssea devem ser encorajadas a continuar o tratamento.

O tratamento da osteoporose é essencialmente de longa duração. As mulheres devem ser orientadas que o uso das medidas e drogas para prevenção ou tratamento da osteoporose traz proteção adicional, por algum tempo, após a parada do tratamento e que a estabilização ou o aumento da densidade óssea ocorre lentamente com a implantação da terapêutica. A decisão final sobre a duração e o tipo da terapia deve basear-se na avaliação clínica individualizada, considerando suas características, necessidades e possibilidades.

13 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

13.1 Introdução

O climatério contempla algumas mudanças que podem ocorrer em maior ou menor intensidade, durante o período que acompanha a diminuição da função ovariana. Desta forma, a instituição de tratamento específico, como a terapêutica medicamentosa hormonal ou não hormonal e/ou terapias não medicamentosas podem ser necessárias quando bem indicadas. Qualquer que seja a abordagem terapêutica é essencial observar que a atenção integral à mulher no climatério inclui medidas gerais, orientação dietética e apoio psicológico. Neste contexto a mulher deve ser vista como protagonista de sua vida e a ela caberá, desde que devidamente informada e com apoio profissional, a opção de como vivenciar esta fase.

A terapêutica hormonal (TH), quando adotada, deve ser individualizada às necessidades da mulher e é condicionada à fase em que ela se encontra, isto é, na transição menopausal (perimenopausa) ou após a menopausa, conforme descrito no capítulo 5, sobre “Fisiologia e manifestações clínicas a curto, médio e longo prazos”. O Quadro 1 resume os principais tipos de terapias que podem ser utilizadas no climatério.

Apesar dos riscos, a hormonioterapia é ainda a escolha mais eficaz para o tratamento das manifestações clínicas, principalmente dos fogachos. Contudo, para mulheres que experimentaram efeitos adversos significativos, que não desejam o tratamento hormonal ou para as quais esta conduta é contra-indicada, há alternativas como os medicamentos não hormonais e outras formas de terapia não medicamentosa, como a acupuntura e a medicina antroposófica.

Tipos de Tratamento e seus efeitos	Medicamentosa Hormonal		Medicamentosa não Hormonal		
	Estrogenioterapia isolada Progestagenioterapia isolada Associação estroprogestativa Associação estro-androgênica	Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio - SERMs (Tamoxifeno, Raloxifeno) **	Agentes Antidopaminérgicos, Antidepressivos Hipno-sedativos Vasoativos	** Bisfosfonados	Suplemento de Cálcio e Vitamina D**
*Sintomas Climatéricos	Sim	Não	Sim	Não	Não
Alterações Urogenitais	Sim	Não	Não	Não	Não
Distúrbios da Sexualidade	Sim	Não	Sim	Não	Não
Prevenção de osteoporose	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

13.2 Terapia Hormonal

O tratamento pela administração de hormônios visa, em especial, combater os sintomas vasomotores, o ressecamento vaginal (que causa a dispareunia) e da pele, preservar a massa óssea, melhorar o sono, impedir a deteriorização da função cognitiva e estimular a libido. Resultados de metanálises e do estudo WHI sobre terapia estroprogestativa e câncer de cólon retal indicam redução significativa no risco de desenvolver a doença. A proteção do estrogênio exógeno parece estar associada à redução da produção secundária de ácidos biliares, que podem iniciar ou promover modificações neoplásicas no epitélio colônico. Contudo, há ainda controvérsias sobre esta hipótese.

13.3 Indicações da Terapia Hormonal

As sociedades científicas internacionais entraram em consenso de que a TH deve ser iniciada para alívio dos sintomas desagradáveis relacionados à redução dos esteróides sexuais, como as alterações menstruais, fogachos/sudorese e aqueles conseqüentes à atrofia urogenital. A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios. Atualmente, a TH não deve mais ser iniciada com o objetivo de prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular. O mesmo ocorre em relação à osteoporose, em que a TH não é a primeira escolha de tratamento, já que existem outras condutas com resultados bastante satisfatórios, a não ser que hajam também outras indicações para a terapia hormonal (ver capítulo 12, sobre “Osteoporose”).

Contra-Indicações Absolutas à Terapia Hormonal:

- Câncer de Mama;
- Câncer de Endométrio;
- Doença Hepática Grave;
- Sangramento Genital Não Esclarecido;
- História de Tromboembolismo Agudo e Recorrente;
- Porfíria.

Entre as contra-indicações relativas estão a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* não-controlados, a endometriose e miomatose uterina.

13.4 Efeitos Colaterais

13.4.1 Progestógenos

Dor nas mamas, cólicas abdominais, alterações de humor, fadiga, depressão, irritabilidade, alterações na pele, ganho de peso, ansiedade e dores generalizadas, sendo dependentes da dose e tipo do progestógeno utilizado.

13.4.2 Estrogênios

Náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido, edema; provável estímulo a leiomiomas e endometriose. Há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos, no que se refere aos efeitos colaterais.

13.4.3 Controvérsias

- A TH não deve substituir outras medidas de prevenção primária ou secundária das doenças cardiovasculares, segundo os estudos *HERS–Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study I e II e o WHI (Women’s Health Initiative)*. Para prevenção desses agravos, medidas já consagradas, realizadas durante a assistência ao climatério, como a prática regular de exercícios, dieta apropriada e uso de terapêutica específica têm sua eficácia vastamente comprovada.

- Estudos confirmam que a terapia estroprogestativa aumenta o risco do desenvolvimento do câncer de mama.

- Depressão: em relação ao chamado “status menopausal” quanto aos sintomas psíquicos do climatério, há muitas controvérsias. Um estudo na Universidade de Harvard, com 996 mulheres, revela que aquelas com antecedentes depressivos desenvolveram mais alterações hormonais ao longo do seguimento, sendo a depressão um fator de risco associado ao desenvolvimento precoce de sintomas vasomotores e irregularidades menstruais.

- Os efeitos na doença de Alzheimer são ainda questionáveis, principalmente, após os resultados do estudo WHI.

- Mulheres em uso de terapia antiretroviral devem ser avaliadas com reserva em relação ao uso de TH (ver capítulo 9 sobre “HIV/ aids e outras DST no Climatério”).

13.5 Sugestões para Prescrição da Terapia Hormonal

13.5.1 Estrogênio e progestógenos

Em mulheres na pré ou perimenopausa (transição menopausal), com ciclos eumenorréicos, sintomatologia vasomotora intensa (fogachos) e que não apresentam contra-indicações, preconizam-se estrogênios conjugados eqüinos (0,3 mg a 0,625mg, VO, do 5º ao 25º dia do ciclo) ou 17-estradiol (25 µg a 50 µg, por via transdérmica, do 5º ao 24º dia do ciclo) associados ao acetato de medroxiprogesterona ou ao acetato de nomegestrol (2,5 a 5 mg, VO, do 13º ao 24º dia) ou a outro progestógeno (drosperinona, trimegestona, diidrogesterona ou gestodeno).

Naquelas com espaniomenorréia, empregam-se estrogênios conjugados eqüinos (0,625 mg, por via oral), ou estradiol, ou 17 Beta-estradiol (50 µg, por via transdérmica) ou valerato de estradiol (1 a 2mg, por via oral) ao dia, do dia 1º ao dia 25 de cada mês,

associados ao acetato de medroxiprogesterona ou acetato de nomegestrol (5mg, por via oral) ou diidrogesterona (10 mg, por via oral) ou progesterona natural (200 a 300 mg, por via oral ou vaginal) ou gestodeno (25mcg/dia, por via oral), nos últimos 14 dias. Outra opção seria apenas o uso do progestógeno se não houver sintomas vasomotores.

Nos casos de sangramento uterino anormal (hipermenorragia, menorragia, metrorragia) é indicado, após prévia avaliação endometrial (ultra-sonografia e se possível, histeroscopia com biópsia dirigida), o esquema preconizado para o tratamento do sangramento uterino disfuncional. Mulheres com *Diabetes mellitus* ou com resistência insulínica, obesas, nulíparas e/ou com história de anovulação crônica, são de alto risco para neoplasia endometrial.

Nas mulheres em que a TH é indicada após a suspensão dos ciclos e não apresentam contra-indicações, administram-se estrogênios eqüinos conjugados (0,3 a 0,625 mg/dia, por via oral), estradiol micronizado (1 a 2mg/dia, por via oral) ou valerato de estradiol (1 a 2mg/dia, por via oral) ou 17 Beta-estradiol (25ug a 50 µg/dia ou 0,5g a 1,5g, por via transdérmica, na forma de adesivo ou gel, respectivamente), diariamente, sem interrupção. Em mulheres com útero, à qualquer forma de estrogênio-terapia, deve ser associado um progestógeno, que pode ser o acetato de medroxiprogesterona ou acetato de nomegestrol (5mg/dia, por via oral) ou diidrogesterona (10 mg/dia, por via oral ou progesterona natural, (200 a 300 mg, por via oral ou vaginal) ou gestodeno (25 mcg/dia), sempre do 1° ao 14° dia de cada mês. É possível utilizar estrogênios sem pausa e um progestógeno por 14 dias a cada dois ou três meses. Com esse esquema, pode haver sangramento uterino periódico.

É possível utilizar também as associações hormonais, como valerato de estradiol associado ao acetato de medroxiprogesterona, acetato de ciproterona ou levonorgestrel; estrogênios conjugados associados à acetato de medroxiprogesterona; estradiol associado ao acetato de noretisterona, diidrogesterona, trimegestona, drospirinona ou gestodeno, todos por via oral; 17 Beta-estradiol associado ao acetato de noretisterona, por via transdérmica, entre outras associações.

Para mulheres hysterectomizadas, preconiza-se apenas o uso de estrogênios conjugados (de 0,3 a 0,625 mg/dia por via oral), ou 17 Beta-estradiol (25 µg a 50 µg/dia ou 0,5g a 1,5g, por via transdérmica, na forma de adesivo ou gel, respectivamente), ininterruptamente.

Às mulheres com atrofia urogenital (vaginite atrófica, síndrome uretral ou incontinência urinária) e sem as demais indicações de TH sistêmica, recomenda-se o uso exclusivo da estrogênio-terapia tópica vaginal. Utilizam-se estriol ou promestriene, (2cc do creme, uma a duas vezes por semana). Quando a atrofia for intensa e houver urgência nos resultados, pode ser utilizado creme à base de estrogênios eqüinos conjugados (1 a 2cc do creme, uma ou mais vezes por semana), sempre atentando para possíveis sintomas ou sinais sistêmicos, como as alterações endometriais ou mastalgia nas mulheres mais idosas e/ou mais sensíveis ao tratamento hormonal.

13.6 Intolerância ou Contra-Indicações aos Estrogênios

Para as mulheres com intolerância ou contra-indicação aos estrogênios, como terapia medicamentosa pode-se utilizar:

- Acetato de medroxiprogesterona isolado (150 mg/dia, IM, a cada 90 dias), repetindo sempre que os sintomas vasomotores reaparecerem. É preciso atenção com os efeitos colaterais como depressão, retenção hídrica e aumento do índice massa corpórea.

- Fitoterapia. No caso dos fitoestrogênios são necessários cuidados com as neoplasias estrogênio-dependentes.

- SERMS (moduladores seletivos dos receptores de estrogênio): tamoxifeno (10mg/dia, VO) nas mulheres que tiveram câncer de mama, ou raloxifeno (60mg/dia, VO). Estes dois fármacos podem ser administrados no tratamento da osteoporose. Contudo, podem aumentar os sintomas vasomotores.

Outros fármacos podem ser indicados, conforme o Quadro 12, no início deste capítulo.

13.6.1 Tibolona

Estudos clínicos mostram benefícios com o emprego da tibolona, derivado noresteróide, com efeito, antigonadotrófico, gestacional, androgênico e estrogênico, não apenas sobre os sintomas climatéricos e na massa óssea, como também sobre a sexualidade. Todavia, houve aumento no diagnóstico de câncer em usuárias de tibolona no *The Million Women Study and Breast Cancer*. No entanto, há dúvidas quanto à metodologia empregada nesse estudo e controvérsias em relação ao seu uso em mulheres com câncer de mama.

13.6.2 Androgênios

Atualmente, há tendência mundial em se utilizar doses hormonais mínimas eficazes para melhorar ou abolir os sintomas, com o objetivo de reduzir os riscos relacionados ao seu uso. Os androgênios têm relevantes funções fisiológicas nas mulheres, sendo que alguns pesquisadores acreditam que o declínio dos seus níveis, que ocorre com a idade, pode se manifestar pela tríade de sintomas caracterizada por diminuição da libido, falta de motivação e fadiga persistente.

A deficiência androgênica ocorre mais freqüentemente em mulheres que foram submetidas à ooforectomia bilateral no menacme, já que os ovários representam uma das principais fontes. Quando a mulher se encontra na pós-menopausa, os níveis de testosterona normalmente diminuem, especialmente se ela estiver sob terapia estrogênica (TE), que pode reduzir significativamente a testosterona biodisponível, pelo aumento da globulina transportadora de hormônios sexuais (SHBG).

Estudos sugerem o papel benéfico dos androgênios ao nível do SNC, incluindo efeitos positivos sobre humor, cognição, memória e libido.

Experiências clínicas com a associação estrogênio-androgênio ou com androgênio isolado mostram que os benefícios à saúde excedem o potencial risco, quando o tratamento é corretamente manejado. Em extensa revisão sobre o uso de androgênios orais alquilados, como a metiltestosterona, conclui-se que os efeitos virilizantes (hirsutismo, acne, mudança

da voz e alopecia) são dose e duração dependentes. Estudos constatam não haver risco aumentado para distúrbios cardiovasculares, com o uso em longo prazo de baixas doses. Com relação à toxicidade hepática, relatos de icterícia e carcinoma hepatocelular são extremamente raros com as doses habitualmente empregadas, ou seja, de 1,25mg/dia a 2,5mg/dia. Com o surgimento dos derivados da testosterona natural, que liberam doses mais constantes e reduzidas e asseguram boa eficácia com mínimos efeitos adversos, haverá possibilidade da reposição androgênica no climatério oferecer mais benefícios às mulheres que necessitem, associados ou não à TH convencional. Outra forma de administração é por meio da manipulação de propionato de testosterona a 2% ou 3% em forma de creme para uso na vulva (mucosa dos pequenos lábios e clitóris), duas a três vezes por semana. A forma tópica necessita de única passagem hepática e está relacionada a menos efeitos gastrointestinais.

13.7 Tratamento Medicamentoso não Hormonal

O tratamento medicamentoso não hormonal pode melhorar os sintomas vasomotores, sobretudo quando leves ou moderados. As mulheres com quadros de ansiedade e/ou depressão, relacionados ou não ao climatério, podem se beneficiar também com esses recursos. As principais indicações dessa modalidade terapêutica são:

- para mulheres que não desejam a hormonioterapia;
- para mulheres que apresentam efeitos colaterais durante a TH;
- contra-indicação à TH;
- para mulheres sintomáticas em que a resposta à terapia hormonal é insatisfatória.

As opções atualmente disponíveis no mercado são os agentes antidopaminérgicos, antidepressivos, hipno-sedativos, vasoativos e os que atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário.

Quadro 13 – Tratamento medicamentoso não hormonal

Classe de Medicamentos	Fármaco	Dose	Mecanismo de Ação
Antidopaminérgicos	Veraliprida	100mg/dia	Ação central
	Sulpiride	100mg/dia	Ação central
	Domperidone	10 a 20mg/dia	Ação periférica
Antidepressivos	Venlafaxina	37,5mg a 75mg/dia	Ação central – inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina
Antidepressivos tricíclicos	Carbonato de lítio	300mg/dia	Ação central
	Imipramina	25 a 50mg/dia	Ação central
	Nomifensina	25 a 50mg/dia.	Ação central
Antidepressivos tetracíclicos	Cloridrato de fluoxetina	20mg/dia	Ação central

continua

Classe de Medicamentos	Fármaco	Dose	Mecanismo de Ação
Hipno-sedativos	Fenobarbital	50mg/dia	Agem no metabolismo do ácido gama-aminobutírico
	Alfametil-dopa	250mg a 500mg/dia	Ação inibidora das catecolaminas
Vasoativos	Benciclano	300mg/dia	Ação vasodilatadora cerebral e periférica
	Cinarizina	75mg/dia	Ação anti-histamínica, age por competição H 1
	Clonidina	0,1 a 0,2mg/dia	Ação hipotensora, agonista alfa-adrenérgico
	Derivadas do Esporão do Centeio	4,5 a 20mg/dia	Ação vasodilatadora
	Nicergolina	300mg/dia	Ativadora do metabolismo cerebral
	Propranolol	80mg/dia	Ação beta-bloqueadora
Atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário	Bromoergo-criptina	1,25 a 2,5mg/dia	Deprime os pulsos de LH
	Ciclofenil	200 a 400mg/dia	Ação na redução do FSH e Prolactina

13.8 Medicina Natural e Práticas Complementares

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), para normatizar sua utilização no Sistema Único de Saúde, ampliando assim as possibilidades para garantia da integralidade na atenção à saúde. A Política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de dezembro de 2005, e visa também atender à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos estados e municípios do país. A PNPIC no SUS contempla, em seu documento, inicialmente, a medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e o termalismo social – crenoterapia. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais. Há uma ampliação da visão do processo saúde-doença, valorizando o autocuidado.

13.9 Fitoterapia

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, considerando que 80% da população mundial utiliza essas plantas nos seus cuidados básicos com a saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo. Em alguns países Europeus, como a Alemanha, a fitoterapia já é utilizada há mais

de 30 anos e reconhecida pelos organismos oficiais de saúde, sendo que na atualidade, mais de 50% dos medicamentos prescritos na Alemanha são fitoterápicos. A OMS publicou, em maio de 2005, o documento “Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos” (“National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines”) onde apresenta e discute a situação mundial a respeito das políticas e regulamentação nessa área, onde se incluiu o Brasil.

O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, o uso de plantas medicinais associado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. Além desses fatores, há o crescente interesse popular e institucional, pela implementação da fitoterapia no SUS. Há ainda vários documentos elaborados e publicados, dando ênfase à introdução de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Em adição àqueles já citados, encontram-se a Portaria nº 3.916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos e a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ambas referindo-se à utilização das plantas medicinais e fitoterápicos no processo de atenção à saúde.

“A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais e suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (NETTO, 1998).

Conceitualmente, fitoterápico é todo medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos fase 3. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais (RDC 48, 16/3/2004/Anvisa).

As plantas medicinais e/ou fitoterápicos podem ser utilizados em um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca, fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

As plantas medicinais, *in natura* ou secas, podem ser utilizadas na forma de sucos, chás, emplastos, etc. e são geralmente de uso popular.

Nos últimos anos, tem havido o crescimento do uso de fitoterápicos na forma de extratos padronizados, que apesar de preservarem a maior parte das substâncias encontradas na planta de origem, apresentam um elemento diferenciador – a substância marcadora ou padrão. Tal substância deve ser encontrada sempre na proporção ou concentração predeterminada, garantindo a qualidade e eficácia do produto para que possa ser considerada um medicamento.

Os extratos podem ser veiculados sob várias formas, desde que a substância-padrão esteja na dose correta, como por exemplo, hipérico a 0,3% de hipericina; cimicífuga racemosa entre 2,5 e 8% de 27-deoxiacteína.

13.10 A Fitoterapia e o Climatério

A fitoterapia, na atualidade, tem se mostrado como importante opção terapêutica no climatério, especialmente no tratamento da sintomatologia associada.

Para o climatério descompensado, particularmente, existem fitoterápicos com propriedades estimulantes sobre os receptores hormonais específicos (receptores beta), melhorando assim, as manifestações clínicas apresentadas. O grande diferencial desses fitoterápicos é a sua ação altamente seletiva, sendo considerados Moduladores Seletivos dos Receptores Estrogênicos (SERMs), o que faz com que tais substâncias tenham baixíssimos índices de efeitos colaterais.

Os principais fitoterápicos utilizados no climatério são comumente conhecidos como fitoestrogênios por sua ação estrogênio-símile, embora, por serem moduladores, possam exercer também ação antiestrogênica a depender da quantidade de hormônios circulantes no organismo, como no caso das flutuações hormonais e picos hiperestrogênicos na pré-menopausa. A atividade biológica extrínseca desses fitoterápicos decorre de sua composição química, que contém anéis fenólicos heterocíclicos similares aos estrogênios naturais e sintéticos compatíveis aos receptores beta-estrogênicos. Entre eles, os mais utilizados para o climatério são o *Glycine Max*, *Trifolium pratense* e a *Cimicífuga racemosa*, apesar de existirem muitos outros fitoterápicos com esta finalidade. Para os sintomas psicoemocionais que podem acompanhar esta fase da vida da mulher, existem fitoterápicos para alívio de quadros leves e moderados de depressão e ansiedade, utilizados também em cardiologia, neurologia, psiquiatria, etc.

É necessário, para otimizar os efeitos dos fitoterápicos, que ao início do tratamento seja corrigida eventual disbiose, caracterizada por má digestão, má absorção dos alimentos, constipação e gases intestinais. O quadro pode ser resolvido por meio de modificações das condições alimentares: restrição de açúcares e farináceos, aumento de fibras vegetais e introdução de probióticos. É importante que alguns fitoterápicos, como *Glycine Max*, *Trifolium pratense* e a *Cimicífuga racemosa* não sejam tomados em horários próximos à ingestão de alimentos, para garantir a devida absorção da dose administrada, pois os mesmos têm sua absorção aumentada em meio ácido.

13.11 Principais Fitoterápicos Utilizados no Climatério

13.11.1 soja (*glycine max*)

A soja contém isoflavonas, que são as substâncias com maior quantidade de estudos para o climatério e que estão indicadas às mulheres que desejam conduzir esta fase utilizando terapias baseadas em plantas medicinais, em detrimento da terapia hormonal, pelos efeitos colaterais que estes apresentam ou ainda nos casos em que há contra-indicações ao uso da hormonioterapia. Sua ação é predominantemente estrogênica-símile para os sintomas do climatério, bem como para a melhora do perfil lipídico.

Embora ainda sem suficiente comprovação científica para justificar os usos citados a seguir, inúmeros trabalhos vêm sendo desenvolvidos no sentido de referenciar sua utilização na manutenção da massa óssea, ação antioxidante, ação antinflamatória e atividade antitumoral pela inibição de tecido neoplásico.

Pesquisas relacionadas ao uso de plantas medicinais contendo isoflavonas, ainda não

comprovaram alterações significativas no endométrio ou tecido mamário. Nesse sentido, o Instituto Nacional do Câncer/MS vem desenvolvendo, no Serviço de Ginecologia Oncológica do Hospital do Câncer II, um estudo com isoflavonas em pacientes tratadas de câncer ginecológico. Os objetivos da pesquisa são a avaliação da eficácia das isoflavonas frente aos sintomas do climatério, a possível melhora dos índices de colesterol e frações e a ocorrência de alterações nos tecidos mamário e endometrial das pacientes submetidas ao tratamento por irradiações (www.Inca.gov.br).

Especificações de prescrição:

Soja (*Glycine max*) – Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas.

Uso: 50 a 180mg por dia, que devem ser divididos em duas tomadas (12/12h).

Possíveis efeitos colaterais: alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.

13.11.2 Trevo vermelho (*trifolium pratense*)

É um fitocomplexo que tem na sua composição várias isoflavonas, além de outros componentes da planta. Vem sendo utilizado por longa data para diversas finalidades, sendo útil para os sintomas do climatério devido a sua forte ação estrogênica-símile. Pesquisas têm mostrado também uma boa perspectiva para a manutenção dos perfis ósseo e lipídico, assim como ação antineoplásica, inflamatória, cicatrizante e cumarínica, diminuindo a coagulabilidade sanguínea e a perfusão periférica. No entanto, os produtos registrados pela Anvisa se referem à padronização e dosagem específicas para ao alívio dos “fogachos”.

Especificações de prescrição:

Trevo vermelho – extrato padronizado a 8% de isoflavonas.

Uso: 40mg a 60mg por dia com dose única diária.

Possíveis efeitos colaterais: semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante de anticoagulantes orais ou heparina pode ter seu efeito potencializado. O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifem podem sofrer interferência. Drogas de metabolização hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (itraconazol, cetoconazol) antineoplásicos (paclitaxel, vimblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina, lovastatina), podem ter sua ação alterada.

Contra-indicações: hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias. Mulheres gestantes ou amamentando não devem fazer uso. Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte – interromper o uso 48 horas antes do procedimento.

13.11.3 Cimicífuga (*cimicifuga racemosa*)

É utilizado para o tratamento dos sintomas do climatério, tendo ação central (hipotalâmica) e periférica, nos receptores. Está indicado principalmente para os sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos) e age na melhora da atrofia da mucosa vaginal (ação periférica).

Especificações de prescrição:

Cimicífuga racemosa – Extrato padronizado entre 2,5 e 8% de 27-deoxiacteína.

Uso: 40 a 80mg/dia. Pode ser associada às isoflavonas.

Possíveis efeitos colaterais: são muito raros. Incluem dor abdominal, diarreia, cefaléia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares.

13.11.4 Hipérico (*hiperico perforatum*)

É uma planta de reconhecidas propriedades antidepressivas e calmantes, podendo ser indicada para quadros leves a moderados de depressão não endógena. Atua no SNC inibindo a recaptação de vários neurotransmissores, entre eles a serotonina relacionada ao equilíbrio emocional e ao humor.

Especificações de prescrição:

Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas

Uso: 300 a 900 mg ao dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em 3 tomadas diárias.

Possíveis efeitos colaterais:

Irritação gástrica, sensibilização cutânea - fotodermatite, insônia, ansiedade.

Contra-indicações: gravidez, lactação. Evitar exposição ao sol.

13.11.5 Valeriana (*valeriana officinalis*)

Conhecida mundialmente pelo seu efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia.

Especificações de prescrição

Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos.

Uso: 300 a 400mg ao dia, divididos em duas a três tomadas.

Possíveis efeitos colaterais:

Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois em excesso pode causar cefaléia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsia e reações alérgicas cutâneas.

Contra-indicações: hipersensibilidade, gestação e lactação.

13.11.6 Melissa (*melissa officinalis*)

Pode ser utilizada para o alívio de ansiedade, insônia e algumas desordens digestivas como cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de outras indicações, principalmente quando associada à valeriana.

Especificações de prescrição:

Extrato seco: Não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmicos totais, calculados como ácido rosmarínico.

Uso: 80 a 240mg ao dia, em três tomadas.

Possíveis efeitos colaterais:

Entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis.

Contra-indicações: gestantes, portadores de glaucoma e de hipertiroidismo e hipersensibilidade aos constituintes da planta.

A associação de valeriana com melissa já pode ser encontrada comercialmente e tem sido indicada como indutor do sono e para ansiedade.

13.12 Considerações Sobre a Fitoterapia

13.12.1 Orientações sobre uso de TH e fitoterapia

A TH poderá ser associada à fitoterapia durante a transição de uma terapia à outra, assim como o uso de medicações para ansiedade, insônia e depressão concomitante ao uso de hormônios. A utilização de medicamentos para a osteoporose pode ser feita em associação à fitoterapia.

A mudança do regime terapêutico de TH para fitoesteróides, quando indicada, deve ser gradativa, com introdução imediata e diária da dose efetiva de fitoterápicos e retirada gradual dos hormônios: um comprimido em dias alternados no primeiro mês, um a cada três dias no segundo mês e um a cada quatro dias no terceiro mês. Os mesmos cuidados devem ser tomados em relação ao rastreamento de neoplasias hormônio-dependentes .

13.12.2 Tempo de uso e acompanhamento

O acompanhamento destas pacientes é o mesmo que está recomendado no capítulo referente à abordagem clínica. Exames regulares (bioquímica do sangue, exames preventivos do câncer, mamografia, ultra-sonografia da pelve, densitometria óssea) devem ser solicitados respeitando a mesma rotina. Não existe um limite definido para o término da terapêutica, desde que não sejam detectadas contra-indicações ou complicações associadas.

Sem dúvida, a introdução da fitoterapia vem oferecer mais tranquilidade às mulheres na medida em que se apresenta como opção para abordagem medicamentosa no climatério. Muitas pesquisas ainda estão em curso, de modo que, nos próximos anos, maiores esclarecimentos poderão ser demonstrados sobre o uso desses medicamentos, principalmente para aquelas mulheres que apresentem restrições à TH ou não desejam utilizá-los.

13.12.3 Homeopatia

A homeopatia constitui um sistema médico-terapêutico que existe há mais de 200 anos como uma prática médica de regras fixas de tratamento e cura, cujo uso vem se ampliando e aperfeiçoando progressivamente no Brasil e no mundo.

O aspecto doutrinário/filosófico da homeopatia está baseado na visão vitalista do ser humano, na existência de um princípio vital que anima nosso organismo e a sua importância na manutenção da vida e da saúde. Foi criada e desenvolvida pelo médico alemão Samuel Hahnemann a partir do final do século XVIII, quando publicou no ano de 1796, um estudo intitulado “Ensaio sobre um novo princípio para a determinação do poder curativo das drogas e exames dos princípios prévios”, no qual adota o princípio da semelhança “Similia similibus curantur” – o semelhante curando o semelhante – enunciado por Hipócrates no século IV a.C., como um dos fundamentos da homeopatia. Esse princípio é evidenciado quando uma dada substância capaz de causar efeitos em um organismo sadio, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente.

O medicamento homeopático pode ter origem mineral, vegetal, ou biológica e é produzido por meio de sucessivas diluições e dinamizações do insumo ativo.

Na prática da homeopatia o profissional deve reconhecer a maneira como cada pessoa manifesta seus sintomas numa dada enfermidade, assim como a forma que reage e se relaciona com o meio em que vive, seus hábitos de vida, seus desejos, medos, aversões e outras características. Desta forma, constrói um estudo global do indivíduo e sua forma de adoecimento possibilitando a prescrição do medicamento mais eficaz para cada caso. Por isso se diz que a “homeopatia trata doentes e não somente doenças”.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários;

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência;

Nesse sentido a homeopatia vem a ser uma relevante opção terapêutica para a diminuição dos sintomas indesejáveis do período do climatério, contribuindo para o bem-estar da mulher, possibilitando o reequilíbrio orgânico e emocional nesta fase.

É importante ressaltar a necessidade do conhecimento especializado por parte do profissional para a sua devida utilização como uma opção terapêutica para a saúde da mulher mais especificamente na fase do climatério, enfatizando a sua indicação para aquelas que apresentem limitações ou contra-indicação para a terapia medicamentosa hormonal ou não hormonal, ou que optem por este tipo de tratamento.

13.13 Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é um tecnologia de intervenção em saúde que aborda, de modo integral e dinâmico, o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da MTC, a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa. No ocidente, a partir da metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países, tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos e das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institute of Health*, dos Estados Unidos, referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde.

A MTC inclui, ainda, práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa). No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de

30 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº. 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), do Sistema Único de Saúde, a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo país. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura, em todas as regiões e, em 2003, foram 181.983 consultas.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

13.14 Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993.

Entre os recursos que acompanham essa abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

As experiências na saúde pública têm oferecido contribuições aos campos da educação popular, arte, cultura e desenvolvimento social. No SUS, secretarias municipais de saúde de vários estados, por meio de equipes multidisciplinares vinculadas à Estratégia Saúde da Família, vem oferecendo atendimentos baseados nesta abordagem de práticas não alopáticas representadas pela medicina antroposófica, juntamente com a homeopatia, fitoterapia e a acupuntura (incluindo massagem, terapia artística e aplicações externas).

Considerando ainda a pequena representatividade no SUS e as avaliações iniciais positivas que os serviços apresentam acerca de sua inserção, a PNPIC propõe, no âmbito das experiências consolidadas, a implementação de observatórios de medicina antroposófica, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre suas práticas e seu impacto na saúde.

REFERÊNCIAS

- ABELOFF, M. D. et al. *Clinical Oncology*. 2nd edition. USA: Churchill Livingstone, 2001.
- ABREU, M. C. *Depressão & Maturidade*. Brasília: Plano Editora, 2003.
- ADACHI, J. D. et al. Intermittent etidronate therapy to prevent corticosteroid-induced osteoporosis. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 337, p. 328-37, 1997.
- ADDINOFF, A. D.; HOLLISTER, J. R. Steroid-induced fractures na dbone loss in patients with asthma. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 309, p. 265-8, 1983.
- AGÊNCIA FRANCESA DE SEGURANÇA SANITÁRIA DE PRODUTOS PARA A SAÚDE. *Farmacopéia*. 10. ed. Paris, 1990.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 33, de 05 de maio 1999. Institui as boas práticas de manipulação em farmácias. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 maio 1999. Seção I.
- _____. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 48, de 16 de março de 2004. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2004. Seção 1.
- ALBUQUERQUE, C. F. M. et al. Doença Periodontal e Osteoporose em Mulheres na Pós Menopausa. *Revista FEMINA*, [S.l.], v. 32, n. 4, maio 2004.
- ALGRANTI, E.; MENEZES, A. M. B.; ACHUTTI, A. C. Lung Cancer in Brazil. *Seminars in Oncology*, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 143-52, 2001.
- ALMEIDA, A. B. *Reavaliando o Climatério: Enfoque atual e multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS. Medical guidelines for the clinical use of dietary supplements and nutraceuticals. [S.l.]: Endocrine Practice, 2003.
- ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (Org.). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996.
- ARTILES DE LEÓN, I. la violencia: tres estudios sobre un tema. *Revista Sexologia y sociedad*, Cuba, v. 6, n.16, p.34-36, dic. 2000.
- _____. salud y viloencia de gênero. *Revista sexologia y sociedad*, Cuba, v. 6, n. 15, p 27-29,

ago. 2000.

ASSESSMENT of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva: WHO, 1994. (Technical Report Series, 843)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (Abrasco). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA NO BRASIL (AMHB). Comissão de Saúde Pública. *Homeopatia para todos: a homeopatia em serviços públicos de saúde: Relatório da Comissão de Saúde Pública, da Associação Médica Homeopática Brasileira*. Belo Horizonte, 2001.

BACHMANN, G. A. Função Sexual na Perimenopausa. In: DAVID, H. et al. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas*, [S.l.], v. 13, p. 43, 1991.

BAGNOLI, V. R. et al. *Climatério: Terapêutica não hormonal*. [S.l.]: Roca, 2005.

BAINES, C. J.; MILLER, B. A. Mammography versus clinical examination of the breast. *J. Natl. Câncer. Inst. Monogr.*, [S.l.], v. 22, p. 125-9, 1997.

BALCH, J. F. *Receita para Cura através de Nutrientes*. São Paulo: Campus, 1996.

BARTLLET, J. G.; GALLANT, J. E. *Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV. 2002/2003*. Baltimore: Faculdade de Medicina da Universidade John Hopkins, [200?].

BARTON, M. B.; HARRIS, R.; FLETCHER, S. W. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA*, [S.l.], v. 282, p. 1270-80, 1999.

BASTOS, M. H. *Sorria, você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher*. São Paulo: Ground, 2001.

BELO HORIZONTE (Cidade). Edital n.º 2 de fevereiro de 1996. Concursos para Médico Antroposófico. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, MG, ano II, n. 99, 24 a 26 fev. 1996.

BENEDEK, T.; RUBINSTEIN JR, E. C. *Studies in Psychosomatic Medicine: Psychosexual Functions in Women*. New York: Ronald, 1952.

BEREK, J. S. *Novak: Tratado de Ginecologia*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BERLINGUER, G. *Questões de vida: Ética Ciência Saúde*. Salvador: APCE, 1993.

BERQUÓ, E. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV-aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento familiar. *Manual para o gestor*. Brasília, 2002. (Série avaliação, n. 4).

- BLACK, D. M. et al. Randomized trial of effect of alendronate on risk of fracture in woman with existing vertebral fractures. *Lancet*, [S.l.], v. 348, p. 1535-41, 1996.
- BLOT, W. J. The Epidemiology of Cancer. In: BENNET. J. C.; PLUM, F. (Eds). *Cecil Textbook of Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996. p. 1020-4.
- BONE, H. G. et al. Alendronate and Estrogen effects in Postmenopausal woman with low bone mineral density. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, [S.l.], v. 85, p. 720-26, 2000.
- BORDMAN. et al. Positive cone biopsy specimen margins in women infected with the human immunodeficiency virus. *Am. J. Obst. Gynecol.*, [S.l.], v.181, p. 1395-1399, 1999.
- BORTOLETTO, C. C. R. *Estudo clínico, morfológico e ultra-sonográfico do endométrio de mulheres na pós-menopausa, consoante o teste provocativo pelo progestogênio*, 1994. Tese (Mestrado)-Escola Paulista de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BOTT, V. *Medicina Antroposófica: uma ampliação da arte de curar*. 3. ed. São Paulo: Associação Beneficente Tobias, 1991.
- BRASIL. Alendronate and estrogen effects in postmenopausal women with low bone mineral density. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, [S.l.], v. 85, p. 720-2, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): bases de ação programática*. Brasília, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, 2005
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.
- _____. Ministério da Saúde. Decreto n° 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, jun. 2006. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 2. ed. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização: relatórios de atividades 2003*. Brasília, 2004.

- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos*, Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Planejamento Familiar Reprodutivo*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 470, de 24 de julho de 2002. Regulamenta o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 138, mar. 2006. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.318 de 23 de julho de 2002. Define o grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 147, 2006. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p.18.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução CIPLAN n.º 8, de 8 de março de 1988. Implanta a prática da Fitoterapia nos serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, mar. 1988. Seção I.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *2004, ano da mulher*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Cartilha da PNH: clínica ampliada*. Brasília, 2004. (Série B. Textos básicos de Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Análise da Estratégia Global para alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica*. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 14)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 12)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Normas e Manuais Técnicos: Saúde Bucal*. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 17)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do Governo*. Brasília, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004. 306 p. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica: preparatório à Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília, 2003. 11 p. (Relatório Técnico).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4. ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. *A Construção de vidas mais saudáveis*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Proposta de Política*

Nacional de Plantas Mediciniais e Medicamentos Fitoterápicos. Brasília, 2002. (Versão Sistematizada)

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). *Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV- 2004*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *O Cigarro Brasileiro: análises e propostas para a redução do consumo*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtm.htm>>. Acesso em: 1º out. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Análise da Estratégia Global para alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids e DST, ano III nº 1*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Saúde Brasil. *Ação Nacional em favor de Modos de Viver Saudáveis*. Brasília, 2005.

BRAUN, R. et al. *Standardzulassung fr fertigarzneimitteltext and kommentar*. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, 1997.

BRUNETON, J. *Pharmacognosy, phytochemistry, medicinal plants*. Paris: Lavoisier Publishing, 1995.

CANELLA, P. R. B. Climatério: Fisiologia ou Patologia? *G.O.*, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 100-112, 1993.

CANGUILHEM, G. *Lo Normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.

CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001*. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002.

CARVALHO, P. R. *Medicina Ortomolecular*. Rio de Janeiro: Nova Era, 1999.

- CASSIDY, A.; HOOPER, L. Phytoestrogens and cardiovascular disease. *J. Br. Menopause Soc.*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 49-56, jun. 2006.
- CAVALCANTI, R. C. O Sexo no Climatério e na Velhice. In: CAVALCANTI, R. C.; VITIELLO, N. (Eds.) *Sexologia I*. São Paulo: Fundo Editorial Febrasgo, 1984. p. 9-24.
- CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/>
- CHALITA, G. B. I. *Os dez mandamentos da ética*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- CHAPUY, M. C. et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 327, n. 23, p. 1637-42, 1992.
- CHESNUT, C. H. et al. A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis: the prevent recurrence of osteoporotic fractures study. *Am. J. Med.*, [S.l.], v. 109, p. 267-76, 2000.
- CLARK, S, J. et al. High titers cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection. *N.Engl.J.Med.* [S.l.], v. 324, p. 954-960, 1991.
- CLIMATÉRIO. In: TRATADO de ginecologia da Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v. 1. p. 8. p 653-658.
- COHEN, J. et al. Ooplasmic transfer in mature human oocytes. *Mol. Hum. Reprod.*, [S.l.], v. 4, p. 269-80, 1998.
- COHEN, S. et al. Risendronate therapy prevents corticosteroid-induced bone loss. *Arthritis & Rheumatism*, [S.l.], v. 42, n. 11, p. 2309-18, 1999.
- COLLINS, G. European Society for Human Reproduction and Embryology Female Infertility: treatment options for complicated cases. *Human. Reprod.*, [S.l.], v. 12, p. 1219b-1196b, 1997.
- _____. Sexo Seguro: Importante em qualquer idade. *The Female Patient*, [S.l.], v. 20, p. 4-8, 2000.
- CORLETTI, F. *Menopausa e terapie naturali*. Milano, Itália: Tecniche Nuove, 1998.
- CULTURA contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1997.
- CUMMINGS, S. R. et al. Effect of alendronate on risk of fracture in woman with low bone density but without vertebral fractures: Results from the Fracture Intervention Trial. *JAMA*, [S.l.], v. 280, p. 2077-82, 1998.
- CUPPARI, L. *Nutrição Clínica no Adulto: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

- CUZICK, J. et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *Lancet*, [S.l.], v. 361, n. 9354, p. 296-300, 2003.
- DAWSON-HUGHES, B. et al. Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. *N.E.J.M.*, [S.l.], v. 337, n. 10, p. 670-6, 1997.
- DE JONG, F. H. Inhibin. *Phys Rev.*, [S.l.], v. 68, p. 555, 1988.
- DEL PRIORE. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac, 2000. (Série Ponto Futuro).
- DENNERSTEIN, L. et al. Hormone therapy and effect. *Maturitas*, [S.l.], v. 1, p. 247-259, 1979.
- DENNERSTEIN, L. et al. Hormones & sexuality: effect of oestrogen and progestogen. *Obs. Gynae*, [S.l.], v. 56, n. 30, p. 316-322, 1980.
- DENNERSTEIN, L. Psychologic changes. In: MISHELL, J. *Menopause physiology and pharmacology*. Chicago: Library of Congress Cataloging in Publication Data, 1987.
- DEUTSCH, H. *Psychology of Women*. New York: Grunne & Stratton, 1944.
- DEUTSCHES Arzneibuch. 7. ed. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, 1998.
- DFID BRASIL. *Manual de Treinamento em Desenvolvimento Social*. Brasília, 2004.
- DOW, M. G. T.; GALLAGER J. A controlled study of combined hormonal e psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *Br. J. Clin. Psychol.*, [S.l.], v. 28, p. 201-212, 1989.
- DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- EASTELL, R. Treatment of Postmenopausal osteoporosis. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 338, p. 736-46, 1988.
- ELLERINGTON, M. C. et al. Intranasal salmon calcitonin for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Calcif. Tissue. Int.*, [S.l.], v. 59, p. 6-11, 1996.
- ENSPTEC. Tecnologia em Saúde para Qualidade de Vida. Projeto carga de doença. 2004. Disponível em: <<http://ensp.iocruz.br/projetos/carga/index1.htm>>. Acesso em: 1 out. 2004.
- ENSRUD, K. E. et al. Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk – results from the fracture intervention trial. *Arch. Intern. Med.*, [S.l.], v. 157, p. 2617-24, 1997.
- ESHRE CAPRI WORKSHOP. European Society for Human Reproduction and

Embryology. Optimal uses of infertility diagnostic tests and treatments. *Human Reprod*, [S.l.], v. 15, p. 723-732, 2000.

ETTINGER, B. et al for the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation (MORE) Investigators. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene – Results from a 3-year randomized clinical trial. *JAMA*, [S.l.], v. 282, n. 7, p. 637-45.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tratado de Ginecologia. Climatério. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. v. 1.

FERNANDES, C. E. et al. *Terapêutica Hormonal no Climatério Feminino: Onde estamos e para onde vamos?* São Paulo: Segmento, 2004.

FERNANDES, C. E.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. *Climatério: Manual de Orientação*. São Paulo: Ponto, 2004.

FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHB, A. S. *Climatério Feminino-Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Lemos, 1999.

FLETCHER, S. W.; ELMORE, J. G. Mamographic screening for breast cancer. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 348, p. 1672-80, 2003.

FLINT, M. P. The menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 161-163, 1975.

FÓRUM NACIONAL DE HOMEOPATIA, 1., 2004, Brasília. *A homeopatia que queremos implantar no SUS: relatório*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 52 p. (Série D, Reuniões e Conferências).

FRAIMAN, A. P. *Coisas da Idade*. 2. ed. São Paulo: Hermes, 1991.

FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FRARE, S. M. et al. *Terceira Idade: Quais os Problemas Bucais Existentes?* Disponível em: <<http://www.apcd.org.br/biblioteca/revista1997/odontogeriatría06.asp>>

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Funasa). *Saúde da população negra no Brasil: Contribuição para promoção da equidade*. Brasília, 2005

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. *Manual de Oncologia Clínica*: União Internacional Contra o Câncer. 6. ed. São Paulo, 1999.

GAINES, H.; VON SYDOW, M.; PETHERSON, P. O. Clinical picture of primary HIV infection presenting as glandular-fever-like illness. *BR. Med. J.*, [S.l.], v. 297, p. 1363-1368, 1998.

GAMBRELL JR, R. D. Do Progestogens Protect Against Endometrial Cancer in

- Estrogen Users? In: SITRUK-WARE, R.; UTIAN, W. H. (Eds.). *The Menopause and Hormonal Replacement Therapy*. New York: Marcel Dekker, 1991. p. 119-141.
- GEORGE, T. Menopause: Some interpretations of the results of a study among a non-western group. *Maturitas*, [S.l.], v. 10, p. 109, 1985.
- GINDOFF, P. R.; JEWELWICZ, R. Reproductive potencial in the older woman. *Fertil Steril*, [S.l.], v. 46, p. 989-1001, 1986.
- GOEBEL, W.; GLÖCKER, M. *Consultório pediátrico: um conselheiro médico-pedagógico*. 2. ed. São Paulo: Antroposófica, 1993.
- GOLDANI, A. M. Mulheres e Envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARO, A. A. (Org.). *Muito além dos sessenta: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 75-114
- GREENBLAT, R. B.; TERAN, A.-Z. Advice to post-menopausal woman. In: ZICHELLA, L.; WHITEHEAD, M.; VAN KEEP, P. A. (Eds.) *The climacteric and Beyond*. New York: Parthenon Publishing, 1987. p. 39
- GREER, G. *Mulher, Maturidade e Mudança*. São Paulo: Augustus, 1994.
- HAARBO, J. et al. Relation of body fat distribution to serum lipids and lipoproteins in elderly women. *Atherosclerosis*, [S.l.], v. 80, p. 57, 1989.
- HALBE, H. W.; FONSECA, A, M. Síndrome do Climatério. In: HALBE, H, W. *Tratado de Ginecologia*. 2. ed. São Paulo: Roca, 1994. p. 1243-1258.
- HAN, K. K. et al. Beneits of soy isolavone therapeutic regimen on menopausal symptoms. *Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 99, n. 3, p. 389-94, mar. 2002.
- HARDY, E. et al. Climatério: Implicações Sociais. *Femina*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 313-320, 1992.
- HARRIS, S. T. et al. Effect of risendronate treatment o vertebral and nonvertebral fractures in woman with postmenopausal osteoporosis a randomised controlled trial. *JAMA*, [S.l.], v. 282, p. 1344-52, 1999.
- HEALTH Empowerment, Rights And Accountability – HERA. Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Hera Secretariat, website. Disponível em: <www.iwhc.org/hera>.
- HEARD, I. et al. Early regression of cervical lesion in HIV-seropositive womwn receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS.*, [S.l.], v.12, p. 1459-1464, 1998.
- HENDLER, S. S. *Enciclopédia de Vitaminas e Minerais*. Rio de Janeiro: Campus,1994.
- HITE, S. *O Relatório Hite*. 5. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1979.

HODD, et al. Rapid turnover of plasma virions and lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*, [S.l.], v. 373, p. 123-126, 1995.

HOOK, E. B. Rates of chromosomal abnormalities at different maternal ages. *Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 58, p. 281-285, 1981.

HOPE, T.; LOCKWOOD, G.; LOCKWOOD, M. An Ethical Debate: Should Older Women be offered in vitro Fertilization? The interests of the potential child. In: KUHSE, H.; SINGER, P. *Bioethics an Anthology*. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1999. Chapter 11.

HOSKING, D. et al. Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 338, n. 8, p. 485-92, 1998.

HULLEY, S. et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal woman. *JAMA*, [S.l.], v. 280, p. 605-613, 1998.

HUNTER, C. P.; REDMOND, C. K.; CHEN, V. W. Breast cancer: factors associated with stage at diagnosis in black and white women. *J. Natl. Cancer Inst.*, [S.l.], v. 85, p. 1129-1137, 1993.

HUNTER, M. S. Emotional well: being, sexual behavior and hormone replacement therapy. *Maturitas*, [S.l.], v. 12, p. 299-314, 1990.

HUSEMANN, F.; WOLFF, O. *A imagem do homem como base da arte médica*. São Paulo: Resenha Universitária, 1978. 3 v.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. *Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional 2003*. Rio de Janeiro, 2003.

_____. *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, 2004*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>

_____. *Coordenação de Prevenção e Vigilância: Diretrizes Nacionais para Condutas Clínicas do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Diretrizes Estratégicas para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama*. Rio de Janeiro, 2005.

_____. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003*. Rio de Janeiro, 2003.

_____. *Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer*. Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Análise da*

disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002–2003. Rio de Janeiro,, 2004.

_____. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996*. Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 20 de novembro, 2006.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE (1978: Alma Ata, URSS). Report of the International Conference on Primary Health Care jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Organization and United Nations Children 's Fund, Geneva, WHO, 1978. p. 61.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UNITED STATES). *TNM Classification of malignant tumors*. 6 ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.

JACKMAN, R. J. et al. Stereotactic, automated large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions: false-negative and histologic underestimation rates after long-term follow-up. *Radiology*, [S.l.], v. 210, p. 799-805, 1999.

JACYNTHO, C.; ALEMIDA FILHO, G.; MALDONADO. *HPV-Infecção genital feminina e masculina*. Rio de Janeiro: Revinter. 1994

KAARI, C. et al. Randomized clinical trial comparing conjugated equine estrogens and isolavones in postmenopausal women: a pilot study. *Maturitas*, [S.l.], v. 53, n. 1, p. 49-58, jan. 2006.

KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.

KARPF, D. B. et al. Prevention of nonvertebral fractures by alendronate – a meta-analysis. *JAMA*, [S.l.], v. 277, n. 14, p. 1159-64, 1997.

KIM, S. S.; BATTAGLIA, D. E.; SOULES, M. R. The future of human ovarian cryopreservation and transplantation: fertility and beyond. *Fertil Steril*, [S.l.], v. 75, p. 1049-56, 2001.

KINSEY, A. C. et al. *Sexual behavior in human female*. Philadelphia: Saunders, 1953.

KLEIJNEN, J.; KNIPSCHILD, P.; TERRIET, G. Clinical trials of homoeopathy. *B.M.J*, [S.l.], v. 302; p. 316-323, 1991.

KOCH, H. A. et al. Radiologia da Mama: qualidade em mamografia. *Radiol. Brás.*, [S.l.], v. 29, p. 257-69, 1996.

KOCH, H. A.; PEIXOTO, J. E. Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama por meio da mamografia. *Radiol. Brás.*, [S.l.], v. 31, p. 329-37, 1998.

KRONNENBERG, F.; BARNARD, R. M. Modulation of menopausal hot flashes by ambient temperature. *J.Tarm. Biol.*, [S.l.], v.17, p. 43, 1992.

LABINSKY, N. et al. Vascular dysfunction in aging: potential effects of resveratrol, an anti-inflammatory phytoestrogen. *Curr. Med. Chem.*, [S.l.], v. 13, n. 9, p. 989-96, 2006.

LANSAC, J. Delayed parenting. Is delayed childbearing good thing? *Human Reprod.*, [S.l.], v. 10, p. 1033-1036, 1995.

LEE, C. H. et al. Follow-up of breast lesions diagnosed as benign with stereotactic coreneedle biopsy: frequency of mammographic change and false-negative rate. *Radiology*, [S.l.], v. 212, p. 189-194, 1999.

LEIBLUM, S.; BACHMANN, G. The Sexuality of the Climacteric Woman. In: ESKIN, B.A. (Ed.). *The Menopause Comprehensive Management*. New York: Field & Wood Medical Publishers, 1994. p. 137-154.

LIBERMAN, L. et al. US-guided core breast biopsy: use and cost-effectiveness. *Radiology*, [S.l.], v. 208, p. 717-723, 1998.

LINDE, K. et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A metaanalysis of placebo-controlled trials. *Lancet.*, [S.l.], v. 350, p. 834-843, 1997.

LINDSAY, R. et al. Addition of alendronate to ongoing hormone replacement therapy in the treatment of osteoporosis: a randomized controlled clinical trial. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, [S.l.], v. 84, p. 3076-81, 1999.

LINDSAY, R. et al. Risk of new vertebral fracture in year following a fracture. *JAMA*, [S.l.], v. 285, n. 3, p. 320-323, 2001.

LINDSAY, R. The role of estrogen in the prevention of osteoporosis. *End. Clin. North. Am.*, [S.l.], v. 27, p. 399-409, 1998.

LLOYD, T. et al. Calcium supplementation and bone mineral density in adolescent girl. *JAMA*, [S.l.], v. 270, p. 841, 1993.

LOOKER, A. C. et al. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. adults from the NHANES III. *J. Bone. Miner. Res.*, [S.l.], v. 12, n. 11, p. 1761-8, 1997.

LOPES, G. P. *Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

LUFKIN, E. G. et al. Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal estrogen. *Ann. Intern. Méd.*, [S.l.], v. 117, p. 1-9, 1992.

LUZ NETTO JR., N. *Memento Terapêutico Fitoterápico do Hospital das Forças Armadas*. Brasília: EGGCF, 1998. 15p.

LUZ, M. T. *A questão da Homeopatia*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP, 1987.

_____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993. (Série Estudos de Saúde Coletiva, n. 62)

M.KINTAY, S. M.; BRAMBLIA, D.; POSNER, J. G. The normal menopausal transition. *Naturitas*, [S.l.], v. 14, p. 103, 1992.

- MANNOCCHI, J. F. et al. Causas sociais das disfunções sexuais. In: _____. *Disfunções Sexuais*. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1995. p. 32-34.
- MANOLAGAS, S. C.; WEINSTEIN, R. S. New developments in the pathogenesis and treatment of steroid-induced osteoporosis. *J. Boné. Miner. Res.*, [S.l.], v. 14, p. 1061-1066, 1999.
- MARIGO, C. Câncer na América Latina: Perspectivas Sombrias. *Rer. Brás. Câncer*, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 63-74, 1995.
- MASON, J. E. et al. Postmenopausal Hormone: Replacement Therapy. *N. Engl. J. Méd.*, [S.l.], v. 345, n. 1, p. 34-40, 2001.
- MASTERS, W. H. *A Incompetência Sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Conduta Sexual Humana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- MATHEWS, A.; WHITEHEAD, A.; KELLETT, J. Psychological & hormonal factors in the treatment of female sexual dysfunction. *Psychol. Med.*, [S.l.], v. 13, p. 83-92, 1983.
- MATHEWS, K. A. et al. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *J. Consulting Clin. Psychiatr.* [S.l.], v. 58, p. 345, 1990.
- MC DONEL, K. B. et al. Predicting progression to AIDS: Combined usefulness of CD4 lymphocyte counts and p24 antigenemia. *Am. J. Med.*, [S.l.], v. 89, p. 760-712, 1990.
- MCCOY, N. L. The menopause and Sexuality. In: SITRUK-WARE, R.; WULF, H. U. (Eds). *The Menopause and Hormonal Replacement Therapy*. New York: Marcel Dekker, 1991. p. 73-100.
- MCKINLAY, S. M.; BIGANO, N. L.; MCKINLAY, J. B. Smoking and age at menopause. *Ann. Intern. Med.*, [S.l.], v. 103, p. 350, 1992.
- MENDONÇA, E. A. P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2000.
- MENEGON, V. S. M. *Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano*. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MEUNIER, P. J. et al. Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women: clinical guidelines. *Clin. Ther.*, [S.l.], v. 21, p. 1027-44, 1999.
- MEYER-BUCHTELA, E. Tee-Rezepturen Ein Handbuch f r Apotheker und rzte. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, 1999.
- MICHEL, B. A. et al. Fractures in Rheumatoid Arthritis: an evaluation of associated risk factors. *J. Rheumatol.*, [S.l.], v. 20, p. 1666-9, 1993.

- MILLER, A. B. et al. Canadian national breast screening study-2: 13 year-results of a randomized trial in women aged 50-59 years. *J. Natl. Cancer. Inst.*, [S.l.], v. 92, p. 1490-9, 2000.
- MILLER, B.A.; FEUER, E. J.; HANKEY, B. F. Recent incidence trends for breast cancer in women and the relevance of early detection: an update. *Cancer. J. Clin.*, [S.l.], v. 43, p. 27-41.
- MONTGOMERY, J. C.; STUDD, J.W.W. Psychological and sexual aspects of the menopause. *Br. J. Hosp. Med.*, [S.l.], v. 45, p. 300, 1991.
- MOREIRA NETO, G. *Homeopatia em Unidade Básica de Saúde (UBS): um espaço possível*. 1999. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MORI, M. E. *A vida ou Vida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade*. 2002. 174 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
- MORI-CRUZ, N. *Decifra-me ou Te Devoro! O caos urbano nas cidades contemporâneas: O caso de Brasília*. 2003. 161 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, 2003.
- MOSEKILDE, L. et al. Hormonal replacement therapy reduces forearm fracture incidence in recent postmenopausal woman - results of the Danish Osteoporosis Prevention Study. *Maturitas*, [S.l.], v. 36, p. 181-93, 2000.
- MOSS, R.; BACCHETTI, P. Natural history of HIV infection. *AIDS*, [S.l.], v. 3, p. 55-61, 1989.
- MURRAY, M.; PIZZORNO, J. *Enciclopédia da Medicina Natural*. São Paulo: Editora Andrei, 1994.
- MUSAPH, H. The trigger function of the menopause. In: HASPELS, A. A.; MUSAPH H. (Eds.) *Psychosomatics in Peri-menopause*. Baltimore: University Park Press, 1979.
- NACHTIGALL, L. E. et al. Complementary and hormonal therapy for vasomotor symptom relief: a conservative clinical approach. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 279-89, apr. 2006.
- NACHTIGALL, L. E. Sexual Function in the Menopause and Postmenopause. In: LOBO, R. A. (Ed.) *Treatment of the Postmenopause Woman: Basic and Clinical Aspects*. New York: Raven Press, Ltd., 1994. p. 301-306.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (EUA). Women's Health Initiative WHI. *JAMA*, [S.l.], v. 288, n.3, p. 321-333, 2002.
- NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and

Therapy. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 785-95, 2001.

NISSIM, R. *Mamamélis: manual de ginecologia natural para mulheres*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

NORTHRUP, C. *A sabedoria da menopausa: curando e criando saúde física e emocional*. Tradução: Marcello Borges. São Paulo: Gaia, 2004.

O QUE é saúde bucal? Terra – Saúde Bucal, 2007. Disponível em: http://www.terra.com.br/saudebucal/colgate/problemas_comuns/boca_seca2.htm

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESMENT. *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*. Washington, DC: US. Government Printing Office, 1978.

OJEDA, L. *Menopausia sin Medicina: Mas Allá Del mito: sexo, dieta y salud*. [S.l.]: España Ediciones Paidós, 1995.

OKTAY, K.; KAN, M.T.; ROSENWAKS, Z. Recent progress in oocyte and ovarian tissue cryopreservation and transplantation. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 13, p. 263-8, 2001.

OLSEN, O.; GOTZSCHE, P. C. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst. Rev.*, [S.l.], n. 4, p. CD001877, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Política Nacional de Medicina Tradicional e Regulamentação de Medicamentos Fitoterápicos. (RDC 48, 16 mar. 2004/ ANVISA)

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Ginebra, 1996. (Serie de Informes Técnicos, n. 866)

ORWOLL, E. et al. Alendronate for the treatment of osteoporosis in men. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 343, p. 604-10, 2000.

OUELLET, D. et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol in healthy female volunteers. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, [S.l.], v. 46, p. 111-116, 1998.

PARKER, S. H. et al. Percutaneous large-core breast biopsy: a multiinstitutional study. *Radiology*, [S.l.], v. 193, p. 359-364, 1994.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.I.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur. J. Cancer*, [S.l.], v. 37, p. S4-S66, 2001.

PEDACE, A. F. Aspectos Emocionais do Climatério. In: HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia*. 2. ed. São Paulo: Roca, 1994. p. 160-164.

PEIXOTO, J. E.; KOCH, H. A.; ALMEIDA, C. D. *Manual de instruções para medidas de contraste de qualidade dos parâmetros técnicos da mamografia*. [S.l.]: Centro de

- Diagnóstico Mamário da Santa Casa da Misericórdia, 1998.
- PEREIRA FILHO, A. S.; SOARES, A. Endocrinologia da Perimenopausa. In: TRATADO de ginecologia da Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 653-654.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de Bioética*. 6. ed. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2002.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- PHILIPPI, S. T. *Tabela de Composição de Alimentos: suporte para decisão profissional*. Brasília: Anvisa, 2001. 133 p.
- PHILOCREON, G. R. Ginecologia. Fundamentos de Ética Médica. In: PETROIANU, A. *Ética, Moral e Deontologia Médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- PHYSYCIAN'S Guide to prevention and treatment of osteoporosis National Osteoporosis Foundation. Washington, D.C.: [s.n], 1998.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.
- PINOTTI, J. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Organização Pan-Americana da Saúde (OMS). Política de Saúde da População Negra - Uma questão de equidade. Subsídios para o debate. Brasília: PNUD; OPAS, 2001.
- QUEIROZ, M. C. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2000.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. 6. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- RECOMMENDATIONS for the prevention and treatment of Glucocorticoid-induced Osteoporosis -2001 update American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. *Arthritis Rheumat.*, [S.l.], v. 44, p. 1496-1503, 2001.
- REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos. *Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil*. Belo Horizonte: [s.n], 2003.
- _____. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivo. *Dossiê Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo: [s.n], 2001.
- _____. *Dossiê Menopausa*. Belo Horizonte: [s.n], 2003.

- REID, D. M. et al. Efficacy and safety of daily Residronate in the treatment of corticosteroid-induced Osteoporosis in men and women: a randomized trial. *J. Bone Miner. Res.*, [S.l.], v. 15, p. 1006-13, 2000.
- REINWALD, S.; WEAVER, C. M. Soy isolavones and bone health: a double-edged sword? *J. Nat. Prod.*, [S.l.], v. 69, n. 3, p. 450-9, mar. 2006.
- REIS, R. M. et al. Semiologia do Climatério. In: TRATADO de Ginecologia da Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 659-666. v. 1.
- RESEARCH ON THE MENOPAUSE IN THE 1990. Report of a WHO Scientific Group. Geneva: World Health Organization, 1996. (WHO Technical Report Series, n. 886)
- ROCHA, M. I. B.; ARAÚJO, M. J. O. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.
- ROSAS, C. F. (Org.). *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. 3. ed. São Paulo: CREMESP, 2004. (Série Cadernos CREMESP)
- ROSEMBERG, J. *Tabagismo, sério problema de saúde pública*. 2. ed. São Paulo: Almed Editora, 1987.
- SANTANA, T. G. M. Condições do Climatério são Influenciadas pelo Estilo e Norma de Vida. *Rev. Prática Hospitalar*, [S.l.], vol. 7, n. 8, p. 27-29, 1992.
- SANTOS, C. G. “Onde estão as histórias de lésbicas?” Menopausa, envelhecimento, mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres. In: VILLELA, W. V. (Org.). *Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 129-133.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área Temática de Saúde da Mulher. *O Climatério em suas mãos: Manual para Profissionais de Saúde*. São Paulo, 2004.
- SARREL, P. M. Sexuality and menopause. *Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 75, p. 26S, 1990.
- _____. Sexuality in the middle years. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, [S.l.], v. 14, p. 49-62, 1987.
- SASSONE, A. M. et al. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. *Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 78, p. 70-6, 1991.
- SGRECCIA, E. *Manual de Bioética I: Fundamentos e Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- SHERWIN, B. B. The Effect of Sex Steroids on Brain Mechanisms Relating to Mood and Sexuality. In: LORRAIN, J. et al. *Comprehensive Management of Menopause*. New York: Springer Verlag, 1994. p. 327-333.

_____. The Impact of different Doses of Estrogen and Progestin on Mood and Sexual Behavior in Postmenopausal Women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, [S.l.], v. 72, n. 2, p. 336-343, 1991.

_____. The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom. Med.* [S.l.], v. 49, p. 397, 1987.

SHERWIN, B. B.; GELFAND, M. M. Differential symptom response to preteral oestrogen and/or androgen administration in the surgical menopause. *Amer. J. Obs. Gynaecol.* [S.l.], v. 151, p. 153-160, 1985.

SIMÕES, R. D.; BARACAT, E. C. Climatério: mitos e realidades. In: GALVÃO, L.; DIAS, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SINGER, P. *Bioethics an Anthology*. Massachussets: Blackwell Publishers, 1999.

SIRIS, E. S. et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *JAMA*, [S.l.], v. 286, p. 2815-22, 2001.

SOARES, S. M. Práticas terapêuticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos. Tese de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

SOCIETY for assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 1998 results generated from the American society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive technology Registry. *Fertil Steril*, [S.l.], v. 77, p. 18-31, 2002.

SOLER, J.T. et al. Associations of abdominal adiposity, fasting insulin, sex hormone binding globulin and estrogen with lipids and lipoproteins in post-menopausal women. *Atherosclerosis*, [S.l.], v.79, p. 21, 1989.

SPEROFF, L. *Climatério: Guia Clínico de atendimento à mulher*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

SPEROFF, L.; FRITZ, M. A. *Clinical Gynecologic endocrinology and infertility*. Lippincot: Willians & Wilkind, 2004.

SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; NATHAN, G. K. Menopause and Perimenopausal Transition. In: _____. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6th. ed. Baltimore, EUA: Lippincott Willians & Wilkins, 1999.

STEINER, R.; WEGMAN, I. *Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar*. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica, 1994.

STUDD, J. et al. Oestradiol and testosterone implants in the treatment of psychosexual problems in the postmenopausal woman. *Brit. J. Obs. Gynaecol.*, [S.l.], v. 84, p. 314-315, 1997.

TAVASSOLI, F. A.; DEVILLE, P. *World Health Organization classification of tumors: Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs*. Lyon: IARC Press, 2003.

TELESI, JR. E. *As Medicinas Tradicionais e o Sistema Único de Saúde: a descoberta de uma nova eficácia no campo saúde pública?* [S.l.; s.n.], 2003. Texto de colaboração

THOMAS, D. B. et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J. Natl. Cancer. Inst.*, [S.l.], v. 94, p. 1445-57, 2002.

TORGERSON, D. J.; BELL-SYER, S. E. Hormone replacement therapy and prevention of vertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA*, [S.l.], v. 285, p. 2891-7, 2001.

TRENCH, B. À saúde da mulher: reflexões sobre o envelhecer. In: BRITO, C. F.; LITVOC, J. *Envelhecimento: Prevenção e Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 189-202.

U. INFLUENCING public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme-experiences from Finland. *Public. Health Nutr.*, [S.l.], n. 5, p. 245-51, 2002.

UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO. *Uma Pesquisa sobre a Menopausa*. São Paulo: [s.n.], 1998.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. *Tabela Brasileira de Composição de Alimentos/Nepa-Unicamp: Versão II*. Campinas, 2006. 105p.

USUI, T. Pharmaceutical prospects of phytoestrogens. *Endocr. J.*, [S.l.], v. 53, n. 1, p. 7-20, feb. 2006.

VAN KEEP, P. A.; HASPELS, A. A. THERAPY. In : OESTROGEN therapy during the climacteric and afterwards. Amsterdam: Excerpta Medica, 1977. p. 33.

VAN STAA, T. P. et al. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. *J. Bone. Miner. Res.*, [S.l.], v. 5, p. 993-1000, 2000.

VIDAL, M. *Ética da Sexualidade*. São Paulo: Loyola, 2002.

VINCENT, C. *Complementary Medicine: a research perspective*. Great Britain: [s.n.], 1997.

VITIELLO, N. Disfunção Sexual: Fatores Orgânicos. *Femina*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 42-57, 1987.

VITIELLO, N.; RODRIGUES J. R, O. M. *As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade*. São Paulo: Iglu, 1997.

WATT, N. B. Clinical Utility of biochemical markers of bone remodeling. *Clinical Chemistry*, [S.l.], v. 45, p. 1359-68, 1999.

- WEISS, N. S. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self-examination. *Breast J.*, [S.l.], v. 9, p. S86-9, May-Jun. 2003. Suppl. 2
- WHELAN, A. M.; JURGENS, T. M.; BOWLES, S. K. Natural health products in the prevention and treatment of osteoporosis: systematic review of randomized controlled trials. *Ann. Phamacother*, [S.l.], v. 40, n. 5, p. 836-49, may. 2006.
- WHITE HOUSE. Comission on Complementary and Alternative Medicine Policy. *Final Report*. Washington (DC), 2002.
- WICHTL, M.; BISSET, N.G. (Eds.). *Herbal Drugs and Phytopharmaceuticals*. Stuttgart: Medpharm Scientific Publishers, 1994.
- WILKINSON, E. J. Pap smear and screening for cervical neoplasia. *Clin. Obstet. Gynecol.*, [S.l.], v. 33, p. 817-25, 1990.
- WILSON, R. A. *Feminine Forever*. Nova York: Evans, 1966.
- WIMALAWANSA, S. J. A four-year randozized trial of hormone replacement and bisphosphonate, alone and in combination, in women with postmenopausal osteoporosis. *AM. J. Med.*, [S.l.], v. 104, p. 219-226, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberation*. Geneva, 2003.
- _____. Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP). Disponível em: <http://www.who.int/noncommunicable_diseases/about/chp/en>. Acesso em: 10 ago. 2004.
- _____. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva, 2000.
- _____. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva, 1998.
- _____. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
- _____. *The world health report 2002: reducing the risks, promoting healthy life*. Geneva, 2002.
- _____. *Tradicional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva, 2002. 65p.
- _____. World no-Tobacco Day: Tobacco Alert. Geneva, 1996.
- WÜNSCH-FILHO, V.; MONCAU, J. E. Mortalidade por Câncer no Brasil 1980-1995: Padrões Regionais e Tendências Temporais. *Rev. Assoc. Méd. Brás.*, [S.l.], v. 48, n. 3, 2002.
- YACH, D.; BETTCHER, D. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control*, [S.l.], vol. 9, p. 206-216, 2000.

YEN, S. S. C. The biology of menopause. *J. Reprod. Med.*, [S.l.], v. 18, p. 287-290, 1997.

YING, S. Y. Inhibins, activins and follistatins: gonadal proteins modulating the secretion of follicle-stimulating hormone. *Endocr. Rev.*, [S.l.], v. 9, p. 267, 1988.

ZICHELLA, L.; WHITEHEAD, M.; VAN KEEP, P. A. (Eds). *The climacteric and Beyond*. New York: The Parthenon Publishing, 1987. p. 39.

Anexo A – Dez Passos para uma Alimentação Saudável

Vamos apresentar para você os *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*. Estes passos podem e devem ser seguidos por todas as pessoas da família com mais de 2 anos de idade. Não é necessário que você tente adotar todos os passos de uma vez e também não precisa seguir a ordem dos números. Para iniciar, escolha aquela orientação que lhe pareça mais fácil, interessante ou desafiadora e procure segui-la todos os dias. Caso em algum dia você não consiga, não desanime; tente novamente no dia seguinte. Quando sentir que o passo escolhido já faz parte da sua rotina, então acrescente um novo.

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

Fazendo todas as refeições, você evita que o estômago fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco de ter gastrite e de ficar com muita fome e exagerar na quantidade quando for comer. Evite “beliscar”, pois isso vai ajudar você a controlar o peso.

Aprecie a sua refeição. Coma devagar, mastigando bem os alimentos.

Saboreie refeições variadas dando preferência a alimentos saudáveis típicos da sua região e disponíveis na sua comunidade.

Escolha os alimentos mais saudáveis, lendo as informações e a composição nutricional nos rótulos dos alimentos.

Siga as normas básicas de higiene na hora da compra, da preparação, da conservação e do consumo de alimentos. A higiene é essencial para a redução dos riscos de doenças transmitidas pelos alimentos e pela água.

2. Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

Alimentos como cereais (arroz, milho, trigo pães e massas), preferencialmente na forma integral; tubérculos como as batatas e as raízes são as mais importantes fontes de energia e devem ser os principais componentes da maioria das refeições. Nas refeições principais, preencha a metade do seu prato com esses alimentos.

Se utilizar biscoitos para os lanches, leia os rótulos: escolha os tipos e as marcas com menores quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans e sódio.

3. Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas no café da manhã, nas sobremesas e lanches.

Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras, e devem estar presentes diariamente nas refeições, pois contribuem para a proteção à saúde e na diminuição do risco de ocorrência de várias doenças.

Varie o tipo de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. Compre os alimentos da época (estação) e esteja atenta para a qualidade e o estado de conservação deles.

Para alcançar o número de porções recomendadas é necessário que esses alimentos estejam presentes em todas as refeições e lanches do dia. Dê preferência a verduras e legumes crus.

Procure combinar verduras e legumes de maneira que o prato fique colorido, garantindo, assim, diferentes nutrientes. Sucos naturais de fruta feitos na hora são os melhores; a polpa congelada perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor que sucos artificiais, em pó ou em caixinha.

4. Coma feijão com arroz todos os dias todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.

Misture uma parte de feijão para duas partes de arroz, cozidos.

Varie os tipos de feijões usados (preto, da colônia, manteiguinha, carioquinha, verde, de corda, branco e outros) e as formas de preparo.

Use também outros tipos de leguminosas (soja, grão de bico, ervilha seca, lentilha, fava).

As sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e as castanhas (do Brasil, de caju, nozes, nozes-pecan, amêndoas, amendoim e outras) são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade.

5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos.

Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e contribuem para a saúde e para o crescimento saudável. Todos são fontes de proteínas, vitaminas e minerais.

Os adultos devem preferir leite e derivados com menores quantidades de gorduras (desnatados).

Coma mais peixe e frango e sempre prefira as carnes magras. Procure comer peixe fresco pelo menos duas vezes por semana; tanto os de água doce como salgada são saudáveis.

Coma, pelo menos uma vez por semana, vísceras e miúdos, como o fígado bovino, moela, coração de galinha, entre outros. Esses alimentos são excelentes fontes de ferro, nutriente essencial para evitar anemia.

6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, embutidos (salsicha, lingüiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, uma vez por semana.

Use pequenas quantidades de óleo vegetal quando cozinhar (canola, girassol, milho, algodão e soja), sem exagerar nas quantidades. Uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas.

Use azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Prepare os alimentos de forma a usar pouca quantidade de óleo, como assados, cozidos, ensopados e grelhados. Evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga.

Na hora da compra, dê preferência a margarinas sem gorduras trans ou a marcas com menores quantidades desse ingrediente (procure no rótulo essa informação).

7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, duas vezes por semana.

Consuma no máximo uma porção do grupo dos açúcares e doces por dia.

Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.

Diminua o consumo de refrigerantes e de sucos industrializados; a maioria dessas bebidas contém corantes, aromatizantes, açúcar ou edulcorantes (adoçantes artificiais) que não são bons para a saúde.

Prefira bolos, pães e biscoitos doces preparados em casa, com pouca quantidade de gordura e açúcar, sem cobertura ou recheio.

8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

A quantidade de sal por dia deve ser, no máximo, uma colher de chá rasa, por pessoa, distribuída em todas as refeições do dia.

Utilize somente sal iodado. Não use sal destinado ao consumo de animais, que é prejudicial à saúde humana.

Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque e embutidos (salsicha, lingüiça, salame, presunto, mortadela), salgadinhos e outros produtos, como conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Leia o rótulo dos alimentos e prefira aqueles com menor quantidade de sódio. O consumo excessivo de sódio aumenta o risco de hipertensão arterial e doenças do coração e rins.

Utilize temperos como cheiro verde, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos.

9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

A água é muito importante para o bom funcionamento do organismo das pessoas em todas as idades. O intestino funciona melhor, a boca se mantém úmida e o corpo hidratado.

Use água tratada, fervida ou filtrada, para beber e preparar refeições e sucos.

Ofereça água para crianças e idosos ao longo de todo o dia. Eles precisam ser estimulados ativamente a ingerir água.

Bebidas açucaradas como refrigerantes e sucos industrializados não devem substituir a água.

10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além da alimentação saudável, a atividade física regular é importante para a manter um peso saudável.

Movimente-se! Descubra um tipo de atividade física agradável! O prazer é também fundamental para a saúde. Caminhe, dance, ande de bicicleta, jogue bola, brinque com crianças. Aproveite o espaço doméstico e espaços públicos próximos a sua casa para movimentar-se. Convide os vizinhos e amigos para acompanhá-la.

Incentive as crianças a realizarem brincadeiras mais ativas como aquelas que você fazia na sua infância e ao ar-livre: pular corda; correr; pular amarelinha; esconde-esconde; pega-pega; andar de bicicleta e outras.

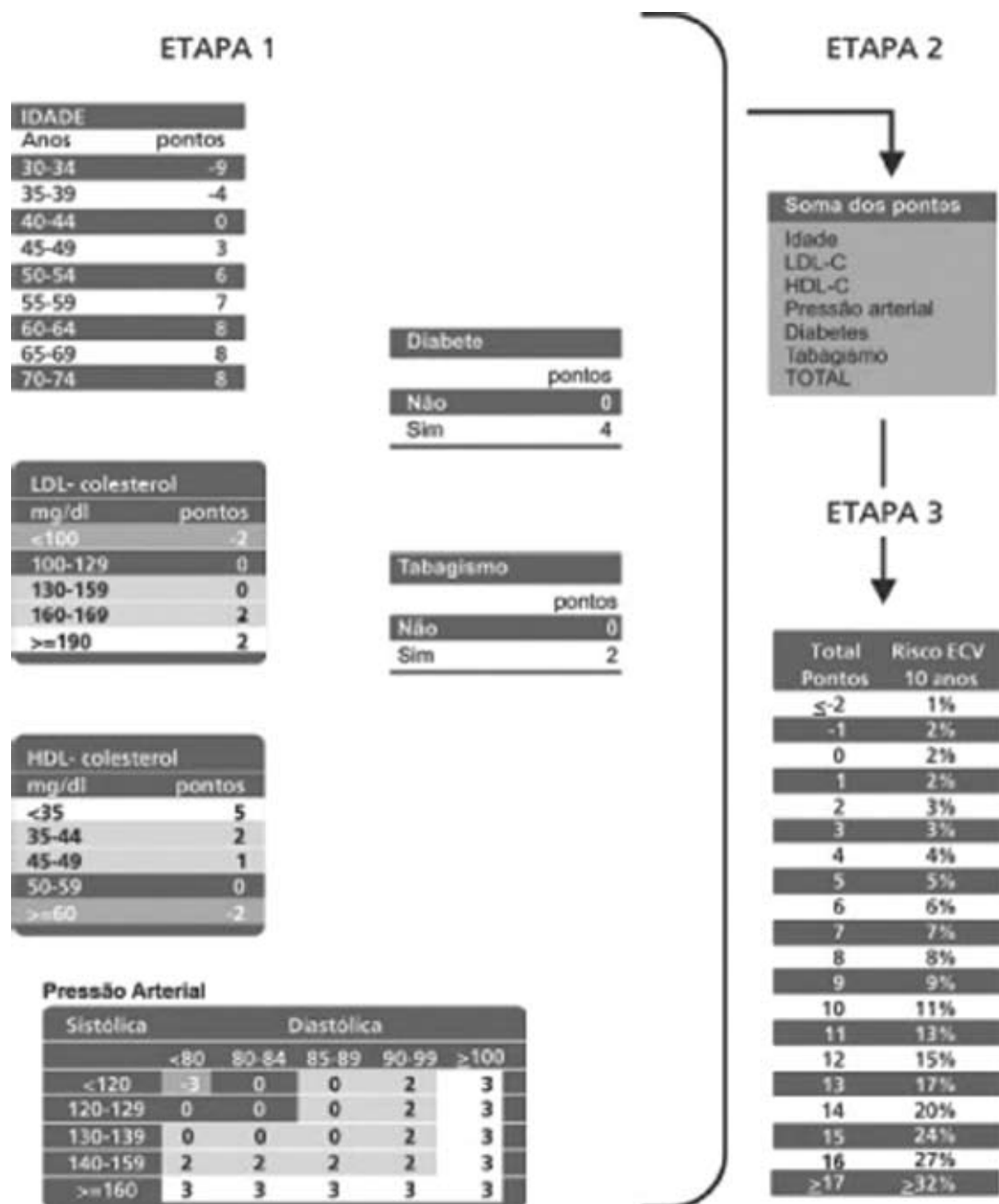
Evitar o fumo e o consumo freqüente de bebidas alcoólicas também ajuda a diminuir o risco de doenças graves, como câncer e cirrose, e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida.

Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis. Se você tem entre 20 e 60 anos, veja no quadro abaixo o seu IMC (Índice de Massa Corporal), que mostra se o peso está adequado para a altura. Para calcular, divida o seu peso, em quilogramas, pela sua altura, em metros, elevada ao quadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{P (peso)}}{\text{A}^2 \text{ (altura X altura)}}$$

VALORES DO IMC (kg/m ²)	ESTADO NUTRICIONAL
Menor que 18,5	Baixo peso
18,5 a 24,99	Peso adequado
25 a 29,99	Sobrepeso
Maior que 30	Obesidade

Anexo B – Escore de Framingham Revisado para Mulheres



Anexo C – Lista de Medicções e Insumos Essenciais na Atenção às Mulheres no Climatério

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
SERMs (Moduladores Seletivos de Receptores de Estrogênios)	Cloridrato de Raloxifeno	60mg via oral	Redução do risco de fraturas vertebrais
Fitoterápicos	<i>Glycine Max</i> (Isoflavonas)	50 a 180mg via oral	Sintomas do climatério, hipocolesterolemia
	<i>Trifolium pratense</i> (Trevo Vermelho)	40 a 60mg via oral	Sintomas do climatério
	<i>Cimicífuga racemosa</i>	40 a 80mg via oral	Sintomas do climatério
	<i>Hiperico perforatum</i> (Hipérico)	300mg via oral	Sintomas do climatério, ansiedade, depressão
	<i>Valeriana officinalis</i> (Valeriana)	300mg via oral	Ansiedade, insônia
	<i>Melissa officinalis</i> (Melissa)	180mg	Ansiedade, insônia
Métodos Contraceptivos	Preservativos masculinos	Unidade	Anticoncepção/Prevenção DST
	Camisinha feminina	Unidade	Anticoncepção/Prevenção DST
	DIU	DIU T Cu 380 A Intrauterino	Anticoncepção
	Anticoncepcionais orais	Variadas via oral	Anticoncepção
	Anticoncepcionais injetáveis	Variadas Intramuscular	Anticoncepção
	Diafragma	Unidade	Anticoncepção
	Pílula anticoncepcional de emergência	Variadas via oral	Falha do método contraceptivo, violência sexual

continua

continuação

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
Anti-hipertensivos / Vasoativos	Alfametildopa	250mg a 500mg/dia	Ação inibidora das catecolaminas
	Atenolol	50mg via oral	Hipertensão arterial
	Captopril	via oral	Hipertensão arterial
	Alfametildopa	250mg a 500mg via oral	Ação inibidora das catecolaminas
	Propranolol	80mg via oral	Ação beta-bloqueadora
Diuréticos	Hidroclorotiazida	25mg via oral	Anti-hipertensivo e diurético
Hipoglicemiantes	Insulina	100 UI/ml subcutâneo	Diabetes
	Hipoglicemiante oral		
Estatinas	Sinvastatina	40mg via oral	
Terapia anti-tabagista	Terapia de Reposição de Nicotina	Goma de mascar ou adesivo	Antitabagismo
	Bupropiona		
Antimicrobianos	Azitromicina	1g – via oral dose única	DST
	Doxiciclina	100mg via oral	DST
	Fluconazol	150mg via oral	Candidíase
	Metronidazol	500mg a 2g via oral	Tricomóníase, vaginose bacteriana
	Metronidazol creme	5g via vaginal	Tricomóníase, vaginose bacteriana
	Isoconazol creme	5g via vaginal	Candidíase, vulvovaginites
Bifosfonatos	Alendronato dissódico	10mg via oral	Osteoporose
	Risedronato sódico	5mg via oral	Osteoporose

continua

continuação

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
Suplementos alimentares	Carbonato de cálcio	1.000mg a 1.500 mg via oral	Osteoporose
	Vitamina D	400mg a 800mg via oral	Osteoporose
Antidepressivos	Nortriptilina/ Cloridrato de Amitriptilina	25mg via oral	
	Venlafaxina	37,5 mg a 75mg via oral	Ação central–inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina
	Carbonato de lítio	300mg via oral	Ação central
	Imipramina	25 a 50mg via oral	Ação central
	Bupropiona	25 a 50mg/dia	Ação central
	Cloridrato de fluoxetina	20 mg via oral	Ação central
Hipno-sedativos	Fenobarbital	50 mg via oral	Agem no metabolismo do ácido gama-aminobutírico
Vasoativos	Cinarizina	75mg via oral	Ação anti-histamínica, age por competição H 1
	Clonidina	0,1 a 0,2mg via oral	Ação hipotensora, agonista alfa-adrenérgico
	Derivadas do Esporão do Centeio	4,5 a 20mg/dia	Ação vasodilatadora
	Nicergolina	300mg/dia	Ativadora do metabolismo cerebral
Atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário	Bromoergocriptina	1,25 a 2,5mg/dia	Deprime os pulsos de LH
	Ciclofenil	200 a 400mg/dia	Ação na redução do FSH e prolactina

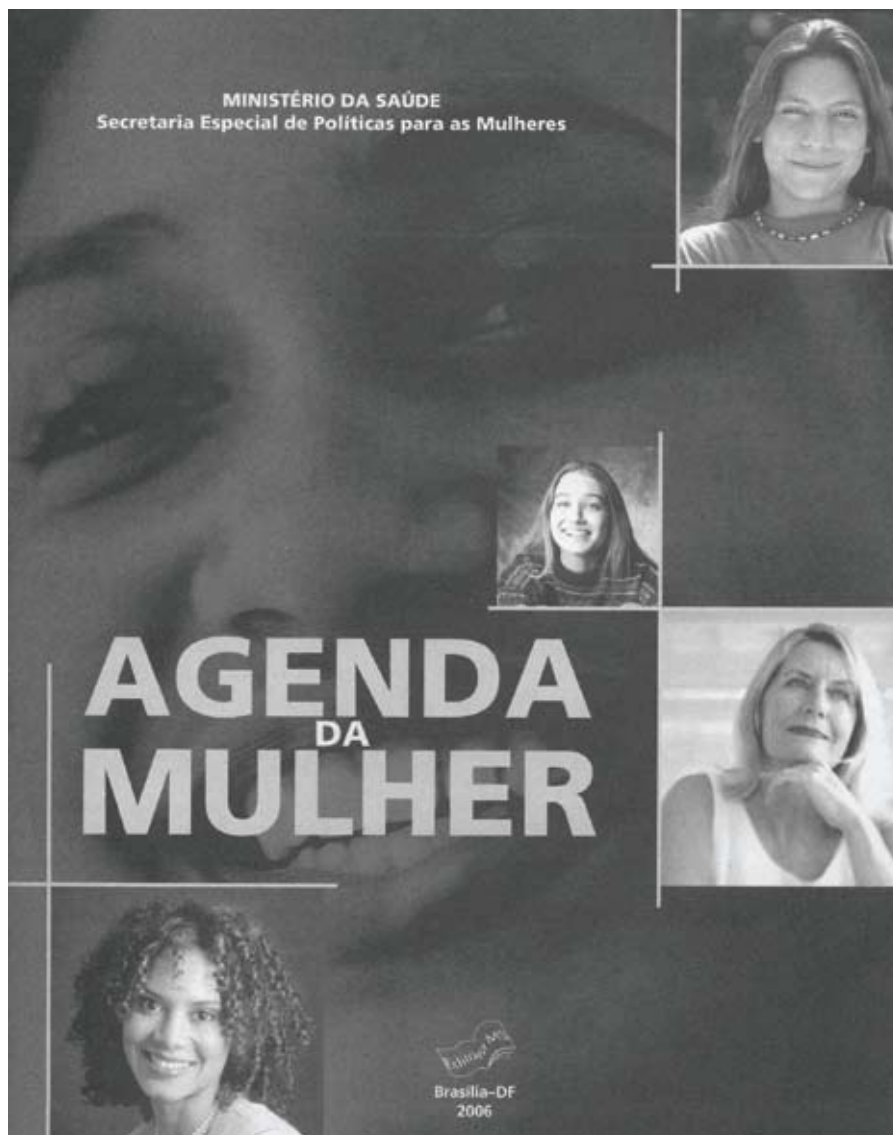
continua

continuação

Classe de Medicamentos	Fármaco	Apresentação/Via de administração	Indicação
Hormônios	Estriol a 1% Creme vaginal	1g intravaginal	Hipotrofia da mucosa vaginal
	Estrogênios Conjugados Equinos	0,3mg ou 0,625mg via oral	Sintomas do climatério
	Acetato de Medroxiprogesterona	10mg via oral	Sangramentos irregulares, controle endometrial, teste da progesterona
	Estradiol	25mcg ou 50mcg adesivo ou gel transdérmico	Sintomas do climatério
	Acetato de Noretisterona	0,35mg via oral	Sintomas do climatério controle endometrial e do sangramento
	Tibolona	2,5mg via oral	Sintomas do climatério
	Progesterona Natural Micronizada	100 a 300 mg via oral ou vaginal	Sangramentos irregulares, controle endometrial.

Anexo D – Agenda da Mulher/História Clínica e Ginecológica

Sugestão de roteiro para atendimento e de incentivo para o uso deste instrumento pelas mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, como fonte de informações sobre sua saúde, história clínica e exames realizados. Pode ser acessada e reproduzida na íntegra pelo *site* <www.saude.gov.br> – *link* cidadão – *link* Saúde da Mulher – Publicações.



Histórico de Saúde

Antecedentes familiares - especificar (ao lado) o grau de parentesco:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta: _____ | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças do coração: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares / tuberculose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame / tromboembolismo: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças músculo-esqueléticas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas / colagenoses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Varizes: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos / osteoporose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Obesidade: _____ | <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide: _____ | <input type="checkbox"/> Câncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |

Antecedentes pessoais

Doenças não transmissíveis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta | <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos / osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Doenças do coração | <input type="checkbox"/> Doenças músculo-esqueléticas |
| <input type="checkbox"/> Derrame / tromboembolismo | <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas / colagenoses |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Varizes | <input type="checkbox"/> Transtornos neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide | <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva | <input type="checkbox"/> Câncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária repetida | <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras doenças do aparelho urinário | |

Data do início: _____

Tratamentos realizados: _____

Medicações em uso: _____

Doenças transmissíveis :

- Tuberculose
- Hanseníase
- HIV /Aids
- Hepatites - Tipo: _____
- Sífilis
- Outras (especificar): _____
- Data do início: _____
- Tratamentos realizados: _____
- Medicações em uso: _____

Histórico de imunizações:

- | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tétano / difteria | N° de doses: _____ | Última dose: _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Febre amarela | N° de doses: _____ | Última dose: _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite - B | N° de doses: _____ | Última dose: _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | N° de doses: _____ | Última dose: _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras: | _____ | |

História de transfusões sangüíneas: Sim Não

Alergias / reações adversas a medicamentos: _____

Acidentes ou violências / acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho:

Especificar: _____ Data do início _____ / _____ / _____

Tratamentos realizados: _____

Medicações em uso: _____

Hábitos de consumo regular:

- Álcool Desde: _____ anos
- Copos/dia: _____
- Outras drogas: _____
- Fumo Desde: _____ anos
- N° cigarros/dia: _____
- Já tentou parar? _____ Quando? _____

Atividade física:

- Sim Não
- Caminhada Dança Esporte Outras: _____
- Atividades não programadas (caminhar até o trabalho, nadar esporadicamente, cuidar de plantas, passear com crianças ou animais).
- Freqüência: _____ Duração: _____

Saúde Bucal

Dentes Naturais: Sim Não Parciais N° de dentes: _____

Uso de prótese: Dentadura Parcial removível (ponte) Observação: _____

Uso regular de medicamento (qual / dose): _____

História clínica / ginecológica

Deve ser preenchido pela(o) profissional de saúde, de preferência médica(o) ou enfermeira(o).

Idade da primeira menstruação:	Data da última menstruação:	Idade da primeira relação sexual:	
Ciclos menstruais (periodicidade / duração / intensidade do fluxo):		Orientação sexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Transgênero	
Antecedentes obstétricos:			
Gestações: _____ Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____ Partos prematuros: _____ RN de baixo peso (<2.500g): _____			
Partos normais: _____ Fórceps: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Curetagens/AMIU: _____			
Complicações no parto/pós-parto: <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Outros: _____		Amamentação: Duração máxima do aleitamento exclusivo: _____ Duração do aleitamento com alimentação complementar: _____	
Método anticoncepcional atual (métodos anticoncepcionais utilizados anteriormente – ver quadro adiante) :			
Acompanhamento do climatério:			
Sintomas: _____			
Tratamentos: <input type="checkbox"/> Hormonal _____ <input type="checkbox"/> Não hormonal _____ Tempo de uso: _____			
Doenças Sexualmente Transmissíveis: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____			
Tratamentos: _____			
Uso de preservativo: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Não usa <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino			
Patologias ginecológicas pregressas:			
<input type="checkbox"/> Anomalias congênitas / malformações <input type="checkbox"/> Tensão pré-menstrual <input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Irregularidade menstrual / ovários policísticos <input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia <input type="checkbox"/> hiperandrogenismo <input type="checkbox"/> Sangramentos uterinos disfuncionais <input type="checkbox"/> Infertilidade <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Doença inflamatória pélvica <input type="checkbox"/> Vulvovaginites / cervicites		<input type="checkbox"/> Doenças benignas das mamas. Qual: _____ <input type="checkbox"/> Tumores benignos no útero (miomas, pólipos) _____ <input type="checkbox"/> Tumores benignos nos ovários (cistos, sólidos) _____ <input type="checkbox"/> Lesões precursoras do colo uterino (pré-malignas) <input type="checkbox"/> Câncer de mama _____ <input type="checkbox"/> Câncer do útero <input type="checkbox"/> colo <input type="checkbox"/> corpo _____ <input type="checkbox"/> Outros cânceres do aparelho genital _____ <input type="checkbox"/> Outras doenças _____	
Tratamentos realizados: _____			
Procedimentos e cirurgias ginecológicas ou mamárias (inclui tratamento quimioterápico, radioterápico e outros).			
Data	Procedimento / cirurgia	Resultado (Anatomopatológico)	Local

Histórico de Saúde

Antecedentes familiares - especificar (ao lado) o grau de parentesco:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta: _____ | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças do coração: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares / tuberculose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame / tromboembolismo: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças músculo-esqueléticas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas / colagenoses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Varizes: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos / osteoporose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Obesidade: _____ | <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide: _____ | <input type="checkbox"/> Câncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |

Antecedentes pessoais

Doenças não transmissíveis

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta | <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos / osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Doenças do coração | <input type="checkbox"/> Doenças músculo-esqueléticas |
| <input type="checkbox"/> Derrame / tromboembolismo | <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas / colagenoses |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Varizes | <input type="checkbox"/> Transtornos neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide | <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva | <input type="checkbox"/> Câncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária repetida | <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outras doenças do aparelho urinário | |

Data do início: _____

Tratamentos realizados: _____

Medicações em uso: _____

Doenças transmissíveis :

- Tuberculose
- Hanseníase
- HIV /Aids
- Hepatites - Tipo: _____
- Sífilis
- Outras (especificar): _____

Data do início: _____

Tratamentos realizados: _____

Medicações em uso: _____

Histórico de imunizações:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tétano / difteria | N° de doses: ____ Última dose: ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Febre amarela | N° de doses: ____ Última dose: ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite - B | N° de doses: ____ Última dose: ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | N° de doses: ____ Última dose: ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |

História de transfusões sanguíneas: Sim Não

Alergias / reações adversas a medicamentos: _____

Acidentes ou violências / acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho:

Especificar: _____ Data do início ____ / ____ / ____

Tratamentos realizados: _____

Medicações em uso: _____

Hábitos de consumo regular:

Álcool Desde: _____ anos

Copos/dia: _____

Outras drogas: _____

Fumo Desde: _____ anos

N° cigarros/dia: _____

Já tentou parar? _____ Quando? _____

Atividade física:

Sim Não

Caminhada Dança Esporte Outras: _____

Atividades não programadas (caminhar até o trabalho, nadar

esporadicamente, cuidar de plantas, passear com crianças ou animais).

Freqüência: _____ Duração: _____

Saúde Bucal

Dentes Naturais: Sim Não Parciais N° de dentes: _____

Uso de prótese: Dentadura Parcial removível (ponte) Observação: _____

Uso regular de medicamento (qual / dose): _____

EQUIPE TÉCNICA

Supervisão Geral:

Maria José de Oliveira Araújo
Regina Coeli Viola

Coordenação da Elaboração/Revisão:

Giani Silvana Schwengber Cezimbra

Autores:

Adson Roberto França dos Santos
Ana Lúcia Vasconcelos
Célia Regina Andrade Costa
Cláudia Araújo de Lima
Daphne Rattner
Décio Luis Alves
Edmund Chada Baracat
Eduardo Campos de Oliveira
Giani Silvana Schwengber Cezimbra
Gulnar Azevedo e Silva Mendonça
Helenice Alves Teixeira Gonçalves
Isa Paula Hamouche Abreu
Kelva Karina Nogueira de C. de Aquino
Luciane Maria Oliveira Brito
Maria Amélia de Almeida Telles
Maria Auxiliadora da Silva Benevides
Maria Elisabeth Mori
Silvia Cavalcanti
Tânia das Graças Mauadie Santana
Valdir Monteiro Pinto.

Colaboração Técnica:

Ana Cristina Ribeiro Fonseca
Celina Márcia Cerqueira e Silva
Dilian Adelaine da Silva Goulart
Edenice Reis da Silveira
Francisco Cordeiro
Janaína Gomes Bordini Fagundes
Janaína Rodrigues Cardoso

José Maria Soares Júnior
Karime da Fonseca Porto
Mie Okamura
Mônica de Assis
Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva
Rosa Maria Sampaio Vilanova de Carvalho
Sônia Maria Santos Silva
Vera Lúcia Decnop Coelho

Revisão Técnica:

Ivis Bezerra de Andrade
Maria Auxiliadora da Silva Benevides
Sônia Maria Rolim Rosa Lima



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, junho de 2008
OS 0588/2008