



ETEC JORGE STREET

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO TÉCNICO EM INFORMÁTICA
INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO**

LODY

**Débora Nascimento Lacerda
Gabriela Salles dos Santos
Isabella Teixeira Garcia
Letícia Waku
Maria Camila de Toni
Mariana Paulino da Costa**

**Professora Orientadora:
Márcia Cristina dos Santos Ferreira**

**São Caetano do Sul / SP
2019**

LODY

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como pré-requisito para
obtenção do Diploma de Técnico em
Informática Integrado ao Ensino
Médio.

**São Caetano do Sul / SP
2019**

We had everything to gain. And we figured even if we crash and burn, and lose everything, the experience will have been worth ten times the cost.

Steve Jobs, empresário americano
(1955-2011)

Agradecemos ao corpo docente da ETEC Jorge Street e do Centro Paula Souza, aos nossos colegas e às nossas famílias pelo apoio e incentivo.

RESUMO

O tema principal do trabalho é a saúde feminina, que, na maioria das vezes, é abordada de forma parcial na nossa sociedade atual. A saúde feminina é tratada como se fosse praticamente voltada a uma única fase das vidas das mulheres, que é o período menstrual. Os diversos aplicativos hoje disponíveis, e até mesmo a maioria dos informativos e publicidades, nessa área da saúde, estão voltados à menstruação e outros aspectos relacionados a ela, como TPM, cólicas e o próprio fluxo sanguíneo, juntamente com a saúde íntima da mulher. Por mais que a menstruação consista da maior parte do ciclo de vida das mulheres, também consiste na menopausa, que é uma fase de extrema importância na vida de uma mulher. Por conta de alguns tabus e até mesmo o julgamento inadequado de pessoas leigas no assunto, a menopausa se torna um assunto delicado e que precisa ser abordado para melhoria da qualidade de vida das mulheres nesse período.

O LODY é um aplicativo que procura não só disponibilizar um diário íntimo personalizado para essa fase, mas também disponibilizar o conteúdo informativo necessário para todas as mulheres nessa fase. Com a vasta pesquisa de campo realizada, foi possível identificar vários dos pontos citados, e assim concluiu-se que o projeto será de grande ajuda, assim melhorando o entendimento e ajudando a prevenir certos aspectos da menopausa.

Palavras-chave: Saúde Feminina; Menstruação; Menopausa.

ABSTRACT

The main theme of the project is women's health, which in most cases is scarcely addressed in modern society. Women's health is treated as if it was almost entirely focused on a single phase of women's life, which is the period of menstruation. The many applications available today, and even most health newsletters and advertisements, focus on menstruation and other related aspects such as PMS, cramps and blood flow itself, along with women's intimate health. Although a woman's life cycle consists mostly of menstruation, it also includes menopause, which is an extremely important phase in a woman's life. Due to some taboos and even inadequate lay people's judgment on the subject, menopause becomes a sensitive issue that needs to be addressed to improve women's quality of life during this period.

LODY is an app that seeks not only to make a personal intimate diary prepared for this phase, but also provides the necessary enlightenment for all women in this phase. Through extensive field research, it has been possible to identify several of the points mentioned, and we conclude that our project will be of great help, thus improving awareness and helping to prevent certain aspects of menopause.

Keywords: Women's Health; Menstruation; Menopause.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tela da Mandala (Autoria própria 2019).....	58
Figura 2 - Tela do Calendário (Autoria própria 2019)	59
Figura 3 - Tela do Gráfico (Autoria própria 2019).....	59
Figura 4 - Tela do Informativo (Autoria própria 2019).....	60
Figura 5 - Tela do Informativo (Autoria própria 2019).....	60
Figura 6 - Tela Sobre Nós (Autoria própria 2019)	61
Figura 7 - Tela Notificação (Autoria própria 2019).....	61
Figura 8 - Tela dos Sintomas (Autoria própria 2019).....	62
Figura 9 - Tela dos Sintomas(Autoria própria 2019).....	62
Figura 10 – Logo (Autoria própria 2019)	63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: SAÚDE FEMININA NO BRASIL	15
1.1 Aspectos das Políticas Públicas de Saúde no Século XX	17
1.2 As Políticas Públicas de Saúde e a Mulher	21
1.3 Adoecimento e morte das mulheres no Brasil	26
1.4 As mulheres e a definição de prioridades de saúde	31
1.5 Saúde da Mulher Atualmente	34
1.5.1 Histórico do PAISM.....	34
CAPÍTULO II: MENOPAUSA	37
2.1 A vida antes da menopausa	37
2.1.1 As várias fases do desenvolvimento de uma mulher	37
2.1.2 Puberdade	37
2.2 A Menopausa	40
2.2.1 O que é e por que ocorre?	40
2.2.2 A Perimenopausa e a pós-menopausa	40
2.3 Sintomas comuns da menopausa	41
2.4 Menopausa precoce	42
2.5 Aspectos psicológicos da menopausa	43
2.6 Sexo na menopausa	44
2.7 Gravidez na menopausa	45
2.7.1 É possível engravidar durante a menopausa?	45
2.7.2 Como engravidar na menopausa	45
2.8 Diferenças entre Climatério e Menopausa	46
2.9 Doenças Comuns na Menopausa	47
2.9.1 Câncer de mama ou no aparelho reprodutor	47
2.9.2 Cistos na mama ou nos ovários	47
2.9.3 Endometriose.....	47

2.9.4 Pólipos uterinos e cervicais	48
2.9.4 Prolapso uterino.....	48
2.10 Tratamentos Alternativos para Menopausa.....	49
2.10.1 Soja.....	49
2.10.2 Erva de São Cristóvão.....	49
2.10.3 Sementes de linhaça	50
2.10.4 Raiz de alcaçuz	50
2.10.5 Ginseng vermelho coreano	50
2.10.6 Erva de São João	51
2.10.7 Óleo de coco.....	51
2.10.8 Fitoestrogênicos	51
2.10.9 Acupuntura	53
2.10.10 Técnicas Cognitivo-Comportamentais.....	54
2.10.11 Homeopatia	55
CAPÍTULO III: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	58
3.1 O que é o LODY?	58
3.1.1 Tela da Mandala	58
3.1.2 Tela do Calendário	59
3.1.3 Tela dos Informativos	60
3.1.4 Tela Sobre Nós.....	61
3.1.5 Tela dos Sintomas.....	62
3.1.6 Logo.....	63
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS.....	65

INTRODUÇÃO

Um dos temas que sempre foi muito discutido ao decorrer do tempo é a saúde. Atualmente, com todos os avanços nessa área, saúde é um tema discutido e explorado amplamente, tanto por instituições científicas, tanto pelo governo e empresas nesse ramo.

Em 1979, a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, foi um começo da melhoria efetiva de saúde pública no Brasil, contudo ainda não era o tópico requisitado para certo público feminino. Em 1986, foi com a criação da SOBRAC (Associação Brasileira de Climatério), que começou a se estudar mais profundamente esse tema, e dar uma alta relevância às mulheres climatéricas. Com a assistência de profissionais multidisciplinares (endocrinologistas, cardiologistas, reumatologistas, ortopedistas, psiquiatras, neurologistas, dermatologistas, ginecologistas e etc), a SOBRAC é filiada a várias instituições/sociedades relacionadas a menopausa; exemplificando: SEM (*European Menopause Society*), NAMS (*North American Menopause Society*), FLASCYM (*Federacion Latino Americana de las Societads del Climatorio y Menopausia*) e IMS (*International Menopause Society*).

Saber sobre essa fase da vida das mulheres é essencial para as mesmas, desde que é um aspecto de autoconhecimento e uma visualização do que ocorre com seu corpo nesse período de tempo. Sendo o climatério a fase anterior a menopausa, seu estudo efetivo é o que possibilita as prevenções e diminuições de sintomas da menopausa.

Com a participação do um projeto *destartups* “Pense Grande”, começou-se com a ideia de um aplicativo para ajudar as pessoas na área de saúde, especificamente, na procura de remédios nas UBSs (Unidade Básica de Saúde). Diante a todas as pesquisas e interações com um possível público alvo, notou-se um maior engajamento na área de saúde feminina, logo decidiu-se mudar para esse tema, devido à algumas complicações.

Mediante a saúde feminina num todo, foi pesquisado mais profundamente a área de menopausa, onde se relatou uma escassa abordagem sobre o assunto, principalmente em aplicativos, diante do cenário atual moderno.

Com o tema específico determinado, sendo ele menopausa, entrevistou-se uma geriatra e contataram-se mais duas ginecologistas e uma especialista em geriatria, para assim tomar-se um certo rumo no projeto, conhecendo um pouco mais o público. Também foram realizadas mais de dez entrevistas com mulheres que já entraram nessa fase e com mulheres que estão para entrar, assim recolhendo as principais dúvidas e inseguranças num contexto geral.

Com a persona de um usuário, agora mais definida e delimitada, pesquisou-se em vários sites e artigos acadêmicos sobre os tópicos que julgamos (com influência das mulheres entrevistadas) mais recorrentes a indagações. E já definimos um canal do *YouTube* (SOGESP – São Paulo) para tomar como base para os vídeos informativos.

Numa atualidade onde tudo que é prático é um aplicativo para celular, após pesquisas, verificou-se que não há quase nenhum aplicativo focado no tópico menopausa.

Com isso, decidiu-se que uma solução viável seria juntar o que já existe, que é um diário íntimo, com um tópico, deixando assim um foco para as mulheres nessa fase. Criando um diário íntimo feminino para, especificamente, mulheres na menopausa, através de uma mandala, obtém-se um diferencial de mercado.

Por meio de uma interface gráfica simples e moderna, devido ao público alvo que são mulheres numa idade mais avançada, e interatividade por meio da mandala, onde o usuário irá diariamente responder um formulário interativo sobre suas mudanças de humor e sintomas físicos, pretende-se prender o público, juntamente com informativos para ajudar as mulheres a sanar as principais dúvidas sobre a menopausa, que são frequentemente pesquisadas e muitas vezes não respondidas totalmente, ou até não encontradas por fontes confiáveis.

A mulher na fase de menopausa já é indicada a passar por consultas regulares em uma geriatra, e existe um tabu em relação a isso, já que muitos consideram o ato de “ir ao geriatra”, algo somente para “mulheres velhas”.

Almeja-se quebrar isso, já que o indicado é ir desde antes da menopausa para prevenir e/ou reduzir significativamente os sintomas da mesma, assim informando nossos usuários desde o antes da menopausa até o durante.

O aplicativo terá tanto informativos quanto vídeos explicativos sobre vários tópicos do assunto e, diante as informações recolhidas dos formulários, poderá ser feita a geração de gráficos separando os sintomas físicos e emocionais da usuária durante o decorrer do mês.

Portanto, oferece-se às usuárias uma maior segurança em relação a essa fase em suas vidas, para que assim não a vejam como algo ruim, e sim que tenham conhecimento sobre a mesma para ter confiança e não fazerem indagações precipitadas de forma errônea.

O projeto do “Lody”, surge no entendimento de que há uma necessidade na área de saúde feminina, porém especificamente no tema da menopausa. Apesar de hoje ser muito fácil utilizar da internet para fazer pesquisas e se informar sobre um determinado assunto, o que acontece se existirem fontes dizendo coisas diferentes, sem saber o que é confiável?

A solução na qual o trabalho se propõe é justamente criar um aplicativo que reúna e consiga mostrar de forma eficiente, vários informativos com fontes confiáveis e conteúdo validado por um especialista na área. Assim, ajudando as usuárias a sanar suas dúvidas e ficar a par de várias metodologias auxiliares nos sintomas da menopausa.

O aplicativo “Lody” traz a proposta de ser uma plataforma informativa, para as usuárias terem o conhecimento mais aprofundado necessário para cuidarem de sua saúde da melhor forma possível, minimizando o máximo possível dos sintomas dessa nova fase em suas vidas. O “Lody” também terá diários personalizados para esse período da vida da mulher, para que assim possa ser possível visualizar de forma geral a variação de sintomas físicos e psicológicos da mulher durante a menopausa.

Visando a falta de um aplicativo voltado à esta fase de importantíssima mudança no aspecto mental e físico da mulher, o “Lody” busca mudar este mercado que está somente focado em menstruação e gravidez, e ampliá-lo para a inclusão do público que sente a necessidade de algo voltado para o mesmo.

O aplicativo tem como objetivo ajudar as mulheres que estão entrando na menopausa ou passando pela mesma, auxiliando-as com sua autoestima e a um maior conhecimento sobre sua saúde íntima e mental nessa fase, que é constantemente mal interpretada e cheia de questionamentos.

Para atingir o principal objetivo, projetou-se uma interface de aplicativo simples e fácil, disponibilizando ferramentas para o usuário concluir pesquisas mais direcionadas com os informativos. Listando:

- Interface de fácil e rápida utilização;
- Informar mulheres sobre sintomas da menopausa e como diminuí-los;
- Diário íntimo para mulheres acompanharem sua saúde;
- Gerar gráficos mensalmente, com as informações a respeito da rotina da mulher, para facilitar o entendimento de seu organismo pelo médico.

Acredita-se que, através do nosso aplicativo, as mulheres nessa fase da vida possam se sentir mais seguras e positivas em relação a si mesmas, e também informá-las corretamente sobre os possíveis e mais frequentes questionamentos na fase de menopausa.

CAPÍTULO I: SAÚDE FEMININA NO BRASIL

Ao revisitar o que demarca o passado, constata-se que durante o século XX as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram profundas alterações, passando de simples assistência médica a direito à saúde, ao mesmo tempo em que passou por inúmeros conflitos e interesses que sempre estiveram presentes na construção do setor. A trajetória dessas políticas, desde o sanitarismocampanhista, do início do século até 1965, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 1980, ao modelo atual, revela a determinação econômica e a concepção de saúde com a qual cada período operou socialmente.

No contexto atual, a política de assistência à saúde da mulher continua sendo construída, sendo preciso uma mobilização dos diversos agentes públicos e sociais na implementação de novas políticas públicas de saúde dirigidas às mulheres no Brasil, levando-se em consideração como foi construída a trajetória que atualmente a caracteriza.

O Brasil tem passado por profundas transformações demográficas e epidemiológicas nas quais se destaca o rápido e acentuado envelhecimento populacional, resultante da combinação da queda histórica da mortalidade com uma drástica redução da fecundidade. Esse envelhecimento tem ocorrido de forma mais predominante nas mulheres, que alcançaram uma expectativa de vida ao nascer de 72,6 anos em 2000, quase oito anos superior a dos homens. Analogamente, também têm ocorrido substanciais mudanças na situação epidemiológica, caracterizadas, principalmente, pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pelo incremento das doenças crônicas não-transmissíveis como as cardiovasculares e as neoplasias malignas que, atualmente, respondem pela maioria absoluta das mortes de mulheres adultas.

Embora os fenômenos apontados tenham caráter generalizado no país, as dimensões continentais do Brasil e seu modelo de desenvolvimento econômico, fortemente concentrador de riquezas e produtor de desigualdades regionais e sociais, propiciam, ao mesmo tempo, grande diversidade de padrões e tendências epidemiológicas cuja análise não é tarefa fácil. Além da complexidade dos fenômenos, dificuldades de acesso a informações

confiáveis, oportunas e adequadas limitam o monitoramento de tendências e, particularmente, a análise de determinantes estruturais dos problemas de saúde.

Sendo traçado um panorama geral sobre a situação de saúde das mulheres no Brasil, busca-se contribuir para a identificação de prioridades para as políticas públicas de saúde. (Para cumprir esse propósito, utilizamos dados disponíveis no site do Datasus e CD-ROM específicos, e o meio eletrônico foi a via preferencial de obtenção de dados demográficos fornecidos pelo IBGE.)

1.1 Aspectos das Políticas Públicas de Saúde no Século XX

As três primeiras décadas do século XX marcaram um período de hegemonia das políticas de saúde pública orientada para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização de caráter campanhista, atreladas a extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas. Até 1930, os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas das grandes empresas e, em outros casos, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, sendo que a maioria dos trabalhadores era excluída de tais benefícios (SOARES; MOTTA, 2000).

O modelo agroexportador, baseado na produção do café, exigiu do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Com o processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou (1950 -1960), especialmente a partir do governo Juscelino, houve o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou-se uma massa operária que deveria ser mantida saudável nos espaços da exportação (LUZ, 1991; MENDES, 1999).

Neste período, observou-se um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 1960, do modelo médico-assistencialista privatista. Os primeiros anos, das décadas de 1950 e 1960, marcaram a contestação de grupos organizados contra a ordem estabelecida (COHN, 1977; LUZ, 1991; MENDES, 1999). A partir de 1963, quando foi levantada a bandeira da municipalização dos serviços de saúde, na II Conferência Nacional de Saúde, o pensamento de uma reforma no sistema de saúde foi crescendo. Diversas forças sociais continuaram lutando pela Reforma Sanitária nas décadas seguintes, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária no Brasil (SILVA,1996).

No chamado período desenvolvimentista (1946 a 1964), fortaleceu-se o modelo pré-existente, com os órgãos públicos de saúde assumindo o atendimento à população marginal e o Sistema de Pronto Socorro, existindo uma rápida expansão da Medicina Previdenciária com a compra, pelo Governo, de serviços médico-hospitalares de prestadores privados. Nesse período, emergiu o pensamento do papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, sob gestão municipal, que foi abruptamente abortado pelo Golpe Militar de 1964 (KLIGERMAN, 2000). O período do Estado Militar e o "milagre brasileiro" (1967-1973) caracterizou-se pelo desenvolvimento econômico acelerado, desordenado, e com baixos salários, mas que favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Ocorreu a centralização e concentração do poder institucional que atrelou o campanhismo e o curativismo como estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país (LUZ, 1991).

A criação do INPS, em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista. Em 1975, eclodiram a insatisfação popular e os movimentos organizados de profissionais de saúde e trabalhadores contra a crise do sistema e as más condições de saúde da população (LUZ, 1991) e, nesse mesmo período, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, ao separar as ações de saúde pública das de atenção à saúde. Em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização-símbolo do modelo médico, o INAMPS (Mendes, 1999).

Na visão de Mendes (1999), as mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 1980, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças mais conservadoras e moderadas politicamente se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática (LUZ, 1991). Nesse processo de transição à democracia emergiram novos atores coletivos e movimentos sociais em todo o país, conjuntamente a novas formas de exercício da política, ao mesmo tempo em que novos partidos entravam no cenário político nacional (GERSCHMAN, 1995).

Neste sentido, a década de 1980 foi efervescente, já que idéias e práticas foram crescendo e constituíram a Proposta da Reforma Sanitária, destacando-se a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS – em 1983, que propunham a integração e a descentralização dos serviços, com a expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para estados e municípios. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, objetivava contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS, avançava em relação à idéia de descentralização, na medida em que propunha a “estadualização” do INAMPS, unificando as suas gerências regionais com as Secretarias Estaduais de Saúde, criando condições objetivas para que a política de saúde tivesse um comando único no nível estadual. Outro objetivo era a “municipalização” dos serviços básicos de saúde (SILVA, 1996). Com a criação do SUDS, o INAMPS deixou de atuar como órgão responsável pela execução direta e indireta das ações de saúde, repassando estas atribuições aos estados e municípios, e que posteriormente possibilitou a ampliação da rede de unidades básicas nos estados e municípios. (SEPÚLVEDA, 2001).

O projeto do movimento sanitário tinha como ideário a proposta de um sistema único e estatal, sendo o setor privado suplementar e sob controle público e descentralizado. A pretensão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde, sendo a saúde definida como um direito do cidadão e dever do Estado. As políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e a readequação financeira do setor (COHN, 1997).

Em 1987, foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte e, em outubro de 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal, que universalizou o direito do acesso gratuito à saúde (BRASIL, 1988). As ações e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única

em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

1.2 As Políticas Públicas de Saúde e a Mulher

No Brasil, no primeiro momento de constituição da agenda de reforma das políticas sociais, nos anos 1970, era perceptível as questões de gênero. Em primeiro lugar, através da presença expressiva de mulheres nos movimentos sociais urbanos. Como afirma Souza - Lobo, apud Farah (2001), frequentemente as análises ignoraram que os principais atores dos movimentos populares eram, de fato, atrizes. A história destes movimentos é também a da constituição das mulheres como novo sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada a que estavam confinadas e passam a atuar no espaço público, levando para a esfera pública temas que recortam o espaço privado, a exemplo da saúde.

No que diz respeito às políticas públicas, as questões colocadas pelos movimentos de mulheres, na passagem dos anos 1970 para 1980, coincidiram com as demandas colocadas pelos movimentos sociais em seu conjunto e dizem respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolve uma crítica à ação do Estado e à formulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher.

No início da década de 1980, a unidade do movimento de mulheres se desfez, pois, no contexto da abertura política, ser oposição já não era fator de unidade. De um lado, parte dos grupos compostos por mulheres continuou a se articular em torno de questões além da problemática de gênero. De outro, os grupos feministas que enfatizavam a desigualdade de gênero também se dissolveram, organizando-se em torno de temas específicos, como sexualidade, reprodução, saúde, entre outros (FARAH, 2001). Nesse período, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso para as mulheres (SANTOS, 2000).

A partir de meados da década de 1980, observou-se um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. As mulheres passaram a expor suas reivindicações: direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico. O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM (SEPÚLVEDA, 2001).

O PAISM foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher. Pela primeira vez, o governo propôs e implantou, de forma parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por essa razão, os movimentos de mulheres reivindicaram a sua implementação. Seu conteúdo incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998).

Em 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade. Nesse período, várias experiências

alternativas foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento (SEPÚLVEDA, 2001).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher - vista como um todo - o PAISM rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras (OSIS, 1998).

O Ministério da Saúde, através da implantação do PAISM, preconizava assistência integral para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária, segundo o conceito da integralidade da assistência e englobaram todas as fases da vida, da adolescência até a velhice, respeitando-se a especificidade de cada uma dessas fases. Segundo essas diretrizes, a prática educativa deveria permear todas as ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários para essa clientela. Partindo deste princípio, a assistência clínico ginecológica passou a compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologia, através da anamnese e da avaliação clínica, dirigidas para a descoberta das patologias, principalmente do aparelho reprodutivo, como do câncer-uterino e mama (BRASIL, 1995).

Nos anos 1980, a integração das ações no Atendimento Primário à Saúde (APS) começou a ser discutida, ao passo que, para aqueles ginecologistas acostumados a tratar a mulher como um todo, parecia estranho atender às necessidades de planejamento familiar em separado. Alguns deles consideraram que, recusar os direitos de saúde reprodutiva às mulheres, resultaria não somente numa taxa elevada de mortalidade materna, como também daria origem a um número grande de causas de morte, superior mesmo ao da mortalidade materna. Era, então, redefinida a saúde reprodutiva, que encerrou com a ênfase apenas na gestante ou nos programas de controle de natalidade, dando prioridade para a saúde da mulher desde a adolescência

até a terceira idade, de forma mais abrangente e com as prioridades estabelecidas em bases epidemiologicamente adequadas (PINOTTI, 1998).

No âmbito do SUS, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Seus princípios e diretrizes já foram adotados por muitos municípios, porém a maioria deles ainda não dispõe de serviços de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo programa. O PAISM propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase. A qualidade do atendimento deve ser boa e adequada. Deve, ainda, proporcionar a realização de atividades educativas que permitam às mulheres deterem maior conhecimento sobre o seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciarem a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde e como viverem melhor (REDE SAÚDE, 2002).

Embora, apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, a questão ainda está longe de um quadro considerado aceitável. Quanto ao PAISM, Osis (1998) comenta que a implementação efetiva deste programa não ocorreu em todo o território nacional, devido a inúmeros problemas de ordem político-institucional. Apesar dessa situação, as concepções que o fundamentaram sobreviverão ao tempo e à negligência do poder público. Para a melhoria desejada, é preciso redobrar os esforços para pressionar o governo a efetivar o PAISM em todo o Brasil e essa é uma tarefa de todos aqueles que têm interesse em promover atendimento de boa qualidade às mulheres.

No plano teórico de assistência integral à saúde da mulher, há um inegável avanço na abordagem, especialmente no âmbito da saúde reprodutiva, cujo bojo conceitual vai além da concepção pré-natal e de controle da natalidade, visto pressupor atenção de forma a integrar as demais patologias do aparelho reprodutor em todas as fases da vida da mulher.

Partindo do pressuposto de que a atenção à saúde da mulher remete a um conjunto de ações e procedimentos relacionados à identificação, diagnóstico e tratamento de patologias, a aplicação prática do conceito de assistência integral, dentro dessa visão, necessita de vontade política e de reorganização do próprio sistema de saúde.

Apesar desse avanço, o cotidiano do setor saúde tem demonstrado a descontinuidade e falhas, avanços e retrocessos. Se no primeiro plano diz-se buscar a garantia de atendimento integral, no plano prático ainda se reproduz ações fragmentadas dos programas e campanhas tradicionais, não repercutindo na melhoria do atendimento às mulheres. Observa-se que os programas ainda reproduzem, tal como o sistema de saúde durante toda a nossa história republicana, modelos de assistência à saúde, cujo meio reprodutor é mais autoritário que participativo, mais emergencial que duradouro, mais numérico que qualitativo.

Acredita-se que só com sensibilização e entendimento entre as diversas políticas públicas do país, sob uma perspectiva política e social, com pressupostos de transformação da sociedade por meio da conscientização, reflexão crítica e política, seja possível implementar propostas de novos programas de cuidado à saúde. Para tanto, é necessário direcioná-las aos direitos de cidadania visando o aumento do nível da qualidade da saúde. Além disso, é de vital importância a participação de diversos segmentos sociais, profissionais do setor saúde, para promover discussões sobre as ações desenvolvidas e implementar novas estratégias para enfrentar a problemática da saúde da mulher no país.

1.3 Adoecimento e morte das mulheres no Brasil

O processo de envelhecimento populacional no Brasil, com uma maior sobrevivência feminina, tem ocorrido em todo o país. O fenômeno da alta mortalidade masculina já havia sido analisada em estudo anterior, onde identificou-se seu caráter generalizado em dez capitais do país e observou-se que as diferenças encontradas podiam ser atribuídas, em grande parte, às causas externas e, secundariamente, às doenças cardiovasculares, ambas com maior mortalidade entre os homens.

Ao final da década de 90, comparando-se homens e mulheres nas diferentes etapas da vida, pode ser constatado que, em termos de mortalidade proporcional, até os 14 anos e após a etapa reprodutiva praticamente não existem diferenças entre os sexos. Todavia, na faixa de 15 a 49 anos as diferenças são muito acentuadas, graças a ocorrência excepcionalmente mais alta de óbitos por causas externas entre os homens. Relativamente, as mulheres têm maiores proporções de óbitos por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias malignas. As complicações da gravidez, parto e puerpério, também chamadas causas maternas, apesar de responderem por apenas 3,5% dos óbitos femininos no período reprodutivo representam mortes quase completamente inevitáveis, caso essas mulheres houvessem recebido assistência adequada.

As doenças cardiovasculares ou do aparelho circulatório são, se sombra de duvida, as principais responsáveis pelas mortes de mulheres no Brasil e as mais relevantes doenças crônicas não transmissíveis. Embora apresentado, nos últimos dez anos, tendência levemente decrescente do risco de morrer, conservam inalterada sua importância em relação aos demais grupos de causas, respondendo por quase 1/3 dos óbitos femininos de todas as idades. Esse grande grupo de causas é composto, basicamente, pelas doenças cerebrovasculares e pelas doenças isquêmicas do coração, que constituem as complicações mais freqüentes na hipertensão arterial. Considerando-se a segunda metade da década de 90, observa-se que as primeiras acompanham o discreto declínio do grande grupo de causas e que as segundas, ao contrário, apresentam leve aumento no mesmo período.

Estudos de prevalência da hipertensão arterial em populações de diversas cidades brasileiras evidenciam coeficientes relativamente altos entre as mulheres e, comparativamente aos homens, pequenos ou nulos diferenciais. Também deve ser apontado que, em nossa realidade, a mortalidade por doenças cardiovasculares tem grande impacto sobre faixas etárias ainda jovens e que o risco de morrer por essas causas antes dos 65 anos é muito alto: comparativamente aos EUA, no Brasil a mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre 35 e 44 anos é cerca de quatro vezes superior nas mulheres e a mortalidade por doenças cerebrovasculares na mesma faixa etária é seis vezes mais alta. Parte do fenômeno tem sido atribuída à qualidade da assistência, principalmente nos serviços de emergência, o que poderia explicar a ocorrência mais freqüente da mortalidade precoce por essas causas nas regiões menos desenvolvidas do país. Estudos realizados em Salvador revelaram que a incidência e letalidade das doenças cerebrovasculares é maior nas mulheres; e que, embora com menor incidência que os homens, as mulheres acometidas pelo infarto agudo do miocárdio apresentam maior letalidade (80,9% comparativamente a 66,4% nos homens) e são menos hospitalizadas (59,4% contra 65,4% nos homens), sugerindo que as mesmas poderiam estar recebendo pior atendimento. É possível supor que isso seja ocasionado por um viés de gênero, que resultaria na “incapacidade” dos médicos em incluir essas doenças – consideradas “masculinas” – entre os diagnósticos diferenciais, anulando possíveis “vantagens” biológicas das mulheres (como, por exemplo, a maior proteção hormonal), além daquelas decorrentes de um maior cuidado com a sua própria saúde.

Em relação às neoplasias malignas, observa-se crescente tendência do risco de morrer por essas causas, também acompanhada do aumento de seu peso relativo em relação aos demais grupos. As principais localizações primárias, tanto em relação à mortalidade quanto à incidência, são as de mama e as de colo de útero, o que traduz nesse grupo de causas o padrão de mosaico epidemiológico característico da realidade brasileira. Interessa assinalar que, no Brasil, a tendência crescente da mortalidade por neoplasias de mama não tem sido acompanhada do decréscimo da importância do câncer de colo de útero, que apresentou taxa de mortalidade estável nas duas últimas décadas.

Outro conjunto de problemas de saúde a ser analisado envolve a saúde reprodutiva das mulheres, o que vem integrando as agendas oficiais por força das pressões nacionais e internacionais – especialmente dos movimentos de mulheres.

Historicamente, a mortalidade por complicações da gravidez, parto e puerpério tem apresentado tendência ao declínio, desde a década de 40 – mais lento do que se deveria esperar quando comparável às taxas correspondentes de outros países da América Latina ou outros indicadores nacionais, tais como os de mortalidade infantil ou de mortalidade por doenças infecciosas. A análise da evolução temporal das taxas obtidas a partir das estatísticas oficiais, no período 1980/97, confirma a tendência ao declínio, ainda que seja possível constatar, nos últimos dez anos, um arrefecimento da queda e estabilização das taxas, inclusive com aparente elevação ao final do período. Entretanto, a observação de séries históricas deve considerar a possibilidade de mudanças na qualidade do registro e notificação dos óbitos, especialmente nos últimos anos, onde medidas têm sido tomadas no sentido de aumentar a visibilidade do problema no Brasil.

Nas últimas décadas, um fenômeno marcante a ser destacado diz respeito à drástica redução da taxa de fecundidade – de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,3 filhos em 2000 – como resultado tanto do uso generalizado de métodos efetivos de controle da procriação (a pílula e a esterilização cirúrgica são os mais utilizados) como pelo recurso ao aborto – muitas vezes como método habitual.

As mudanças no padrão de procriação têm sido objeto de exaustivas análises demográficas, mas têm despertado pouca atenção quanto aos impactos sobre a saúde das mulheres brasileiras. Estudos esparsos confirmam a literatura internacional quanto aos efeitos da pílula no aumento do risco para doenças cardiovasculares e também com co-fatores no processo de desenvolvimento do câncer de colo de útero. Entretanto, a prática generalizada de esterilização cirúrgica de mulheres ainda muito jovens foi pouco investigada quanto aos efeitos sobre a saúde. Resultados de um único estudo caso-controlado no país, examinando a associação entre laqueadura prévia e histerectomia por mioma, indicam que podem estar sendo conjugados

mecanismos biológicos e culturais que propiciam um maior risco de retirada cirúrgica do útero em mulheres laqueadas.

A emergência da AIDS veio a complexificar mais ainda o quadro epidemiológico nos anos 80. A primeira notificação da doença em uma mulher, no Brasil, ocorreu em 1983, ano em que foram registrados 31 homens na mesma condição. Desde então, a notificação de AIDS em mulheres vêm aumentando de modo acelerado, atingindo, em 1998, uma relação de 2,1 homens para cada mulher. A maioria dos casos notificados tem como modo de transmissão mais provável o contato sexual, sendo que para as mulheres a transmissão heterossexual ocorre em mais de 80% dos casos. Sabe-se que parte expressiva das mulheres com AIDS têm parceiros fixos, e muitas vezes, únicos, os quais seriam homens com multiparceria (hétero ou bissexual), usuários de drogas e/ou soropositivos. A maior vulnerabilidade feminina, e a conseqüente desvantagem na adoção de práticas preventivas estaria baseada na assimetria de poder nas relações de gênero – particularmente nas experiências sexuais e afetivas – articulada às iniquidades de classe social, pois são as mulheres de setores populares que se encontram em situações de maior desvantagem neste caso.

Outro fenômeno – a violência – tem motivado intenso debate, pelo caráter generalizado e epidêmico em nossa sociedade e seu impacto sobre a qualidade de vida dos homens e mulheres. A análise da mortalidade por causas externas entre mulheres brasileiras permite constatar uma relativa estabilidade do risco de morrer no período 1988/99, com discreto declínio de seu peso relativo entre os grandes grupos de causas de morte. Fato também observável no tocante à ocorrência dos homicídios, entre 1994/99, embora as médias nacionais, por não revelarem as enormes diferenças existentes em distintos contextos regionais, devam ser olhadas com cautela.

Também é preciso assinalar que a violência que atinge preferencialmente as mulheres não revela sua face nas estatísticas de mortalidade, porque na maioria das vezes não leva à morte e ocorre com freqüência no âmbito privado e conjugal – até recentemente sendo entendida como de interesse exclusivo de seus participantes mais diretos. Tem sido comprovada uma associação da violência nas relações de gênero com a maior ocorrência de diversos problemas de saúde e, desse modo, acaba tendo sua

magnitude subestimada nas estatísticas oficiais. Com a aplicação de métodos especiais de detecção da violência doméstica pode-se obter prevalência até sete vezes superior à alcançada. A partir de estudos feitos em outras realidades, sabe-se que as mulheres vítimas de violência estão mais expostas a complicações reprodutivas, tentativas de suicídio, depressões, dores crônicas e uso de álcool e drogas. Todavia, persistem desconhecidas as especificidades nacionais, decorrentes de relações tradicionais de gênero realizadas sob condições de extrema miséria e pobreza e de insuficiência de políticas sociais de saúde que assegurem uma assistência adequada.

Por último, cabe comentar a histórica “invisibilidade” do trabalho feminino na área de saúde, de certa forma já superada em outras áreas do conhecimento. Surpreendentemente, isso ocorre apesar da entrada acelerada e crescente das mulheres no mercado do trabalho, que, necessariamente, não as tem desobrigado das antigas funções de cuidado da casa e dos filhos, o que resulta em sobrecarga de tarefas cujos efeitos sobre a saúde são mal conhecidos. As informações rotineiras, insuficientes para analisar o conjunto de trabalhadores, são especialmente precárias quando o interesse recai sobre as mulheres. A própria classificação de doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho baseia-se em critérios que não contemplam as especificidades do trabalho das mulheres. Estudos esparsos têm buscado avaliar os efeitos do trabalho noturno, do trabalho informal, do estresse ocupacional e da dupla jornada de trabalho sobre a saúde de mulheres. Os resultados de todos esses estudos epidemiológicos apontam para as insuficiências do instrumental teórico e metodológico que tradicionalmente vinha sendo usado para o estudo de populações masculinas. Por outro lado, contribuem para elucidar os achados relativos à maior prevalência de problemas mentais, sintomas osteomusculares e fadiga em mulheres quando comparadas aos homens, revelando-se como um caminho promissor na análise das relações entre trabalho e saúde.

1.4 As mulheres e a definição de prioridades de saúde

Até o final da década de 70, quando se pensava e “saúde da mulher” imediatamente associava-se tal expressão aos problemas de saúde das mulheres grávidas, onde o principal interesse recaía na proteção da saúde do feto. Isso orientava a produção do conhecimento que embasava as políticas de saúde; conseqüente, as proposições de organização da atenção à saúde eram marcadas por esse viés. Nos anos 80, uma conjugação de fatores promove uma inflexão nessa tendência histórica, criando condições para mudanças na definição de prioridades na atenção à saúde das mulheres. Do ponto de vista epidemiológico, com a drástica mudança no padrão procriativo e a emergência da Aids, conforma-se um quadro de saúde onde ganham relevância os aspectos relacionados à sexualidade e aos efeitos da contracepção, em substituição àqueles relativos à concepção, à gravidez e ao parto. Nesse cenário, começam a ficar evidentes os efeitos da intensa medicalização dos ciclos vitais femininos, expressos na epidemia de cesárease laqueaduras tubárias e, mais recentemente, no incremento das histerectomias.

A convergência das propostas oriundas do feminismo e do movimento sanitário brasileiro deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução. Apesar das dificuldades e impasses de sua implementação e consolidação, o ideário do PAISM continua sendo uma referência para o movimento de mulheres na luta pela saúde como direito de cidadania.

O diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil, apresentado neste artigo, permite concluir pela adequação e atualidade da integralidade como estratégia de organização da assistência à saúde. Chega-se ao final da década de 90 com um quadro de saúde com características bastante complexas, onde problemas emergentes, como a Aids, a violência e as doenças cardiovasculares, vêm se somar aos tradicionais, como o câncer de colo de útero, a mortalidade e a morbidade associada a complicações da gravidez, parto e puerpério. Os problemas de saúde articulam-se: como é o

caso da violência sexual e a transmissão das DST/AIDS; do uso indiscriminado e sem assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência de doenças cerebrovasculares; da generalização progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônico-degenerativas.

Igualmente, fica evidenciada a necessidade de estratégias inter-setoriais, mais facilmente apreendida quando se trata do enfrentamento da violência e da epidemia da AIDS. Essas relevantes questões de saúde pública politizaram o debate sobre as necessidades de saúde, ilustrando os limites de ações exclusivamente setoriais.

A influência das mulheres organizadas na gestação e no controle social das políticas de saúde tem imprimido algumas marcas na definição de prioridades setoriais. Entretanto, as insuficiências das informações em saúde no país ainda constituem uma questão crucial, dificultando a análise de tendências temporais e impedindo a investigação de determinantes sociais dos processos saúde-doença-cuidado. A ênfase nas informações de relevância clínica em detrimento da importância social continua excluindo das estatísticas de saúde dados sobre cor/etnia e ocupação, bem como aqueles relativos a fatores de risco para a saúde. A desagregação espacial tem base administrativa, sem qualquer articulação com os dados socioeconômicos produzidos pelo IBGE, por exemplo, e embora contribua para a gestão de recursos nas várias instâncias tem pouca utilidade para a definição de prioridades de saúde que revertam as desigualdades sociais.

Especificamente quanto à saúde das mulheres, apesar de todos os esforços e de alguns avanços persistem noções essencialistas que as circunscrevem à esfera reprodutiva e privada; e aos homens, à esfera produtiva e pública. A necessidade de superar esses limites justifica-se pelo caráter estratégico que as informações têm nos processos de decisão sobre prioridades em políticas públicas. Além da revisão crítica dos indicadores atualmente utilizados, o monitoramento da situação de saúde das mulheres requer o desenvolvimento de estudos especiais que possam preencher lacunas relativas a temas como a saúde mental, a violência doméstica, o estresse ocupacional e os defeitos do trabalho sobre a saúde das mulheres. Mais ainda,

devem ser estimulados estudos para a avaliação de ações e programas de saúde, com especial ênfase no tocante às tecnologias reprodutivas.

Desnaturalizar as diferenças de gênero e romper com essencialismos ampliam as possibilidades de reflexão sobre determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, pode contribuir para a formulação de novas propostas na busca da equidade em saúde.

1.5 Saúde da Mulher Atualmente

A Coordenação Geral da *Saúde das Mulheres*, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), atua para a promoção da melhoria das condições de vida e da saúde das brasileiras por meio de ações que ampliam o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

A Coordenação desenvolve ações em temas estratégicos, como: planejamento reprodutivo (métodos contraceptivos); atenção obstétrica (pré-natal, parto puerpério, urgências e emergências obstétricas e aborto), vigilância epidemiológica do óbito materno, violência sexual e doméstica, climatério; gênero e saúde mental; feminilização da Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis; câncer de colo de útero e mama.

As ações da área também têm como foco as mulheres negras, quilombolas, em situação de prisão; indígenas, do campo e da floresta, com deficiência, transexuais, lésbicas, bissexuais, idosas, em situação de rua e ciganas, entre outras.

1.5.1 Histórico do PAISM

O programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983. A discussão se pautava predominantemente sobre o controle da natalidade. O Ministério da Saúde teve papel fundamental, pois influenciou no âmbito do Governo Federal e este, por sua vez, se posicionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as.

Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina. Isso significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas.

O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e o de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres.

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de Saúde da Mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior.

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde.

Na análise preliminar foram considerados os dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas. Destaque para o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais.

Em seguida, a Coordenação Geral buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou as contribuições do Movimento de Mulheres, do Movimento de

Mulheres Negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Finalmente, submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em julho de 2005, foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos que o Sistema Único de Saúde tem três esferas de atuação: federal, estadual e municipal. O nível federal tem principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e municípios; e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis.

A direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. À direção municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde.

CAPÍTULO II: MENOPAUSA

2.1 A vida antes da menopausa

2.1.1 As várias fases do desenvolvimento de uma mulher

Toda mulher apresenta várias fases de seus ciclos naturais. Sendo assim, fica evidente que a mulher é profundamente cíclica, podendo-se observar desde seus ciclos menstruais, manifestados a cada 28 dias, até o período de gestação de uma mulher, que dura 9 meses, ou, 9 luas.

Existem três grandes ciclos na existência da vida do ser humano, os mais conhecidos sendo, a infância, a maturidade e a velhice. Vale ressaltar que o mais marcante e intenso nesses ciclos são as fases de transição entre eles. A passagem de menina para mulher, a adolescência, é fisicamente marcada pela menstruação; porém, a mulher ainda é uma menina se considerarmos a menstruação precoce, onde apesar de já ser considerada “madura” para a reprodução, ainda necessita de tempo para alcançar a maturidade psicológica, também coletando informações e orientações sobre sua natureza íntima.

Em relação ao ciclo da maturidade, que é bem longo para a mulher, ele só dá passagem para a velhice com o início da menopausa. Entretanto, ao contrário do que muitos pensam, entrar na menopausa não significa obrigatoriamente que a mulher é velha ou está adentrando no ciclo ancião. Considerando a diferença entre velha e anciã, pois anciã é aquela que já viveu muito e se encontra muito sábio dentro de sua individualidade.

Muitas mulheres se sentem velhas e inúteis e por isso entram em conflito por conta disto, quando na realidade deveriam sentir orgulho de si mesmas e respeitarem os ciclos femininos e suas naturezas.

2.1.2 Puberdade

Puberdade é o nome dado ao período de transição entre a infância e a fase adulta e acontece em meninas entre os 8 e 13 anos de idade. Essa fase é marcada, principalmente, pelo desenvolvimento de características sexuais secundárias e o início da fase reprodutiva.

Durante a puberdade, uma série de alterações acontecem no corpo do indivíduo e o leva à maturação sexual e à capacidade de reprodução. Nesse momento, observa-se um desenvolvimento físico, mas também mental e social. O início da puberdade é influenciado por uma série de fatores, incluindo fatores psicológicos, genéticos, condições ambientais e até mesmo a saúde do indivíduo e sua nutrição. Nessa etapa, o indivíduo perceberá, entre outras alterações, o surgimento de pelos, modificações na oleosidade da pele, surgimento das mamas em meninas.

As principais alterações nessa fase são:

- Estirão puberal (rápido crescimento em estatura, que dura cerca de 2 a 4 anos);
- Desenvolvimento do sistema reprodutor;
- Desenvolvimento do sistema esquelético e muscular;
- Aparecimento de caracteres sexuais secundários.

É importante destacar que adolescentes na mesma idade podem estar em fases diferentes da puberdade.

Na puberdade feminina, acontecem modificações no corpo que as preparam para a fase adulta e a reprodução. Destacando-se:

- Aceleração da velocidade de crescimento;
- Aumento da secreção dos hormônios sexuais. Nas mulheres, observa-se uma maior concentração dos hormônios estrogênio e progesterona.
- Surgimento dos brotos mamários e desenvolvimento posterior dos seios;
- Aumento do acúmulo de gordura no quadril, nádegas e coxas;
- Surgimento dos pelos púbicos;
- Menarca (primeiro fluxo menstrual).

Durante a puberdade feminina, sem dúvidas, um dos pontos mais importantes e impactantes na vida da menina é a menarca, ou seja, a primeira menstruação. Geralmente, ela acontece dois anos após o aparecimento das mamas. A menstruação pode ser definida como a descamação do endométrio do útero e marca o início do ciclo menstrual, durando em média 28 dias.

A puberdade termina por volta dos 18 anos de idade. Nesse momento, termina o crescimento físico e o amadurecimento do sistema genital.

2.1.2.1 Puberdade precoce

A puberdade precoce acontece tanto em meninos quanto em meninas e caracteriza-se por um início da puberdade antes da idade geralmente esperada. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, considera-se como puberdade precoce aquela que surge antes dos 8 anos em meninas e antes dos 9 anos em meninos. Estima-se que a puberdade precoce é cerca de 10 a 23 vezes mais frequente em meninas.

A puberdade precoce pode desencadear algumas consequências. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, as principais são:

- Transtornos psicológicos e de comportamento;
- Maiores riscos de abuso sexual;
- Baixa estatura, quando adulto;
- Aumento do risco de obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e alguns tipos de câncer.

A puberdade precoce tem tratamento e dependerá de sua causa. Geralmente, são administrados medicamentos que visam retardar o desenvolvimento. A interrupção desse tratamento é feita, em geral, quando a menina apresenta idade óssea entre os 12 e 12,5 anos, e os meninos, entre os 13 e 13,5 anos. Em alguns casos, é necessário cirurgia para tratar o problema.

2.2 A Menopausa

2.2.1 O que é e por que ocorre?

A menopausa é o nome dado à última menstruação, que geralmente acontece entre 45 e 55 anos, marcando o fim da fase reprodutiva da vida da mulher. Significando, assim, que ela esgotou seu estoque de óvulos, os quais foram liberados desde a puberdade, todos os meses, ao decorrer de 30-35 anos.

Essa fase ocorre porque, com o avanço da idade, os ovários param de produzir estrogênio e progesterona. A produção desses hormônios, nos anos anteriores ao início da menopausa, já começam a diminuir, e assim a ovulação e a menstruação ocorrem com menos frequência até cessarem permanentemente. Dito isso, a última menstruação de uma mulher pode ser identificada somente um ano após a ocorrência dela.

2.2.2 A Perimenopausa e a pós-menopausa

A perimenopausa é a fase que antecede a última menstruação, caracterizada por alterações no ciclo menstrual e grande variação nos níveis de estrogênio e progesterona. A duração dessa fase pode variar de meses até alguns anos, e a alta taxa na variação dos principais hormônios femininos é um dos principais causadores dos sintomas da menopausa.

Já a pós-menopausa, se diz respeito ao período após a última menstruação, que pode ocorrer em mulheres entre 40 até 55 anos. Além disso, vale ressaltar que em mulheres que fumam, vivem em altitudes elevadas ou tem desnutrição, a menopausa pode ocorrer mais cedo.

2.3 Sintomas comuns da menopausa

Em alguns casos, a fase da menopausa e climatério é assintomática. No entanto, a maioria das mulheres começa a apresentar sintomas de intensidade variável já no início do climatério, sintomas que se intensificam com a diminuição progressiva das concentrações dos hormônios sexuais femininos. Os mais comuns são:

- Ondas de calor ou fogachos: episódios súbitos de sensação de calor na face, pescoço e parte superior do tronco, geralmente acompanhados de rubor facial, sudorese, palpitações cardíacas, vertigens, fadiga muscular. Quando mais intensos, podem impor limitações nas tarefas do dia a dia;
- Irregularidades na duração dos ciclos menstruais e na quantidade do fluxo sanguíneo;
- Manifestações urogenitais, tais como dificuldade para esvaziar a bexiga, dor e premência para urinar, incontinência urinária, infecções urinárias e ginecológicas, ressecamento vaginal, dor à penetração e diminuição da libido;
- Sintomas psíquicos: a redução dos níveis de estrógeno e progesterona interfere com a liberação de neurotransmissores essenciais para o funcionamento harmonioso do sistema nervoso central. Como consequência, aumentam as queixas de irritabilidade, labilidade emocional, choro descontrolado, depressão, distúrbios de ansiedade, melancolia, perda da memória e insônia;
- Alterações na pele, que perde o vigor, nos cabelos e nas unhas, que ficam mais finos e quebradiços;
- Alterações na distribuição da gordura o corpo: o tecido fibroglandular mamário é substituído por tecido gorduroso que também se deposita mais na região abdominal;
- Perda de massa óssea característica da osteoporose e da osteopenia;
- Risco aumentado de doenças cardiovasculares: a doença coronariana é a principal causa de morte depois da menopausa.

2.4 Menopausa precoce

A menopausa precoce ocorre antes dos 40 anos e acomete 1% das mulheres; já a Menopausa Cedo, acontece antes dos 45 anos e acomete 5% das mulheres. A idade da menopausa não se correlaciona com a idade da 1ª menstruação e, sim, com a idade com que a mãe e as irmãs da paciente entraram em menopausa. Há fatores que antecipam discretamente a menopausa em um ano como: fumo, laqueadura tubária e histerectomia. Por outro lado, a menopausa precoce também pode ter causas externas como cirurgia retirando ovários ou grande parte deles, radiação, quimioterapia, além de causas internas. Nesse caso, as principais são as genéticas, ligadas a alterações no cromossoma X (Síndrome de Turner e suas variantes), e autoimunes, associadas a problemas de tireoide, como a Tireoidite de Hashimoto e a Doença de Graves.

Outra causa seria a Síndrome de X Frágil, uma condição genética em que portadoras da alteração, em grau leve, teriam menopausa precoce, podendo haver casos na família de crianças com deficiência mental, que seriam os portadores da alteração plena. Assim, Menopausa Precoce é indicação precisa de terapia de reposição hormonal, uma vez que essas mulheres têm risco quatro vezes maior de doenças cardíacas e sete vezes maior de osteoporose.

2.5 Aspectos psicológicos da menopausa

Antecedendo o episódio da menopausa, temos a perimenopausa, período em que há alterações hormonais importantes, especialmente nos níveis de estrogênio e progesterona. Nessa fase, a vulnerabilidade feminina é maior aos sintomas físicos e psíquicos. Entre os físicos destacam-se os fogachos (ondas de calor intenso) e, entre os psíquicos, tristeza, desânimo, irritabilidade e labilidade emocional, ou seja, grande flutuação do humor. Muitas se queixam, ainda, de insônia e alterações da memória. Por isso, é fundamental determinar se a mulher se encontra na perimenopausa ou na pós-menopausa, fase em que os transtornos psiquiátricos são menos prevalentes.

Quando se fala em menopausa, é preciso deixar bem claro que diversos fatores influenciam o desenrolar do processo. Não é apenas uma questão hormonal. Há fatores psicossociais preponderantes que marcam esse período e podem estar na gênese dos transtornos psíquicos.

Por exemplo, a mulher que tinha uma vida socialmente ativa e se dedicou plenamente à família e à educação dos filhos, de repente se depara com os filhos crescidos, saindo de casa, e vive a síndrome do ninho vazio. Além disso, a relação conjugal pode estar passando por transformações que exigem diálogo para reconstruí-la em novos moldes. Dependendo de seu arcabouço psicológico, recursos internos e personalidade, essa mulher irá elaborar de forma construtiva ou não as modificações que estão ocorrendo em sua vida na época da menopausa.

2.6 Sexo na menopausa

No climatério, os sintomas decorrentes da queda dos níveis hormonais, como as ondas de calor, os suores noturnos, a menor elasticidade e lubrificação da vagina podem prejudicar, de forma mais ou menos intensa, o relacionamento sexual da mulher nesta fase. A secura vaginal torna a penetração mais difícil, o que faz com que muitas mulheres passem a evitar as relações por esse motivo.

2.7 Gravidez na menopausa

2.7.1 É possível engravidar durante a menopausa?

Naturalmente a mulher não pode engravidar após a instalação da menopausa, mas é possível engravidar quando a mulher ainda está entrando na menopausa, um período chamado climatério, onde estão presentes sintomas como dor de cabeça, ondas de calor e menstruação irregular.

2.7.2 Como engravidar na menopausa

Após a instalação da menopausa, a mulher já não pode engravidar porque seus ovários deixam de funcionar. No entanto, se engravidar ainda for um desejo o ginecologista poderá indicar o que fazer pois existem tratamentos para engravidar com técnicas de reprodução assistida, como fertilização in vitro com o uso de óvulos de outra doadora.

Mas antes de tomar a decisão de engravidar nesta fase a mulher deverá conversar com seu médico, pois há limitações que podem dificultar este processo e até mesmo prejudicar a vida da mulher.

2.8 Diferenças entre Climatério e Menopausa

Climatério e menopausa não são sinônimos. Climatério é uma fase de limites imprecisos na vida feminina; compreende a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Menopausa, ao contrário, tem data para começar: a da última menstruação da vida.

De cada quatro mulheres, pelo menos três experimentam sintomas desagradáveis no climatério. As ondas de calor resultantes de sintomas vasomotores são os mais típicos; estão presentes em 60% a 75% das mulheres. Surgem inesperadamente como crises de calor sufocante no tórax, pescoço e face, muitas vezes acompanhadas de rubor no rosto (a temperatura da pele chega a subir cinco graus), sudorese (que pode ser profusa), palpitações e ansiedade. As crises geralmente duram de um a cinco minutos e podem repetir-se diversas vezes por dia.

A partir da menopausa, 1% a 4% da massa óssea é reduzida a cada ano que passa. A perda é mais sentida nas vértebras e nas extremidades dos ossos longos. Mulheres de raça branca ou amarela, baixa estatura, peso corpóreo baixo e com história familiar de osteoporose são mais suscetíveis. Além desses, há fatores evitáveis que aumentam o risco de perda óssea: dietas pobres em cálcio, com excesso de vitamina D, ingestão exagerada de cafeína, de álcool, tabagismo, vida sedentária e o uso de certos medicamentos.

Através de mecanismos mal conhecidos, menor produção de estrogênio modifica os níveis de dopamina, noradrenalina e serotonina em certas áreas do sistema nervoso central. Como consequência, as mulheres no climatério estão sujeitas a quadros depressivos, dificuldade de memorização, irritabilidade, melancolia, crises de choro, humor flutuante e labilidade emocional.

2.9 Doenças Comuns na Menopausa

2.9.1 Câncer de mama ou no aparelho reprodutor

Os cânceres mais frequentes na menopausa são os da vagina, útero, endométrio e ovário, que podem surgir devido as alterações hormonais. Eles podem gerar diversos sinais e sintomas como ardência ao urinar, sangramento vaginal fora do período menstrual, ou dor durante o contato íntimo.

O câncer de mama pode gerar sintomas como caroço na mama e saída de líquido pelo mamilo e o seu tratamento pode durar meses ou anos, dependendo da sua gravidade. O tratamento do câncer é demorado e pode incluir radioterapia, quimioterapia ou cirurgia.

2.9.2 Cistos na mama ou nos ovários

O principal sintoma do cisto na mama é o surgimento de um caroço na mama, que pode ser observado no autoexame da mama ou na ultrassonografia. Quando ele causa dor ou é muito grande, pode ser realizada punção aspirativa por agulha fina.

Os cistos nos ovários são muito comuns devido as alterações hormonais, mas nem sempre geram sintomas. Quando causam dor, ou são malignos, o ginecologista poderá retirá-los através de uma laparoscopia.

2.9.3 Endometriose

Endometriose é uma afecção inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal.

O endométrio é uma mucosa que reveste a parede interna do útero, sensível às alterações do ciclo menstrual, e onde o óvulo depois de fertilizado se implanta. Se não houve fecundação, boa parte do endométrio é eliminada durante a menstruação. O que sobra volta a crescer e o processo todo se repete a cada ciclo. A endometriose profunda é a forma mais grave da doença. As causas ainda não estão bem estabelecidas. Uma das hipóteses é que parte

do sangue reflua através das trompas durante a menstruação e se deposite em outros órgãos. Outra hipótese é que a causa seja genética e esteja relacionada com possíveis deficiências do sistema imunológico. A endometriose pode ser assintomática e quando os sintomas aparecem, merecem destaque e preocupação por parte da mulher:

- Dismenorreia – cólica menstrual que, com a evolução da doença, aumenta de intensidade e pode incapacitar as mulheres de exercerem suas atividades habituais;
- Dispareunia – dor durante as relações sexuais;
- Dor e sangramento intestinais e urinários durante a menstruação;
- Infertilidade.

2.9.4 Pólipos uterinos e cervicais

Os pólipos uterinos podem não causar sintomas, mas em alguns casos, pode ocorrer menstruação abundante, sangramento após a relação e dor pélvica. São mais comuns nas mulheres que fazem reposição hormonal e nas que não tiveram filhos. Seu tratamento pode ser feito com remédios ou cirurgia e raramente transforma-se em um câncer.

Os pólipos cervicais podem não causar nenhum sintoma ou causar sangramento após o contato íntimo. São diagnosticados através do Papanicolau e podem ser retirados com anestesia local na clínica, ou no hospital.

2.9.4 Prolapso uterino

O prolapso uterino é mais comum nas mulheres que tiveram mais de um parto normal e provoca sintomas como descida do útero, incontinência urinária e dor no contato íntimo. Ele é causado pela fraqueza dos músculos pélvicos, proporcionada pela baixa de estrogênio e o seu tratamento é feito através de cirurgia para reposicionamento do útero, ou retirada do útero.

2.10 Tratamentos Alternativos para Menopausa

2.10.1 Soja

Ela possui substâncias chamadas "isoflavonas", capazes de aumentar o nível de hormônios (estrogênio) que decaem durante a menopausa, aliviando os sintomas indesejados.

Um estudo mostrou que as isoflavonas da soja podem ajudar a diminuir a frequência e a intensidade das ondas de calor da menopausa. De acordo com o mesmo estudo, consumir cerca de 54 mg de soja por dia pode reduzir significativamente a duração e intensidade de ondas de calor.

Mas antes consumir soja, lembre-se: só vale a pena se a soja for orgânica, pois a transgênica é modificada geneticamente para ser capaz de receber mais agrotóxicos, os mesmos que estão relacionados à problemas de saúde femininos como câncer de mama, fibromialgia, fadiga crônica, síndrome de hipersensibilidade química múltipla, entre outras.

Os alimentos derivados de soja como tofu, tempeh, missô e leite de soja fornecem proteção contra câncer de mama e uterino, ajudam a aumentar a massa óssea para prevenir a osteoporose, reduzem o risco de acidente vascular cerebral e o declínio cognitivo, entre outras doenças cardiovasculares. Mas não se esqueça de priorizar as opções orgânicas.

2.10.2 Erva de São Cristóvão

Ela é uma planta nativa da América do Norte, utilizada pelos nativos americanos para tratar dor, inflamação, depressão, distúrbios do sono, cólicas menstruais, dor pós-parto e sintomas da menopausa. Estudos mostraram que a erva-de-são-cristóvão é eficaz no alívio de sintomas da menopausa como ondas de calor, distúrbios do sono, depressão, irritabilidade e secura vaginal.

Diferente da terapia hormonal, as mulheres que tomaram cerca de 40 mg de raiz de erva-de-são-cristóvão por dia não apresentaram espessamento do revestimento do útero - uma complicação que ocorre normalmente em quem faz uso de hormônios sintéticos e que aumenta o risco de câncer de endométrio.

Ao contrário das isoflavonas da soja, a erva-de-são-cristóvão não é um fitoestrógeno; portanto, não aumenta os níveis de estrogênio no corpo, sendo um tratamento seguro para quem possui câncer de mama.

2.10.3 Sementes de linhaça

As sementes de linhaça estão na lista de remédios naturais para menopausa por serem fonte de fibra, proteínas, gorduras ômega 3, manganês, fósforo, cobre, selênio e vitamina B1. Semelhante à soja, a semente de linhaça contém propriedades estrogênicas que podem ajudar a aliviar os sintomas da menopausa.

Um estudo que comparou os efeitos da linhaça com a terapia de reposição hormonal mostrou que mulheres menopáusicas que tomaram cinco gramas de linhaça diariamente durante 3 meses tiveram uma redução nos sintomas da menopausa semelhante às que fizeram terapia de reposição hormonal.

2.10.4 Raiz de alcaçuz

Um estudo mostrou que mulheres menopáusicas que tomaram 330 mg de raiz de alcaçuz por dia durante oito semanas tiveram redução significativa na frequência e intensidade das ondas de calor da menopausa. Outro benefício da raiz de alcaçuz é o seu potencial para ajudar a equilibrar o humor. Um estudo com animais mostrou que a raiz de alcaçuz possui efeitos antidepressivos que funcionam tão bem quanto os remédios prozac e tofranil. A raiz de alcaçuz aumenta os neurotransmissores dopamina e norepinefrina, substâncias químicas sensíveis ao cérebro.

2.10.5 Ginseng vermelho coreano

O panaxginseng - também conhecido como ginseng asiático, chinês ou coreano - é uma planta perene cujo nome homenageia as cadeias de montanhas asiáticas de onde provém. O ginseng é conhecido na medicina tradicional chinesa por tratar diabetes, melhorar o sistema imunológico, reduzir

o estresse, aumentar a disposição, melhorar a saúde do coração e tratar a disfunção erétil. Um estudo mostrou que mulheres que tomaram seis gramas de ginseng vermelho por dia durante 30 dias tiveram uma melhoria nos níveis de ansiedade, cansaço, insônia e depressão. Outro estudo constatou melhora no desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual de mulheres que tomaram três gramas de ginseng vermelho por dia.

2.10.6 Erva de São João

A erva-de-são-joão é conhecida por tratar a depressão e a inflamação, mas também pode ser usada como um dos remédios naturais para menopausa.

Um estudo mostrou que mulheres menopáusicas que receberam 900 mg de extrato de erva-de-são-joão três vezes ao dia durante 12 semanas melhoraram os sintomas de irritabilidade, fadiga, ansiedade, depressão, falta de concentração, distúrbios do sono, baixa libido e outras queixas psicossomáticas. Quase 80% dos sintomas melhoraram ou desapareceram após o uso da erva-de-são-joão.

2.10.7 Óleo de coco

Um dos sintomas desagradáveis da menopausa é a secura vaginal. Para remediar de forma natural esse sintoma é interessante utilizar óleo de coco orgânico (livre de agrotóxicos). O óleo de coco é natural e não tem contraindicação se utilizado na parte externa da vulva. Além disso, ele tem uma textura muito agradável e, com o calor do corpo, acaba derretendo, podendo ser um ótimo lubrificante vaginal

2.10.8 Fitoestrogênicos

Os fitoestrogênios são componentes não-esteróides, oriundos de diversas plantas, frutas e vegetais, com propriedades estruturais e funcionais semelhante às dos estrogênios. São compostos fenólicos heterocíclicos, portanto com capacidade de interagir com os receptores dos estrogênios.

Existem três principais classes de fitoestrogênios: as isoflavonas, os coumestanos e os lignanos¹⁻³. Entre os lignanos, o secoisolariciresinol e o matairesinol são os mais encontrados nos alimentos, principalmente nos grãos, legumes, vegetais e sementes. Nos organismos, eles são transformados em enterodiol e enterolactona, que são suas formas biologicamente ativas. O coumestrol e o 4-metoxicoumestrol são os mais importantes derivados dos coumestanos com atividade estrogênica.

A similaridade estrutural entre a isoflavona e o estrogênio permite que ela ligue-se aos receptores estrogênicos, com baixa afinidade, mas induzindo transcrição genética. Existem dois tipos de receptores estrogênicos (alfa e beta), com distribuição e concentração diferente entre os tecidos alvos. Os receptores alfa estão presentes no SNC, mama, endométrio e fígado, enquanto os receptores beta estão no SNC, osso, parede vascular e trato urogenital. A afinidade de ligação da isoflavona varia em função do tipo do receptor estrogênico.

Além disso, as isoflavonas atuam promovendo diminuição do número de receptores de alguns fatores de crescimento implicados nos processos de proliferação e/ou diferenciação celular, tais como fator de crescimento epidérmico, fator de crescimento insulina símile, fator de crescimento plaquetário e fator de crescimento tumoral, causando diminuição da proliferação tumoral e diminuição do processo de crescimento de novos vasos sanguíneos(angiogênese), determinantes do crescimento tumoral e de metástases.

Entre os mecanismos independentes da atuação sobre os receptores, estão descritos efeitos antioxidantes, com redução dos radicais livres, podendo gerar efeito cardiovascular protetor, pela diminuição da oxidação do LDLcolesterol. A genisteína também causa menor influxo celular de cálcio, gerando vasodilatação. Em relação ao metabolismo ósseo, as isoflavonas geram diminuição da atividade dos osteoclastos, reduzindo o processo de reabsorção óssea.

Vários estudos clínicos randomizados têm sido realizados na tentativa de demonstrar a associação entre dieta rica em fitoestrogênios e diminuição nos sintomas vasomotores causados pela menopausa, tais como fogachos, insônia, nervosismo, cefaléia, palpitações e mialgia. Entretanto, estes estudos

apresentam discordância entre seus resultados, necessitando uma meta-análise direcionada à interação entre dietas com fitoestrogênio e sintomas climatéricos.

Entretanto, outros estudos falharam em demonstrar associação entre a ingestão de uma dieta rica em isoflavonas e a diminuição dos sintomas climatéricos. Outros estudos avaliaram o uso de isoflavona para melhora dos fogachos em pacientes que haviam sido tratadas previamente para câncer de mama. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos placebo e os grupos que receberam isoflavona em relação à frequência e à intensidade dos fogachos.

2.10.9 Acupuntura

A acupuntura tem sido sugerida como uma maneira de ajudar a aliviar as ondas de calor, mas agora, um novo estudo realizado pela The American Menopause Society (NAMS) reforça a sua eficácia. Os pesquisadores avaliaram centenas de outros estudos relacionados com a menopausa, olhando onde a acupuntura teve um papel no auxílio no alívio de ondas de calor. Os estudos selecionados incluíram 869 mulheres com idades entre 40 a 60 anos durante a menopausa, e que foram submetidas a uma variedade de técnicas de Acupuntura, que variavam desde a Acupuntura Tradicional da Medicina Chinesa, Acupuntura Auricular, Eletroacupuntura, Laser Acupuntura e também acupressão.

Os autores concluíram que a Acupuntura impactava positivamente tanto a frequência quanto a gravidade das ondas de calor. Os pesquisadores descobriram que as mulheres que se submeteram à acupuntura experimentaram uma redução na gravidade e frequência das ondas de calor por até 3 meses. Vinte e sete mulheres receberam acupuntura tradicional chinesa duas vezes por semana durante 10 sessões. Aqueles no grupo de controle foram tratados com agulhas Sham nos mesmos pontos de acupuntura. Os níveis de estrogênio e outros hormônios foram medidos antes do estudo e após a primeira e última sessões de acupuntura em todos os pacientes.

As mulheres que receberam acupuntura tradicional tinham pontuação na escala de sintomas da menopausa significativamente menor após 10 semanas, em comparação com aqueles no grupo de tratamento sham.

Os pesquisadores também descobriram que a severidade das ondas de calor e sintomas psicológicos diminuíram significativamente no grupo de acupuntura tradicional, depois de 10 semanas em comparação com o grupo de acupuntura sham.

A gravidade dos sintomas urogenitais – tais como secura vaginal e sintomas urinários não foi significativamente diferente no grupo de acupuntura tradicional do que no grupo de acupuntura sham após 10 semanas.

Quantidades de estrogênio foram significativamente mais elevadas, enquanto os níveis de hormônio luteinizante foram significativamente menores no grupo que recebeu acupuntura tradicional em comparação ao grupo de acupuntura sham após 10 semanas.

2.10.10 Técnicas Cognitivo-Comportamentais

O uso de técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) produz mudanças objetivas e subjetivas no padrão de sono e na qualidade de sono de adultos com insônia. O uso de TCC é tão eficaz quanto o uso de medicamentos no tratamento em curto prazo de insônia em populações adultas e idosas e traz vantagens ainda maiores em longo prazo, na manutenção da melhora desses pacientes. Entretanto, o uso de TCC não tem sido avaliado de forma sistemática em mulheres na peri ou na pós-menopausa.

Além de orientações gerais sobre higiene do sono, as TCC incluem o controle do estímulo do sono e de restrição do sono entre as suas modalidades de maior eficácia comprovada no manejo de insônia. A terapia de controle do estímulo do sono é largamente utilizada e bastante eficaz. Basicamente, essa terapia melhora a insônia inicial (ou latência do sono) e reduz o tempo de vigília após o adormecer (wakeonsetaftersleeponset [WASO]) através do "reaprendizado" da associação entre tempo de permanência na cama e sono eficiente. Pacientes são orientados a estabelecer um horário fixo para se levantarem pela manhã, independentemente da quantidade ou da qualidade do sono durante a noite. Cochilos durante o dia não são permitidos, e os

indivíduos não devem permanecer acordados na cama por mais de 15 minutos, caso tenham dificuldades em adormecer ou despertem durante a noite. Apesar de potencialmente gerar privação de sono por algumas noites, essa técnica é comprovadamente eficaz, desde que utilizada de forma correta e sistemática pelo período mínimo de 10 a 15 dias.

2.10.11 Homeopatia

Ao experimentar os numerosos sintomas que caracterizam este período de vida, muitas mulheres desconhecem o quanto é eficaz, na Menopausa, a abordagem saudável da Homeopatia, bem mais segura do que a Terapia de Reposição Hormonal, prática tão explorada hoje em dia.

Alguns médicos não hesitam em prescrever, e suas pacientes em adotar, a reposição hormonal como forma de evitar os sintomas indesejáveis. Outros só indicam a reposição em casos extremos, após esgotadas outras terapias, por temer efeitos colaterais. O "declínio biológico", é ocasionado pela queda do estrogênio, o qual é responsável pelos atos de procriar, amamentar ou se relacionar sexualmente, tem papel decisivo na manutenção do equilíbrio de quase todos os órgãos e das funções do corpo: do controle do humor à administração das gorduras, da conservação da elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos à saúde do sistema nervoso, da aparência da pele à textura do cabelo. O efeito da queda do hormônio varia em cada caso e existem opções para amenizá-lo.

Tomar ou não hormônio - prescrição médica comum desde os anos 70 - é, de fato, uma questão controversa para milhões de brasileiras na idade do climatério. "Na minha opinião, está havendo abuso na indicação da terapia de reposição de hormônio para as mulheres na menopausa", afirma a médica Ana Maria Costa, representante da Rede de Sexualidade e Direitos Reprodutivos da Mulher, em Brasília, e professora da Universidade Nacional de Brasília (UnB). "Pessoalmente, acho que é uma decisão da mulher, depois de pesados os prós e contras do tratamento aplicado a seu caso".

Um fato interessante foi revelado em uma pesquisa, que no início do climatério a maioria das mulheres é pouco atenta a essa fase. A importância pelos cuidados com o corpo e a pele superam a atenção que deve ser dada aos exercícios físicos ou a caminhar diariamente, além de manter uma dieta

balanceada e levar uma vida saudável, evitando o fumo e o álcool em excesso. Quanto à terapia de reposição hormonal, a pesquisa mostra que muitas mulheres desconfiam do tratamento por causa dos riscos que podem trazer, como o desenvolvimento precoce do câncer de mama.

Muitas mulheres escolhem a reposição hormonal como forma de combater os problemas aqui descritos. Mas a reposição hormonal traz uma série de riscos à saúde, como o sangramento vaginal, aumento de peso, além do aumento de risco de câncer de mama, de útero e mais recentemente as pesquisas apontam para o risco do câncer de pulmão.

Por muito tempo, pesquisadores acreditaram que mulheres na pós-menopausa - submetidas à terapia de reposição hormonal - acabavam obtendo uma redução no risco de desenvolvimento de doenças das artérias coronárias. No entanto, um estudo realizado em 1998 mostrou o oposto, e os cardiologistas não sabiam explicar o fato. Este trabalho, foi conduzido por Wendy Post e publicado no *Cardiovascular Research Journal*.

Para surpresa geral, não somente não houve proteção cardíaca para as mulheres que usaram reposição hormonal como houve maior incidência de infarto e morte no primeiro ano de uso, bem como uma incidência três vezes maior de trombo-embolismo venoso e 40% maior de doenças da vesícula biliar ao longo de quatro anos do estudo. Os resultados enganosos das dezenas de estudos prévios foram ocasionados pela constatação agora comprovada: a causa da menor mortalidade nas mulheres que optavam em usar a reposição hormonal era ocasionada por terem um padrão de vida prévio mais saudável, e não pela reposição hormonal em si.

O recente trabalho apresentado no 7º Congresso Internacional de Homeopatia em Buenos Aires, Argentina, com o nome de "Estudo da Efetividade do Tratamento Homeopático de Mulheres portadoras da Síndrome do Climatério tratadas no Ambulatório de Ginecologia da Unidade de Homeopatia do Hospital do Servidor Público Municipal, em São Paulo, Brasil", e publicado na revista do Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB): *Homeopatia Brasileira*, vol. 3 nº1, 1997, mostrou que o tratamento homeopático apresentou resposta benéfica em 89% das pacientes estudadas com idades entre 42 e 61 anos, sendo que deste total, 42% apresentaram melhora total da queixa principal, necessitando para isso, em média 2,38 consultas. Além disso, ele

mostrou que o tratamento homeopático é mais barato que o hormonal, além de ser isento de efeitos colaterais.

Capítulo III: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

3.1 Resultados Obtidos

3.1.1 Tela da Mandala

Esta tela faz referência à mandala lunar, que é utilizada para gravar e guardar informações sobre o dia a dia da mulher, já que os ciclos da mesma têm relação com a Lua. A tela possui apenas um botão que encaminha para a tela de registro de sintomas.



Figura 1 - Tela da Mandala (Autoria própria 2019)

3.1.2 Tela do Calendário

Esta tela possui um calendário, no qual dependendo do dia que a usuária selecionar, aparecerão as informações (sintomas) que ela sentiu naquele dia. Estas informações aparecerão em formato de texto logo abaixo do calendário.

Também há dois botões, em que o primeiro, “alterar dados”, leva novamente para a tela dos sintomas. Os dados que serão alterados são em relação ao dia selecionado pela mulher no calendário. O segundo botão, “gerar gráficos”, leva para uma nova tela, onde a usuária colocará o mês e ano que deseja que o gráfico faça referência. Após isso, será gerado um gráfico pizza do mês que a usuária escolheu, mostrando uma média de sintomas sentidos naquele mês. Esse gráfico poderá ser mostrado para o médico na hora da consulta.



Figura 2 - Tela do Calendário (Autoria própria 2019)



Figura 3 - Tela do Gráfico (Autoria própria 2019)

3.1.3 Tela dos Informativos

Esta tela possui a função de informar a usuária sobre diversas questões referentes à menopausa, como por exemplo alívio de sintomas, alimentos que ajudam o organismo, o porquê de estar sentindo aqueles sintomas, entre outras. Os tópicos estarão listados nesta tela, e quando a usuária realizar a seleção, uma nova tela com textos e vídeos sobre este tópico abrirá.



Figura 4 - Tela do Informativo (Autoria própria 2019)



Figura 5 - Tela do Informativo (Autoria própria 2019)

3.1.4 Tela Sobre Nós

Esta tela tem a função de mostrar informações sobre o aplicativo, como e-mail e Facebook das desenvolvedoras do app. Essas informações têm como objetivos direcionar acerca do aplicativo e também realizar a interação com as desenvolvedoras da aplicação, através de um e-mail.

Ademais, a tela conta com notificações, que serão ativadas em um certo horário para que apareça um lembrete para a usuária inserir os sintomas sentidos durante o dia.



Figura 6 - Tela Sobre Nós (Autoria própria 2019)

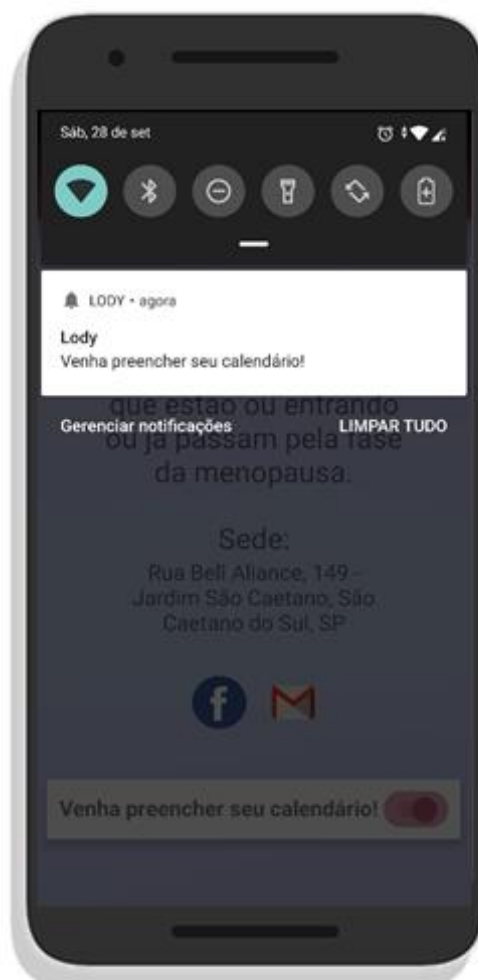


Figura 7 - Tela Notificação (Autoria própria 2019)

3.1.5 Tela dos Sintomas

Esta tela é aberta ao clicar no botão “adicionar” da tela da mandala, ou no “alterar dados” da tela do calendário.

Caso a ação venha da tela da mandala, a tela aparecerá com todos os sintomas não selecionados, para que a usuária os selecione. Ela poderá selecionar apenas uma emoção (a usuária fará uma média geral do que sentiu naquele dia, ou se desejar, a emoção mais forte que sentiu). Ela pode escolher quantos dos sintomas quiser, e se for de desejo da mesma, poderá colocar uma nota sobre o dia (caso o que ela sentiu não estiver nos sintomas da tela).

Se a ação vier da tela do calendário, a única diferença é de que os dados colocados naquele dia já aparecerão selecionados nesta tela. A mulher poderá selecionar novos sintomas que sentiu neste dia em específico, ou desfazer a seleção dos sintomas que já foram previamente selecionados. Todos esses dados serão mandados para o banco de dados, a fim de se fazer a média dos sintomas e a montagem do gráfico.



Figura 8 - Tela dos Sintomas (Autoria própria 2019)

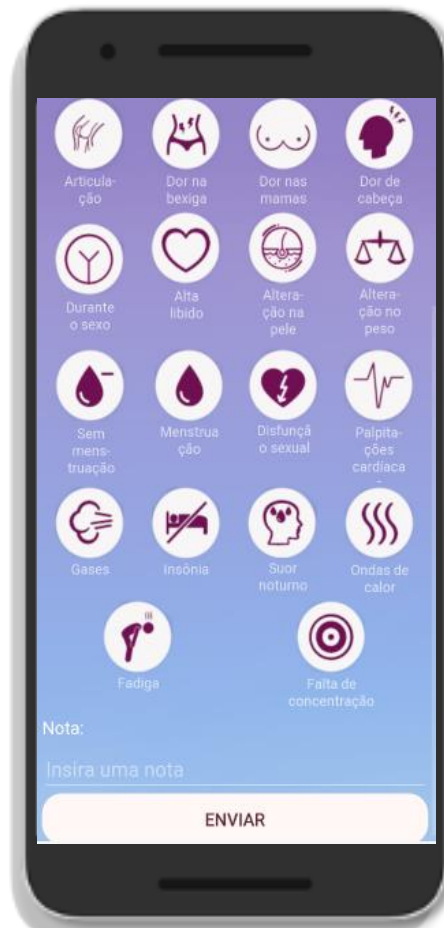


Figura 9 - Tela dos Sintomas (Autoria própria 2019)

3.1.6 Logo

A logo é representada por uma flor de lótus que remete à mulher, enquanto a coloração rosa faz alusão à feminilidade e à delicadeza da fase em questão.



Figura 10 – Logo (Autoria própria 2019)

CONCLUSÃO

O propósito principal por trás desse trabalho foi estudar e viabilizar a produção de um aplicativo que pudesse auxiliar o público alvo almejado em específico. Dessa forma, utilizando-se dos conhecimentos obtidos por meio do curso técnico em informática foi possível realizar o desenvolvimento do projeto tecnológico como solução.

Por meio da análise detalhada e aprofundada na área de saúde feminina, especificamente a menopausa, viabilizou-se estudar todo o cenário encontrado ao redor do público em questão e com isso, estruturar um aplicativo que atendesse maior parte das necessidades encontradas pelo grupo.

Analisando-se toda a pesquisa realizada, apresentada por meio deste trabalho, foi plausível cumprir todos os objetivos propostos anteriormente. O Lody atende a mulher nessa fase através de uma interface simples, completa e confiável, também auxiliando no seu entendimento tanto da menopausa, quanto do seu próprio corpo, com um diário íntimo adequado para essa fase, contando com a visualização de gráficos de sintomas e informativos de maneira simplista.

Tendo em vista o apresentado, o Lody é uma solução validada e eficiente, cumprindo os requisitos estudados para atender a mulher na menopausa. Um projeto que também possibilitou a visão e o estudo aprofundado de diversas fases da vida da mulher, como a infantil, adolescente, adulta e idosa, em que as últimas fases citadas correspondem a um período insuficientemente tratado, a menopausa.

REFERÊNCIAS

- Sobre a Abrasco. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>
- História. Disponível em: <<http://www.sobrac.org.br/historia.html>>
- VARELLA, D. Climatério e Menopausa. Disponível em: <<https://drauzioarella.uol.com.br/drauzio/artigos/climaterio-e-menopausa/>>
- SEDICAI, S. É possível engravidar na menopausa? Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/menopausa-e-gravidez/>>
- BRUNA, M. Menopausa e climatério. Disponível em: <<https://drauzioarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/menopausa-e-climaterio/>>
- BRUNA, M. Endometriose. Disponível em: <<https://drauzioarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/endometriose/>>
- SEDICIAS, S. 4 Doenças que podem surgir na menopausa. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/doencas-relacionadas-a-menopausa/>>
- Menopausa Precoce. (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia). Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/menopausa-precoce/>>
- COSTA, C. MENOPAUSA E SEXUALIDADE. Disponível em: <http://www.drCarlos.med.br/artigo_015.html>
- BRUNA, M. Menopausa: Aspectos Psicológicos. Disponível em: <<https://drauzioarella.uol.com.br/entrevistas-2/menopausa-aspectos-psicologicos/>>
- DALE, L. Endometriose continua quando se faz a menopausa. Disponível em: <<https://www.minhavidade.com.br/saude/perguntas/95884-endometriose-continua-quando-se-faz-a-menopausa>>
- Acupuntura alivia ondas de calor na Menopausa. (Clínica Dr. Hong Jin Pai & Associados). Disponível em: <<https://www.hong.com.br/acupuntura-alivia-ondas-de-calor-na-menopausa/>>
- Fitoestrogênios: valor terapêutico no climatério. (Revista Médica de Minas Gerais, RMMG). Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1472>>
- Remédios naturais para menopausa que funcionam. Disponível em: <<https://www.ecycle.com.br/6308-remedios-naturais-para-menopausa>>
- ESTEVEZ, D. FITOESTROGÊNIOS ALIMENTARES: SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54602/5/68443_04-31T_TL_01_P.pdf>
- Alimento à base de soja alivia sintomas da menopausa. (Estadão). Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,alimento-a-base-de-soja-alivia-sintomas-da-menopausa,20030601p35459>>
- PINTO, R. FERNANDES, E. PETERS, V. GUERRA, M. MENOPAUSA: TRATAMENTO HORMONAL E FITOTERAPIA. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/viewFile/23898/13213>>

SOARES, C. INSÔNIA NA MENOPAUSA E PERIMENOPAUSA – CARACTERÍSTICAS E OPÇÕES TERAPÊUTICAS. (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>

MORAES, M. A Homeopatia na Menopausa. (Portal Educação). Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/a-homeopatia-na-menopausa/307>>

SANTOS, J. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: aspectos de uma luta social. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf>

MARIA LEÃO, E. MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Mulher. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>>

ARANY, R. As várias fases do desenvolvimento de uma mulher. Disponível em: <http://www.informaabc.com.br/mulher/id-176165/as_varias_fases_do_desenvolvimento_de_uma_mulher>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Menopausa: o que é, tipos, sintomas e tratamentos. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/menopausa>>

SANTOS, V. S. Puberdade. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/sexualidade/puberdade.htm>>

Menopausa. Disponível em: <<https://www.gineco.com.br/saude-feminina/menopausa/o-que-emenopausa/>>

PINKERTON, J. V. Menopausa. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-saude-feminina/menopausa/menopausa>>