

HRJ

v.2 n.11 (2021)

Recebido: 28/02/2021

Aceito: 18/04/2021

## **Atendimento à mulher climatérica em unidades básicas de saúde: a integralidade em questão**

Maria Adnir Loyola da Cunha<sup>1</sup>  
Adna Sandriele Oliveira de Lima Medeiros<sup>2</sup>  
Danielle Cristina Santos Ferreira<sup>3</sup>  
Eliana Claudia de Otero Ribeiro<sup>4</sup>  
Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes<sup>5</sup>

1 Médica Ginecologista Sexóloga Concursada da SES/DF com Lotação HRC /DF. Pós- graduada pela ESCS

2 Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia pela FEPECS/SES DF com lotação no Hospital Regional de Ceilândia. Enfermeira Obstetra pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

3 Médica Ginecologista e Obstetra (SESDF), com subespecialização em Sexualidade pela Universidade de São Paulo- USP

4 Médica sanitária, mestrado em saúde pública e Doutorado em saúde coletiva. Ex-diretora do núcleo educacional para a saúde /UFRJ

5 Doutor em Ginecologia pela USP Ribeirão Preto. Ginecologista /CPLE/ESCS/FEPECS/SESDF. Prof Dr da disciplina Práticas em Ginecologia da Universidade Católica de Brasília.

### **RESUMO**

A partir da experiência de um projeto de intervenção educativa iniciado em 1996 e intitulado Clube da Mulher Cuidada, desenvolvido em uma unidade básica de saúde filiada ao Hospital Regional de Ceilândia (HRC) no Distrito Federal, apresenta-se uma proposta de cuidado que favorece a saúde e qualidade de vida da mulher climatérica. Este artigo busca refletir e discutir as ações de saúde dirigidas à mulher climatérica na atenção básica, e encontrar estratégias efetivas que englobem os fatores biológicos, psicossociais e culturais, ancoradas em um conceito ampliado de saúde que favoreça uma assistência mais humanizada ao climatério. O artigo busca compartilhar os conceitos que orientam a experiência em construção, e a esperança de que iniciativas, ainda que restritas e pontuais, podem representar uma linha fértil de desenvolvimento da integralidade no cuidado à mulher climatérica em outras unidades básicas.

**Palavras-chave:** Climatério; Assistência Integral; Cuidado; Integralidade. Autonomia

### **Healthcare to climacteric women in primary healthcare centers: integrality at stake**

#### **ABSTRACT**

This paper stems from the experience of an educational intervention project started in 1996, the so-called Women's Care Club, developed at a primary healthcare center affiliated to the Regional Hospital of Ceilândia (HRT) at Brazil's Federal District. It presents an alternative proposal of healthcare, which comprises climacteric women's health and life quality altogether. It seeks to ponder and discuss health actions directed

to climacteric women in a primary healthcare context. It also aims at finding effective care strategies, which shall encompass biological, psychosocial and cultural factors whilst anchored in an extended health concept reflecting a more humanized level of assistance in primary healthcare centers to women facing the climacteric. In addition, this article intends to share concepts that could offer some guidance to on-going similar endeavors and also the hope that even restricted and punctual initiatives may represent a fruitful effort towards the implementation of undertakings focused on integral health care provision to climacteric women in primary healthcare centers.

**Keywords:** Climacteric; Integral Healthcare; Assistance; Integrality; Autonomy.

## INTRODUÇÃO

Climatério equivale à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. Trata-se de um período de importantes mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que pode afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.<sup>1,2</sup>

A menopausa é a interrupção da menstruação, considerada como permanente após 12 meses consecutivos de amenorreia. Ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, podendo instalar-se precocemente, antes dos 40 anos, em decorrência de falência ovariana prematura.<sup>1</sup>

A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica e necessita de uma atenção e abordagem integralizadas na atenção básica, espaço por onde são primeiramente captadas. Muitas mulheres podem passar pelo climatério assintomáticas e outras, em maior frequência, apresentam queixas diversificadas e com intensidades diferentes, temporárias ou permanentes.<sup>1</sup>

A população aumenta em âmbito mundial e, no entanto, a realidade aponta que o suporte e atendimento às necessidades específicas dessa parcela da população não acompanha esse crescimento na mesma velocidade. Diante desse fato, nos últimos anos, inúmeras discussões e a realização de diversos estudos vêm buscando a obtenção de

evidências que possam propiciar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e programas adequados à essa população.<sup>3</sup>

O presente estudo tem como base a descrição da experiência de um trabalho para promoção da saúde de mulheres climatéricas em uma unidade básica de saúde, intitulado Clube da Mulher Cuidada (CMC), que se inspirou nas implicações e percepções da vivência do climatério e do reconhecimento das necessidades trazidas pelas mulheres. Busca refletir e discutir as ações de saúde dirigidas à mulher nesta fase para encontrar estratégias efetivas que englobem os fatores biológicos, psicossociais e culturais, ancorados em um conceito ampliado de saúde que favoreça uma assistência mais humanizada.

## **CLIMATÉRIO**

O termo climatério, originado do grego “Klimater”, significa degrau e é utilizado para designar qualquer etapa vital encarada como crítica. Consiste no período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva e tem o seu início por volta dos 40 anos, sendo frequentemente acompanhado por sintomas característicos e dificuldades na esfera emocional e social<sup>4,5</sup>

Nesse sentido, Gusmão<sup>6</sup> argumenta que a contemporaneidade produz um grande paradoxo: de um lado, a ciência se esforça no sentido de aumentar a expectativa de vida, por outro lado, no entanto, não sabe acolher nem definir o papel daqueles que caminham para a senescência.

De acordo com Rocha<sup>7</sup> há um preconceito social acerca do climatério, associado ao término do período reprodutivo feminino e seu suposto final de vida útil na sociedade. Segundo o referido autor, até meados do século XIX poucas mulheres ultrapassavam a casa dos cinquenta anos, enquanto aquelas que conseguiam ultrapassar essa faixa eram relegadas a uma vida sem expectativas de realização pessoal e sexual.

Nesse sentido, a compreensão do fenômeno da meia-idade feminina nos exige considerar aspectos socioculturais, as mudanças físicas e psíquicas que a mulher enfrenta tendo em vista as expectativas e representações da sociedade.<sup>8</sup>

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)<sup>9</sup> afirma que o climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida e que muitas mulheres passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos, reforçando a importância de individualizar a necessidade de intervenção terapêutica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta sobre a importância das estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério, com vistas à maior efetividade das ações de promoção de saúde nesta faixa etária. Alerta ainda que se os fatores de risco para muitas doenças e incapacidades físicas forem detectados de forma precoce, prevenidos ou tratados adequadamente pode se alcançar maior longevidade e permitir uma melhor qualidade de vida.<sup>9</sup>

Os sintomas típicos deste período são irregularidade menstrual, fogachos e suores noturnos, mas as queixas que mais intervêm na qualidade de vida da mulher no climatério são as de caráter psicossocial e afetivo.<sup>1,2</sup> Gonçalves et al.<sup>10</sup> relatam que a intensidade das alterações no climatério depende não apenas do nível de privação estrogênica, mas se relaciona ao ambiente sociocultural e às condições biopsicossociais, podendo aparecer sob a forma de um sofrimento depressivo que sinalizaria o envelhecimento inevitável e a finitude.

Segundo a concepção de Gonçalves et al.<sup>8</sup> a autoestima da mulher climatérica é afetada negativamente em virtude de uma cultura que vincula a beleza à juventude e não valoriza a pessoa idosa, quase sempre vista como improdutiva. Mori e Coelho<sup>6</sup> ressaltam a desvalorização do corpo feminino e as mudanças provocadas por perdas – saída dos filhos de casa, aposentadoria, relacionamento conjugal muitas vezes

desgastado – que podem intensificar os conflitos inerentes à subjetividade nessa etapa da vida.

#### **POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E A INTEGRALIDADE**

As primeiras políticas públicas direcionadas à saúde da mulher estiveram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. Em 1984, é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de superar a abordagem centrada no binômio materno infantil e focar no atendimento integral às necessidades de saúde das mulheres.<sup>9</sup> A criação da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, tem o intuito de reforçar o processo de humanização da atenção em saúde, que são aspectos indissociáveis.<sup>9</sup> Sob essa nova concepção, a mulher passa a ser vista em sua integralidade e considerada como sujeito autônomo e participativo.<sup>9</sup>

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível a compreensão de que humanizar não se resume a tratar bem ou de forma amigável, mas considerar questões relevantes, tais como a acessibilidade ao serviço, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra referência, disponibilidade de informações e orientação às usuárias, bem como sua participação na avaliação desses serviços.<sup>9</sup>

Considerando o aumento da expectativa de vida, e tendo-se em mente que o climatério tem início por volta dos cinquenta anos, Gonçalves et al.<sup>8</sup> enfatizam que iniciativas de atenção integral se tornam de fundamental importância, já que a mulher passa aproximadamente um terço de sua vida no climatério. Sugerem abordagem humanizada que deve ser complementada por ações que desenvolvam hábitos de vida saudáveis, por meio de mudanças comportamentais e autocuidado. Em relação ao atendimento das necessidades e ao acesso a todas as tecnologias disponíveis, Campos<sup>10</sup> argumenta que é preciso incluir uma nova concepção de necessidades em saúde. Para o

referido autor, a ideia do vínculo profissional com o paciente se configura como um dos instrumentos capazes de potencializar transformações nessa prática.

A esse respeito, Cecílio<sup>11</sup> destaca a ênfase dada à integralidade e à equidade enquanto objetivos da atenção em saúde, argumentando que o sistema tem de orientar os trabalhadores, as equipes, os serviços e rede de serviços a realizarem um trabalho de construção de vínculo e “ESCUITA” às pessoas que buscam cuidados em saúde, no qual suas intervenções e práticas tomem como foco central as necessidades com vistas a uma atenção mais humanizada e qualificada.

Viegas e Penna<sup>12</sup> definem a integralidade como um princípio doutrinário do SUS que preza para que indivíduos autônomos e livres sejam dignos de uma atenção à saúde qualificada. Reforçam que a integralidade vai além de princípio do SUS em nível coletivo, em suas dimensões do cuidado, do atendimento integral e da intersetorialidade dos serviços. Requer que estas dimensões sejam bem articuladas entre si, sob a forma de rede, fundamental para consolidar práticas resolutivas de saúde e romper a fragmentação da atenção e do cuidado as pessoas.

No enfoque do autor citado, podemos indagar qual é o cenário apropriado para acolher as mulheres climatéricas, que tenha iniciativas de atenção integral, promova o autocuidado, e que ofereça qualidade de vida, valor próprio, bem-estar e dignidade à mulher nesta fase. A atenção básica respalda esta resposta como sendo “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde com objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, filtrar o fluxo dos serviços e buscar alternativas para melhorar a saúde da comunidade nas nuances de suas necessidades específicas<sup>13</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>14</sup> afirma que a atenção básica (AB) é:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, [...] o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão,

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, [...] que utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhidos.

O estudo elaborado por Zanotelli et al.<sup>15</sup> tem como sugestão que as mulheres, “por meio da socialização de saberes e com apoio da equipe de saúde, tenham a possibilidade de viver o climatério de uma forma mais natural e tranquila”, apontando que a assistência em grupo é um dispositivo potente para que isso seja realizado.

Assim, tal observação nos permite perceber, portanto, que a criação de espaços coletivos, de concretos com foco na expressão, tanto na forma da fala e da escuta ativa, assim como na troca de experiências, de vivências, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisões, possa ser utilizadas como proposta clínica<sup>16</sup>.

Braga et al.<sup>17</sup> demonstram em sua pesquisa que 60% das mulheres estudadas em sua amostra não possuem conhecimento sobre o climatério e que apenas 40% entendem o significado desse período, e inferem que isso pode dificultar o entendimento e trazer inseguranças, desmotivações, tristeza devido ao novo período de transformações fisiológicas e psicológicas, proporcionando um estado emocional debilitado.<sup>9,14</sup> Polisseni et al.<sup>18</sup> endossam que realmente devam ser incluídas ações educativas de saúde, acesso a informações sobre o autocuidado e troca de experiências, buscando oferecer qualidade de vida, autoestima, bem-estar, saúde e dignidade à mulher climatérica.

Nesse sentido, faz-se necessária uma reflexão crítica sobre a qualidade de educar os profissionais, destacando a premissa de Paulo Freire<sup>19</sup> “a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la”.

## **OBJETIVO**

Esse estudo teve por objetivo relatar uma experiência vivenciada em um grupo comunitário de idosas e revisar a literatura sobre o tema proposto. Propôs-se para tanto, identificar os estudos que mostrassem as ações voltadas a Saúde Integral da Mulher climatérica, avaliando as situações que a tornam vulnerável, bem como a descrição das características da mulher climatérica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, do trabalho intitulado “Clube da Mulher Cuidada”. A população alvo dessa vivência foi compreendida por mulheres na faixa de 40 a 65 anos, atendidas no ambulatório de ginecologia do climatério do Hospital Regional de Ceilândia – do Distrito Federal. O período de apreensão das vivências desse relato foi de 21 anos em média, iniciando-se em 1996 até o ano de 2017.

Buscando reconhecer o “estado da arte” da produção de conhecimentos sobre experiências de cuidado à mulher climatérica na atenção básica, foi realizada uma revisão sistemática de estudos sobre experiências de cuidado à mulher climatérica na atenção básica. Para tanto, foram analisadas publicações indexadas nas bases Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicadas entre os anos de 2000 e 2019.

Para realização da pesquisa, optou-se pelo uso de descritores independentes, sob estratégia de busca livre com termos “climatério”, “assistência integral no climatério”, “climatério em atenção básica”, “promoção no climatério”, “práticas educativas no climatério”, “educação no climatério”.

Dos artigos identificados, cerca de 20% foram selecionados preliminarmente por possuírem em seu escopo os descritores climatério, educação em saúde e atenção básica.



Após a análise e leitura de título e resumo, apenas 23 trabalhos submetidos à leitura integral. Ao final desta etapa, 6 artigos foram selecionados.

Foram aplicados outros critérios de exclusão, sendo excluídos os estudos referentes à população com idade inferior a 40 anos, sem referência à idade da população estudada, aqueles que não trabalhavam com práticas de grupos ou que não estavam disponíveis online de forma integral. Após leitura completa dos artigos, e o acesso ao conteúdo integral dos textos, foram excluídos mais três artigos.

As três publicações selecionadas na fase final foram então submetidas ao processo de extração dos dados e avaliação da qualidade de modo independente, por dois revisores. Sendo os resultados obtidos, condensados e apresentados a seguir.

## **RESULTADOS**

### **UMA EXPERIÊNCIA EM CONSTRUÇÃO: O CLUBE DA MULHER CUIDADA**

Ao longo do ano de 1996, no ambulatório de ginecologia do climatério no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) do Distrito Federal, iniciou-se a implementação de atividade educativa como parte da assistência às necessidades e da mulher climatérica, tanto individuais ou coletivas. Adotou-se um método de caráter dinâmico e experimental de trabalho motivado por um leque de questões observadas e enfrentadas no cotidiano do serviço.

Dentre os fatores observados, citamos: agenda com número de vagas inferior as demandas apresentadas; várias idas e vindas da paciente em função de necessidades não atendidas; redução do acesso à consulta de retorno (um ano ou mais de espera); escassez de recursos humanos (médicos, enfermeiros e auxiliares); atuação médica geralmente voltada à demanda sintomatológica (modelo biomédico); tempo desproporcional das consultas em relação à necessidade de atenção aos casos que exigiam abordagem multidisciplinar; limitação da possibilidade de compartilhamento das informações

necessárias e de escuta qualificada; ausência de ações educativas inerentes ao climatério; ausência de suporte de atendimentos para psiquiatria, psicologia e áreas multidisciplinares; reduzido acesso a exames com demora nos resultados; frustração do médico e equipe devido aos fatores citados.

Considerando todos esses aspectos, iniciou-se um diálogo com os gestores em busca de apoio para uma ação prática de promoção de saúde. Surgiu, assim, o “Clube da Mulher Cuidada” em 1996. Ele funcionou no Hospital Regional de Ceilândia (HRC/DF) até o ano de 2010, quando o projeto foi transferido e adaptado à realidade da atenção básica no Centro de Saúde nº 4, uma unidade básica filiada ao hospital. Tendo em vista que havia apenas um médico especialista no atendimento ao climatério no HRC para toda a comunidade da Ceilândia, a transferência para o centro de saúde abriu uma perspectiva de maior contato com a comunidade, aumentando a probabilidade de realização em outras unidades.

O objetivo desta ação foi favorecer e proporcionar melhor qualidade de vida para mulheres climatérica na faixa de 40 a 65 anos, através de palestras educativas voltadas às necessidades dessa fase, promovendo melhores perspectivas para o processo de envelhecimento, prevenindo agravos decorrentes e, conseqüentemente, melhorias na saúde.

Em um primeiro momento foram realizadas apenas palestras mensais de informações inerentes ao climatério, e enfrentaram-se dificuldades como choque de agendas do profissional palestrante, difícil apoio da chefia para liberação de agendas e a fraca adesão e envolvimento das usuárias nestas ações.

Despontava-se, assim, a necessidade de criar, interferir, modificar, inovar o cenário desta ação que ainda não atingira seu objetivo de construção de vínculo,

interação social para autocuidado, acolhimento e linguagem necessária para o desafio iniciado.

Desencadeou-se um segundo momento com a experimentação de mudanças que sugerissem algo prático com maior abrangência da vida individual da mulher e seu cotidiano com características de "comunidade". Segundo Fragoso<sup>20</sup> que investiga o pensamento crítico de Zygmunt Bauman, é fundamental compreender quais são as ações possíveis de resgate de ação coletiva social, pois o espaço público tornou-se cada vez mais esvaziado da função de traduzi-la. E argumenta que na comunidade pode-se contar com a ajuda alheia sempre que for necessário, pois na vida comunitária tem-se a obrigação de ajudarmos uns aos outros.

Então, orientados pelo foco de aprender a nos integrar com a comunidade como parceira para soluções, iniciamos experiência de criar novas ferramentas para dar maior densidade à influência do CMC.

Aprender é abrir-se à experiência com “um outro”, com “outros”, com uma coisa qualquer que desperte o desejo. Por isso, para aprender é necessário “primeiro aprender a desaprender”. Aprender a desaprender os sentidos constituídos, os significados produzidos e os pensamentos construídos para abrir em si próprio as diferenças. Aprender é, em síntese, deixar-se “afetar”.<sup>21</sup>

Buscamos fortalecer a motivação para o processo de garimpar aprendizagem para favorecer empatia, acolhimento, fortalecimento de vínculo, interação social, escuta qualificada, aperfeiçoamento da troca de informações pertinentes às necessidades, bem como aprimorar a sondagem de profissionais da unidade com perfil e motivação para participarem desta ação de cuidado.

Assim, realizávamos reuniões bimestrais por necessitar de maior tempo de planejamento, divulgação e logística junto à gestão. A divulgação se efetuava por meio

do agendamento de consultas abrangendo, assim, todas as especialidades médicas além daquela realizada pelas próprias usuárias e instituições da comunidade. Observamos ainda, presença de servidores do HRC e usuárias de outras unidades básicas, sinalizando um maior apoio e adesão ao CMC. Atualmente participam, em média, 60 mulheres por reunião, com uma variação entre 50 a 120.

O projeto contou com o apoio de alguns gestores, com o trabalho voluntário de uma enfermeira, auxiliares, técnicos e médicos comprometidos com a saúde da mulher climatérica. Eles atuaram segundo a possibilidade de escala de serviço em suas áreas afins, doando seu tempo e contribuindo para responder às demandas de um evento como este.

As reuniões iniciavam-se com a enfermeira realizando dinâmica coletiva lúdica, com o intuito de promover acolhimento, interação e integração do grupo. Inseria-se a música, dança, e atividades artísticas possíveis nesta etapa e, a seguir, abria-se espaço para um breve relato de experiência com foco no autocuidado por usuária voluntária. Este espaço de escuta coletiva a uma usuária expondo espontaneamente, em sua linguagem, mudanças relacionadas ao climatério e à sua autonomia, revelava uma atitude de protagonismo em sua história de vida que parecia inspirar gatilhos de mudanças no grupo. Em sequência, ocorria a realização de palestras com temas pertinentes ao climatério, com o objetivo predominante de transmissão de informações, apoio e suporte multidisciplinar para respondermos as demandas do grupo. A linguagem precisava ser mais simplificada e direcionada às necessidades que emergiam em relação a temas diversos relacionados com o climatério como sexualidade, nutrição, osteoporose, depressão, tabagismo, autoestima, atividade física, neoplasias e etc.<sup>22</sup>

Após o término das palestras com perguntas e conversas de esclarecimentos do tema abordado, havia um momento de participação das pacientes e pessoas vinculadas

ao palestrante sobre o valor de suas contribuições informativas e seu envolvimento voluntário neste trabalho. Portanto, todos os profissionais que se apresentaram voluntariamente, demonstraram gratidão e satisfação em fazer parte do projeto, sentindo-se realizados com a receptividade e reciprocidade “do ser cuidado ao ser cuidador”.

A experiência possibilitou vivenciar um método dinâmico que permitiu articular os elementos da vida cotidiana ao cenário técnico científico sobre nuances do climatério. Também foi possível observar o crescimento e as mudanças de hábitos na vida das participantes no atendimento clínico e no depoimento em grupo. Ao longo de seu desenvolvimento, estabelecer o equilíbrio entre as atividades pré-definidas e as questões surgidas no grupo, exigiu uma remodelação contínua, além de adequações de espaço físico, novas formas de divulgação do trabalho, reavaliação metodológica sobre educação, diálogo frequente com a gestão da atenção básica para manter e despertar mais apoio para viabilidade do CMC.

Embora o projeto se deparasse em momentos pontuais com cerceamentos em alguns níveis, as próprias pacientes se encarregavam de lutar pela continuidade e desenvolvimento do projeto, fazendo abaixo assinado junto à comunidade e entrando em contato com os gestores.

Com este projeto, verifica-se que a ação voluntária dos profissionais de saúde com visão integral da saúde e parcerias da comunidade e instituições que podem oferecer apoio estratégico, se bem conduzidas pela gestão, pode tornar a atenção integral uma realidade na unidade básica, e construir a prática da equidade e integralidade que são bases do SUS.

Pode se observar a valia desse trabalho nos relatos de experiências ao longo dos anos relatado pelas pacientes A e B:

“Hoje posso ensinar para muitas aqui, porque eu que não tratava dos calorões e era escrava sexual do meu marido e não tinha prazer por muitos anos. Hoje ele fala que sou eu que mando lá em casa e sempre me pergunta como quero fazer, e eu ensino e ele faz direitinho. Sei que poderia ter sentido muito mais coisas se tivesse aprendido mais cedo e tivesse tido esta coragem de falar com minha doutora e vim ouvir as palestras aqui sobre sexo para melhorar minha vida. Então, participem mais, dividam os problemas que vão ficar boas quanto eu”. (PACIENTE A - faz acompanhamento há muitos anos desde início do climatério na atenção básica).

“Eu era muito tímida, não sabia ler e acho que virei nada quando a vermelhinha foi embora, mas uma amiga me trouxe aqui e comecei a tratar, fui melhorando, voltei estudar porque resolvi me pegar de volta onde cai na vida e parei, estou trabalhando e vou agora só pra frente”. (PACIENTE B - paciente analfabeta, que quase não falava nas consultas. Um dia fez esse depoimento).

A experiência do CMC traduz a busca da integralidade da assistência à mulher climatérica, na medida em que se orienta pelo reconhecimento do conjunto de suas necessidades, ampliando o cuidado para além da dimensão biológica.

Mendonça<sup>23</sup> argumenta, com propriedade, que é preciso ter em mente que onde existem sintomas, necessariamente existem “causas”, e estas causas são as que necessitam de intervenção, especialmente através de práticas educativas.

## **DISCUSSÃO**

### **REFLEXÃO SOBRE PROCESSO DE INTEGRAÇÃO GESTÃO/EDUCAÇÃO/ ASSISTÊNCIA CLIMATÉRICA PELA ÓTICA DO CMC**

Machado et al.<sup>24</sup> defendem a percepção da integralidade como princípio nas discussões das práticas de saúde para alicerçar o ouvir, o entender e depois gerir estas demandas no individual e coletivo. Assim, defendem o cuidado integrado em saúde como importante articulação de “um saber fazer” de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes como agentes de mudança na atenção à população. Portanto, o cuidar de pessoas em espaços de escuta, acolhimento, diálogo, ética não é privativo de nenhum núcleo profissional, entre os vários atores com diferentes saberes formais e não formais que produzem o cuidado.

Nesse sentido, argumentam que debater e refletir a natureza do processo de trabalho para compreensão da organização da assistência à saúde e buscar possibilidades geradoras de mudanças a partir de cada profissional e da equipe nos

diversos serviços pode mudar a prática fragmentada, desarticulada e centrada em produzir ações relacionadas apenas às queixas dos usuários.<sup>24</sup>

Cecílio<sup>11</sup> também enfatiza que o valor de cada serviço de saúde com essa “integralidade focalizada” é resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo.

Para Campos e Amaral<sup>25</sup> lidar com pessoas é um desafio para a saúde em geral, por sua dimensão social e subjetiva e não só biológica. Os autores propõem um modelo de clínica ampliada para diversas áreas da saúde não só para realizar atividades de saúde (curativas, preventivas, de reabilitação ou com cuidados paliativos), mas também para ampliar o grau de autonomia dos usuários, aumentando sua capacidade para compreender o processo saúde/enfermidade, para atuar sobre si mesmo, sobre o mundo da vida e ter nível de compromisso com os outros. Conferem à autonomia, assim, um sentido que se vincula ao modo de cuidar e a gestão e organização das práticas de cuidado.

Dialogando com a autora Berbel<sup>19</sup> pudermos ampliar nosso olhar sobre autonomia para nele incluir uma perspectiva educacional. Ao definir "autonomia" como faculdade de governar-se por si mesmo e de se reger por leis próprias, permitindo que os indivíduos realizem uma atividade por vontade própria, porque querem e não por serem obrigados por pressões externas, identificamos que o CMC favorece a busca da autonomia das mulheres climatéricas. Segundo a autora, as metodologias ativas favorecem ganhos de autonomia, ao utilizarem as experiências reais trazidas pelas pacientes, em diferentes situações, de modo comprometido com a escuta atenta e respeitosa das necessidades, para refletir e buscar espaço para solucionar essas questões. Afirma que num processo de crescimento dos profissionais e das usuárias as metodologias ativas podem liberar potencialidades como iniciativa, originalidade,

empatia, busca de informações, criatividade, persistência e cooperação para que a promoção de saúde alcance o objetivo da integralidade. Entendemos que essa perspectiva contribui para alicerçar a assistência à mulher climatérica na AB em novas bases.

Discutir gestão de trabalho e a educação com vistas ao ganho de autonomia, por sua vez, permite uma densa reflexão sobre as práticas educativas desenvolvidas no CMC. Porque ao longo da experiência desenvolvida, ampliamos a potência e qualidade do espaço de ensino-aprendizagem e das trocas de aprendizagem mútua entre os profissionais e usuárias que participavam por meio de conversas, dinâmicas e interações com o grupo. Houve um aumento da exigência de habilidades humanas criativas para estabelecer vínculo, confiança genuína e espontaneidade para dialogar com as mulheres, frente à exposição no CMC das necessidades sentidas nas questões e decisões inerentes a essa fase da sua vida.

Encontramos ricos elementos que iluminam a reflexão da experiência do CMC, no sentido de mudança da organização das práticas com vistas à busca de integralidade por uma gestão dedicada à produção de saúde integral que possa ser aplicada por gestores/usuários/profissionais na perspectiva de uma nova clínica no atendimento às mulheres na AB.

O Cuidado em saúde para a vida da mulher, ainda, reflete uma prática fragmentada em relação ao objetivo da integralidade, quando analisamos os atores e a equipe de saúde no processo prático do cuidado<sup>20</sup>.

Os Modelos da Clínica Ampliada<sup>21</sup> que articulam as dimensões biológica, social e subjetiva propõem movimentar promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos na prática somados a uma autonomia compreensiva do processo de saúde e



enfermidade. Estes modelos podem crescer para atuar sobre si mesmos e melhorar o nível de compromisso de uns para com os outros<sup>22</sup>.

A autonomia<sup>23</sup> no aspecto da perspectiva educacional é favorecida por Metodologias ativas focadas na originalidade, iniciativa, empatia, criatividade, persistência e cooperação. E estas podem ser usadas em experiências reais trazidas pelas pacientes, bem como a escuta atenta e respeitosa das suas necessidades viabilizando reflexão e busca de soluções que possam reorganizar as práticas com vistas a integralidade e gerar uma gestão dedicada à produção de saúde integral<sup>21</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a reflexão sobre essa experiência, espera-se fomentar a gestão da atenção básica e toda equipe atuante na saúde da mulher para criar novas práticas que estimulem espaço de cultivo de vínculos, acolhimento das necessidades, escuta, autonomia que contemplem as implicações sociais e de saúde concernentes ao climatério.

Embora se reconheça o inegável avanço das políticas de saúde para a mulher voltadas à integralidade, questiona-se o alcance de implementação de seus princípios e diretrizes e o grau de resistência manifesto pelo silêncio da gestão em relação a ações que efetivam o que já está garantido por lei e direito.

Sem descuidar dos avanços obtidos, observa-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido no sentido de que a mulher possa desfrutar em plenitude e na prática, os conceitos e pressupostos ensejados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. É essa certeza que fortalece a esperança de multiplicação de ações como o CMC em muitas outras unidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n. 9).
2. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 197.
3. Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22(9):1825-1833.
4. Gusmão NMM. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: Neri AL, organizadora. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, sociológicas e psicológicas. Campinas, SP: Papirus; 2001. p. 113-139.
5. Rocha IF. Políticas públicas para a terceira idade: uma análise sobre a Política Nacional do Idoso no Brasil [monografia]. Campina Grande, PB: Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
6. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. Psicol Reflex Crít. 2004;17(2):177-187.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Manual de orientação em climatério. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2010.
8. Gonçalves R, Merighi MAB, Aldrighi JM. Reflexões sobre o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade. Reprod Clim. 2003;18(2):108-12.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Cardoso ACC. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde: uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. Rev Enferm Contemp. 2014;3(2):98-103.

11. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde [acesso em 23 mar 2017]. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade\\_e\\_Equidade\\_na\\_Atencao\\_a\\_saide\\_-\\_Prof\\_Dr\\_Luiz\\_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf)
12. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1089-1100.
13. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Pense SUS. Atenção básica [acesso em 23 mar 2017]. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).
15. Zanotelli SS, Ressel, LB, Borges ZN. Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família. *R pesq: cuid fundam online*. 2012;4(1):2800-11.
16. Quintas ABN, Careno AS, Yahn PIFC, Chebli SM. Política Nacional de Humanização e a Articulação da Rede de Saúde Mental: a experiência do Município de Fernandópolis/SP. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5).
17. Braga LS, Rocha AS, Medeiros APDS, Medeiros MFN, Dias MD. Mulheres no climatério: conhecimentos e percepções [acesso em 20 abr 2017]. 2010. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41069.E10.T8264.D6AP.pdf>
18. Polisseni AF, Fernandes ET, Ferraz ST, Grünewald T, Fernandes LC. Perfil das Participantes do Projeto de Extensão “Viver Melhor – Assistência Integral às Mulheres no Climatério. *HU Rev*. 2009;35(1):19-24.
19. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semin Ciênc Soc Hum*. 2011;32(1):25-40.

20. Fragoso TO. Modernidade líquida e liberdade consumidora: o pensamento crítico de Zygmunt Bauman. *Rev Perspectivas Sociais*. 2011;1(1):109-124.
21. Paraíso MA. Currículo e relações de gênero: entre o que se ensina e o que se pode aprender. *Rev Linhas*. 2016;17(33):206-237.
22. Benfica TMS, Soares TC. Promoção de saúde no climatério: avaliação dos grupos educativos na ótica das mulheres participantes. *Cad Saúde Colet*. 2009;17(4):971-987.
23. Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(1):155-66.
24. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 Apr;12(2):335-342.
25. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-859.