

Relato de experiência: Projeto Mulheres na Menopausa – orientação de saúde no município de Conceição do Lago Açu, MA

Maria Tereza Freire Carvalho^{1,2}, Camila Stefane Sousa Pinto¹, Angélica do Nascimento Santos¹, Francielma Almeida Ferreira¹, Ítala Nayara Delfino da Silva¹, Mirieli Pereira de Aguiar¹, Lícia Kelly Sousa Vasconcelos¹, Aline Maria Freire Carvalho³, e Rozilma Soares Bauer¹.

RESUMO: Projeto multiprofissional que estabelece a integração de saberes e experiências, direcionando a prática de prevenção e promoção da saúde da mulher. Como objetivo atender a mulher na menopausa, abordando os aspectos emocionais, biológicos e sociais, ultrapassando o enfoque exclusivamente biomédico. Amostra 50 mulheres, 45 a 65 anos, em Conceição de Lago Açu, MA. Instrumentos: questionários, ficha clínica, tensiômetro, fita métrica, estadiômetro, balança, folder. Trabalhou-se metodologia ativa; consulta individual e ações intersetoriais. Período de dois anos, em UBS, escolas, associações. Análise dos dados: estatística descritiva (planilha Excell) e Programa Bioestat 5.0. Resultados mostram 68% hipertensão, 56% dislipidemia, 14% diabetes, 8% osteoporose; 95% não fazem uso da reposição hormonal; 55% aumento da circunferência abdominal; 88% possuem até 3 sintomas da menopausa. As ações desenvolvidas foram avaliadas por um escore: 0-3: ruim; 4-6: bom; 7-8: ótimo; 9-10: excelente; obtendo-se 20% excelente; 78% consideraram ótimo; 2% bom. Conclui-se que atividades extensionistas proporcionaram diferentes olhares sobre a menopausa, emprego de metodologias ativas, empoderamento das mulheres, orientação de ações em saúde voltadas ao Programa Saúde da Mulher, além de contribuir na produção de material científico.

Palavras-chaves: Menopausa. Saúde da mulher. Promoção à saúde.

Experience report: women in menopause project – healthcare guidance in the municipality of Conceição do Lago Açu, state of Maranhão

ABSTRACT: Multiprofessional project that establishes the integration of knowledge and experiences, directing the practice of women's health prevention and promotion in order to attend women in the menopause, approaching the emotional, biological and social aspects, surpassing the exclusively biomedical approach. Sample of 50 women, 45 to 65 years old, was done in Conceição de Lago Açu, state of Maranhão. Methodological instruments used were: questionnaires, clinical record, tensiometer, measuring tape, stadiometer, scale and folders. An active methodology was used including individual consultation and intersectoral actions for two years which were carried out in UBS, schools and associations. Data analysis: descriptive statistics (Excell worksheet) and Program Bioestat 5.0. The Results showed 68% hypertension, 56% dyslipidemia, 14% diabetes, 8% osteoporosis; 95% do not use hormone replacement; 55% increase in abdominal circumference; 88% have up to three menopausal symptoms. The actions developed were assessed by a score: 0-3: bad; 4-6: good; 7-8: great; 9-10: excellent; obtaining 20% excellent; 78% optimal and 2% good. It was concluded that extension activities provided different perspectives on menopause, the use of active methodologies, women empowerment, orientation of health actions directed to the Women's Health Program and production of scientific material.

Keywords: Menopause. Women's health. Health promotion.

Recebido: 18/05/2018

Aceito: 02/10/2018

¹ Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Campus Bacabal.

² Autora correspondente: terezafc@hotmail.com

³ Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Hospital Materno Infantil.

INTRODUÇÃO

A sintomatologia da menopausa se manifesta através de sintomas e sinais transitórios e permanentes, apresenta prevalência extremamente variável, sofrendo interferência de fatores como: dieta, condição socioeconômica, aspectos culturais e impacto emocional causado pelas mudanças impostas nesse período (WEHBA, 1998; VITAL & THIELMANN, 2002). Dentre os sinais transitórios da menopausa, foram apontados os vasomotores, como os fogachos (ondas de calor) noturnos e diurnos, sudorese noturna e diurna e palpitações. Entre os sintomas psicológicos destacam: insônia, depressão, ansiedade, irritabilidade, choro imotivado, perda da libido, (DE LORENZI; SACILOTO, 2006), dificuldade de concentração, redução da memória e dificuldade de tomar decisões, sendo que a prevalência de transtornos ansiosos e do humor pode chegar a 57% (VERAS et al., 2006). Estudos apontam também que o estado de hipoestrogenismo é um importante fator para a alteração na composição corporal na menopausa, demonstrado em estudos onde o número de mulheres obesas no Brasil cresceu 64% em 10 anos (MUNHOZ, 2014), associado a alterações cardiovasculares, os quais 1 em cada 5 mulheres está em risco de desenvolver doenças cardiovasculares (ANDRADE, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Projeto teve como objetivo atender a mulher na menopausa, abordando aspectos emocionais, biológicos e socioculturais envolvendo sua saúde, a partir da troca de informações, de vivências e da aquisição de novos conhecimentos, deixando de lado a intervenção convencional, de enfoque exclusivamente biomédico, fundamentado no princípio abordado por De Lorenzetti & Sacioloto (2006) o qual preconiza que quanto maior a informação, maior o ganho para sua qualidade de vida foi um dos pilares de sustentação utilizado no projeto.

RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Caracterização

O Projeto Mulheres na Menopausa é um projeto do Programa Mais Extensão, de orientação à saúde, desenvolvido no período de janeiro 2016 a janeiro de 2018 no município de Conceição de Lago Açu do Maranhão, abrangendo os povoados e Centro, o qual integra a lista dos municípios de menor IDH. O projeto contempla uma bolsista e quatro acadêmicas voluntárias, todas do curso de Enfermagem do CESB/UEMA em parceria com o Governo do Estado do Maranhão. Contamos com a colaboração do Secretário de Saúde do Município de Conceição de Lago Açu, sempre presente nas ações; além de uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, nutricionista, odontólogo, educador físico. O público alvo foram mulheres de 45 a 65 anos de idade residentes nesse município. Utilizou-se a metodologia grupal distribuída em quatro encontros, semestralmente, durante dois anos. A divulgação foi realizada pela equipe do próprio município através de material informativo disponibilizado pela equipe do projeto.

Metodologia

O projeto foi realizado em 4 etapas de acordo com um cronograma/plano de trabalho, durante 2 anos, semestralmente. Cada etapa havia duração de 15 dias sendo, 05 dias de planejamento e preparação do relatório parcial e 10 dias em ações no município. Cada atividade era coordenada por uma das áreas multiprofissional (médico, enfermeiro/acadêmico, nutricionista, educador físico), dependendo da temática abordada e cronograma. Questões como definição da menopausa, sintomas da menopausa, alimentos e dieta, atividade física, doenças cardiovascular, curiosidades foram trabalhadas em palestras, mutirões, oficinas, rodas de conversas, consultas. Nas reuniões, sempre que possível, era utilizada uma dinâmica de grupo para iniciar as atividades:

Quadro 1. Cronograma das atividades.

Etapa/Tema	Metodologia	Equipe	Instrumento	Local	Período
Etapa 1 Visita domiciliar Menopausa	Busca ativa Palestra	ACS e Acadêmicos Médico Acadêmicos	Questionário Multimídia, notebook, Folder	Residência Escola	Janeiro/2016
Etapa 2 Mutirão Risco cardiovascular	Consulta Palestra	Acadêmico de Enfermagem/Enfermeiro Médico	Ficha clínica, balança, fita métrica, estadiômetro, questionário recordatório. Projeter multimídia	UBS Igreja	Julho/2016
Etapa 3 Dieta e alimentos Dinâmica - Mensagens: “Procure descobrir no grupo 1 motivo válido para sentir-se à vontade” Rodas de conversas Dinâmica- “Telefone sem fio”	Palestra Alimentação saudável – degustação. Curiosidades (mitos, sexo, dúvidas)	Nutricionista e Acadêmicos de enfermagem Equipe multiprofissional	Questionário recordatório Cadeiras, figuras ilustrativas,	Escola	Janeiro/2017
Etapa 4 Mamografia (câncer de mama) Atividade física	Palestra Aula de Zumba	Médico Educador físico; acadêmicos de enfermagem	Disponibilizado exame de mamografia para quem estava necessitando (sorteio) Aparelho de pressão digital; estetoscópio; ficha clínica; som	Quadra de esporte	Julho/2017

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Instrumentos

Como instrumentos foram utilizados: fita métrica (“costura”), balança digital (Balança digital de controle corporal até 150Kg Hbf-214La – Omron), estadiômetro (Estadiômetro de parede 2m Welmy), tensiômetro digital (HEM 7113 – Omron), questionário socioeconômico; ficha clínica; questionário recordatório, projetor de multimídia (Epson), notebook (Del), folder. Foi avaliada a associação entre os índices antropométricos IMC e CC com a hipertensão arterial (PEIXOTO et al., 2006; MALAQUIAS et al., 2016).

Procedimento metodológico

O diagnóstico de obesidade e sobrepeso foi segundo o IMC (índice de massa corporal), obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado. Para pessoas com IMC <18,5kg/m², o peso é considerado abaixo do ideal; de 18,5kg/m² a 24,9 kg/m² ideal; entre 25 kg/m² a 30 kg/ g/m², como sobrepeso; acima de 30 kg/m² como obesos e acima de 40 kg/m² como obesos extremos (ABESO, 2017). Quanto ao critério diagnóstico de HAS utilizou-se a VI Diretriz de Classificação Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016) que considera hipertensos, pacientes com pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões ou mulheres que já faziam tratamento medicamentoso para HAS. Foi utilizado o seguinte critério de classificação para HAS (MALAQUIAS et al, 2016).

Quadro 2. Classificação da PA de acordo com a medição em consultório.

Classificação PAS (mm Hg) PAD (mm Hg)		
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão grau 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão grau 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão grau 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: MALACHIAS *et al.*, 2016.

Quadro 3. Recomendações para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

Medida	Recomendação	
Controlo do peso	Manter IMC <25 kg/m ² até 65 anos Manter IMC <27 kg/m ² após 65 anos Manter PA <88 cm nas mulheres	
Padrão alimentar	Adotar dieta rica em frutas, vegetais e com baixo teor em gorduras saturadas A dieta Dash (<i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>), com 2.100 kcal/dia conforme proposta original, é a mais usada: Frutas (porções/dia) Vegetais (porções/dia) Leite e derivados <1% gordura (porções/dia) Carnes magras, peixe e frango (g/dia) Óleos e gorduras (porções/dia) Sementes e oleaginosas (porções/semana) Açúcares (porções/semana) Sal (porção/dia)	4-5 4-5 2-3 <180 2-3 4-5 <5 ~ 6 g (3.000 mg de sódio)
	Grãos integrais (porções/dia)	6-8
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo diário de álcool a uma dose (mulheres e pessoas com baixo peso)	
Atividade física	Para todos os hipertensos – recomendação populacional – prática de atividade física Fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada (semelhante a caminhada), de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em cinco a sete dias da semana	

Fonte: MALACHIAS *et al.*, 2016.

Os fatores de risco considerados são:

- Mulheres > 65 anos;
- Tabagismo,
- Dislipidemia (triglicérides > 150mg/dl; LDL-C > 100mg/dl; HDL-C < 40mg/dl), obesidade (índice de massa corporal $\geq 30\text{kg/m}^2$),
- Obesidade abdominal (circunferência da cintura > 88cm nas mulheres),
- *Diabetes mellitus*, teste de tolerância à glicose anormal ou glicemia de jejum 102–125mg/dL;
- História familiar prematura de doença cardiovascular (mulheres < 65 anos).

Discussão

No Brasil, cerca de, 28% das mulheres encontram-se no período da menopausa, podendo manifestar ou não os sintomas característicos (FEBRASCO, 2010; LIMA et al., 2014).

Quanto aos fatores de risco, mais da metade das mulheres da faixa etária de 45 a 65 anos, integrantes do atual projeto tem hipertensão; apresentam aumento da circunferência abdominal, são sedentárias, possuem dislipidemia e apenas uma pequena porcentagem faz uso da reposição hormonal. Estes sintomas quando associados aos fatores genéticos e ambientais, como a má alimentação, o sedentarismo e o envelhecimento, favorecem o ganho de peso e o surgimento de comorbidades como doenças cardiovasculares e metabólicas (JANE & DAVIS, 2014), onde estudos apontam que o estado de hipoestrogenismo é um importante fator para a alteração na composição corporal na menopausa e pós-menopausa (TOTH MJ et al., 2001).

Quanto à análise de algumas falas expressas durante a atividade “roda de conversa”, pode-se perceber a desinformação presente: Mulher 1 “sinto uma agonia muito grande em minha cabeça, uma queimadura em meu corpo, parece que vou endoidar. Mas é assim mesmo. Tenho que me acostumar...”. De acordo com Fleury & Marra (2005) a sociedade expressa uma necessidade crescente de abordagens e metodologias psicossociais que sirvam como instrumentos na busca da qualidade de vida. Vale inserir os pressupostos de Mendonça (2004) quando busca por uma assistência integral na menopausa, visando à humanização da assistência e o processo educativo, com abertura para a escuta dessas mulheres.

Figura 1 - Projeto Saúde na Comunidade.



Fonte: Pesquisa de campo, 2017. Legenda: A - Medida altura X peso; B – Circunferência abdominal (CA).

Figura 2 - Figuras ilustrativas dos sintomas da menopausa.

Fonte: <http://pinterest.com.br>

Figura 3 - Projeto Saúde na Comunidade.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2018. Legenda: C – Palestra; D – Aula de Zumba.

Avaliação

O acompanhamento e avaliação da ação extensionista foi contínuo e sistemático mediante realização de encontros semestralmente com os acadêmicos envolvidos e o coordenador, assim como, houve participação também de toda equipe multidisciplinar em alguns dos encontros. Nestes encontros foram discutidos aspectos das contribuições e dificuldades para a transformação da realidade das comunidades interna e externa. Foi avaliado o cronograma, a execução das ações e o desenvolvimento do projeto. Ao final do projeto foram pontuados os aspectos positivos e negativos; observado a formação do processo formativo dos acadêmicos; adequação das metodologias. A principal dificuldade encontrada no desenvolvimento do presente projeto foi em relação ao transporte; acesso aos povoados do município. Quanto ao aspecto positivo foi à introdução de novos hábitos de saúde na vida das mulheres (alimentos, atividade física, consulta ginecológica). Foi avaliada a satisfação das mulheres em relação ao projeto através de um escore de valores: 0-3: ruim; 4-6: bom; 7-8: ótimo e 9-10: excelente. Onde 90% das respostas apontaram para a excelência (excelente) no desempenho das atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades extensionistas proporcionaram um ganho científico, educativo e cultural devido à troca de experiências, de saberes, entre: comunidade, profissionais e acadêmicos envolvidos, resultando em:

- Diferentes olhares sobre a menopausa.
- Uso de metodologias ativas nas abordagens da prática cotidiana na temática trabalhada.
- Empoderamento através do conhecimento proporcionando mudanças significativas na vida das mulheres.
- Contribuição voltada para a orientação de ações direcionada ao Programa Saúde da Mulher.
- Produção científica através do relato de experiência desse trabalho pela equipe multiprofissional.

REFERENCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 2016. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, DF, 2008a.

DE LORENZI, D.; SACIOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 256-260, ago. 2006.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação em climatério**. São Paulo: FEBRASGO; 2010.

FLEURY, H. J; MARRA, M.M. **Intervenções grupais na saúde**. São Paulo: Agora, 2005.

IBGE. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 30 mar. 2017.

JANE FM, DAVIS S.R. A practitioner's toolkint for managing the menopause. **Climacteric**. 2014; 17(5):564-79

MALACHIAS MV, SOUZA WK, PLAVNIK FL, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7 th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. **Arq Bras Cardiol**. 2016;107 3 Suppl 3:1---83.

MUNHOZ, L. O. et al. How to evaluate quality of life in overweight and obese women during climacterium? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 60, n. 5, p. 484-489, 2014.

NOSSE, T. M.; MOREIRA, N. L. S.; ANDRADE, K. C. Avaliação dietética de mulheres climatéricas atendidas em uma clínica-escola de nutrição no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba; v. 7, n. 21, p. 26-31, jul-set. 2009.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p.735-742, jul. 2003.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Circunferência da cintura e índice de massa corporal como preditores da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 462-70, 2006.

TOTH MJ, POEHLMAN ET, MATTHEWS DE, TCHERNOF A, MACCOSS MJ. Effects of estradiol and progesterone on body composition, protein synthesis, and lipoprotein lipase in rats. **Am J Physiol.** 2001; 280(3):E496–501.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse