

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARA CASTILHOS

**NECESSIDADES DE CUIDADO DE MULHERES EM CLIMATÉRIO
COM HIPERTENSÃO: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO**

Santa Maria, RS
2020

LARA CASTILHOS

**NECESSIDADES DE CUIDADO DE MULHERES EM CLIMATÉRIO COM
HIPERTENSÃO: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem; Área de concentração: Enfermagem; Linha de pesquisa: Cuidado Saúde e Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa Dra Maria Denise Schimith
Coorientadora: Profa Dra Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS
2020

Castilhos, Lara

Necessidades de cuidado de mulheres em climatério com hipertensão: possibilidades de atuação do enfermeiro / Lara Castilhos.- 2020.

114 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Denise Schimith

Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Climatério 2. Hipertensão 3. Saúde da Mulher 4. Enfermagem 5. Atenção Primária à Saúde I. Schimith, Maria Denise II. da Silva, Laís Mara Caetano III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, LARA CASTILHOS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

LARA CASTILHOS

**NECESSIDADES DE CUIDADO DE MULHERES EM CLIMATÉRIO COM
HIPERTENSÃO: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem; Área de concentração: Enfermagem; Linha de pesquisa: Cuidado Saúde e Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 07 de Fevereiro de 2020:

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dra. (UFSM)
(Banca Titular)

Lisie Alende Prates, Dra. (UNIPAMPA)
(Banca Externa Titular)

Santa Maria, RS
2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às bases da minha existência: meus filhos Arthur e Henrique, ao meu marido, minha mãe e meus pais, por todo apoio e companheirismo... Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, pai celestial, de toda bondade, criador do universo e a quem devo toda gratidão;

À minha MÃE, pelo incentivo, por dizer que eu tinha condições de realizar um mestrado, mesmo quando eu acreditava que minha hora de estudar longe de casa havia passado, pois eu tinha meus filhos para cuidar, obrigada por tudo! Te amo!

Ao meu marido, MURILO, pelo companheirismo, pelo zelo com nossos filhos quando eu estava longe de casa, por acreditar em mim, por ser âncora em nosso casamento... Você não imagina o quanto me trouxe a realização que eu precisava na minha vida, enquanto mulher, mãe e profissional... Te devo o mundo, meu bebezão! Te amo!!!

Aos meus filhos, meu primogênito ARTHUR, e meu bebezinho HENRIQUE, pelo acalento que vocês me davam mesmo à distância, por entenderem que a mamãe precisava seguir os estudos, para que eu pudesse trazer o melhor pro futuro de vocês... o choro do Rick, em não querer que a mamãe fosse para “Santa Mari” como ele dizia, me doía na alma, mas era necessário passar por isso... Meus amores, o sentido de toda minha vida são vocês, tudo o que faço ou deixo de fazer é por vocês. Não existem palavras neste mundo que expressem o amor que sinto por vocês...

Agradeço aos meus familiares, Pai PAULO, meus irmãos (ADRIEL, ANA CLARA E PAULA ADRIANA) e minha Vó MARISA pelo carinho e apoio nessa caminhada... Vocês são luz em minha vida;

Agradeço também a meu Pai ÁLVARO e minha “boadrasta” CÁSSIA, pelo lar que me proporcionaram, pelo amor que me ofereceram, pela nossa convivência ao longo desses dois anos em Santa Maria, e pelo empréstimo do Clio que eu sei que o senhor cuida com muito carinho. Obrigada Pai;

Minha cunhadinha maravilhosa LAURIELE, por todas vezes que cuidou dos meus filhos, pelas idas na escolinha do Rick para buscá-lo quando eu estava longe, pelo preparo e oferta da sopinha do Rick e pelo banho quentinho que você preparava para ele... Te agradeço de coração, pois quem beija um filho meu, minha boca adoça... Obrigada!!!

Aos meus amigos de outras vidas MARA, ROBSON, ISABEL e CLÉO pela amizade, companheirismo, risadas, abraços, choros, beijos, pelas comidinhas também (é lógico) hehe! Vocês não imaginam o quanto amo vocês, e o quanto vocês tornaram minha vida mais leve e alegre. Obrigada por tudo!

À Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), que foi meu berço durante a graduação, onde me formei como enfermeira em 2013, e onde no mesmo ano fui nomeada no concurso público para Técnico Administrativo em Educação no cargo de Enfermeira, e que me apoiou para que eu pudesse realizar esse sonho que era o Mestrado em Enfermagem, me concedendo afastamento nos dias em que eu precisava estar em aula em Santa Maria.

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) por ser uma Universidade pública e de qualidade no ensino, pesquisa e extensão e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) pelas oportunidades que me ofereceu, e que vem ofertando ao longo dos anos.

A minha orientadora, MARIA DENISE, pelo cuidado e implicação que teve comigo... pela orientação, pela paciência, pelas inúmeras vezes em que leu meu trabalho, pela confiança, pelo apoio e palavras de estímulo, pela presença sempre que eu precisei, pela contribuição na minha formação acadêmica e pelo abraço caloroso que me acalmava nas minhas chegadas nas aulas e nos encontros do grupo de pesquisa;

A minha coorientadora LAÍS, pela coorientação, amizade, palavras de afeto e pelo zelo que tens com aqueles que te rodeiam.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos, oportunidades ofertadas e reflexões despertadas.

Agradeço em especial, a Professora Dra MARIA RIBEIRO LACERDA pelas palavras que lembro até hoje, as quais me disse no dia da minha entrevista de seleção do mestrado: - Muito interessante teu projeto pois contempla duas coisas que estão esquecidas na saúde pública: A mulher no climatério com HAS... Prof... você foi minha inspiração durante essa trajetória... você é uma pessoa repleta de luz! Tua inteligência me deixa deslumbrada. Me sinto muito orgulhosa em ter tido você como professora. Obrigada por todo apanhado de conhecimento que a senhora proporcionou para nossa turma.

Agradeço ao nosso Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria pela convivência, aprendizado, trocas de experiências, e amizades que levarei para sempre em meu coração.

Agradeço à banca da minha dissertação composta por: Profa Dra Lisie Alende Prates, Profa Dra Nara Girardon Perlini, Profa Dra Teresinha Heck Weiller, por terem lido a minha pesquisa e pelas contribuições, ademais pela delicadeza e sensibilidade com que se dedicaram a esse estudo.

As minhas colegas de caminhada nesse Mestrado, em especial a GEÓRGIA, CARLIE E GIOVANA, pelas risadas, trocas de comentários e desesperos que ocorriam após algumas aulas... amizade e muito companheirismo e apoio mútuo. Gurias, obrigada pelos nossos dias, AmoDoro vocês!

Às mulheres no climatério com hipertensão, que foram as participantes nesse estudo, que me receberam muito bem em suas casas ou na UBS e abriram suas vidas e seus corações para mim. Agradeço de coração por cada abraço recebido na chegada e na despedida. Espero poder levado a vocês orientações, e também espero que o grupo de atenção à saúde da mulher vire realidade no município de Santa Maria, como vocês tanto gostariam.

Agradeço ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) do município de Santa Maria por aprovar e apoiar a realização desse projeto de pesquisa.

A minha doutoranda preferida, GABI, obrigada pelos ensinamentos, por ter muiiiitaaaa paciência comigo... por me ensinar como que é feita a análise participativa, por ouvir meus inúmeros áudios de desespero, pois deu pra ti ver que sou muito insegura, né rsrs... Obrigada minha amiga! Tens um futuro brilhante! Espero que em algum momento dessa vida sejamos colegas. Te desejo todo o sucesso do mundo!

Ao meu bolsista e primeiro co-orientando GABRIEL, obrigada pelo assessoramento, pela paciência em mudar várias vezes “aquele resumo”. Você enxerga através das entrelinhas, tem um pensamento crítico reflexivo que a enfermagem, nossa profissão, tanto exige... enfim, você é uma pessoa iluminada! Te desejo todo o sucesso do mundo!

Ademais, agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte desse sonho... Vocês sonharam comigo e hoje podemos dizer que esse sonho se tornou REALIDADE!

Obrigada, obrigada e muito obrigada!

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

NECESSIDADES DE CUIDADO DE MULHERES EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

AUTORA: Lara Castilhos

ORIENTADORA: Profa Dra Maria Denise Schimith

COORIENTADORA: Profa Dra Lais Mara Caetano da Silva

A presente pesquisa tem como objetivo compreender as necessidades de cuidado de mulheres em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica adstritas à Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Método: trata-se de um estudo quanti-qualitativo, realizado em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. As participantes do estudo, na etapa quantitativa, foram 42 mulheres que, anteriormente, participaram do projeto matricial. Destas, 15 mulheres participaram da etapa qualitativa. Os critérios de inclusão foram: mulheres entre 40 e 65 anos, diagnosticadas com hipertensão, vinculadas às Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados quantitativos foram analisados a partir do banco de dados do projeto matricial e os resultados qualitativos com análise participativa, fundamentada na hermenêutica-dialética. As entrevistas foram transformadas em narrativas e retornadas às participantes. A partir disso, foram identificados os núcleos argumentais. Resultados: os dados revelaram que 57,14% (n=24) das mulheres possuíam até oito anos de estudo, 47,61% (n=20) eram assalariadas ou autônomas, 52,38% (n=22) eram casadas legalmente, 35,71% (n=15) recebiam até dois salários mínimos. 42% (n=26) são católicas. 83,33% (n=35) das mulheres não utilizam álcool e cigarro. 83,33% (n=35) mulheres possui obesidade. 73,81% (n=31) não relataram *Diabetes Mellitus* e 80,96% (n=34) não tinham doença vascular periférica na família. As necessidades de cuidado das participantes incluem manejo com as mudanças provindas do climatério, como: fogachos, mudança na pele, sudorese, esquecimento, diminuição da libido, aumento de peso e alterações de humor. Também acerca do uso da medicação para hipertensão e maneiras de cuidar da alimentação. Referem procurar atendimento médico, amigos, familiares ou internet, quando necessitam de maiores informações sobre o climatério e a hipertensão. Há necessidade do(a) enfermeiro(a) fortalecer relações de vínculo com as mulheres em climatério com hipertensão, a fim de se tornar referência nas práticas de cuidado. Considerações finais: recomenda-se, como possibilidades de atuação do enfermeiro para com as mulheres, a realização de grupos de saúde, visitas domiciliares e consultas de enfermagem. Sendo assim, a mulher deve ser atendida de maneira integral e singular, rompendo com a fragmentação da assistência.

Palavras-chave: Climatério. Hipertensão. Saúde da Mulher. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

CARE NEEDS OF WOMEN IN HYPERTENSION CLIMATE: POSSIBILITIES OF NURSES

AUTORA: Lara Castilhos

ORIENTADORA: Profa Dra Maria Denise Schimith

COORIENTADORA: Profa Dra Laís Mara Caetano da Silva

This research aims to understand the care needs of women in climacteric with Systemic Arterial Hypertension attached to the Family Health Strategy of a city in the state of Rio Grande do Sul. Method: this is a quantitative and qualitative study, carried out in a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul. The study participants, in the quantitative stage, were 42 women who previously participated in the matrix project. Of these, 15 women participated in the qualitative stage. The inclusion criteria were: women between 40 and 65 years old, diagnosed with hypertension, linked to the Family Health Units. Data collection took place through semi-structured interviews. The quantitative results were analyzed using the matrix project database and the qualitative results with participatory analysis, based on hermeneutics-dialectics. The interviews were transformed into narratives and returned to the participants. Based on that, the argument centers were identified. Results: the data revealed that 57.14% (n = 24) of the women had up to eight years of study, 47.61% (n = 20) were employed or self-employed, 52.38% (n = 22) were legally married, 35.71% (n = 15) received up to two minimum wages. 42% (n = 26) are Catholic. 83.33% (n = 35) of women do not use alcohol and cigarettes. 83.33% (n = 35) women have obesity. 73.81% (n = 31) did not report Diabetes Mellitus and 80.96% (n = 34) did not have peripheral vascular disease in the family. The participants' care needs include handling the changes from the climacteric, such as: hot flushes, skin changes, sweating, forgetfulness, decreased libido, weight gain and mood changes. Also about the use of medication for hypertension and ways of taking care of food. They refer to seek medical attention, friends, family or internet, when they need more information about the climacteric and hypertension. There is a need for nurses to strengthen bonding relationships with women in climacteric with hypertension, in order to become a reference in care practices. Final considerations: it is recommended, as possibilities for nurses to work with women, to carry out health groups, home visits and nursing consultations. Therefore, women must be cared for in an integral and singular way, breaking with the fragmentation of care.

Keywords: Climacteric. Hypertension. Women's Health. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização do município de Santa Maria – RS	32
Figura 2 – Fluxograma do método de coleta e análise dos dados	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valores de referência para Hipertensão Arterial Sistêmica, pelas medidas de consultório, e MRPA.....	29
Quadro 2 – Classificação da PA de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade	29
Quadro 3 – Núcleos argumentativos dos resultados qualitativos da pesquisa, Santa Maria/ RS, 2019.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes. Santa Maria/RS, 2017.	41
Tabela 2 – Risco cardiovascular das participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2017.	42
Tabela 3 – Características sociodemográfica das mulheres que participaram da etapa qualitativa. Santa Maria/RS, 2019.....	46
Tabela 4 – Distribuição da classificação do risco cardiovascular segundo faixa etária. Santa Maria/RS, 2019.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BdEnf	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ERF	Escala de Risco de Framingham
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-c	Colesterol HDL
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IES	Instituição de Ensino Superior
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDL-c	Colesterol LDL
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PNAISM	Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVO	22
1.1.1	Objetivo geral	22
1.1.2	Objetivos específico	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	CLIMATÉRIO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	23
2.2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFERMEIRO	25
2.3	CLIMATÉRIO E A INFLUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO COTIDIANO DAS MULHERES	27
2.4	PRÁTICAS DE CUIDADO DO(A) ENFERMEIRO(A) À MULHER EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	30
3	PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO QUALITATIVO	31
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	32
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
3.3.1	Participantes da etapa quantitativa	34
3.3.2	Participantes do estudo qualitativo	34
3.4	COLETA DE DADOS	34
3.4.1	Coleta dos dados qualitativos	34
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	36
3.5.1	Análise dos dados quantitativos	36
3.5.2	Análise dos dados qualitativos	37
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
3.7	TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	40
4	RESULTADOS	41
4.1.	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES (n=42)	41
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA ETAPA QUALITATIVA (n=15)	43
4.3	RESULTADOS QUALITATIVOS	47
4.3.1	“Minha vida mudou bastante”: a singularidade de cada mulher	48
4.3.1.1	<i>Mudanças no peso, humor, trabalho e família</i>	50
4.3.2	“Agora tem que se cuidar, tem que tomar remédio”: as mulheres em climatério que convivem com a HAS	53
4.3.2.1	<i>Uso contínuo de medicação</i>	53
4.3.2.2	<i>Cuidado na Alimentação</i>	55
4.3.3	“Eu sempre pergunto muito as coisas ao médico, gosto de estar bem informada, eu sempre pergunto as coisas”: quem cuida da mulher em climatério e HAS?	57
4.3.3.1	<i>Atenção do(a) enfermeiro(a) em relação ao climatério e a HAS</i>	59
4.3.4	“Seria muito bom, tudo que vier a colaborar, ajudar as pessoas a se conhecer melhor, seu corpo, sempre ajuda”: educação em saúde com a mulher em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica	61
4.3.4.1	<i>Expectativa das usuárias em relação à USF</i>	61
5	DISCUSSÃO	65
6	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade	86
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados	89

ANEXO A – PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO COM MULHERES EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	91
ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PROJETO MATRICIAL.....	107
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA RESPONSÁVEL PELO PROJETO MATRICIAL.....	112

1 INTRODUÇÃO

O objeto desta pesquisa são as necessidades de cuidado de mulheres em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Neste estudo, entende-se por necessidades de cuidado de mulheres em climatério com HAS todas e quaisquer ações de orientação, prevenção de adoecimento, promoção e educação em saúde, bem como todas as ações de cuidado identificadas por elas como carências para a condução de suas vidas. Em síntese, uma ação concreta de cuidado, baseada em um valor ético e moral, realizada por um profissional da saúde, aqui considerando em destaque o(a) enfermeiro(a), para suprir as necessidades individuais da mulher nesta fase da vida, com diagnóstico de HAS.

Para Martins e Perroca (2020), o cuidado reconhece o singular e os valores do indivíduo, levando em conta as características pessoais, condições clínicas e situação de vida. Ainda, as preferências na participação do cuidado e os impactos positivos no resultado da assistência.

A palavra “cuidado” deriva do latim *coera, cogitare, coyedar, cogitatus, coidar*, no sentido da cura, do pensar, do interessar, e preocupar-se por algo ou alguém. Desse modo, o cuidado está presente na existência do indivíduo que se importa com o outro (BOFF, 1999).

Para poder realizar o cuidado, é preciso antes ter experienciado o cuidado. Portanto, a capacidade de cuidar do outro ou de algo está relacionada ao quanto e como o cuidador foi cuidado. O ato de cuidar fortalece o relacionamento com o outro e permite o desenvolvimento e o crescimento do sujeito com o qual se interage na produção do cuidado (WALDOW, 2004).

A prática de cuidado é a mais antiga prática do mundo, e está presente no desenvolvimento do próprio ser humano, na perspectiva da continuidade da vida como uma condição para sua sobrevivência, antecedendo todo e qualquer exercício profissional, pois está intimamente ligado à história (COLLIÈRE, 1999). Sendo assim, o cuidado faz parte da natureza, essência e constituição do ser humano nas suas dimensões psíquica, física, social e espiritual (BOFF, 1999). A ação de cuidar constitui a essência da enfermagem, o que não significa que o(a) enfermeiro(a) não possa curar, mas o cuidado é o eixo central da enfermagem (TORRALBA, 2009; WATSON, 1979).

No século XIX, na Inglaterra, Florence Nightingale, com a ideia de cuidado à saúde dos sujeitos, estabeleceu a enfermagem como profissão (PIRES, 2009; GRÜDTNER et al., 2010) e foi a partir dela que o cuidado passou a ser discutido como objeto de estudo (PIRES, 2009). Portanto, a partir de Florence, o cuidado foi “reconhecido como um campo de

atividades especializadas e úteis para a sociedade e que, para exercê-lo, é necessária uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional” (PIRES, 2009, p. 740).

Na década de 1950, com a antropóloga e enfermeira Madeleine Leininger, ocorreu o desenvolvimento teórico do cuidado em enfermagem. Para Leininger, o cuidado é uma necessidade humana essencial que visa alcançar saúde, bem-estar e a sobrevivência das culturas e da civilização (NEVES, 2002).

A população brasileira é constituída por mulheres, em sua maioria (51,5%), e estas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde está para além do simples acesso aos serviços de saúde ou a ausência de doença, abrangendo diversos aspectos da vida, tais como o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, a moradia, a educação, a informação, a renda, as relações sociais e familiares, a autoimagem/autoestima e o meio ambiente (BRASIL, 2008).

No que diz respeito às políticas públicas, a atenção voltada à saúde da mulher tem sofrido alterações no decorrer do tempo. Os avanços proporcionados por amplas e complexas discussões acompanharam a transformação da sociedade e, por isso, estas não se esgotam, mas se adaptam às diferentes necessidades, que se constituem como resultado desse processo permanente de mudança (FREITAS et al., 2009).

Na realidade brasileira, desde a década de 70, tem-se tentado programar uma assistência que englobe a mulher na sua totalidade, não se restringindo apenas ao ciclo gravídico-puerperal. A partir da década de 80, especificamente no ano de 1984, introduziu-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde. Esse Programa buscou incorporar medidas preventivas, educativas, de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de mama e de colo de útero (FREITAS et al., 2009).

Com o intuito de contemplar as lacunas do PAISM, visando atender aos pressupostos da promoção da saúde, em 2003, foi estruturada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A política propôs programar a atenção à saúde da mulher no climatério, ampliando o acesso e qualificando as ações realizadas. Porém, percebe-se que a integralidade da assistência não foi efetivamente contemplada pela PNAISM, tendo em vista que, o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher em questões específicas como o climatério, a infertilidade e a saúde mental (FREITAS et al., 2009).

O climatério se caracteriza como uma fase biológica e não um processo patológico. Trata-se de um fenômeno endócrino, caracterizado pelo hipoestrogenismo progressivo, em decorrência do esgotamento dos folículos ovarianos, que ocorre em mulheres de meia idade. Esse momento da vida compreende a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo, e pode resultar no aumento da prevalência das doenças cardiovasculares, devido a diminuição do hormônio estrogênio, responsável pela proteção dos vasos sanguíneos na mulher (MEDEIROS et al., 2016). Já, a menopausa é um evento fisiológico que representa a interrupção definitiva da ovulação, e este processo, que ocorre após o período do climatério, é caracterizado pela perda da função folicular ovariana em consequência do envelhecimento, que se torna efetivamente reconhecida após 12 meses de amenorreia (WENDER et al., 2017).

Considera-se uma etapa natural, que varia de mulher para mulher, tendo início por volta dos 40 anos e se estendendo até os 65 anos de idade. Analisa-se, por meio de estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que 15,05% da população feminina brasileira, isto é, aproximadamente 16,21 milhões de mulheres, estava no período entre climatério e menopausa em 2012 (IBGE, 2015). Sob tal perspectiva, percebe-se o aumento da expectativa de vida da mulher na pós-menopausa que, em 1940, não chegava à fase da menopausa, haja vista a expectativa de vida de, em média - 44,9 anos. Em contrapartida, na atualidade, as mulheres brasileiras possuem expectativa de vida de 79,6 anos, permitindo inferir que as mulheres vivem em torno de 28 anos após o período da menopausa. Tal estatística pode se constituir como um alerta para as mulheres quanto aos cuidados com a saúde, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida e da disposição aos anos seguintes do climatério e da menopausa (IBGE, 2015).

A HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada por ser uma condição multifatorial que apresenta níveis elevados da pressão na parede dos vasos sanguíneos. Alguns fatores contribuem para aumento de sua prevalência, como: o sobrepeso, a obesidade, o sedentarismo, o envelhecimento, a alimentação inadequada, o uso abusivo de bebidas alcoólicas, o estresse e fatores genéticos, para o desencadeamento de tal morbidade (RÊGO et al., 2018 e OLIVEIRA; SOUZA FILHO; PEREIRA; GONZAGA, 2018).

Nesse contexto, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão apontam que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até a quinta década de vida, invertendo-se a partir dessa idade. Tal mudança estaria relacionada às alterações hormonais decorrentes do climatério e da menopausa, que incidem sobre a mulher no contexto cardiovascular (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

No Brasil, há em torno de 17 milhões de pessoas com HAS, atingindo cerca de 35% da população a partir de 40 anos. É um fenômeno ascendente, cada vez mais precoce e que constitui grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006). Em 2018, um estudo da VIGITEL demonstrou que 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmou ter diagnóstico de hipertensão e alguns dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, referem que em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido à hipertensão ou a causas atribuíveis a ela (BRASIL, 2019).

Quanto ao contexto local, no estado do Rio Grande do Sul, a população feminina com a faixa etária entre 35 a 64 anos era de 2.085.936 no ano de 2010 e, segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), de 2002 a 2013, 193.449 mulheres entre 35 a 64 anos apresentavam HAS, o que significa uma prevalência de aproximadamente 9,27% dentre as mulheres nessa faixa etária (IBGE, 2012). No município de Santa Maria, por sua vez, entre 2002 a 2013, registrou-se um total de 7.880 casos de HAS em mulheres com idade entre 35 a 64 anos (DATASUS, 2013). Essa realidade demonstra a importância em se estudar a temática, tendo em vista que pode resultar em danos relacionados à qualidade de vida dessa população específica, influenciando fisiológica, psicológica e economicamente.

Compreender a necessidade de cuidados das mulheres em climatério, acrescida do diagnóstico de HAS, acerca das mudanças e sintomas dessa fase da vida, é primordial para a qualidade de vida da maioria delas, considerando a alteração hormonal que faz parte do ciclo da vida. Aliadas a esta manifestação hormonal, elas podem sofrer influências emocionais, sociais, culturais e ambientais, por isso, podem, ou não, sofrer com os sintomas e as mudanças (SILVA; ARAÚJO; SILVA, 2003; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009). Quando ocorrem, transformam-se em um obstáculo para a qualidade de vida. A partir dessas necessidades, promover, no serviço de saúde, um espaço de acolhimento, consultas de enfermagem e grupos específicos para a mulher no climatério com HAS, contemplando o suporte emocional e a promoção da saúde para melhoria e bem-estar da mulher durante e após esse período, é de suma importância

A enfermagem é uma ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, seja no âmbito individual, familiar ou comunitário, desenvolvendo-o de forma autônoma ou em equipe. É vista como uma profissão de ajuda com relações complexas e multifacetadas. O cuidado do(a) enfermeiro(a) transpassa a dimensão biológica da pessoa e tem como foco o ser que experimenta a doença, incluindo sua cultura, valores, crenças, modos

de vida e sentimentos vinculados às suas necessidades de cuidado, ou seja, considerando o ser humano em sua totalidade (MOURA et al., 2011).

Para De Lyra et al. (2012), na enfermagem, a utilização da educação como uma forma de cuidar transcende os preceitos básicos do cuidado, pois, por meio desta prática o enfermeiro(a) potencializa a sua atuação e capacita-se para intervir de forma construtiva nas relações com os sujeitos, permitindo que um aprenda com o outro. Ainda, para os autores, os cuidados existem desde o momento em que surge a vida, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. O cuidado é necessário para garantir as funções vitais, tornando-se, assim, uma questão de sobrevivência.

Desse modo, o cuidado constitui-se na prática habitual do(a) enfermeiro(a), a partir da qual se busca a substituição de uma forma de cuidar biologicista e fragmentada por uma abordagem mais ampliada do ser humano, a partir das questões subjetivas e sociais (SANTOS et al., 2016). Ainda, o(a) enfermeiro(a) é o profissional que possui estratégias para promover a adesão ao tratamento da HAS, uma vez que a consulta de enfermagem permite que este crie vínculo com as pessoas e incentive a percepção que o indivíduo que vive com HAS tem de sua saúde (DIAS; SOUZA; MISHIMA, 2016).

Dessa forma, considera-se que o desempenho da prática de cuidado do profissional enfermeiro(a) requer valores éticos, humanísticos, solidários e de cidadania, com o propósito de construir formas de agir e produzir o cuidado integral, com valorização e respeito ao usuário do serviço de saúde (SANTOS; MATUMOTO, 2013).

Ao realizar uma pesquisa realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) no período de Maio de 2018, emergiram estudos no período datado entre 2009 e 2016. Encontrou-se uma tese e dez dissertações e abordaram os seguintes objetos de pesquisa. Portanto, a escassez de pesquisas, na área de estudo pretendida, indica que ainda se faz necessário abordar essa temática. Principalmente, pelo fato de que mulheres em climatério com hipertensão são atendidas em Unidades de Saúde da Família, pontos de atenção que favorece às práticas de cuidado do(a) profissional enfermeiro(a).

A motivação para abordar, nesta pesquisa, as mulheres em climatério com HAS, emergiu da experiência profissional da autora. Observa-se a fragmentação da atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde, pois na produção do cuidado, ou a mulher é vista na fase do climatério, ou a mulher é vista com diagnóstico de HAS. Outra motivação advém da participação do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde em Enfermagem da UFSM, o qual estuda e

realiza pesquisas acerca de questões relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, sendo uma delas a HAS.

A multiplicidade de atividades que, atualmente, envolvem as mulheres no contexto socioeconômico e cultural, a incidência elevada na morbimortalidade de doenças cardiovasculares associadas à HAS e a chegada do climatério, são alguns dos aspectos que levaram à escolha dessas mulheres como participantes dessa pesquisa. Com base nessas reflexões, este estudo buscará responder a seguinte questão: como as necessidades de cuidado são identificadas por mulheres em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica adstritas à Estratégia de Saúde da Família?

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo geral

- Compreender as necessidades de cuidado de mulheres em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica adstritas à Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul.

1.1.2 Objetivos específico

- Caracterizar socioeconômica e demograficamente as mulheres de 40 a 65 anos de idade em climatério com diagnóstico de HAS adstritas à Estratégia de Saúde da Família do município de interior do estado do Rio Grande do Sul;

- Conhecer os sinais e sintomas referidos pelas mulheres em climatério com diagnóstico de HAS, identificando as possibilidades de cuidado do(a) enfermeiro(a).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar teoricamente a pesquisa, construiu-se a revisão de literatura com os seguintes temas: climatério; DCNT; Estratégia Saúde da Família (ESF) e o(a) profissional enfermeiro(a). Além de um artigo produzido com o objetivo de analisar o conhecimento produzido acerca das práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no climatério com HAS.

2.1 CLIMATÉRIO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A comunidade científica vem apontando a associação entre o climatério e os fatores de risco (FR) cardiovascular. Para Malta (2017), a HAS apresenta-se como a doença cardiovascular de maior prevalência no mundo. Estima-se que 600 milhões de pessoas vivam com essa condição, que resulta em 7,1 milhões das mortes anuais. O climatério, por sua vez, é uma fase da vida feminina que exige cuidados clínicos e nutricionais. Frente a esse contexto, os profissionais que atendem este grupo precisam ficar atentos à evolução do peso e a presença de possíveis DCNT (SANTOS et al., 2012).

Estudo de Menezes e Oliveira (2016) destaca que a HAS foi relatada por 26,1% das mulheres, e é desencadeada por diversos fatores, como: excesso de peso, genética, sedentarismo, consumo de sal e álcool, entre outros. Para Figueiredo Neto et al. (2010), acredita-se que o estrogênio tenha uma ação protetora nas artérias. Mulheres na pós-menopausa, como consequência do hipoestrogenismo, têm maiores chances de doenças cardiovasculares, fator que ainda é questionável. Portanto, o surgimento, ou não, da doença pode depender do estilo de vida, da fase da menopausa ou da genética.

Para Melo et al. (2018), no climatério, as mulheres passam por um processo de transição gradual de mudanças fisiológicas, provavelmente resultante da diminuição do estrogênio. Essas alterações parecem apresentar um efeito direto sobre os vasos sanguíneos, considerando-se que os estrogênios conferem proteção ao endotélio contra a placa aterosclerótica. Ainda nesse estudo, a Pressão Arterial Sistêmica (PAS) das mulheres em climatério estava levemente alterada, e este achado foi interpretado como aceitável para a fase de vida na qual elas se encontravam, uma vez que o aumento da Pressão Arterial (PA) entre as mulheres em climatério pode, possivelmente, relacionar-se ao ganho de peso e/ou a alterações hormonais.

Para Botell, Gómez e Pieiga (2008), as manifestações do climatério são frequentes na maioria das mulheres. O déficit hormonal, típico dessa fase, bem como os fatores socioambientais, que muitas vezes determinam como a mulher vive essa sintomatologia, e fatores psicológicos, que influenciam a forma como as mulheres aceitam e contemplam esse estágio, se apresentam como significativos. Contudo, é preciso ressaltar que no climatério, as mulheres com HAS têm predomínio de manifestações clínicas como fogachos, ansiedade e depressão.

Para Tagle, Acevedo e Valdés (2013), a PAS na mulher é menor que a do homem, porém, a PAS da mulher sobe ou se iguala a do homem no período do climatério e menopausa, demonstrando que o aumento do nível pressórico no climatério é independente do índice de massa corporal (IMC) e da idade.

Gallon e Wender (2012) reforçam que as mulheres na fase do climatério se alimentam de forma inadequada, principalmente em relação à proteína e ao cálcio, nutrientes fundamentais nessa fase da vida. Além disso, a avaliação antropométrica revelou uma prevalência de sobrepeso e obesidade, fator importante em relação à morbimortalidade por DCNT.

A relação cintura/quadril (RCQ) das mulheres, que caracteriza obesidade, confirma também a prevalência de doenças cardiovasculares (DCV), reforçando a necessidade de existir um programa de reeducação alimentar para a mulher no climatério, já que pode limitar a capacidade física e o desempenho das atividades da vida diária, além de intensificar as dificuldades emocionais (GALLON; WENDER, 2012).

Portanto, considera-se importante essa temática, tendo em vista as particularidades relacionadas à fase de vida da mulher, e a particularidade da HAS como condição crônica associada, o que leva a uma necessidade de realizar o cuidado diferenciado.

Os estudos encontrados na revisão da literatura seguindo os descritores climatério, Hipertensão e Saúde da Mulher, a partir do levantamento de artigos científicos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via *National Library of Medicine* (PubMed), no período de 2008 a 2018, contribuíram como fio condutor para a elaboração do objeto deste estudo, pois se evidenciou uma escassez de publicações relacionadas à temática à mulher em climatério com HAS.

Deste modo, emergiu uma preocupação em relação às práticas de cuidado do enfermeiro(a) a essa população específica que apresenta uma condição particular, relacionada às influências hormonais, sociais e culturais. Ainda essa pesquisa demonstrou a fragmentação da mulher, preocupando-se somente com as DCNT, incluindo a HAS, com a obesidade ou com o climatério, além de não se evidenciar a presença do enfermeiro(a) e as práticas de cuidado desenvolvidas por esse profissional na atenção a essa parcela da população.

Segundo Pasklan et al. (2014) ficou evidenciado que é de suma importância que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de diagnóstico precoce, prevenção de doenças e promoção de saúde às mulheres em climatério com HAS. Recomendam ainda que, devido à complexidade da temática, tem-se muito a ser estudado quando se trata da saúde da mulher no climatério.

Sendo assim, são necessárias ações para a prática de cuidado do enfermeiro(a) na atenção à saúde da mulher no climatério, pois estudos demonstram carência na abordagem desse assunto e muitas alterações fisiológicas envolvidas percebidas pelas mulheres durante esse ciclo.

2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ENFERMEIRO

Ao tratar sobre a temática da Saúde da Família no contexto brasileiro, cabe realizar uma breve contextualização. Inicialmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi elaborado e implantado como uma estratégia do setor da saúde que buscava substituir o modelo antigo, denominado Posto ou Centro de Saúde, e fornecer atenção à saúde em sintonia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações. Essa proposta baseava-se na interdisciplinaridade e estabelecia uma nova relação de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada e implantada em 1994, instituída pelo Ministério da Saúde, foi inicialmente denominada de Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, configurou-se em estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. Apresenta como princípios a universalidade, vínculo, humanização, participação social, continuidade do cuidado, entre outros. Nessa direção, constitui em uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema de referência e contra referência. Representa, também, uma possibilidade expressiva para a política de saúde do Brasil e aos princípios do SUS (GARUZI et al., 2014; MENDES, 2012).

A APS é a base que determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde, e é o local onde é possível organizar e racionalizar o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

A ESF articula as Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, considerando ainda o tratamento e a reabilitação. A assistência alicerçada na equipe multiprofissional representa um elemento de grande valia, uma vez que a interdisciplinaridade incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, em particular o acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os profissionais de saúde e usuários (GARUZI et al., 2014).

As RAS constituem-se em ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles: a Atenção Primária, formada pela equipe multidisciplinar que atende toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território. Para que a Atenção Primária possa ordenar a RAS, é preciso que o enfermeiro(a) possa reconhecer as demandas de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas e fortaleça o planejamento ascendente (BARBIANI; RIGON; SCHAEFER, 2016).

Desse modo, as RAS caracterizam-se pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, formadas pelas demandas da população de cada território, e tem por objetivo promover a atenção integral, qualificada, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

O acolhimento do(a) enfermeiro(a) é parte primordial na APS. No entanto, ainda é necessário aprimorar a maneira como vem sendo realizado, pois, se feito de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Desse modo, caso fosse implantado como medida isolada, também não alcançaria seus objetivos. (COUTINHO; BARBIERI, 2015).

Para Backes et al. (2012), o enfermeiro(a) é reconhecido pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano como um todo, por auxiliar na viabilização da integralidade da

assistência à saúde e, ainda, pela capacidade de acolher, identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, compreender as diferenças sociais, promover a interação e a associação entre os usuários, a equipe de saúde da família e a comunidade.

Entre outras atividades, a promoção à saúde realizada pelo enfermeiro(a), junto à equipe de enfermagem e aos demais profissionais atuantes na ESF prevê ações educativas, com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos FR e divulgação de material educativo para as mulheres portadoras da HAS (BRASIL, 2008).

No Brasil, o enfermeiro(a) tem destaque como profissional que atua direta ou indiretamente no processo de gestão e implementação do SUS e, no contexto dos programas ministeriais, está inserido na equipe multiprofissional da ESF (SANTOS et al., 2016).

Sendo assim, o enfermeiro(a) no contexto da ESF é responsável por todo processo saúde-doença-cuidado. Este profissional é fundamental para a expansão e consolidação dessa estratégia na reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. O enfermeiro(a) organiza as atividades da ESF, o funcionamento do centro de saúde, até a assistência direta ao indivíduo, família e comunidade (CAÇADOR et al., 2015).

2.3 CLIMATÉRIO E A INFLUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO COTIDIANO DAS MULHERES

A expectativa de vida da população mundial aumentou e isso levou mais mulheres atingirem o climatério e a menopausa. Esse momento da vida resulta em diferentes mudanças corporais e resulta em sintomas como sialose, fogachos, sudorese, abalo emocional, insônia, entre outros, os quais estão diretamente ligados à diminuição do nível de estrogênio circulante (MOLINA-VALENCIA et al., 2017).

O empenho dos profissionais de saúde, no que se refere à orientação das mulheres sobre o climatério, assume papel primordial na perspectiva de melhorar a vida neste período. A assistência do enfermeiro(a) à mulher em climatério pode ser implementada em um contexto interdisciplinar, no qual a educação e a promoção da saúde das mulheres sejam prioridades, sempre com a finalidade de lhes possibilitar autonomia e qualidade de vida (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Dessa forma, na atenção à saúde da mulher em climatério, é necessária a existência de profissionais de saúde capacitados e sensibilizados quanto às particularidades inerentes a este grupo populacional. A APS seria o espaço adequado para atender grande parte das

necessidades de saúde das mulheres em climatério e é necessário que uma RAS esteja organizada para oferecer atendimento com especialistas, quando indicado (BRASIL, 2008).

Ainda, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos. Este acompanhamento é desenvolvido por profissionais de saúde de diversas áreas, com foco na efetividade na atenção à saúde da mulher no climatério (BRASIL, 2008).

Em relação ao processo de viver o climatério, este decorre das experiências vividas, das expectativas existentes, assim como dos fatores culturais envolvidos. O climatério é percebido, no âmbito das relações sociais, vida conjugal, profissional e espiritual, como um período desconhecido e misterioso, que remete ao envelhecimento, às perdas e ameaças em potencial (ZANOTELLI et al., 2012).

Na mulher, além da HAS, o climatério é considerado fator de risco cardiovascular devido ao declínio gradativo do hormônio estrogênio. Nesse período, as alterações hormonais, circulatórias e sanguíneas provocam a progressão de doenças cardiovasculares (GELATTI et al., 2016; DE LORENZI et al., 2005).

Para Pereira e Siqueira (2009), os profissionais da área da saúde, em especial àqueles que trabalham com ações voltadas à saúde da mulher, precisam ser sensibilizados para atender as mulheres em climatério, tendo em vista a necessidade de desenvolver ações de saúde que visem à socialização de informações que sejam promotoras do bem-estar.

Nesse contexto, a HAS é um dos principais FR para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo que 40% das mortes ocorrem por acidente vascular encefálico e 25% por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), a hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (Quadros 1 e 2).

Cabe ressaltar que a HA, normalmente, se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros FR, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. Os FR para HAS são: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, uso excessivo do sódio, tabagismo, etilismo,

sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. Dessa forma, são apresentados os valores referência para HAS, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017) (Quadro 1).

Quadro 1 – Valores de referência para Hipertensão Arterial Sistêmica, pelas medidas de consultório, e MRPA.

Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Consultório	≥ 140	e/ou	≥90
Vigília	≥ 135	e/ou	≥85
Sono	≥ 120	e/ou	≥70
24 Horas	≥130	e/ou	≥80
MRPA	≥135	e/ou	≥85

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; MAPA: Monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: Monitorização residencial da pressão arterial.

O quadro 2 representa os valores da classificação da PA, divididos em seus estágios, desde normal até Hipertensão Estágio 3:

Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 - 89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 - 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

PAS: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PA: pressão arterial. Considera-se hipertensão sistólica se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo esta ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

A HAS, por seu perfil epidemiológico, tem sido estudada sob diferentes perspectivas, com o intuito de desenvolver uma prática profissional que proporcione sua prevenção e/ou

controle, por meio de mudanças de estilo de vida e/ou adesão ao tratamento farmacológico, haja vista sua condição multifatorial (MOURA et al., 2011).

Modificações de estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são FR que podem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006).

Neste contexto, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses FR relativos aos hábitos e estilos de vida, pois reduzem o risco de exposição a diferentes fatores desencadeadores da doença. Isto pode repercutir em benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças relacionadas às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2008).

2.4 PRÁTICAS DE CUIDADO DO(A) ENFERMEIRO(A) À MULHER EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Para atender a esse conteúdo, que embasa o objeto de pesquisa, foi redigido um artigo de revisão com o objetivo de analisar o conhecimento produzido acerca do tema em questão. O mesmo foi submetido e está no Anexo A.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir, será apresentado o método do presente estudo, incluindo informações sobre o delineamento, cenário, participantes, coleta e análise dos dados e considerações éticas.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO QUALITATIVO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo. Os métodos quantitativos e qualitativos não se excluem, eles se completam para o entendimento e a quantificação dos aspectos lógicos e essenciais do fato ou fenômeno estudado. São procedimentos racionais, intuitivos e descritivos que auxiliam os pesquisadores em seus estudos científicos e profissionais. Ainda, esses dois métodos unidos permitem a reflexão dos caminhos a serem seguidos para alcançar o objetivo proposto, pois ajudam a desvendar, qualificar e quantificar de forma verificativa, bem como permitem estudar a importância dos fenômenos e fatos para que se possa mensurá-los (PROETTI, 2018).

Para Pereira e Ortigão (2016) as pesquisas quantitativas respondem a questionamentos que passam por conhecer o grau e a abrangência de determinados traços em uma população, esta também é uma forma de estar sensível aos problemas sociais. A confiabilidade dos dados é um fator a ser considerado no método quantitativo, uma vez que tem a ver com o comportamento semelhante de diferentes respondentes diante de um mesmo item.

Para Ribeiro e Ribeiro (2015) a pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, a lógica e as características que podem ser quantificáveis. Para Gil (2008), o método quantitativo permite quantificar os dados, e dessa forma, os resultados são considerados representações reais da população.

Ao tratar da pesquisa qualitativa, esta revela a finalidade do problema em estudo, ou seja, descreve, compreende e explica a questão de investigação, aprofundando-se no interior dos significados e nas crenças dos valores dos indivíduos, questões que não podem ser captadas em estatísticas. Essa técnica permitirá a compreensão e aprofundamento de diferentes realidades, desvendando o pensamento lógico interno e específico, aproximando o pesquisador de determinados problemas expressos em opiniões, crenças, valores, relações, práticas e atitudes (MINAYO, 2015).

Para que o método qualitativo seja fidedigno, é necessário a construção de instrumentos coerentes e pertinentes para a obtenção dos dados postos ao objetivo. Isto será

possível mediante a transparência no detalhamento dos passos seguidos da composição do estudo o que confere um grau mais elevado de confiabilidade aos resultados (NASCIMENTO; KOCHLA; BALBUINO, 2013).

A palavra qualitativa provoca ênfase sobre as qualidades, ainda, essa pesquisa consiste em práticas materiais, sob essa perspectiva, esse estudo advém de criatividade e ação. Portanto, os achados qualitativos são necessários quando o objeto pede uma descrição ou respostas inerentes a experiência ou fenômeno da população estudada (SOUZA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015).

Sendo assim, pesquisa qualitativa é compreendida como adequada ao problema de pesquisa tratado na presente dissertação, uma vez que se aprofunda no mundo dos significados das relações humanas, explorando uma realidade que não pode ser capturada por meio de dados quantitativos. É também a partir dos depoimentos dos participantes que o pesquisador passa a organizar, interpretar e categorizar os dados. A pesquisa qualitativa também possui um olhar subjetivista e que consegue interpretar a realidade.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foram as Unidades de Saúde da Família do município de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul (RS), no Brasil (Figura 2). Com 278.445 habitantes em 2017, segundo estimativas do IBGE, é considerada uma cidade de porte médio e de grande influência na região central do estado. É a 5ª cidade mais populosa do Rio Grande do Sul e, isoladamente, a maior de sua região.

Figura 1 – Localização do município de Santa Maria – RS.



Fonte: Instituto de Planejamento de Santa Maria – RS – IPLAN -2014.

Localizada em uma região com uma população original indígena, a história da cidade remonta a um acampamento estabelecido em 1797 por uma comissão portuguesa e espanhola encarregada de delimitar o território de ambos os impérios. A cidade foi oficialmente fundada em 6 de Abril de 1876. A região contém também importantes sítios paleontológicos. Santa Maria é considerada cidade universitária, graças à Universidade Federal de Santa Maria, e por possuir ainda, outras diversas instituições particulares de ensino superior (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).

Santa Maria está a 290 km de Porto Alegre, capital do estado do RS. Possui dez municípios em seu entorno, sendo eles: Itaara, Júlio de Castilhos, São Martinho da Serra, São Gabriel, São Sepé, Silveira Martins, Restinga Seca, Formigueiro, São Pedro do Sul e Dilermando de Aguiar (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).

De acordo com o censo de 2010, Santa Maria possui 52,64%, ou 137.397 mulheres. O Brasil passou a ter quase quatro milhões de mulheres a mais do que homens em dez anos, segundo dados desse mesmo censo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A relação entre os gêneros, segundo o estudo, é de 96 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010).

Conforme a Resolução N° 555/12 – CIB/RS, que altera a configuração de Regiões de Saúde no RS, e institui as Comissões Inter gestores Regionais (CIR), o Município está inserido na 1ª Região de Saúde, a qual pertence a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ªCRS, sendo esse formado por 32 municípios.

Na saúde, o município conta com 19 UBS, 21 equipes de ESF, uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde, Serviços Especializados e Complementares, Policlínicas, Pronto Atendimento Municipal, Serviço de Vigilância em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (estes com a gestão terceirizada), laboratórios de Análises Clínicas contratualizados pela 4ª CRS, além dos Hospitais públicos, como o Hospital Casa de Saúde (também com a gestão terceirizada) e o Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, e os privados, como o Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo – HCAA e o Hospital São Francisco. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.3.1 Participantes da etapa quantitativa

Os participantes do projeto matricial intitulado “Estratificação do Risco Cardiovascular dos Usuários Atendidos na Atenção Básica do Município de Santa Maria – RS” foram usuários atendidos na Atenção Básica do município. Para coleta dos dados do projeto matricial foram adotados os seguintes critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos, com idade entre 20 a 79 anos de idade, excluídas as gestantes. A amostra foi aleatória e sistemática, calculada proporcionalmente à população masculina e feminina, por faixa etária e por região sanitária. Do banco de dados do projeto matricial, foram utilizados os resultados da pesquisa coletados com mulheres de 40 a 65 anos, período climatérico considerado pela OMS, com diagnóstico referido HAS, adstritas à USF e que referiram não usar anticoncepcionais hormonais, totalizando 42 mulheres.

3.3.2 Participantes do estudo qualitativo

Das mulheres identificadas na etapa quantitativa, 15 participaram da etapa qualitativa do estudo. A intenção foi entrevistar todas, no entanto 16 mulheres não aceitaram participar, nove não foram localizadas via telefone e endereço, uma foi impedida¹ e identificou-se um óbito, gráfico 1. As características sociodemográficas do instrumento do projeto matricial, profissionais e de saúde dessas participantes foram analisadas quantitativamente, além da entrevista.

Após o esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa e do aceite de cada participante, foram agendadas as entrevistas, conforme a disponibilidade de cada mulher.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Coleta dos dados qualitativos

Após a definição das participantes, partiu-se para o trabalho de agendamento das entrevistas, o qual ocorria sempre nas segundas, terças e quartas-feiras. As entrevistas

1

Cônjuge não passou o telefone para a mulher e respondeu por ela quando questionado se a esposa gostaria de participar da pesquisa.

ocorreram nas quintas e sextas-feiras, pois foram os dias em que a pesquisadora estava no município de Santa Maria.

O contato inicial com as prováveis participantes ocorreu por meio telefônico convidando-as a agendar uma entrevista presencial. Como técnica de coleta de dados qualitativos, foi empregada a entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (2008), compreende uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, voltada a construir informações para um objeto de pesquisa e abordagem de temas igualmente pertinentes. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Minayo (2008) acrescenta que a entrevista semiestruturada fornece informações que trazem a reflexão do próprio participante sobre a realidade que vivência, constituindo uma representação de ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, condutas, atitudes e comportamentos.

Conforme a mesma autora, a entrevista semiestruturada pode contar com um roteiro de questões ou assuntos a serem abordados de forma que levem ao atendimento do objetivo proposto (MINAYO, 2008). Nesse estudo, a utilização dessa técnica de entrevista contou com a utilização de um roteiro previamente definido, com questões guias (APÊNDICE A), o qual serviu como fio condutor para que a pesquisadora não se desviasse do objetivo do estudo.

Durante a entrevista semiestruturada, utilizou-se o termo “menopausa” ao invés de “climatério”, e o termo “pressão alta” no lugar de “hipertensão arterial” a fim de facilitar o entendimento da participante do estudo.

As entrevistas foram efetivamente realizadas durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2019, tiveram uma duração média de 30 minutos e foram registradas em um gravador digital do tipo MP3 Player. Foram realizadas nas dependências das USF ou no domicílio, após agendamento prévio com cada participante, cabendo à entrevistada a definição do local e o horário, segundo a sua conveniência.

Após a transcrição das entrevistas, as quais foram realizadas pela autora e pelo bolsista de Iniciação Científica do projeto do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE), estas foram transformadas em narrativas, contando uma “história” dos depoimentos das participantes. Embasados nos estudos de Campos e Furtado (2008), foi utilizado junto à entrevista semiestruturada, a técnica narrativa, que remete ao participante do estudo memórias, como meio de aprofundá-las. Esta técnica tem seu sentido pleno quando é restituída ao tempo do

agir. Nessa perspectiva, no discurso podem ser vistas as condições sociais, de ideologias e realidades do cotidiano de vida (CAMPOS; FURTADO, 2008).

Com as narrativas transcritas e organizadas em mãos, novamente foi realizado contato telefônico com as participantes a fim de agendar um novo encontro para que se fosse realizada a leitura deste material e então validar a narrativa. A partir dessa segunda etapa, com a resposta das narrativas em áudio, estas foram transcritas novamente, criando então a validação das narrativas, as quais são importantes para dar fidedignidade ao conteúdo dessa pesquisa. Salienta-se que entre a entrevista e a validação da narrativa houve um intervalo de no mínimo duas semanas, a fim de que obtivéssemos maior autenticidade nas respostas de confirmação ou negação dos depoimentos obtidos na entrevista.

Após realizada a leitura dos depoimentos, resultantes da validação das narrativas, os dados foram organizados em quatro núcleos argumentais. Para facilitar a organização das narrativas, foi utilizado o Software QSR NVivo 12 PRO® disponível na versão gratuita.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir será apresentado o método de análise dos dados utilizado para a realização desta pesquisa.

3.5.1 Análise dos dados quantitativos

Os dados quantitativos foram retirados do banco de dados do projeto matricial, cujo instrumento de coleta encontra-se no anexo B. Esse projeto utilizou para a inserção dos dados e controle de qualidade a digitação duplo independente no programa Epi Info 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention). Depois, os dados foram convertidos para o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Neste foram concretizadas as análises. Foi realizada a Regressão de Poisson que tem por característica a análise de dados contados na forma de proporções ou razões de contagem, ou seja, leva em consideração o total de pessoas com uma determinada doença (TADANO; UGAYA; FRANCO, 2009).

A análise de regressão é uma ferramenta útil para avaliar a relação entre uma ou mais variáveis explicativas (variáveis independentes, preditoras ou covariáveis) e uma única variável (variável dependente, prevista) (MARTINS, 2000).

3.5.2 Análise dos dados qualitativos

Utilizou-se para a análise participativa para o tratamento dos dados qualitativos, fundamentada na análise hermenêutico-dialética, proposta por Onocko e Furtado (2008), a qual tem como característica colocar ênfase em questões ainda pouco discutidas, a fim de gerar uma reflexão sobre a temática, desenvolvendo uma abordagem metodológica que implique o diálogo e compreensão.

Na pesquisa participativa, a abordagem interpretativa é realizada por meio da construção e devolutiva de narrativas. Ainda, a pesquisa participativa busca produzir mudanças na forma clássica de desenvolver pesquisas. A utilização de estratégias participativas, como a narrativa, no âmbito da saúde coletiva, permite compreender vivências, experiências e os significados dos indivíduos frente a determinado fenômeno. A produção da narrativa vai além da narração de uma história, pois envolve compreensão e interpretação, relacionando com o contexto social em que a participante está inserida (ONOCKO; FURTADO, 2011).

O processo da análise dos dados na pesquisa participativa é realizado seguindo as seguintes etapas: primeiro as entrevistas são transcritas, segundo se realiza a confecção das narrativas e a terceira etapa consiste em retornar as narrativas para as participantes. O retorno das narrativas para as participantes é definido como momento hermenêutico, o qual consiste em uma visão interrogativa.

Para que o processo se tornasse dinâmico, a transcrição da entrevista semiestruturada com as participantes foi realizada imediatamente após a entrevista, com a elaboração da narrativa da entrevista, sendo retornada às participantes no prazo mínimo de duas semanas.

No primeiro momento foi realizada a entrevista semiestruturada com as participantes da pesquisa, com duração média de 30 minutos cada. As entrevistas foram gravadas por gravador de áudio MP3 Player®, transcritos e transformados em narrativa, por meio da extração dos núcleos argumentais. Então, em posse das narrativas, partiu-se à próxima etapa, na qual consistiu em realizar novo encontro com as participantes, sempre de forma individual, com o propósito de realizar a devolutiva da narrativa elaborada pela pesquisadora, a partir das entrevistas. Esse processo de devolutiva da narrativa possibilita a validação dos dados coletados na entrevista semiestruturada, pois verifica se a participante relatou realmente o que desejava no momento ou se há possibilidade na mudança do seu discurso e ainda promove um momento crítico-reflexivo nas participantes da pesquisa. Essas etapas foram ilustradas na

Figura 2. Para Onocko (2011) a validação dos dados permite produzir efeitos de intervenção, permitindo a participante a restituir e ressignificar a sua história e conduta de vida.

A proposta de trabalhar os dados desta maneira, com a técnica narrativa, tem como objetivo fragmentar memórias e refletir sobre si e o mundo. De acordo com Onocko e Furtado (2008) inserir as narrativas no arranjo da pesquisa participativa, envolvendo os sujeitos no círculo hermenêutico, possibilita a retomada da própria narração e com ela a intervenção no universo pesquisado.

Para a análise dos dados foi utilizado o *Software* QSR Nvivo 12 Pro® disponível na versão gratuita, o qual foi desenvolvido para auxiliar na extração dos depoimentos das narrativas caracterizadas pelos núcleos argumentais.

Figura 2 – Fluxograma do método de coleta e análise dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo o projeto precisa estar baseado em uma condução ética. Portanto, se utilizou como guia ético as normas contidas na resolução nº 466/12 e na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde que regem pesquisas envolvendo seres

humanos (BRASIL, 2012). O projeto está registrado no portal de projetos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e na Plataforma Brasil.

A coleta de dados da etapa qualitativa iniciou após aprovação do projeto de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Maria - RS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

O banco de dados quantitativos do projeto matricial foi utilizado após a autorização da pesquisadora responsável pelo projeto matricial (ANEXO C).

As informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde, especialmente para a enfermagem, e todas as gravações e transcrições serão guardadas por cinco anos pela professora orientadora desta pesquisa, sendo destruídas após esse período, de acordo com a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisadora do estudo também se comprometeu a garantir o anonimato das participantes, conforme assegurado pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE A).

Também foi exposto às mulheres entrevistadas, os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) que foi entregue anteriormente à entrevista, em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e outra à participante. Nesse termo foram apresentados os dados de identificação do projeto e dos pesquisadores; informações acerca do objetivo e metodologia proposta; a garantia do anonimato dos participantes; a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento; a informação dos possíveis riscos e benefícios do estudo e a disponibilidade dos pesquisadores para esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento da pesquisa.

Em relação aos riscos, foi salientado às participantes que poderia haver desconforto e o risco de mobilidade emocional ao discutir o tema da pesquisa, durante as entrevistas e, se houvesse algum caso, a mulher poderia desistir da pesquisa. Foi garantida a inexistência de outros riscos, tais como biológicos, morais e/ou econômicos. Salienta-se que nenhuma mulher apresentou quaisquer desconfortos durante as entrevistas.

Os benefícios da pesquisa são indiretos, uma vez que as usuárias foram orientadas sobre os cuidados específicos para sua particularidade, bem como, a partir da entrega dos resultados desta aos enfermeiros(as), estes poderão compreender as necessidades de cuidados de enfermagem para a mulher em climatério e com hipertensão.

Para manter o anonimato das participantes deste estudo, os nomes das mulheres entrevistadas foram substituídos pela letra “N”, a qual identifica o processo da narrativa e o número “de 01 a 15”, formando códigos, como por exemplo: N-01.

3.7 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

A translação do conhecimento é caracterizada por ser um processo dinâmico e interativo, que inclui a síntese, divulgação, intercâmbio e a ética no conhecimento para promoção da saúde, visando fortalecer o sistema de saúde (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2016).

Ao tornar público os resultados desta pesquisa se utilizarão da translação do conhecimento. Após finalizar as etapas de produção e análise dos dados, os resultados compuseram o presente relatório final de pesquisa, que será apresentado como Dissertação, sendo um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Ao encerrar esta etapa, com os resultados da pesquisa, serão elaborados artigos científicos para a publicação em periódicos com Qualis B1 ou superior.

Ainda, as divulgações dos resultados oriundos da pesquisa poderão ser apresentadas em formato de trabalhos científicos para a apresentação em eventos, seminários e congressos. Considerando a tendência crescente de desenvolver pesquisas científicas que possam subsidiar não apenas as ações das práticas clínicas, como também auxiliar na elaboração de políticas públicas (PEREIRA, 2013), o presente estudo tem como intuito promover e facilitar a inserção do conhecimento nos serviços de saúde.

Acredita-se que essa seja uma das formas de diminuir a distância entre pesquisa, prática e políticas de saúde. Portanto, o presente estudo produzirá um material impresso para a divulgação dos resultados encontrados, o qual será entregue à SMS do município de Santa Maria, RS.

4 RESULTADOS

Os dados obtidos com o estudo serão apresentados separadamente entre resultados do banco de dados quantitativo do projeto matricial, resultados do banco de dados quantitativo referente às mulheres que contribuíram com a etapa qualitativa do estudo, bem como os resultados qualitativos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES (n=42)

Os resultados desta etapa do estudo serão apresentados segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e risco cardiovascular. Posteriormente, serão apresentadas as características sociodemográficas, hábitos de vida e risco cardiovascular das 15 mulheres que participaram do componente qualitativo do estudo. Participaram do estudo 42 mulheres em climatério com hipertensão.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes. Santa Maria/RS, 2017.

Variável	Categoria	n	%
Idade (anos completos)	40-49 anos	11	26,19
	50-59 anos	22	52,38
	60-65 anos	09	21,43
Escolaridade (anos completos)	0 a 8	24	57,14
	9 a 11	15	35,71
	12 ou mais	03	7,14
Ocupação/ Trabalho	Aposentada ou pensionista	05	11,90
	Assalariada ou autônoma	20	47,61
	Desempregada	03	7,14
	Do lar	13	30,95
Estado civil	Solteira	05	11,90
	Separada/ Desquitada/ Divorciada	09	21,43
	União estável (mais de 6 meses)	03	7,14
	Casada legalmente	22	52,38
	Viúva	03	7,14
Etnia	Branca	26	42,00
	Negra	04	9,52
	Parda	12	28,57

(Continua)

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes. Santa Maria/RS, 2017.

		(Continuação)	
Renda (salário mínimo)	até 1	10	23,80
	mais de 1 até 2	15	35,71
	mais de 2 até 3	08	19,04
	mais de 3 até 5	05	11,90
	mais de 5	04	9,52
Religião	Católica	26	42,00
	Evangélica	09	21,43
	Espírita	03	7,14
	Outra	04	9,52
Total		42	100

Fonte: Banco de Dados do Projeto Matricial, 2017.

Observou-se, com relação à variável faixa etária, que a maioria das mulheres se encontravam na faixa entre 50 e 59 anos (52,38%; n=22). Quanto à escolaridade é possível observar que 57,14% (n=24) das mulheres tinham oito ou menos anos de estudo. Em relação à ocupação, a maior parte das mulheres (48,8%; n=20) eram assalariadas ou autônomas. Sobre o estado civil das mulheres pesquisadas, havia um maior número de casadas legalmente (52,38%; n=22).

Verifica-se que o maior número de mulheres era da etnia branca (42%; n=26). Com relação à renda segundo salários mínimos (salário mínimo considerado de R\$937,00) observa-se que a maioria das participantes (35,71%; n=15) recebia mais de 1 até 2 salários mínimos. Quanto a religião, predominou mulheres católicas (42%; n=26).

Ao tratar dos hábitos de vida, ao tratar do uso de álcool e cigarro, identificou-se que a maioria das mulheres (83,33%; n=35) não utilizava ambos. Quanto ao tratamento para a depressão, 40,47% (n=17) fazem ou o fizeram anteriormente. Ao tratar da presença do estresse, 61,9% (n=26) reconheciam-se como pessoas estressadas. Na variável obesidade e sedentarismo, a maioria das mulheres estavam obesas (83,33%; n=35) ou eram sedentárias (54,76%; n=23).

Além dos dados sociodemográficos e dos hábitos de vida das participantes, o presente estudo também se voltou à identificação do Risco Cardiovascular. As informações relacionadas a esse aspecto serão apresentadas na Tabela 2:

Tabela 2 – Risco cardiovascular das participantes do estudo. Santa Maria/RS, 2017.

Variável	Categoria	N	%
Evento cardiovascular na família	Sim	15	35,71
	Não	27	64,29
Diabetes Mellitus (DM)	Sim	11	26,19
	Não	31	73,81
Doença Vascular Periférica (DVP)	Sim	08	19,04
	Não	34	80,96
Total		42	100

Fonte: Banco de Dados do Projeto Matricial, 2017.

Em relação à ocorrência de evento cardiovascular na família, verificou-se que 64,29% (n=27) não tinham nenhum caso. Ao analisar a ocorrência de DM entre as participantes, observou-se, que 26,19% (n=11) apresentavam a patologia. Ao tratar da Doença Vascular Periférica (DVP), apenas oito (19%) apresentavam tal condição.

Tratando da classificação do risco cardiovascular, realizou-se a avaliação clínica, considerando idade, sexo, história clínica, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura.

Das 38 participantes que tiveram o risco cardiovascular avaliado, 63,12% (n=24) apresentavam alto risco cardiovascular, e 36,82% (n=14) apresentavam baixo risco cardiovascular. Ressalta-se que 10,52% (n=4) das participantes não tiveram o risco cardiovascular avaliado devido à ausência de informações, o que veio a comprometer a mensuração.

Das participantes com idade entre 40 e 49 anos, 88,9% (n=8) apresentavam alto risco cardiovascular, 11,1% (n=1) apresentava baixo risco. Das mulheres com idade entre 50 a 59 anos, 60% (n=12) apresentaram alto risco. Ainda, 40% (n=8) foram caracterizadas com baixo risco.

Das mulheres com idade entre 60 e 65 anos, 44,4% (n=4) apresentaram alto risco cardiovascular, e 55,6% (n=5) das participantes foram caracterizadas como apresentando baixo risco cardiovascular.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA ETAPA QUALITATIVA (n=15)

Das 42 mulheres que participaram do estudo quantitativo, 35,7% (n=15) contribuíram com o componente qualitativo. A maioria delas (53,33%; n=8) estava com idade entre 50 e

59 anos, seguido pelo grupo de 40 a 49 anos (26,66%; n=4) e a menor quantidade estava entre 60 e 65 anos (20,00%; n=3).

As características sociodemográficas das mulheres que aceitaram continuar participando no estudo estão apresentadas na tabela seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas das mulheres que participaram da etapa qualitativa. Santa Maria/RS, 2019.

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária (anos completos)	40-49	04	26,66
	50-59	08	53,33
	60-65	03	20,00
Escolaridade (anos completos)	0 a 8	08	53,33
	9 a 11	06	40
	12 ou mais	01	6,67
Ocupação/ Trabalho	Aposentada ou pensionista	01	6,67
	Assalariada ou autônoma	09	60,00
	Desempregada	01	6,67
	Do lar	04	26,66
Estado civil	Solteira	01	6,67
	Separada/ Desquitada/ Divorciada	05	33,33
	União estável (mais de 6 meses)	01	6,67
	Casada legalmente	07	46,66
	Viúva	01	6,67
Etnia	Branca	07	46,66
	Negra	03	20,00
	Parda	05	33,33
Renda (salário mínimo)	até 1	03	20,00
	mais de 1 até 2	07	46,66
	mais de 2 até 3	04	26,66
	mais de 3 até 5	00	00,00
	mais de 5	01	6,67
Religião	Católica	12	80,00
	Evangélica	03	20,00
	Espírita	00	00,00
	Outra	00	00,00
Total		15	100

Fonte: Próprio estudo.

É possível observar que 53,3% (n=8) das mulheres tinham oito ou menos anos de estudo, e essa parcela diminui quanto maior os anos de estudo. Em relação à ocupação, a maior parte das mulheres eram assalariadas ou autônomas (60%; n=9), seguidas pela ocupação “do lar” (26,7%; n=4). Sobre o estado civil, havia um maior número de mulheres casadas legalmente (46,7%; n=7), seguida por mulheres separadas/desquitadas/divorciadas (33,3%; n=5). Quanto à etnia, verifica-se que o maior número de mulheres era da etnia branca (46,7%; n=7).

Com relação a renda, a maioria das mulheres recebia mais de 1 até 2 salários mínimos (46,7%; n=7). Sobre a religião, havia uma predominância de mulheres católicas (80%; n=12), principalmente com idade entre 50 e 59 anos (75%; n=6).

Em relação ao uso de álcool e cigarro, a maior parte das mulheres (73,3%; n=11) não utilizava nenhum dos dois. Dentre as que ingeriam álcool, o maior número de mulheres encontrava-se na faixa etária entre 50 e 59 anos, onde 37,5% (n=3) delas fazia uso de menos de 30 gramas de álcool por dia. Para o cigarro, nas mulheres de 40 a 49 anos nenhuma fazia uso, entre as mulheres de 50 a 59 anos 25% (n=2) fazia uso, e nas mulheres de 60 a 65 anos 33,3% (n=1) fazia uso.

Em relação aos hábitos de vida, ao tratar da obesidade e do sedentarismo, a maior parte das mulheres estava obesa (73,3%; n=11), e menos da metade relatou estar sedentária (40%; n=6). Quanto à depressão 26,67% (n=4) das mulheres fazem ou fizeram tratamento contra a doença. Entre as mulheres pesquisadas, 53,3% (n=8) consideravam-se uma pessoa estressada.

Ao tratar diretamente da avaliação do risco cardiovascular, verificou-se que 73,3% (n=11) das mulheres não tinham nenhum evento cardiovascular na família. Quanto à ocorrência de *diabetes mellitus* entre as mulheres pesquisadas, observou-se, que 26,7% (n=4) tinham a doença. Sobre doença vascular periférica (DVP), 40% (n=6) das mulheres pesquisadas possuíam a doença. A seguir, serão apresentados os resultados referentes ao risco cardiovascular segundo faixa etária (Tabela 4):

Tabela 4 – Distribuição da classificação do risco cardiovascular segundo faixa etária. Santa Maria/RS, 2019.

Faixa etária (anos)	Risco 1		Risco 3		Não avaliado	
	Baixo	Alto	Baixo	Intermediário	Alto	
40-49	0	4	0	0	0	0
50-59	0	4	4	0	0	0
60-65	0	2	1	0	0	0
Total	0	10	5	0	0	0

Fonte: Próprio Estudo.

Em relação ao risco, ele foi dividido em Risco 1, entre alto e baixo, e risco 3, entre alto, intermediário e baixo. Dentre as mulheres, dez foram avaliadas no risco 1 e cinco no risco 3. No grupo de risco 1, todas (100%; n=10) foram avaliadas com risco alto. Das mulheres que foram classificadas no risco 3, todas (100%; n=5) foram avaliadas com baixo risco. A seguir, serão apresentados os resultados do componente qualitativo do estudo:

4.3 RESULTADOS QUALITATIVOS

Os resultados dos dados qualitativos foram organizados em quatro núcleos argumentais, os quais estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Núcleos argumentativos dos resultados qualitativos da pesquisa, Santa Maria/RS, 2019.

NÚCLEOS	NÚCLEO ARGUMENTAL	NÓS
Núcleo 1	4.2.1 “ <i>Minha vida mudou bastante</i> ”: a singularidade de cada mulher.	Mudança no peso, humor, trabalho e família.
Núcleo 2	4.2.2 “ <i>Agora tem que se cuidar... tem que tomar remédio</i> ”: vivendo com a hipertensão arterial sistêmica.	Uso contínuo de medicação. Cuidado na alimentação.
Núcleo 3	4.2.3 “ <i>Eu sempre pergunto muito as coisas ao médico, gosto de estar bem informada, eu sempre pergunto as coisas</i> ”: quem cuida da mulher em climatério e HAS?	Atenção à saúde de mulheres em climatério com HAS. Atenção do enfermeiro(a) em relação ao climatério e a HAS.
Núcleo 4	4.2.4 “Seria muito bom, tudo que vier a colaborar, ajudar as pessoas a se conhecer melhor, seu corpo, sempre ajuda”: educação em saúde com a mulher em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica .	Expectativa da usuária em relação à USF.

Fonte: Elaborado pela autora.

O primeiro núcleo argumental, “*Minha vida mudou bastante*”: a singularidade de cada mulher apresenta a percepção das participantes em relação a suas condições de vida, e como elas convivem com esta fase fisiológica da sua vida. O núcleo foi dividido dois nós, os quais

demonstram mudanças ocorridas após a fase do climatério percebidas pelas participantes. O segundo núcleo argumental *“Agora tem que se cuidar... tem que tomar remédio”*: vivendo com a Hipertensão Arterial Sistêmica, apresenta a necessidade de cuidado referente ao uso da medicação para HAS e de que maneiras ela mantém o cuidado com sua alimentação. O terceiro núcleo argumental *“Eu sempre pergunto muito as coisas ao médico, gosto de estar bem informada, eu sempre pergunto as coisas”*: quem cuida da mulher em climatério e HAS? retrata quem esclarece as dúvidas em relação ao climatério e como a atenção à saúde de mulheres em climatério com HAS está sendo percebida por elas, com destaque para as possibilidades de atenção do(a) enfermeiro(a) em relação ao climatério e a Hipertensão Arterial Sistêmica. No quarto e último núcleo argumental *“Seria muito bom, tudo que vier a colaborar, ajudar as pessoas a se conhecer melhor, seu corpo, sempre ajuda”*: educação em saúde com a mulher em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica, o qual inclui as expectativas das usuárias em relação à USF.

4.3.1 “Minha vida mudou bastante”: a singularidade de cada mulher

A compreensão das necessidades de cuidado passa pela identificação dos sinais e sintomas fisiológicos (ou não) do climatério. Tais sintomas foram percebidos com intensidades diferentes pelas mulheres de acordo com suas singularidades. Elas mencionam alguns desconfortos, tais como: fogachos, sudorese, diminuição da libido, ressecamento e ardência vaginal, ressecamento na pele, alterações na pressão arterial, cefaleia, insônia, dores articulares, cansaço, depressão, aumento de peso e também mencionam as alterações no humor.

“Eu tenho esse “calorão”, essas coisas horríveis. É horrível essa menopausa. Eu não sei também, mas uma vez fui no ginecologista, e ele disse que quem tem diabetes não pode fazer tratamento para menopausa, aí eu não tomo nada. Está passando assim, porque desde os 45 eu estou assim, tirei ovário, tirei útero, e aí começou já... parou a menstruação, não menstruei mais e aí começou esses calores. E aí minha vida mudou bastante.” (N-01)

“Eu tive alteração de humor, ansiedade, tudo, sabe? A libido sexual diminuiu também...” (N-01)

“Eu ando mais cansada, não é mais a mesma coisa. Eu acho que muda tudo, muda até a pele.” (N-02)

“Quando a menopausa começou eu tive que tirar o útero, os ovários e as trompas, porque eu tive miomas por dentro e por fora. Mas continua aqueles “calorões”, suor e a pressão alta.” (N-02)

“Eu sinto muito calorão, muita ansiedade. Tem noites que eu demoro para pegar no sono. Eu notei que sinto muita ardência por baixo, “calorão” por baixo, e me sinto seca por dentro, não tenho lubrificação, não tenho nada assim. Sei que arde, o dia que eu fiz o exame Papanicolau, meu Deus do céu, senti muita dor... Eu sinto os “calorões”. Eu sinto dor de cabeça, e eu tento ficar quieta. Sabe, sem barulho, eu desligo tudo. Eu sinto que eu estou irritada. Dá aquela dor de cabeça, e eu desligo tudo em casa, não ligo nem a televisão. Faço as minhas coisas e vou deitar na cama e fico bem quieta. Brigo até com os bichos.” (N-03)

Para outras mulheres esse período não gerou desconforto, sendo assim elas o vivenciam sem quaisquer tipos de sintomas.

“Eu tinha 50 anos quando parei de menstruar, e da menopausa eu não senti nada.” (N-04)

“Eu nunca tive os calorões. Só depois dos 40 que começa a dor aqui... dor ali... mas eu acho que não é da menopausa... mas não de ter aqueles calorões não. Eu nunca tive.” (N-05)

“Eu não sinto nada, tudo está bem normal.” (N-06)

“Minha vida está normal... não sinto nada diferente.” (N-07)

Percebe-se que as necessidades de cuidado durante o processo do climatério e menopausa podem ser diferentes de mulher para mulher. O planejamento para o cuidado pode ser de modo intensamente diferenciado. Enquanto para algumas, em função do climatério não causar desconforto, deve-se focar na doença crônica referida, para outras, a sintomatologia perturba as mulheres e suas relações, o que demanda um planejamento da atenção à saúde singular, para que o cuidado seja contínuo, acessível e resolutivo.

4.3.1.1 Mudanças no peso, humor, trabalho e família

Para compreender as necessidades de cuidado, descreve-se as mudanças mais importantes referidas pelas participantes. A principal delas, evidenciada na maioria dos depoimentos, refere-se ao aumento de peso corporal.

“Eu engordei um pouco... Eu estou com 80, e meu peso normal era 70 ou 70 e poucos” (N-04)

“Eu era bem mais nova. Até eu ganhar minha filha, que vai fazer 29 esse ano, eu pesava 52 por aí, e quando eu ganhei ela eu estava com 60, e depois amamentei e emagreci de novo, mas depois comecei a trabalhar fiquei mais ou menos nesse 58/60, mas agora meu peso aumentou bastante” (N-08)

“Meu peso mudou bastante... de 72 para 95” (N-02)

“Eu pesava 64-65, e agora eu peso 70, e não tem jeito mais, eu caminho e danço, e não tem jeito...” (N-09)

Apenas uma participante relatou que o peso diminuiu, segundo ela relacionado ao baixo consumo de alimento, em função da pouca disponibilidade alimentar.

“Eu emagreci bastante...(N-03).

O aumento ou diminuição do peso mostrou-se como um fator de incômodo e desconforto para as mulheres. Pode-se perceber que esse sintoma interfere em alterações da

autoestima, visto que intervém no próprio reconhecimento. Ademais, compreendeu-se que as alterações de peso são reflexo e refletem em questões mais abrangentes, como a qualidade do sono, a realização de atividade física, o cuidado com a alimentação e, sobretudo, das alterações hormonais vivenciadas pelas mulheres neste período.

Também houve alteração no humor das participantes após o climatério e a menopausa. Estas referem que o estresse, a ansiedade, o desânimo, a perda de memória, a falta de concentração e alterações repentinas de humor são eventos e sensações nessa fase.

“O meu humor mudou. Tem horas que estou triste, depois outra hora volta ao normal...” (N-02)

“Meu humor mudou, agora estou sempre estressada...” (N-10)

“Meu humor mudou, dá uma depressão... eu fico quieta, eu sinto muita tristeza. Uma hora eu estou bem, e daqui a pouco muda. Toda hora. Eu fico em uma tristeza, sei lá. Eu fiquei mais esquecida, e a psicóloga até falou que era do “estresse”.” (N-03)

“Eu me irritei mais, dá os “calorões”, às vezes eu estou com frio demais e daqui a pouco dá o “calorão”.” (N-03)

Para outras entrevistadas não houve alterações no humor, sendo que essas são as mesmas participantes que não referiram outras mudanças em seu organismo após o climatério.

“Meu humor continuou o mesmo... não alterou.” (N-04)

“Em relação ao meu humor não mudou muita coisa.” (N-11)

“Eu sou calma, muito calma, sempre fui. Eu nunca fui explosiva.” (N-05)

A mudança de humor é um sintoma que pode ocorrer durante o processo fisiológico do climatério. Em relação ao trabalho, as participantes relatam cansaço e mudança no ritmo das tarefas, relacionando ao envelhecimento e a fatores psicossociais.

“Eu noto que no trabalho mudei o meu ritmo. Eu sou muito mais devagar para fazer as coisas. Se eu tenho que fazer rápido, eu me atrapalho. E as vezes eu tento fazer certo, mas as vezes eu sou muito enrolada. E as vezes eu me atrapalho, perco, esqueço muito as coisas.” (N-03)

“Eu larguei o trabalho... porque eu cansava muito fácil...” (N-10)

“Eu não posso fazer nada... Tem muito serviço para fazer, mas eu não posso fazer. Eu fazia todo meu serviço e não sentia cansada, mas depois ela começou [a menopausa] e isso foi depois dos 40 anos” (N-05)

“No trabalho sinto que estou mais velha.” (N-07)

As participantes relacionam o cansaço físico ao climatério, mas também ao envelhecimento. Considerando que essas mulheres estão entre 50 e 65 anos, a fadiga pode estar relacionada com o aumento da idade, concomitantemente às alterações fisiológicas e hormonais. Nesse sentido, percebe-se que este sintoma pode ser agravado conforme as atividades laborais, alimentação e regulação do sono.

Sobre o relacionamento com a família, a partir dos depoimentos constatou-se que a relação das mulheres com suas famílias não sofreu alterações, e que elas se sentiam integradas no contexto familiar.

“Eu me sinto bem, na família também me sinto bem.” (N-04)

“Em relação a minha família não mudou nada.” (N-02)

“Não houve mudanças na relação com minha família.” (N-10)

Para uma participante, o contexto familiar abrangia os amigos e os colegas de trabalho, pois a família de laços consanguíneos já não estava presente.

“A minha mãe e meu pai já faleceram. Então eu só tenho os amigos, o meu afilhado, a família dele..., mas são amigos mesmo.” (N-03)

Nesta fase, a mulher necessita de compreensão para enfrentar as transformações advindas desse processo fisiológico, mas que pode ocasionar mudanças em seu cotidiano. A família pode ou não ser um sustentáculo para a mulher que necessita de cuidado. Assim, é de fundamental que o(a) enfermeiro(a) identifique se a mulher com desconforto gerado pelo climatério conta com o apoio e cuidado da família.

Desse modo, o(a) enfermeiro(a), considerado agente transformador, pois, por meio da educação em saúde, pode atuar junto às mulheres em climatério e promover estratégias para melhorar qualidade de vida desse grupo. O conhecimento científico da temática, agregado às experiências sociais vivenciadas pelo paciente torna-se um instrumento altamente eficaz para a elaboração de ações de promoção do cuidado.

4.3.2 “Agora tem que se cuidar, tem que tomar remédio”: as mulheres em climatério que convivem com a HAS

4.3.2.1 Uso contínuo de medicação

As participantes referiram que conviver com a HAS gerava o desconforto de fazer o uso contínuo do medicamento, o que indica que essa necessidade de cuidado deve ser abordada pelo(a) enfermeiro(a), evitando abandono da medicação.

“O que modificou na minha vida é que eu tenho que tomar o remédio sempre, que eu tenho que me cuidar. Sempre a minha pressão foi normal, 12/8, de repente veio a pressão alta e eu tive que me cuidar.” (N-11)

“Eu estou tomando remédio. Eu tomo losartana, e me sinto bem, porque a pressão normaliza, fica no 13 ou 9, essa base. Mas antes, se eu não tomasse, era 17 ou 18. Mas como eu continuei tomando é isso aí, 13 por 9.” (N-04)

“Eu estou em tratamento no hospital regional, desde então minha pressão não tem subido. Foi a doutora do postinho (USF) que me encaminhou para lá. Eu estou me sentindo bem, estou me sentindo melhor, porque agora a pressão alta está controlada.” (N-01)

Também houve quem mencionou fazer uso do medicamento apenas quando há alteração da pressão arterial. O depoimento revela também a dificuldade de adesão à terapia medicamentosa.

“Eu acho que minha vida com a pressão é normal, eu encaro ela normal. Tem dias que ela está em um pico alto, e eu tomo remédio diariamente, e tem horas que eu me canso dos remédios, de tanto que eu tomo. E aí eu paro e ela se vai, vai e volta...” (N-08)

Aponta-se, assim, mais uma necessidade de cuidado que deve ser atentada pela equipe de saúde, em especial o(a) enfermeiro(a), a medicação para a HAS, quando indicada, deve ser usada de modo contínuo. Além disso, as participantes relacionam sinais e sintomas ligados à doença, sendo esses dores no peito, cefaleia, dor na nuca e vertigem.

“Quando a pressão está alta eu tenho dor no peito, dor de cabeça, tontura... todas essas coisas derivam da pressão, volta e meio tenho que estar no Pronto Atendimento (PA). Quando vou no PA eu tomo remédio debaixo da língua, mas em casa eu tomo losartana, duas vezes ao dia.” (N-02)

“Eu tomo dois remédios, o losartana e a furosemida. Eu tenho muita dor de cabeça, dor na nuca” (N-13)

“Eu acho tranquilo... eu não faço questão de tomar remédio todos os dias, aí um dia fui no postinho (USF) e disseram que era pressão, aí eu tomo medicação, hidroclorotiazida 25 g, que é bem fraquinho...” (N-12)

As dificuldades em realizar as tarefas do trabalho aparecem como uma queixa relacionada ao ter que fazer o uso da medicação.

“Antes eu podia trabalhar, fazer bastante coisa, agora não ... agora tem que se cuidar, tem que tomar remédio...” (N-13)

Percebe-se que existem dúvidas em relação ao uso da medicação e a cronicidade da doença, o que torna os riscos de algum evento cardiovascular maior, ratificando a necessidade de cuidado sobre o uso adequado da medicação.

4.3.2.2 Cuidado na Alimentação

Quando questionadas sobre a preparação do alimento e aos hábitos alimentares, percebe-se que o uso do sódio está presente nas refeições e que é realizado o consumo de temperos industriais. Todavia, enfatizaram que temperos naturais, tais como, cebola, alho, cheiro verde são os preferenciais no preparo das refeições.

“Eu preciso ter mais cuidado na alimentação... baixar o sal, não posso comer isso, não posso comer aquilo. Cuidados mais corriqueiros mesmo.” (N-08)

“Eu como o que me dá vontade, para começar eu não sou muito de comer, de manhã geralmente eu não como nada, só tomo chimarrão, meio-dia eu como bem e de tarde é difícil comer alguma coisa. Mas de noite, eu janto bem. Não seria para jantar, mas eu janto bem. A comida eu tempero com pouco sal, por causa da pressão... Eu uso tudo o que tiver, por exemplo, Knorr®, cebola, tomate, pimentão, orégano e o vinagre na salada.” (N-10)

Ainda, a maioria das participantes relata que não consegue alimentar-se adequadamente e que busca regular os horários das refeições, sobretudo, do jantar. Além disso, expõem que buscam adotar uma dieta baseada na redução do teor lipídico proveniente de alimentos gordurosos e frituras, bem como a ingestão de legumes, verduras e frutas.

“Eu me alimento muito mal, eu não consigo comer ao meio-dia, aí como qualquer lanchinho e saio, de manhã não consigo tomar café, só de noite que eu me alimento melhor.” (N-12)

“Eu tenho muita azia, então na alimentação eu evito comer gordura. A professora (educadora física) sempre me diz que não é para fazer exercício, caminhada, sem me alimentar... mas eu não posso comer... me dá dor de barriga, me dá de tudo um pouco... e por isso eu tentei fazer assim, só que eu como depois... Só que daí eu não almoço, porque não me dá mais fome... Então, depois me dá de novo fome lá pelas 16h-17h e tomo café de novo.” (N-09)

“Eu como arroz, um pouco de feijão, salada, verdura, porque a gente entra na alimentação da minha mãe e a gente continua...” (N-13)

“Eu tenho limite daquilo que posso e daquilo que não posso comer, eu não exagero nas coisas. Eu levo tudo assim, eu mesmo me controlo.” (N-04)

Uma participante referiu que sua alimentação depende da oferta de alimento disponíveis.

“Na alimentação às vezes eu tenho comida, às vezes eu não tenho. Eu tenho arroz e feijão. Às vezes eu faço arroz, feijão, às vezes eu faço massa, às vezes eu faço galinha, faço carne. Bom, esses dias o que eu tinha para comer era sanduíche... Era minha comida do dia. Salada de vez em quando eu como. O que eu gosto mais é salada. Eu como arroz e salada. Adoro comer arroz e salada. Adoro, tenho paixão. E ultimamente tenho comido muito pão.” (N-03)

Isso remete a questão de como profissionais da saúde podem colaborar nas mudanças alimentares de pessoas que contam com baixa renda para a compra de alimentos adequados a sua patologia, indicando opções de alimentos que estejam de acordo com a sua realidade

financeira, ambiental e social. Desse modo, promover-se-á maneiras reais de continuidade no tratamento da doença de uma forma integral.

Nos depoimentos a seguir se compreende que as mudanças advindas da menopausa e HAS estão caracterizadas pelos sintomas da menopausa e da HAS, e que para estas participantes também não demonstrou mudanças significativas.

“Não modificou nada em minha vida, com a chegada da menopausa e a Pressão alta.” (N-09)

Algumas mulheres em climatério com HAS relatam que não houve mudança nos hábitos de vida, pois não apresentam sintomatologias. Reforça-se, com isso, que as diferenças nas necessidades de cuidado devem ser identificadas pelo(a) enfermeiro(a) e equipe, a fim de adequar as ações pertinentes para cada caso. No entanto, deve-se prestar atenção ao discurso que revela a displicência com sua saúde.

“Para mim não dificultou nada, porque eu levo minha vida normal, se eu tiver que tomar uma cerveja eu tomo, se eu tiver que tomar uma caipira eu tomo, meu chimarrão eu tomo, fumo.” (N-10)

Cabe aos profissionais da saúde orientar os prazeres da vida, respeitando as escolhas, mas antes esclarecendo os riscos envolvidos.

4.3.3 “Eu sempre pergunto muito as coisas ao médico, gosto de estar bem informada, eu sempre pergunto as coisas”: quem cuida da mulher em climatério e HAS?

Percebe-se que as mulheres, ao terem alguma dúvida, procuram o médico, familiares, amigos e até mesmo os meios de comunicação, como a internet para obter esclarecimentos.

“Eu sempre pergunto muito as coisas ao médico, gosto de estar bem informada, eu sempre pergunto as coisas... se eu tenho alguma dúvida eu vou na ginecologista.” (N-02)

“Eu nunca fui muito de estar indo no médico por qualquer coisinha, porque eu já tive minha mãe, e ela já passou por isso, e aí ela explicava para nós.” (N-10)

“Eu vou na doutora, de seis em seis meses, para fazer a receita. A ginecologista é uma vez por ano, mas agora eu estou em falta, não deu. Então está em falta o meu preventivo, que eu tenho que fazer.” (N-05)

“Eu esclareço na Internet. Eu leio muito sobre as doenças, tudo...” (N-08)

Percebe-se que há uma lacuna de atenção às mulheres em climatério com HAS que pode ser suprida pelo(a) enfermeiro(a). Compreendendo as necessidades de cuidado apontadas nestes depoimentos, o(a) profissional pode ofertar seus conhecimentos às usuárias, esclarecendo suas dúvidas.

No entanto, nem todas as usuárias procurarão a USF, algumas preferem não saber o que está acontecendo com seu corpo.

“Só se eu for no médico perguntar, eu sou assim, eu sei que é errado, que a gente deve conversar mais com filho e marido, só que eu sou uma pessoa, que se vai escutar uma coisa que vai me deixar confusa e não está com boa vontade para explicar, então eu prefiro ficar com aquilo ali sem eu saber, do que a pessoa me botar dúvida e eu ainda me magoar, porque eu não tenho 1º grau, mas para burra eu não sirvo... como WhatsApp, eu não quero... Eu sei que saúde não se brinca, mas eu também não sou do tipo todos os dias em médico, minhas irmãs são assim, se quebrar uma unha já estão... Eu não, sou bem consciente também, se sentir uma coisa tem que investigar o que é, mas tem aquele ditado “se procura, acha”, vai lá fazer um examezinho e é aquele monte de coisa, vem carregada de remédio, não pode isso, não pode aquilo. Eu acho que tem que aproveitar, se está com saúde tem que aproveitar e fazer as coisas, mas no momento

que cair nas mãos de uma pessoa errada, tu vais encucando, vais tomando remédio e tu vais enfraquecendo, eu sou assim...” (N-12)

É possível identificar que há pessoas que não buscam os serviços, por medo ou ignorância. Cabe aos profissionais realizar busca ativa, principalmente em USF que contam com ACS. É preciso fortalecer o vínculo entre a usuária e o(a) enfermeiro(a), com o objetivo de este profissional tornar-se referência no serviço de saúde para mulheres em climatério com HAS, possibilitando que seja procurado para orientar e esclarecer questionamentos.

4.3.3.1 Atenção do(a) enfermeiro(a) em relação ao climatério e a HAS

Ao serem questionadas sobre como o(a) enfermeiro(a) da unidade de saúde poderia ajudar em relação à HASA e o climatério, as participantes não identificam o(a) profissional como referência para essas necessidades de cuidado. No depoimento a seguir fica explícito que a participante busca a consulta com o(a) enfermeiro(a) com a finalidade de alcançar a consulta médica.

“Eu já consultei com a enfermeira... a gente passa primeiro com elas para depois chegar com o médico.” (N-10)

Para outra participante o(a) enfermeiro(a) realiza o exame citopatológico, mas ela refere nunca ter procurado esse profissional para uma conversa.

“Eu não procuro a enfermeira para conversar. Mas eu sempre faço meu preventivo com a enfermeira e ela sempre me dá uma orientação.” (N-11)

Algumas participantes revelam que o médico é a única opção de profissional para atendimento, desconhecem que o enfermeiro(a) poderia auxiliar.

“Eu nunca conversei com a enfermeira sobre isso, porque eu só procurei a doutora, e então ela disse que era menopausa, mas nunca tive acompanhamento da enfermeira.” (N-13)

“Eu não sei lhe dizer, eu nunca passei por isso, nem sabia que tinham gente para ajudar, achei que era só o médico mesmo. Nunca conversei com o enfermeiro.” (N-08)

“Eu fui direto na médica e expliquei o que estava acontecendo e ela me disse que eu estava entrando na menopausa.” (N-03)

Percebe-se que a procura das mulheres pelo atendimento médico no período do climatério é em sua maioria na intenção de obter esclarecimentos e resolução quanto aos sintomas. Outras participantes referem que esperavam que o profissional enfermeiro(a) assumisse a incumbência de informar e esclarecer as opções de cuidados e os profissionais capazes de executá-los.

“Eu acho que ele (enfermeiro) teria que me dizer. Eu não entendo direito, uma profissional que tem que dizer o que é bom para o paciente. Quando eu vou no postinho (USF), eu vou para dizer “vim fazer o preventivo, vim fazer a mamografia”, aí eles fazem a pergunta, o que estou sentindo naquela hora, e aí se ninguém diz “gostaria que eu te encaminhasse num profissional para lhe ajudar?”.” (N-12)

“O enfermeiro tem que esclarecer mais as coisas para a gente.” (N-14)

Apenas uma participante, a qual participa ativamente de grupos na USF, refere que a enfermeira acompanhou e orientou quanto ao climatério e a HAS.

“A enfermeira ajuda... ela verifica a pressão da gente antes e depois do exercício. Ela tem o papelzinho aquele, então vai direto. A enfermeira me explicou o que era menopausa.” (N-09)

Evidencia-se que as participações da enfermagem em grupos de atenção estreitam laços e criam vínculos de confiança com usuários. Além disso, percebe-se que o(a)

enfermeiro(a) pode ofertar suas ações de cuidado no menu da recepção, favorecendo o conhecimento das potencialidades deste(a) profissional.

4.3.4 “Seria muito bom, tudo que vier a colaborar, ajudar as pessoas a se conhecer melhor, seu corpo, sempre ajuda”: educação em saúde com a mulher em climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica

Quando existem grupos de atenção e promoção à saúde da população, no caso específico das mulheres em climatério com HAS, grupo de caminhada, este concretiza a aproximação dos profissionais de saúde com a sua comunidade, criando desse modo, uma referência ao usuário da USF.

“Eu vou toda semana no posto (USF), eu saio de casa às 8 h e nós [as amigas] vamos direto, o nosso posto é [X], mas nós vamos sempre na [Y], porque nosso grupo de caminhada é na [Y], e a gente convive, é com a doutora, com a enfermeira ali ao redor.” (N-09)

Observa-se que as mulheres compreendem a importância da realização de grupos educativos que abordem temas que contemplem ações de saúde, desse modo torna-se importante que sejam implementados grupos de atenção ao climatério e a pressão arterial.

4.3.4.1 Expectativa das usuárias em relação à USF

Quando questionadas sobre a possibilidade da realização de um grupo de atenção à saúde da mulher na fase do climatério com HAS, com enfermeiro(a) fazendo educação em saúde, as participantes referiram que teriam benefícios e participariam do grupo.

“Eu acho que tem mais gente também que precisa desse grupo, quando eu estou falando em mim, não estou pensando somente em mim, é uma situação que eu já vivi e estou vendo outros passando. Se tivesse uma coisa para oferecer, para mulheres com esse tipo de menopausa, pressão alta. Eu acho que seria bom para muitas mulheres, não só para mim, inclusive lá no prédio onde eu moro, tem muitas mulheres. Eu acho que seria uma coisa interesse, no dia que

eu fosse tivesse três, quatro, cinco ou seis pessoas com o mesmo tipo de problema comigo que foi lá para escutar uma coisa, ou fazer um exercício, até conversar... eu acho que seria bom, não só para mim.” (N-12)

“Eu gostaria de participar... seria muito bom, tudo que vier a colaborar, ajudar as pessoas a se conhecer melhor, seu corpo. Sempre ajuda.” (N-11)

“Seria bom, muitos mesmos não entendem. Eu acho que seria bom.” (N-01)

“Eu gostaria de participar, seria bom. De tarde, uma vez por semana. Uma vez por mês, nem que seja. Ou quando a gente estar ali esperando, sabe, para consultar, tivesse ouvindo-a falando alguma coisa. Seria bom também. Falando sobre menopausa, falando sobre outras coisas do nosso corpo, né. Seria bom mesmo.” (N-03)

Além de acreditar na pertinência do grupo, as participantes ainda fazem um rol de sugestões de assuntos e forma de organização das atividades. Apenas duas participantes referiram que não participariam, mas admitiram que o grupo se faz necessário àquelas mulheres que estão passando pela fase do climatério e menopausa e que possuem ainda o diagnóstico de HAS, para que possa fornecer orientação, apoio, e acompanhamento de sua saúde.

“Eu não frequentaria, mas para outras pessoas, acredito que seria importante.” (N-10)

“Acredito que sim, tem muita gente que precisa que tem muito mais problemas que eu, graças a Deus eu não preciso, mas tem muita gente que precisa de um apoio de uma palavra.” (N-04)

Ressalta-se que a ideia partiu da pesquisadora, portanto não se pode afirmar que é uma expectativa das mulheres a participação em grupos que abordem as temáticas do climatério e da HAS. No entanto, com as necessidades de cuidado identificadas na pesquisa, os grupos de educação em saúde apresentam-se como uma possibilidade de cuidado que pode ser desenvolvido pelo(a) enfermeiro(a).

Quando solicitado que descrevam suas vivências no atendimento, novamente mencionam o médico como o profissional que faz falta na unidade de saúde.

“Eu acho que o que faz falta nesses postos (unidade de saúde) é o médico. Quando chega na parte de verificar a pressão com a equipe, eles orientam a gente a fazer mais coisas, o que é preciso mesmo...”
(N-02)

“O que falta ali são mais médicos. Tem médico, mas é difícil conseguir ficha. E agora está faltando ginecologista, não sei por que não tem. Com a enfermeira eu nunca conversei” (N-14)

A consulta de enfermagem não foi identificada. Além disso, uma participante, ao falar sobre a dificuldade em acessar a consulta médica, compara com a disponibilidade do(a) enfermeiro(a), definindo como uma conversa apenas.

“O que eu acho ruim ali é esse negócio das fichas, eles dão na sexta-feira para toda a semana. E a gente vai ali e não consegue, eu acho que deveria ser como antes, eles davam todos os dias e tu consultavas, às vezes, naquele dia mesmo, eu achava melhor antes. Deveria melhorar para conseguir uma ficha. Mas com a enfermeira, eu vou ali e a gente conversa, não precisa agendar.” (N-01)

A demora do atendimento, as dificuldades no agendamento das consultas médicas, a demora no processo de encaminhamentos e a falta de verbas públicas para melhoria da infraestrutura e materiais emergiram como dificuldades enfrentadas nas USF.

“O que falta ali são mais médicos. Tem médico, mas é difícil conseguir ficha. E agora está faltando ginecologista, não sei por que não tem. Com a enfermeira eu nunca conversei.” (N-14)

“Eu acho que tem que ter mais agilidade no atendimento, porque se demorar o agendamento, eu fico sem remédio.” (N-10)

“Eu acho que tem que melhorar tudo, tudo que é lugar tem que melhorar mesmo, é falta de verba... Eu acho que tem que melhorar um pouco.... eu tenho que tirar ficha de madrugada.” (N-07)

“Só questão dos encaminhamentos que é o problema.” (N-11)

Uma usuária revela que a USF não está mais “trocando receitas”, uma prática que não deveria acontecer. Porém, ela não foi esclarecida sobre os benefícios de “fazer tudo”.

“A única coisa que eu acho errado é para trocar a receita, tem que fazer tudo... ainda bem que eu tenho mais de 60 anos e aí eu agendo pelo telefone...” (N-09)

Para três participantes, existe um atendimento de qualidade, e se percebe os esforços da equipe multiprofissional. Mais uma vez que as mulheres destacam que o atendimento médico sua principal necessidade.

“Eu não tenho queixa, sempre fui bem atendida. Eu vejo que eles estão fazendo mais coisas para melhorar, acho que é isso.” (N-08)

“Eu sempre cheguei aqui e fui bem atendida, com a doutora, com a ginecologista, nunca tive queixa nenhuma com elas, sempre fui bem atendida por elas.” (N-06)

“Sempre que eu precisei, eu sempre fui atendida. Claro a gente depende de ligar, e não consegue ficha, mas se ligar no horário certo, na próxima semana a gente consegue.” (N-05)

A USF deve ser a porta de entrada principal das usuárias, e é nesse ponto de atenção que o(a) enfermeiro(a) deve ser o protagonista do cuidado. Desse modo, é necessário que este profissional retome seu papel de cuidador, conhecendo sua comunidade, promovendo e recuperando saúde e atuando na prevenção de adoecimentos. Atuando no contexto social no qual as usuárias estão inseridas, tornando-se referência para elas. Acredita-se que assim possa ter visibilidade para mulheres em climatério com HAS.

5 DISCUSSÃO

As participantes caracterizaram-se pelo baixo tempo estudo, (57,14%) não completaram o ensino fundamental, e baixa renda, (35,71%) até 2 salários-mínimos. De acordo com os depoimentos, ficou evidente que elas se sentiam desconfortáveis com os sinais e sintomas da menopausa, acredita-se que a baixa escolaridade pode influenciar na compreensão do período do climatério. Dentro dessa perspectiva, Ferreira, Silva e Almeida (2015) afirmam que o baixo nível de escolaridade, ou nenhuma escolaridade, assim como a idade e a irregularidade da frequência habitual de consultas ginecológicas contribuem para não compreensão da menopausa, seus sinais e sintomas e tratamento.

Grande parte das participantes do estudo (83,33%) não faziam uso de álcool, nem de cigarro e poderiam ser consideradas obesas. Além disso, eram sedentárias (54,76%) e não estavam em tratamento de depressão (59,53). Ao serem entrevistadas na segunda etapa da pesquisa, as mulheres confirmaram alguns dados e acrescentaram outros sintomas.

A obesidade apresenta associação com eventos respiratórios, cardiovasculares, dislipidemias, DM, resistência à insulina, entre uma série de disfunções metabólicas. Além disso, está associado ao sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, idade superior a 40 anos (SABÓIA, et al., 2016).

Os resultados qualitativos demonstram que as mulheres em climatério passam por sintomas característicos do processo, sendo eles fogachos, esquecimento, perda da libido, mudanças na pele, cansaço e alterações de humor, aumento do peso, demonstrando a complexidade vivida por elas.

As queixas podem ser traduzidas como necessidade de cuidado. Questiona-se: como o(a) enfermeiro(a) pode atuar para atenuar as vicissitudes vivenciadas pelas mulheres nessa fase da vida? Sugere-se a consultas de enfermagem que enfoquem a saúde da mulher em

climatério com HAS, visitas domiciliares, e um grupo de atenção a essa população em específico, para troca de experiências, vivências, apoio e local para sanar possíveis demandas.

O climatério é um período fisiológico, que caracteriza a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva das mulheres. As alterações, que ocorrem durante o climatério, são essencialmente hormonais e aumentam a sensibilidade biológica, de acordo com o contexto ambiental e social que envolve as mulheres nessa fase. Coincide com um período complexo na vida da mulher, devido às mudanças biopsicossociais decorrentes desta fase, cujos sintomas, caso não controlados, acarretam alterações negativas nas atividades cotidianas das mulheres (CARDOSO; CAMARGO, 2015).

Os achados também vão ao acordo com Ferreira, Silva e Almeida (2015), que afirmam que essa condição fisiológica pode gerar distúrbios em forma de manifestações genitais (redução de libido), extragenitais (atrofia e distrofia da vulva, dor, secura e sangramento vaginal) e psíquicas (fogachos, suor, cefaleia, cansaço, fraqueza, irritabilidade, alteração do humor e depressão) que interferem na excelência de vida da mulher. Nessa fase ainda ocorrem alterações no sistema nervoso central e órgãos genitais devido à redução hormonal.

Quanto ao trabalho, 52,38% das participantes eram assalariadas ou autônomas. No entanto, ao serem questionadas sobre o ritmo de trabalho, afirmam que o ritmo de trabalho mudou, referiram cansaço físico, destacando que uma participante parou de trabalhar, pois cansava demasiadamente. Também, o identificou-se que o cansaço físico sentido pelas participantes foi associado ao envelhecimento.

De acordo com Ferreira et al. (2013) no envelhecimento feminino ocorre diminuição ou cessão de hormônios, o que demarca a menopausa. Ainda, para Gonçalves et al. (2016) o envelhecimento exerce influência no desenvolvimento da obesidade em decorrência da queda hormonal, que leva à diminuição do gasto energético.

A prevalência do diagnóstico de depressão foi de 40,47%, associado a este achado, muitas mulheres referiram ansiedade, estresse, mudanças repentinas de humor, desânimo, perda de memória e falta de concentração. Tais distúrbios psicológicos e mudanças no humor, são sintomas relacionados com a depressão, que nem sempre é diagnosticada, ou ainda podem ser sintomas oriundos do período do climatério, como mencionando anteriormente.

As mudanças no humor e no peso, assim como o cansaço físico no trabalho foram mencionados pelas participantes. Pereira e Cardena (2019) atrelam estas alterações às condições de vida das mulheres que sofreram mudanças significativas nas últimas décadas. Dentre estas, o aumento da entrada da mulher no campo de trabalho, e a inversão de papéis

sociais, o planejamento familiar, em que essa mulher tem a escolha de quantos filhos quer ter, devido a melhora na eficácia das medidas preventivas, além do aumento na expectativa de vida.

A diminuição do hormônio estrogênio suscita significativamente a prevalência de depressão, reatividade emocional e mudanças cognitivas está atrelado a maior prevalência de irritabilidade, tristeza e depressão (SCHMIDT et al., 2015). Os resultados de caracterização das participantes do projeto matricial apresentam que as mulheres entre 50 a 59 anos (62,5%) referem possuir estresse.

Ao abordar a alteração do peso, evidenciou-se que 83,33% das participantes estavam em situação de obesidade. Tal alteração foi mencionada pelas mulheres as quais relataram aumento de peso (73,3%), bem como descuido com a alimentação, dificuldade em se alimentar nos horários adequados e em manter a quantidade nutritiva e calórica adequada.

Para Laznik (2003) pode-se considerar que as mudanças corporais, geralmente atuam negativamente sobre a autoimagem feminina, e potencializam o sofrer psíquico. O aumento do peso das participantes está de acordo com os resultados dos estudos encontrados para dar embasamento científico a esta pesquisa, demonstrando que são necessárias medidas de promoção de saúde, para que a obesidade não se torne uma condição de morbidade para as mulheres em climatério, pois está evidenciado que o sobrepeso não é somente influenciado por fatores biológicos relacionados ao hipoestrogenismo, mas também por fatores sociais e dos hábitos de vida, tais como hábitos alimentares e o sedentarismo. O sedentarismo se evidencia nos resultados na caracterização das participantes do projeto matricial em que 54,76% das participantes refere não realizar prática de exercícios físicos.

Os sintomas comuns e fisiológicos do climatério nem sempre são sentidos por todas as mulheres. No presente estudo, três mulheres não demonstraram nenhum tipo de sintoma advindo do climatério.

Esse dado reforça que o cuidado precisa ser singularizado. O(A) enfermeiro(a) deve conhecer as pessoas adstritas à USF que trabalha, para planejar a oferta do cuidado de acordo com a necessidade identificada, para, desse modo, atingir a equidade no SUS.

O enfermeiro da ESF ainda tem duas vertentes de trabalho, a primeira, o cuidado, e a segunda a gerencia. Na primeira, a intervenção nas necessidades de cuidado de enfermagem tem por finalidade o cuidado integral. No segundo, a gerencia, o enfermeiro toma como objeto a organização e o planejamento do trabalho, além dos recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de desenvolver e implementar condições adequadas de cuidado aos usuários e de desempenho para os trabalhadores (FERNANDES; SILVA, 2013).

Ainda se evidenciou que o mal-estar experimentado durante o climatério e o surgimento de doenças a ele associadas, dentre elas a HAS. Outros fatores estão relacionados a essa diferença de percepção da sintomatologia entre mulheres, como nível socioeconômico, etnia, estado civil e a qualidade das relações familiares (LOMÔNACO; TOMAZ E RAMOS, 2015).

Constatou-se que as participantes estão em situação de obesidade e sedentarismo e que estes são FR para as DCV e para a DM. O enfermeiro pode atuar na educação dos usuários para determinantes modificáveis. No caso da HAS, obesidade e DM, o enfermeiro deve intervir em assuntos como tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada e rica em lipídeos saturados, conservantes e sódio, estresse e sedentarismo (DE PAULA; ANDRADE, 2012).

Evidências epidemiológicas afirmam que portadores de DM apresentam risco aumentado para eventos cardiovasculares. Ainda, portadores de DM estão sujeitos a um aumento de duas a quatro vezes no risco de DCV quando em comparação com não diabéticos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2014-2015). Também para Pinho et al. (2015), a DM associada a HAS e outros distúrbios aumentem o risco de doenças cardiovasculares.

As mulheres procuravam orientação sobre o climatério com os médicos, enfermeiro(a), familiares, *internet* ou não procuram orientações. No estudo de Lomônaco; Tomaz e Ramos (2015) apenas 33,3% das mulheres entrevistadas haviam sido preparadas para a vivência dessa etapa da vida, a maioria por orientação médica. Houve ainda a busca de informação com amigas ou por meio da pesquisa em fontes especializadas. As autoras ainda afirmam que as mulheres buscam atendimento ginecológico quando os primeiros sintomas do climatério começam a se manifestar. Santos; Fialho e Rodrigues (2015) referem que os cuidados à saúde são produzidos por duas vertentes: pelas redes oficiais dos serviços de saúde e pela família.

A maioria das participantes (93,24%) das participantes não realizou a reposição hormonal, seja por não sentirem a necessidade, ou até mesmo por não procurarem esse tratamento. O estudo de Tavares et al. (2018) observou também que quase totalidade das mulheres não utilizava tratamento hormonal para diminuir sinais e sintomas do climatério.

O enfermeiro articula, coordena e conduz a realização do cuidado. Para tanto, é importante mencionar que as práticas de produção do cuidado devem ir além da execução de conhecimentos técnicos, sendo necessário contemplar os campos políticos e organizativos. Nesse sentido, o cuidado engloba o acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade

com o usuário, pois a enfermagem não pode exercer o cuidado desarticulado de outras práticas e do contexto organizativo do SUS, independentemente do seu nível de densidade tecnológica (SOUSA, et al, 2017).

Grande parte das mulheres deste estudo (86,58%) referiram que não tinham contato com o(a) enfermeiro(a), também não o identificavam como referência na APS, sendo assim não o procuravam para solicitar orientação, e tampouco a consulta de enfermagem. Ao serem questionadas sobre as práticas de cuidado do(a) enfermeiro(a) para a atenção à saúde da mulher no climatério, as mulheres não souberam especificar esses cuidados, demonstrando que o(a) profissional de saúde tem um espaço de atuação descoberto em sua função como ator no cenário da APS, o qual precisa ser conquistado.

Para efetiva resolutividade do cuidado, torna-se necessário que o(a) enfermeiro(a) assuma seu papel como gestor de mudança, realizando o empoderamento de sua equipe. A transformação da prática profissional é, ainda, um processo complexo e desafiante, porém precisa ser fortemente enfrentado (MARTINS; PERROCA, 2020).

O(A) enfermeiro(a) é o responsável por gerenciar o cuidado da mulher em climatério, e como educador de saúde promove este cuidado por meio de informações baseadas nos sinais e sintomas referidos por estas. Entende-se que o enfermeiro deve desenvolver esse trabalho de maneira interdisciplinar, implementando estratégias que possam atender as necessidades das mulheres em climatério e com HAS (ANDRADE et al., 2018).

O(A) enfermeiro(a) precisa promover, junto às mulheres, ações que objetivem o seu conhecimento, autocuidado e bem-estar. Assim, infere-se que a mulher em climatério e com HAS poderão superar modificações e conflitos advindos dessa fase biológica e dessa condição patológica respectivamente. (SILVA et al., 2016).

Nesse sentido, o(a) enfermeiro(a) precisa atuar de maneira articulada e interdisciplinar, tendo o papel de gerenciador do cuidado, com o intuito de orientar as mulheres em climatério, com base nos relatos e sintomas sentidos (ANDRADE, et al., 2018).

Contudo, Freire et al. (2016) afirmam que ainda prevalece uma atuação limitada na assistência de enfermagem à mulher no período do climatério, visto a falta de informação e as recorrentes confusões e dúvidas das mulheres. Dessa maneira, a atuação precisa acontecer de maneira multiprofissional, objetivando maior adesão, acesso à informação em saúde e um cuidado humanizado, com o intuito de incitar melhoria da qualidade de vida.

Costa (2018) considera que o(a) enfermeiro(a) apresenta dificuldades para o atendimento à mulher em climatério. Refere que a visão holística e a valorização do

desconforto referido pela mulher nesta fase da vida é indispensável para a atuação eficaz do enfermeiro(a).

A prática de cuidado do(a) enfermeiro(a) necessita de valores éticos e humanizados, tendo como premissa o respeito ao usuário de saúde, visando a criação de maneiras de agir e produzir o cuidado integral ao indivíduo (CARVALHO, 2013).

Ao ser sugerido a oportunidade de participação em grupo com objetivo de educação em saúde da mulher no climatério com HAS, evidenciou-se que há interesse. Acredita-se que um grupo que ofertasse orientações sobre essa fase da vida e que possibilitasse o compartilhamento de experiência das mulheres, seria uma ação de cuidado do(a) enfermeiro(a) de grande valia.

Para Arantes et al. (2015) as ações de educação em saúde realizadas em grupo são uma oportunidade de aprendizagem sobre o autocuidado, e é nos grupos que os resultados da educação em saúde necessitam serem atingidos de maneira satisfatória. Para que isso aconteça, o usuário deve fazer parte do processo do cuidado, ou seja, deve ser inserido no processo do cuidado e não ser somente um mero espectador.

Maceno e Schulter (2016) referem que na APS, as ações em saúde realizadas por enfermeiros(as), na forma de grupos, são de extrema importância para que o usuário realize a capacitação do autocuidado, e que com o convívio e a troca de experiências com os demais usuários em situações de vida e saúde semelhantes, esse possa adotar comportamentos e hábitos saudáveis para sua vida e de seu grupo familiar.

O serviço de atenção primária é essencial para fornecer uma fonte de cuidado que tenha continuidade, coordenação e atenda globalmente as necessidades de saúde das pessoas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Oliveira e Pereira (2013) referem que um dos grandes desafios do SUS é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializados, que se comuniquem entre si, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades.

Destaca-se como limites deste estudo aspectos relacionados a participação de um ou mais familiares das mulheres no momento da entrevista, que pode ter influenciado na resposta dela para alguma questão. Algumas participantes preferiram responder a entrevista e a devolução da narrativa no local de trabalho, e isso pode ter influenciado no tempo para responder a pesquisa, pois necessitavam retornar ao trabalho.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão divulgados por meio do relatório à comunidade científica com a defesa desta dissertação e será entregue ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por meio de uma cópia impressa e uma cópia digital que ficará disponível no portal do PPGEnf. A partir deste relatório também serão redigidos artigos científicos que serão submetidos em periódicos nacionais de Qualis Capes B1 ou superior para compartilhar o conhecimento construído para área da Enfermagem. Ainda, os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais.

Para o município de Santa Maria, RS, os resultados serão divulgados, com cópia impressa do relatório da pesquisa, para o NEPES e Secretaria Municipal de Saúde pelo Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde em Enfermagem da UFSM.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu evidenciar que o modo de vivência do climatério e da menopausa é diferente de acordo com cada mulher e que existem fragilidades na atenção à saúde da mulher no climatério, agravada com a condição da HAS associada. As participantes demonstram ter pouco conhecimento do conceito do climatério, e algumas mulheres passaram por sintomas característicos dessa fase da sua vida, enquanto outras não manifestaram quaisquer sintomas. Em relação à HAS estas mulheres demonstram conhecimento sobre a DCNT e o que ela pode implicar, inclusive entendem que os hábitos alimentares e estresse favorecem o aumento da PAS.

A partir do resultado das narrativas percebeu-se que com o climatério e a menopausa advém mudanças em relação ao comportamento emocional, a libido, a pele, o peso, o humor e o ritmo no trabalho. As participantes demonstram que precisam cuidar da alimentação, e que gostariam de poder cuidar de si, porém as atividades decorrentes da rotina, comprometem esse cuidado.

Percebe-se que as mulheres definem como necessário um acesso facilitado ao serviço de saúde, as consultas médicas na Unidade Básica de Saúde. As narrativas referentes a esse critério servem como uma avaliação dos serviços e podem ser analisadas como possibilidades de planejamento da atenção às necessidades dessas mulheres, para a equipe e para a enfermagem.

Percebeu-se ainda que há um hiato na atenção à saúde nesta fase da vida da mulher, permitindo afirmar que o(a) profissional enfermeiro(a) possui espaço para atuação, seja este espaço em uma visita domiciliar, uma sala de espera na UBS, na consulta de enfermagem, e no grupo de atenção à saúde, momento este, que proporciona trocas de experiências e proporciona conhecimento sobre suas especificidades. É primordial enxergar a mulher em seu todo, oferecendo a esta uma atenção integral, não focando somente no ciclo gravídico-puerperal.

Também, acredita-se que além dos grupos de saúde, a visita domiciliar e a consulta de enfermagem sejam possibilidades de atuação do enfermeiro(a) e que estas consigam contemplar a contento as necessidades de atenção à saúde da mulher em climatério com HAS, pois a partir do vínculo criado entre o profissional de saúde e sua usuária, é possível que este

compreenda então o contexto social e ambiental que a mulher está inserida, assim, conseguirá sanar as demandas apresentadas pela usuária.

As mulheres consideram que se existisse um grupo de atenção à saúde da mulher na UBS seria de muita importância, para atender as dúvidas e demandas que associam a fase do climatério com a HAS. Sendo assim, existe a necessidade de apoio da gestão pública para implantação dos grupos de atenção à saúde da mulher em climatério com HAS, pois de acordo com as mulheres participantes deste estudo, este seria um local de troca de experiências, de aprendizado, de acolhimento, e contato com a equipe multiprofissional da APS, principalmente com o enfermeiro(a).

Ainda se entende que, é de suma importância que sejam implementadas ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de adoecimentos, especialmente para as mulheres, foco deste estudo. A enfermagem precisa sobressair no cuidado, para que o espaço de atuação em aberto, demonstrado nesses resultados, possa ser preenchido. A não identificação das práticas de cuidado do(a) enfermeiro(a) na atenção à mulher em climatério com hipertensão fica evidenciada quando as mulheres referem que procuram orientação médica quando necessitam e que gostariam de ter mais atenção na APS.

São necessárias novas pesquisas que contemplem e aprofundem conhecimento nessa fase específica da vida da mulher, pois esta deve ser vista em sua totalidade, deixando desse modo que a cultura do cuidado a mulher restringe-se em seu período fértil e puerperal.

O resultado desse estudo é uma colaboração para a práxis do(a) enfermeiro(a) no cuidado a saúde da mulher no climatério com HAS, trazendo assim, as práticas de cuidado de maneira integral, buscando conhecer o indivíduo em sua totalidade.

O estudo também destaca a lacuna do conhecimento existente sobre as práticas de cuidado do enfermeiro(a) à mulher no climatério com HAS. Sendo assim, a compreensão das práticas de cuidado favorece para que o enfermeiro(a) possa realizar o cuidado, através de sua práxis profissional. Sugere-se a realização de outras pesquisas para aprofundar a temática que ainda é pouco explorada, haja vista a necessidade de atenção à saúde de maneira integral desta população.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER. **Paradigmas qualitativos**. in: BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K (org.). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos* (p.130-176). Portugal: Porto, 1994.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2002. 165p.
- ANDRADE, D. B. S. et al. O papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. **Rev. Cient. Sena Aires**. Goiás, v. 7, n. 1, p. 18-22, 2018. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/299>>. Acesso em: 28 Dez. 2019. ISSN Online: 2179-0981.
- ARANTES, R. K. M. et al. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 213 - 223, jul. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13472>>. Acesso em: 9 Set. 2019. DOI: 10.5902/2179769213472.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Out. 2018.
- BARBIANI, R.; RIGON, D. N. C.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. e, p. 1-12, 2016. E-ISSN: 1518-8345. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449727078>>. Acesso em: 22 Dez. 2019.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 29 Ago. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 29 Ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1*. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica-hipertensão arterial sistêmica. 1. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde: cadernos de atenção básica nº 15. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no climatério/ menopausa/ estratégicas. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013b, n. 37, p. 128. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22 Dez. 2019.

BRASIL. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 18 Set. 2019

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition**. 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/XVe7iH>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

CARVALHO, V. de. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 24-32, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Ago. 2019. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700003.

CARDOSO, M. R.; CAMARGO, M. J. G. de. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 553-69, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0574>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 367p.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. **Pesquisa exploratória descritiva**. In:

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R.G. S. (Org). Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. 515 p.

COSTA, M. L. L. S. **Assistência de enfermagem à mulher no climatério: uma revisão de literatura**. 2018. 37 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, PB, 2018. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/6764>>. Acesso em: 27 dez. 2019.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-110420151050002018.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-11, Jan. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago. 2019. DOI: 10.1590/S0100-72032005000100004.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 479-484, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Out. 2018.

DE LYRA SOUSA, J. et al. Educação em saúde como ferramenta à mulher no climatério: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2616-2622, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22266&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 Ago. 2018.

DE PAULA, C. F.; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 1, 2012, pp. 137-148. Acesso em: 27 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/260/26025372010.pdf>>. DOI: 10.17921/1415-6938.2012v16n1p%25p.

DIAS, E. G.; SOUZA, E. L. S.; MISHIMA, S. M. Contribuições da Enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Rev Epidem e Contr de Infec**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 3, jul. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i3.7470>>. Acesso em: 03 Mai. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a20v64n4.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2018.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007. 411p.

FERREIRA, I. C. C., SILVA, S. S., ALMEIDA, R. S. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. **Ensaios e ciência**, v. 19, n. 2, p. 60-64, 2015. Disponível em: <<https://seer.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/3182>>. Acesso em: 2 Set. 2019. DOI: 10.17921/1415-6938.2015v19n2p%25p.

FERREIRA, V. N. et al. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. **Psicol Soc**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 410-419, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/18.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2019.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 438-47, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3407>>. Acesso em: 27 Fev. 2020.

FINEOUT-OVERH, E.; STILLWELL, S. B. **Asking compelling, clinical questions**. in: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERH, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

FONTANA, A.; FREY, H. J. **Interviewing**: The art of science. In: DENZIN, N.K.; LINCON, Y.S. Handbook of qualitative research. London: Sage, 1994.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. eletrônica de enferm**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 2 Ago. de 2018.

FREIRE, A. L. et al. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade: relato de experiência na atenção básica. **Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos – Universo**, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2016. Disponível em: <<http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=view&path%5B%5D=2366>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

FURTADO, J. P. **A avaliação participativa**. In: OTERO, M. R. (editor). Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil. São Paulo: Peirópolis, p. 21-41, 2012.

GALLON, C. W.; WENDER, M. C. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 175-183, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 dez. 2018. DOI: 10.1590/S0100-72032012000400007.

GARUZI, M., et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>>. Acesso em: 30 Ago. 2019.

GELATTI, G. T. et al. Perfil de anti-hipertensivos e potenciais interações medicamentosas em mulheres climatéricas. **Rev. Bras. Hipertens**; v. 23, n. 3, p: 66-73, jun./set. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880244?lang=es>>. Acesso em: 5 Ago. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONCALVES, J. T. T. et al. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1145-1156, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401145&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232015214.16552015.

GRÜDTNER, D. I. et al. O amor no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 317-22, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a25.pdf>>. Acesso em: 6 Ago. 2018.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100050>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.1590/S0080-623420160000100007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Rio Grande do Sul**. Censo 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da População 2015**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatitica/população/domcavati/default.shtm>>. Acesso em: 27 Fev. 2020.

LACERDA, M.R; LABROCINI, L.M. Papel e social, paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v, 64, n.2, p. 359-364, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 Fev. 2020.

LAGE, M. C. **Utilização do software Nvivo em pesquisa qualitativa: Uma experiência EAD**. Educação Temática Digital, v.12, p.198-226. Mar. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1210>>. Acesso em: 9 Nov. 2018.

LAZNIK, M. C. Dores e delícias da menopausa: o que a feminilidade tem a ver com isso? **Rev Est Fem**, Santa Catarina, SC, v. 12, n. 1, p. 331-346, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21710.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2019.

LOMÔNACO, C. et al. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. **Reprod clim**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 58-66, 2015.

Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000412>>. Acesso em: 13 Ago. 2019.

LUGONES, B. M.; MACIDES G. Y.; MIYAR P. E. Síndrome climatérico associado a la hipertensión arterial en mujeres de edad mediana. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v. 24, n. 1, marzo 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 3 Dez. 2018.

LUI-FILHO, J. F. et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 152-8, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000400152&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 Ago. 2019. DOI: 10.1590/SO100-720320150005282.

MACENO, P. R.; SCHULTER, B. H. I. T. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm, Santa Catarina**, SC, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71447791026.pdf>>. Acesso em: 9 Set. 2019.

MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 01 jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>>. Acesso em: 3 Mai. 2019. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051000006.

MARTINS, L. C. **Relação entre poluição atmosférica e algumas doenças respiratórias em idosos: avaliação do rodízio de veículos no município de São Paulo**. 2000. 97 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2000.

MARTINS, P. F.; PERROCA, M. G. Care necessities: the view of the patient and nursing team. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1026-32, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501026>. Acesso em: 27 Fev. 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0197

MEDEIROS, S. M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 11, p.3377-3386, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016001103377&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320152111.18752015.

MELO, J. B. et al. Cardiovascular risk factors in climacteric women with coronary artery disease. international journal of cardiovascular sciences. V MOSTRA INTERNA DE TRABALHOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 26 a 29 out., 2010. Paraná. **Anais...** Maringá: Centro Universitário de Maringá. 2017. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/larissa_paula_silva_souza.pdf>. Acesso em: 3 Dez. 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, 2012.

MENEZES, D. V.; OLIVEIRA, M. E. de. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Florianópolis. **Fisioter. mov**, Curitiba, v. 29, n. 2, p. 219-228, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000200219&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.1590/0103-5150.029.002.AO01.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MOLINA-VALENCIA, J. et al. Características clínicas de mujeres menopáusicas de una clínica privada de la ciudad de Medellín, Colombia. **Ginecol. obstet**, México, v. 85, n. 4, p. 234-240, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00004.pdf>>. Acesso em: 10 Ago. 2018.

MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 279-65, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a20v64n4.pdf>>. Acesso em: 7 Fev. 2019.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p. 228-33, dez./abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf>. Acesso em: 9 Jan. 2018. DOI: 10.1590/0034716720160616.

NASCIMENTO, M. E. B, KOCHLA, K. R. A, BALDUINO, A. F. A. Análise do delineamento das dissertações qualitativas da enfermagem. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7. N. 7, p. 4648-54, jul. 2013. Disponível em: <<file:///D:/Downloads/11714-27657-1-PB.pdf>>. Acesso em: 21 Fev. 2020.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 79-82, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11997&indexSearch=ID>>. Acesso em: 5 Jan. 2019.

- OLIVEIRA, M. A. C, PEREIRA, I. C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v. 66, [s.n], 2013. 7p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> Portuguese>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (Org). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2014-2015>>. Acesso em 26 Dez. 2019.
- OLIVEIRA, J. F. Tensional levels and factors associated with arterial hypertension. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3312-9, dez. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000188>>. Acesso em: 27 Fev. 2020. DOI: 10.5205/1981-8963- v12i12a236161p3312-3319-2018.
- ONOCKO, C. R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2011.v21n4/1269-1286/pt>>. Acesso em: 02 set. 2019.
- ONOCKO, C. R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2018.
- ORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- PAULA, C. C. D.; PADOIN, S. M. M.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde**. In: LACERDA, M. R.; COSTANERO, R. G. S (Org). Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. 511 p.
- PEREIRA, E. R. Translação do conhecimento e pesquisa translacional em saúde. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, mar., 2013. ISSN: 1981-8963.
- PEREIRA, G.; ORTIGÃO, M. I. R.. Pesquisa quantitativa em educação: algumas considerações. **Revista Periferia**, Duque de Caxias, v. 8, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/27341>>. Acesso em: 21 Fev. 2020.
- PEREIRA, M. C. del.; CARDENAS, M. H. Visión filosófica del cuidado humano en la mujer en la etapa del climaterio. **Enfermería: cuidados humanizados**, Montevideo, v. 8, n. 1, p. 22-34, Jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Ago. 2019. DOI: 10.22235/ech.v8i1.1795.
- PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Esc Anna Nery. Rev. enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.366-71,

2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200018>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.1590/S1414-81452009000200018.

PINHO, L. et al. Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p. 87-101, 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/89/90>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000500015&script=sci_UBStract&tlng=pt>. Acesso em: 13 Set. 2018.

PITA, F. S, PÉRTEGAS, D. S. Investigación cuantitativa y cualitativa. **Cad Aten Pri-maria., Espanha**, v. 9, [s.n], p. 76-8, mayo 2002. Disponível em: **Revista de enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 7, n. 3, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10274/10911>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde – 2018-2021**. Santa Maria: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen*, v. 2, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>>. Acesso em: 27 Fev. 2020. ISSN: 2447-8717.

RÊGO, A. S. Factors associated with inappropriate blood pressure in Hypertensive patients. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883466/54087-222671-1-pb.pdf>>. Acesso em: 27 Fev. 2020. Doi: 10.5380/ce.v23i1.540872.

RIBEIRO, R.P.; RIBEIRO, B.G.A. Método de pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: LACERDA M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moria, 2015.

SABÓIA, R. S.; et al. Obesidade abdominal e fatores associados em adultos atendidos em uma clínica escola. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 259-267, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4130>>. Acesso em: 27 Fev. 2020. DOI: 10.5020/18061230.2016.p259

SANTOS, J. S.; FIALHO, A.V. M.; RODRIGUES, D. P. Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v. 15, n. 1, p. 215-22 jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16501>>. Acesso em: 9 Set. 2019.
SANTOS, T.P. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 120-156, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n22/n22a07.pdf>>. Acesso em: 27 Fev. 2020.

SANTOS, F. P. A. et al . Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1124-1131, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601124&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 Set. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0273.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 105-12, feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000100014&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.1590/S0080-623420160000100007.

SANTOS, J. L. G. **Métodos Mistos**: Aspectos operacionais para a pesquisa em enfermagem e saúde. In: LACERDA, M. R.; COSTANERO, R. G. S. (Org) Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moria, v. 2, 2018, 455 p.

SANTOS, R. et al. Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 310-317, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47664/51404>>. Acesso em 13 Set. 2018. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v45i3p310-317.

SANTOS, Z. M. Z. A.; SILVA, R. M. da. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p.206-211, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672006000200016&script=sci_UBStract&tlng=pt>. Acesso em: 2 Ago. 2018.

SCHMIDT, P. J. et al. Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 72, n. 7, p. 714-26, jul. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018333>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

SCHIMITH, M. D. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial: estudo qualitativo. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 54-59, 2013. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6351>>. Acesso em: 4 Jul. 2018.

SILVA, F. M., et al. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, v. 16, n (1/2), p. 28-33, 2003. Disponível em: <http://hp.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo5.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

SOARES, C. N.; COHEN, L.S. The perimenopause depressive disorders, and hormonal variability. **Rev Paul Med**, v. 119, n. 2, p. 78-83, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802001000200008>. Acesso em: 10 Ago. 2019. DOI: 10.1590/S1516-31802001000200008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012>. Acesso em: 7 Jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **VI**

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2010. Disponível em:

<<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 7 Jun. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **VII**

Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo: 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>.

Acesso em: 7 Jun. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 22 Dez.

2019.

SOUSA, S. M.; et al . Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev Bra Enferm**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 504-510, Jun. 2017. Acesso em: 27 Fev. 2020. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300504&script=sci_arttext&lng=pt)

[71672017000300504&script=sci_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300504&script=sci_arttext&lng=pt)>. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0380.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. In: LACERDA M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moria, 2015.

TADANO, Y. S.; UGAYA, C. M. L.; FRANCO, A. T. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional.

Ambiente & Sociedade, Campinas, v. 12, n. 2, p. 241-255, jul./dez. 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v12n2/a03v12n2.pdf>>. Acesso em: 7 Jun. 2018.

TAGLE, V. et al. Hypertension in women. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 141, n. 2, p. 237-247, feb. 2013. Disponível em:

<[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200014&lng=en&nrm=iso)

[98872013000200014&lng=en&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 Dez. 2018. DOI: 10.4067/S0034-

[98872013000200014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200014&lng=en&nrm=iso).

TONET, H. C.; PAZ, M. G. T. Um modelo para o compartilhamento de conhecimento no trabalho. **Rev. adm. contemp**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 75-94, Jun. 2006 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000200005&lng=en&nrm=iso)

[65552006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Out. 2019. DOI: 10.1590/S1415-

[65552006000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000200005&lng=en&nrm=iso).

VALENÇA C. N.; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Revista Rene**: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, n. 1, p. 161-

171, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969021.pdf>>. Acesso

em: 13 Set. 2019.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WATSON, J. **Nursing**: the philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown, 1979.

WENDER, C. O. M. et al. **Climatério**. In: PASSOS, E. P. et al. (Org) Rotinas em ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 729 p.

ZANOTELLI LBR, B. Z. N. et al. Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família. Rev pesq cuid fundam, v. 4, n. 1, p. 2800-11, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750892008>>. Acesso em: 5 Ago. 2018.

APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade

Título do Projeto de Pesquisa: Necessidades de cuidado de mulheres em climatério com hipertensão arterial sistêmica: possibilidades de atuação do enfermeiro.

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith – contato: (055 98403-2310) Mestranda: Enfa. Lara Castilhos – contato: (055) 996172300.

Endereço Postal: Av Roraima, SN, Prédio 26, Sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de captação de participantes da pesquisa: Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria, RS.

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade das participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista.

As informações serão utilizadas para a execução da presente pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob responsabilidade da Enfa. Profa Dra Maria Denise Schimith (orientadora da pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, no seguinte local: Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1305a Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS), por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos.

Esse projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSM em __/__/__, com o número de registro do CAAE__.

Santa Maria, _____ de _____ de 20__.

Profª Dra Maria Denise Schimith

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: Necessidades de Cuidado de Mulheres em Climatério com Hipertensão: Possibilidades de Atuação do Enfermeiro

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith – contato: (055 98403-2310) Mestranda: Enfa. Lara Castilhos – contato: (055) 996172300 **Endereço Postal:** Av Roraima, SN, Prédio 26, Sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de realização da pesquisa: Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria, RS ou domicílio das participantes.

Eu, _____ confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada para participar voluntariamente (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa, por meio de entrevistas individuais para coletar alguns dados de vida e de saúde. Fui esclarecida do objetivo da pesquisa que é analisar as necessidades de cuidado percebidas por mulheres em climatério com HAS sobre as práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro na da Estratégia de Saúde da Família. Fui informada da importância deste estudo, visto que a pesquisadora realizou uma revisão na literatura científica e evidenciou a escassez de estudos nessa temática. Fui informada que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito. Fui informada que durante todo o período da pesquisa posso tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer tipo de esclarecimento, podendo para isso entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Fui avisada de que as entrevistas serão gravadas, mas não serão filmadas, e meu depoimento será redigido posteriormente. A entrevista será gravada para que a mestranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser. Também foi esclarecido que, durante a digitação das entrevistas, não vou ser identificada pelo meu nome. Será garantido o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. Os materiais das entrevistas serão guardados por cinco anos em uma sala, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Maria Denise Schimith) e depois desse período, serão eliminados. O local de realização das entrevistas individuais foi

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com. Web:

escolhido por mim. Fui informada que a minha privacidade (intimidade) será respeitada. Também fui avisada que esta é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos, tais como físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante os encontros, pois algumas discussões podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor, se ainda for de minha vontade. Terei assistência gratuita caso ocorra algum problema relacionado a pesquisa, e terei acompanhamento necessário de acordo com a minha necessidade. Os gastos para participação nesta pesquisa serão inteiramente assumidos pela pesquisadora, também poderá haver indenização, caso ocorra algum problema comprovadamente decorrentes desta pesquisa. Fui informada que minha identidade será mantida em sigilo na divulgação dos resultados desta pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender como ocorrem as práticas de cuidados de enfermagem para a mulher com pressão alta e no período que antecede a menopausa em minha comunidade e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco. Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável. Por fim, se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a mestranda Lara Castilhos telefone: (055) 996172300.

Santa Maria, ____ de _____ de 2019.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro para entrevista semiestruturada

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Mestranda: Enfa. Lara Castilhos

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Título do projeto de pesquisa: Necessidades de cuidado de mulheres em climatério com hipertensão arterial sistêmica: possibilidades de atuação do enfermeiro.

Data: _____/_____/_____

MÓDULO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE

Nome Abreviado: _____ N° instrumento: _____

N° Prontuário na UBS: _____ Bairro/Vila: _____

Unidade de saúde: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/_____

MÓDULO 2 – SOBRE O CLIMATÉRIO E AS NECESSIDADES DE CUIDADO PERCEBIDAS PELA MULHER EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ADSCRITAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1) Fale-me como está sua vida após o início dos sintomas da menopausa (humor, corpo alimentação, família, trabalho).
- 2) Com quem você aprendeu a se cuidar na menopausa? Quais os cuidados que você faz consigo mesma?
- 3) Fale-me como está sua vida com Hipertensão Arterial Sistêmica/Pressão Alta?
- 4) Sua pressão alta desenvolveu-se antes ou durante o período da menopausa?

- 5) O que modificou em sua vida com pressão alta e menopausa? (peso, humor, alimentação, reposição hormonal)?
- 6) Quais suas dúvidas em relação a pressão alta na menopausa? Quem esclarece?
- 7) Já procurou algum profissional de saúde para tirar suas dúvidas sobre esse assunto?
Quem procurou?
- 8) Quais suas necessidades de cuidado neste momento de sua vida?
- 9) Como o(a) enfermeiro(a) (nome) da Unidade de Saúde da Família poderia ajudar?
- 10) Quais suas expectativas em relação à Unidade de Saúde da Família? E ao(a) enfermeiro(a)?
- 11) O(A) enfermeiro(a) lhe explicou sobre o que é a menopausa e os cuidados na menopausa com pressão alta?
- 12) Você acredita que se beneficiaria com um grupo de saúde que abordasse esses temas na USF?
- 13) Você gostaria de falar algo mais?

Que dia, hora é possível lhe encontrar para eu retornar sua entrevista?

ANEXO A – PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO COM MULHERES EM CLIMATÉRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REVISÃO INTEGRATIVA¹

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento produzido acerca das práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no climatério com Hipertensão Arterial Sistêmica. Método: revisão integrativa da literatura nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem entre os anos de 2008 e 2018. Resultados: foram obtidos oito estudos. Destacaram-se a associação entre o climatério e os fatores de risco cardiovascular, o processo de transição gradual de mudanças corporais e alimentação inadequada, especialmente em relação à proteína e ao cálcio, nutrientes fundamentais para as mulheres na fase do climatério. Conclusão: os estudos demonstraram a fragmentação da atenção à mulher, atendida por uma prática regida pela preocupação com uma única demanda, ou a doença crônica, ou a saúde da mulher. É essencial a realização de estudos que permitam conhecer as necessidades de saúde dessa população, com o intuito de fomentar o cuidado integral singularizado.

Descritores: Climatério; Hipertensão; Cuidados de enfermagem; Saúde da mulher, Enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge produced about nursing care practices to climacteric hypertensive woman. Methods: integrative literature review using the databases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem, PubMed and Directory of Open Access Journals, in the period 2008-2018. Results: eight studies were selected for analysis. The articles highlight the association between climacteric and cardiovascular risk factors, the gradual transition in body changes process and inadequate feeding, especially in relation to protein and calcium, which are key nutrients for women in the climacteric phase. Conclusions: the studies have shown fragmentation of attention to women. attend by a practice governed by concern for a single demand: or chronic disease, or women's health. It is essential of developing studies that are able to understand the issues related to this population, with the aim of promoting care directed to its real needs.

Descriptors: Climacteric; Hypertension; Nursing Care; Women's Health; Nurses.

Introdução

O cuidado permeia a continuidade da vida e está intimamente ligado à sobrevivência, antecedendo qualquer prática profissional. Presente desde os primórdios da humanidade, o cuidado, historicamente, percorreu duas ênfases, sendo voltado ou à manutenção dos sinais de vida, ou às práticas curativistas, influenciadas pela clínica médica, com maior ênfase nas doenças⁽¹⁻²⁾.

¹Artigo submetido à Revista Baiana de Enfermagem.

O cuidado que trata o indivíduo como partes fragmentadas, deve ser substituído por um cuidado voltado às questões sociais, envolvendo o ser humano em sua totalidade, vislumbrando o contexto social em que ele está inserido³. Nesse sentido, na enfermagem, a prática do cuidado transcende as habilidades e competências técnicas, necessitando de envolvimento com a pessoa que é cuidada, por meio do contato, do afeto, da escuta, compreendendo a singularidade e o contexto social no qual o indivíduo e sua família estão inseridos². Sendo assim, considera-se uma prática de cuidado como integral quando os procedimentos e técnicas estão permeados pelo vínculo com o usuário, comprometido com sua condição e com a efetivação da garantia do direito à saúde³.

O climatério ocorre entre os 40 aos 65 anos de idade, e se constitui como uma fase da vida na qual ocorrem diversas alterações físicas, hormonais, psicossociais e emocionais. O climatério e a menopausa são períodos distintos da vida, no entanto, os termos podem ser confundidos e considerados sinônimos. A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual, estabelecida somente depois de passados 12 meses da sua ocorrência, e o climatério se caracteriza pela transição do período reprodutivo e não reprodutivo, sendo o período no qual ocorre a redução dos folículos ovarianos e o hipoestrogenismo⁴.

Analisa-se, por meio de estimativas, que 15,05% da população feminina brasileira, isto é, aproximadamente 16,21 milhões de mulheres, está no período entre climatério e menopausa⁵. Sob tal perspectiva, percebe-se o aumento da expectativa de vida da mulher na pós-menopausa que, em 1940, não chegava à fase da menopausa, haja vista a expectativa de vida de, em média - 44,9 anos. Em contrapartida, na atualidade, as mulheres brasileiras possuem expectativa de vida de 79,6 anos, permitindo inferir que elas vivem em torno de 28 anos após o período da menopausa. Tal estatística pode se constituir como um alerta para as mulheres quanto aos cuidados com a saúde, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida e da disposição aos anos seguintes do climatério e da menopausa⁵.

Depreende-se, então, a necessidade de sensibilização, qualificação e fortalecimento da atuação profissional dos enfermeiros, sobretudo daqueles que estarão em contato direto com essa população na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial para atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, espera-se que esses profissionais atuem embasados em conhecimentos científicos, voltados a prover o cuidado à saúde da mulher de forma integral, respeitando sua individualidade, seu contexto social, cultural e socioeconômico⁶.

Além disso, cabe ressaltar que com a chegada do climatério, eleva-se a incidência de Doença Cardiovasculares (DCV), o que pode estar relacionado a mudanças hormonais,

circulatórias e sanguíneas⁷. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Possui FR modificáveis e não modificáveis, incluindo idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos⁸.

Nesse período, o organismo da mulher também passa por mudanças decorrentes de alterações hormonais, que as acometem subitamente, com sintomas demasiados. Essas alterações podem ser de origem urogenital, incluindo incontinência urinária, urgência e disúria, aumento do risco de doenças crônicas e desenvolvimento de osteoporose, além de tornar as mulheres mais vulneráveis às DCV. Ademais, a privação estrogênica acarreta distúrbios relacionados ao sistema límbico, como ansiedade, enxaqueca, alterações humorais, depressão e perda de memória, além de hipertensão, obesidade e diminuição da velocidade no processamento de informações sensoriais⁹.

Neste contexto, o enfermeiro é um profissional que pode desenvolver práticas de cuidado com essas mulheres, sobretudo, para àquelas que estão em climatério, promovendo o cuidado integral¹⁰. Destaca-se a importância de uma revisão integrativa acerca da produção científica relacionada à temática, identificando e refletindo acerca do estado da arte da produção sobre o assunto, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de futuras pesquisas, por meio da identificação de lacunas e, ainda, por poder captar conhecimentos capazes de auxiliar no processo de aprimoramento do trabalho realizado pelo enfermeiro.

Dessa forma, questiona-se: como a produção científica aborda o tema das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro com mulheres no climatério e com HAS? Sendo assim, constitui-se como objetivo analisar o conhecimento produzido acerca das práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no climatério com HAS.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RIL), desenvolvida a partir do levantamento de artigos científicos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via *National Library of Medicine* (PubMed) e . Optou-se pela RIL por ser um método amplo e composto por estudos primários na sua unidade de análise, que permite reunir e sintetizar resultados sobre certo tema, com a finalidade de identificar a

situação atual do conhecimento produzido, bem como, suas lacunas¹¹.

A RIL foi realizada por meio das seguintes etapas: estabelecimento do tema e elaboração da questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da síntese do conhecimento produzido¹². A seguir, são apresentadas as estratégias de busca e as bases de dados utilizadas (Quadro 1):

Quadro 1 – Apresentação das estratégias de busca e das fontes de dados utilizadas na busca das produções científicas. Santa Maria/RS,2019.

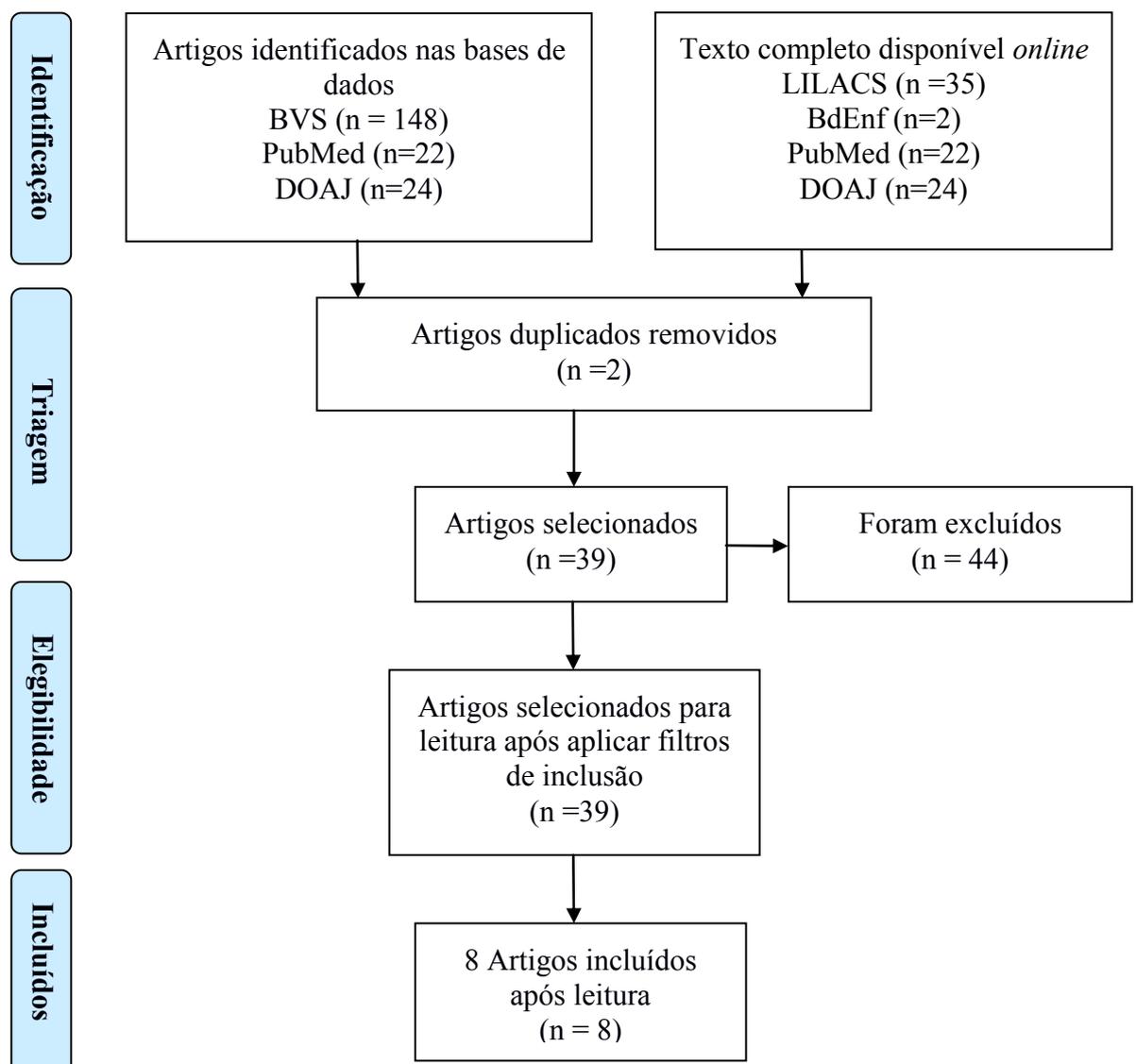
Base de dados	Estratégia de busca	Total de estudos
Biblioteca Virtual em Saúde	Climatério AND Hipertensão	148
Biblioteca Virtual em Saúde	Climatério AND Hipertensão AND “Práticas de Cuidado”	00
Biblioteca Virtual em Saúde	Climatério AND Hipertensão AND enfermeiros	00
Biblioteca Virtual em Saúde	“Práticas de cuidado” AND Hipertensão	03
Biblioteca Virtual em Saúde	“Práticas de cuidado” AND Climatério	00
National Library of Medicine (PubMed)	Climacteric AND Hypertension AND Nursing	63
DOAJ (Directory of Open Access Journals)	CLIMACTERIC AND HYPERTENSION	24

Fonte: Elaboração própria.

A busca nas bases de dados virtuais ocorreu entre os meses de novembro de 2018 a maio de 2019, utilizando os seguintes descritores/MeSH *terms*: “climatério/*climacteric*”, “hipertensão/ *hypertension*”, “*nursing*” e “Práticas de Cuidado”. O processo de busca dos estudos ocorreu por meio de um trabalho duplo independente e, para a seleção das publicações, os critérios de inclusão foram: artigos completos acerca da temática, disponíveis *online* e publicados no período de 2008 a 2018, em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos duplicados e que não possuíam relação com a questão norteadora do estudo. Determinou-se como recorte temporal o ano de 2008, pelo fato de, naquele ano, ter ocorrido a publicação, pelo Ministério da Saúde, do Manual de Atenção à Mulher no Climatério.

Foram encontrados 21 artigos na base de dados LILACS, dois na BDENF, 18 artigos na MEDLINE e 24 artigos na DOAJ, totalizando 65 artigos. Destes, dois artigos encontravam-se em mais de uma base de dados, o que totalizou 63 artigos. Deste conjunto, respeitando o objeto de estudo, foram selecionados oito artigos que compuseram o *corpus* deste estudo (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção da produção científica nas bases de dados. Santa Maria/RS, 2019.



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6).

Ressalta-se que o presente estudo respeitou os preceitos éticos previstos para sua

realização. Todos os autores dos artigos analisados foram referenciados adequadamente, segundo a Lei de Direitos Autorais nº. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, e as informações das pesquisas foram apresentadas de forma fidedigna.

Resultados e discussão

Os estudos selecionados foram submetidos à classificação por meio dos níveis de evidência, levando em consideração o tipo de questão clínica que o estudo abordou. Com isso, quatro estudos são do nível 2 de evidência e quatro estudos são do nível 4 de evidência¹³. Sustentada por meio de sete níveis, a saber: nível 1 – meta-análise ou revisões sistemáticas; nível 2 – Ensaio Clínico Randomizado Controlado; nível 3 – Ensaio Clínico sem Randomização; nível 4 – Estudos de coorte e de caso-controle; nível 5 – Revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – estudos descritivos ou qualitativos; e nível 7 – opinião de especialistas.

Quanto às regiões brasileiras de realização dos estudos, predominou a Sudeste com três pesquisas - A1, A3, A4 (37,50%), seguida pela região Nordeste com duas pesquisas, - A6 (25%), Sul com uma pesquisa (11,11%). Em relação aos estudos internacionais, um foi realizado em Cuba - A5 (25%) um na África - A7 (12,50%), e outro na Espanha - A8 (12,50%).

No que diz respeito à área do conhecimento, a Enfermagem registrou três estudos, (A3, A6, A8), seguida pela Medicina com outros três (A1, A5 e A7), Fisioterapia (A2) e Nutrição (A4) com um estudo cada.

Identificou-se um artigo do ano de 2008 (A5); 2014 (A3), 2015 (A8) e 2018 (A6). No ano de 2012 (A1 e A4) e 2016 (A2 e A7) ocorreram duas publicações cada.

As características dos artigos incluídos nesse estudo estão apresentadas no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Estudos selecionados contendo os seguintes itens: identificação do artigo, base de dados, autores, ano, natureza, objetivo, nível de evidência e pirâmide. Santa Maria/RS, 2019.

NR	ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTORES	ANO	NATUREZA	NE	PIRÂMIDE
A1	Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas	LILACS	Santos RD, et al.;	2012	Estudo retrospectivo com análise de dados de prontuário.	N2	Prognóstico e etiologia.
A2	Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério na cidade de Floriano, Piauí	LILACS	Menezes, Daianne Vieira; Oliveira, Maria Evangelina de.	2016	Estudo descritivo, transversal e quantitativo.	N4	Significado.
A3	O perfil de mulheres hipertensas no climatério atendidas no programa hiperdia.	LILACS E BDEF	Pasklan, Amanda Namíbia Pereira; Sardinha, Ana Hélia de Lima; Nascimento, Jucian Silva do; Gomes, Bruna.	2014	Estudo descritivo com abordagem quantitativa.	N4	Prognóstico e etiologia.
A4	Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica.	LILACS	Gallon, Carin Weirich; Wender, Maria Celeste Osório.	2012	Estudo transversal analítico e descritivo.	N4	Significado.

(Continua)

(Continuação)

A5	Síndrome climatérico asociado a la hipertensión arterial en mujeres de edad mediana.	LILACS	Lugones Botell, Miguel; Macides Gómez, Yanisbel; Miyar Pieiga, Emilia.	2008	Caso controle.	N2	Prognóstico e etiologia.
A6	Fatores de risco cardiovascular em mulheres climatéricas com doença arterial coronariana.	LILACS	Melo JB, et al.,	2018	Estudo Transversal	N2	Prognóstico e etiologia.,
A7	Prevalence and risk factors of pre-hypertension in Congolese pre and post menopausal women.	MEDLINE	MJS Muchanga, et al.,	2016	Entrevista com questionário.	N4	Significado.
A8	Overweight obesity and cardiovascular risk in menopausal transition.	MEDLINE	Villaverde Gutiérrez, et al.,	2015	Estudo analítico observacional transversal, realizado com dados de prontuários criados no momento do encaminhamento.	N2	Prognóstico e etiologia.

Fonte: Elaboração própria.

O estudo A3 teve como objetivo caracterizar mulheres no climatério segundo o perfil socioeconômico e demográfico, além de analisar os hábitos de vida e perfil alimentar clínico-laboratorial e as características ginecológicas. Os autores entendem que o climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher, e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. No entanto, verifica-se a importância de que ocorra, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos¹⁴.

O artigo A1, por sua vez, objetivou verificar a frequência de obesidade (49,2%), diabetes mellitus (32%), HAS (68%) e dislipidemia (54%) em um grupo de mulheres no climatério. Neste, destaca-se a associação entre o climatério e os FR cardiovasculares, sendo esta uma fase da vida feminina que exige cuidados clínicos e nutricionais, resultando na, necessidade dos profissionais manterem-se atentos à evolução de peso e à pesquisa diagnóstica de possíveis DCNT, detectando precocemente possíveis alterações¹⁵.

O estudo A2 objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres no climatério na cidade de Floriano, Piauí, demonstrando que mais de um quarto das mulheres possuem HAS, desencadeada por fatores modificáveis e não modificáveis, como excesso de peso, genética, sedentarismo, consumo de sal e álcool, entre outros¹⁶. Há, ainda, indícios de que o estrogênio tenha uma ação protetora nas artérias, e que as mulheres no período pós-menopausa, como consequência do hipoestrogenismo, podem ter maiores chances de desenvolver doenças cardiovasculares. Logo, o surgimento da doença depende de diferentes fatores, intrínsecos e/ou extrínsecos, relacionados ao estilo de vida, à fase do climatério, menopausa ou à genética¹⁷.

No estudo A6 – NE 2, que objetivou identificar FR cardiovasculares entre mulheres no climatério, com e sem doença arterial coronariana, identificou-se que, no climatério, as mulheres passam por um processo de transição gradual de mudanças corporais, principalmente devido à diminuição do estrogênio. Essa mudança hormonal pode apresentar um efeito direto sobre a vasculatura cardíaca, considerando-se que o estrogênio confere proteção ao endotélio contra a placa ateromatosa. Ainda, identificou-se que a pressão arterial sistêmica das mulheres no climatério apresentava leves alterações, achado aceitável para a fase que se encontram, uma vez que a elevação da PA entre as mulheres na fase do climatério pode estar relacionada ao ganho de peso e/ou a alterações hormonais⁷.

O estudo A5, buscou identificar mulheres com HAS, com idade entre 40 e 59 anos, e demonstrou que ocorre aumento da frequência das manifestações do climatério entre àquelas com HAS. O déficit hormonal, típico dessa fase, bem como fatores socioambientais e

psicológicos, influenciam na forma como as mulheres aceitam e transitam nesse estágio da vida, resultando em diferentes manifestações do climatério entre mulheres com HAS, como fogachos, ansiedade, depressão, irritabilidade, palpitações, cefaleia, câimbras, dentre outras. Entretanto, ressaltam que não existem estudos que relacionem essas manifestações com a condição ou não de presença da HAS entre as mulheres¹⁸.

Ao avaliar a prevalência de pré-hipertensão e seus fatores associados em uma população de mulheres congolezas, pré e pós-menopausa, evidenciou-se a escassez de estudos voltados ao estabelecimento da relação entre estado menopáusicos e riscos cardiovasculares, como pré-hipertensão, síndrome metabólica e insuficiência renal crônica, sugerindo a necessidade de realização de estudos voltados à confirmação ou refutação de tal hipótese¹⁹.

A alimentação, na sociedade moderna, se constitui como uma barreira para a efetivação do cuidado junto às mulheres em climatério com HAS. A presença de uma condição social precária, permeada por oferta de alimentos industrializados, com elevada quantidade de açúcares refinados, sódio e amido, a baixo custo, resulta em um fator complicador. As mulheres vêm se alimentando de forma inadequada, especialmente em relação à ingestão de proteína e ao aporte de cálcio, nutrientes fundamentais nessa fase da vida. Ainda, avaliações antropométricas vêm demonstrando a prevalência de sobrepeso e obesidade, situações que incidem diretamente sobre a morbimortalidade das mulheres²⁰.

Nesse sentido, os autores²¹ reafirmam que a obesidade provoca uma carga maior de doença entre as mulheres, em resposta a diversos fatores biológicos, hormonais, ambientais e culturais. As transições reprodutivas, como gravidez e menopausa, também aumentam o risco de obesidade, demandando assim a necessidade da ampliação da visão dos profissionais e a adaptação às necessidades dessa população.

Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma a obesidade como uma epidemia mundial condicionada, principalmente, pelo perfil alimentar e falta de atividade física. Vários processos biopsicossociais estão envolvidos na crescente prevalência dessa doença, tais como fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. Para esses autores, investimentos na promoção da saúde, com foco na alimentação adequada e saudável, que contemplem medidas de incentivo, apoio e proteção, auxiliam na difusão de informações, facilitam e protegem por meio da adesão a práticas alimentares saudáveis²². Os autores²³ afirmam que são necessários programas de saúde pública para as mulheres na fase do climatério em busca da prevenção de obesidade e comorbidades associadas.

Ainda, demonstrou-se que a relação cintura/quadril das mulheres caracterizava obesidade, confirmando também a prevalência de doenças cardiovasculares e reforçando a

necessidade de existir um programa de reeducação alimentar para mulheres no climatério. Tais condições podem limitar a capacidade física e o desempenho das atividades da vida diária, além de intensificar possíveis dificuldades emocionais. Somado a isso, sabe-se que o desenvolvimento da obesidade na população feminina decorre da queda hormonal desta fase da vida, que leva a diminuição do gasto energético, sendo necessária a realização de ações que minimizem esse tipo de ocorrência²³.

As práticas de cuidado realizadas pelo enfermeiro não foram evidenciadas nos artigos encontrados na presente RIL, sendo possível identificar a existência da perspectiva de fragmentação do ser, na qual a prática curativista permanece superior às práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Ressalta-se que as práticas de cuidado estão ligadas a tudo que envolve a saúde do corpo, incluindo os hábitos alimentares, de higiene e, até mesmo, os cuidados estéticos¹.

O trabalho do enfermeiro como agente propulsor de ação de educação em saúde, pode integrar diferentes grupos de atenção voltados para as demandas da comunidade. Assim, é o enfermeiro, o articulador do trabalho multiprofissional e cabe a ele intervir nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, baseado no contexto social em que o usuário está inserido²⁴.

O cuidado, no sentido de garantir assegurar e garantir a manutenção da vida, não é tarefa fácil. O aprendizado acerca das práticas de cuidado envolve tudo e todo o lugar em que há vida. Diz-se que a mulher deu origem ao cuidado, visto que a ela, símbolo de fecundidade, compete o cuidado daquilo que nasce, cresce e se desenvolve, até a sua morte¹. Por ser considerado natural, o cuidado, não havia recebido a atenção necessária, pois era considerado algo simples como, por exemplo, o ato de socorrer e assistir alguém². Sendo assim, no processo de cuidar é primordial a existência do diálogo entre o cuidador e o ser cuidado, haja vista a importância da sensibilidade para o desenvolvimento adequado do ato de cuidar²⁵.

Baseado em pilares como confiança, respeito, segurança e honestidade, o cuidado ao ser humano deve ser integral, e é compreensível que as relações de cuidado se manifestem de diferentes formas, visto que as pessoas são diferentes e que as situações que demandam esse cuidado também são distintas². Assim, destaca-se a necessidade de adaptação do enfermeiro à produção do cuidado voltado a cada mulher que necessita de atenção voltada à recuperação e/ou manutenção da sua situação de saúde. Ao tratar da prática de enfermagem, no exercício do cuidar, o enfermeiro precisa ter o conhecimento integral do indivíduo, pois o cuidado não se refere apenas a doença, mas sim, à sua totalidade. Sendo assim, torna-se necessário que o enfermeiro desenvolva habilidades que o auxilie a compreender e atender as demandas da

mulher que procura pelo cuidado²⁵.

Para os autores²⁶ o enfermeiro é o profissional que pode orientar a mulher que passa pelo climatério, para que esta possa praticar o autocuidado e, assim, melhore a sua qualidade de vida. Nesse sentido, ressalta-se que as ações desenvolvidas pelo enfermeiro contribuem para o empoderamento feminino, de modo que incentivam cuidado e o protagonismo²⁷.

Para enfrentar a realidade atual, é necessário compreender como as mulheres que utilizam os serviços de APS produzem o próprio cuidado e quais são as dificuldades encontradas nesse processo. Assim, os enfermeiros, a partir das práticas de cuidado, podem traçar novas estratégias para o controle dos níveis pressóricos, com o intuito de diminuir possíveis complicações e proporcionar qualidade de vida, sempre pautado no contexto social.

Ainda, o enfermeiro pode gerenciar o cuidado, buscando educar e orientar por meio de informações coletadas na anamnese durante a consulta de enfermagem, baseadas nos dados objetivos e subjetivos, como os sinais e sintomas relatados e as informações clínicas²⁹. Sobre isso, os autores³⁰ destacam que a experiência das mulheres, considerando suas peculiaridades e diferenças, pode ser compreendida e usufruída pelos enfermeiros na promoção de ações de educação em saúde e na prevenção de riscos.

Sendo assim, a busca pelo conhecimento pelo enfermeiro é imprescindível para a oferta de um cuidado efetivo, esclarecedor e integrativo entre família, comunidade e a mulher, a fim de interpretar esse período com naturalidade³¹. Condizente, salienta-se que a implementação de estratégias alinhadas às necessidades das mulheres no período do climatério pode ser encaminhada de maneira interdisciplinar, a fim de garantir maior segurança e efetividade. Evidencia-se, portanto, que os estudos encontrados não apresentam as práticas de do enfermeiro à mulher em climatério e com HAS como objetivo, observando-se ainda a escassez de estudos recentes que abordem a temática³².

Conclusão

O presente estudo aponta para a escassez de produções acerca das práticas de cuidado do enfermeiro à mulher no climatério com HAS. A relevância deste resultado justifica-se ao considerar o contexto do SUS, que objetiva a realização de um cuidado universal, integral e equânime.

Identificou-se, ainda, que o processo de cuidar é pouco abordado nas publicações analisadas. As condições de saúde das mulheres na fase do climatério, somadas à HAS, demonstram a complexidade do tema. A influência de questões internas (hormonais e

genéticas) e externas (culturais e sociais) tornam essa parcela da população prioritária para a atenção multiprofissional, demandando um olhar atento aos determinantes sociais de saúde dessa população.

Nesse contexto, é primordial que os profissionais de saúde desenvolvam ações voltadas ao diagnóstico precoce, prevenção de doenças e promoção da saúde às mulheres com esses diagnósticos. Tendo em vista a incipiência de estudos voltados à temática, ainda há muito a ser investigado para melhor compreender os processos fisiológicos, bem como o tipo de cuidado a ser dispensado para essa população, com destaque para o trabalho do enfermeiro.

O estudo demonstrou, ainda, uma carência de estudos que tenham como foco as mulheres no climatério com HAS, pois o que se encontrou foi a fragmentação da mulher, atendida por uma prática regida pela preocupação com uma única demanda: ou as DCNT, ou a saúde da mulher. Faz-se necessário o pensar e, conseqüentemente, o produzir um cuidado integrado, que envolva o climatério e a HAS, associado às necessidades psicológicas, sociais e espirituais apresentadas no momento do atendimento.

Desta forma, evidencia-se a atenção à saúde da mulher em climatério com HAS como um campo fértil para a produção do cuidado de enfermagem em seu sentido amplo, com a conseqüente consolidação do enfermeiro como profissional articulador da atenção à saúde a ser dispensada para essa população. Destaca-se, por fim, que são necessários investimentos em estudos que desvelem os diferentes aspectos que permeiam o processo do cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
2. Waldow VR. O Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 240p.
3. SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos et al . Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2016 Dec [Citado 15 Jul 2019]; 69(6):1124-1131. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0273. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601124&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Veloso LC, Maranhão RMS, Lopes VMLV. Alterações biopsicossociais na mulher climatérica: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar [Internet]. 2013 [Citado 09 Ago 2019]; 6(3):187-194. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/99/pdf_54

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2015. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2015 [Citado 7 Jul 2019]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/domcavati/default.shtm>.
6. Piecha VH, Ebling SBD, Pieszak GM, Silva MM, Silva SO. Percepções de mulheres acerca do climatério. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2018 Out-Dez [Citado 11 Set 2019]; 10(4):906-912. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.906-912. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915414>.
7. Melo JB, Campos RCA, Carvalho PC, Meireles MF, Andrade MVG, Rocha TPO, et al. Cardiovascular risk factors in climacteric women with coronary artery disease. *International journal of cardiovascular sciences* [Internet]. 2018 [Cited 2018 Dec 3]; 31(1):4-11 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472018000100004&script=sci_abstract.
8. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [Citado 7 Jul 2019]; 107(3Supl.3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
9. Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia. Manual de Orientação em Climatério. São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf.
10. Vidal CRPM, Miranda KCL, Pinheiro PNC, Rodrigues DP. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 Ago [Citado 24 Set 2019]; 65(4):680-684. DOI: 10.1590/S0034-71672012000400019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400019
11. De Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Costanero RGS, Organizadores. *Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá; 2015. 511 p.
12. Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2008 Dez [Citado 07 Dez 2018];17(4):758-764. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.
13. Fineout-Overh E; Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overh E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 3ª ed. 2014.
14. Pasklan ANP, Sardinha AHL, Nascimento JS Gomes B. O perfil de mulheres hipertensas no climatério atendidas no programa hiperdia. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2014 Jan-Mar [Citado 07 Dez 2018]; 6(1):249-260. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p249. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750621018>.

15. Santos RDS, Carvalho FGD, Lima TP, Viegas RL, Faria A, SuenVMM, et al. Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas. *Medicina (Ribeirao Preto, Online)* [Internet]. 2012 [Citado 13 Set 2019]; 45(3): 310-17. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v45i3p310-317. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47664>.
16. Menezes DV, Oliveira ME. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. *Fisioter Mov* [Internet]. 2016 Jun [Cited 3 Dec 2018]; 29(2):219-228. DOI: 10.1590/0103-5150.029.002.AO01. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000200219.
17. Neto JAF, Figuerêdo ED, Barbosa JB, Barbosa FF, Costa GRC, Nina VJF, Nina RVA. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 Set [Citado 24 Set 2019]; 95(3):339-345. DOI: 10.1590/S0066-782X2010005000094. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010005000094&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Botell ML, Gómez YM, Pieiga ME. Síndrome climatérico asociado a la hipertensión arterial en mujeres de edad mediana. *Rev cuba med gen integr* [Internet]. 2008 Mar [Cited 2018 Dez 3]; 24(1):6p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100004.
19. Muchanga MJS, Lepira FB, Tozin R, Mbelambela EP, Ngatu NR, Sumaili EK, et al. . *Afr Health Sci* [Internet]. 2016 Dec [Cited 2019 Jul 7]; 16(4):979-985. DOI:10.4314/ahs.v16i4.14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398444/>.
20. Gallon CW, Wender MC. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 Abr [Citado 2 Jul 2019]; 34(4): 175-183. DOI: 10.1590/S0100-72032012000400007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000400007.
21. Villaverde GC, Ramírez RJ, Olmedo AMM, Sánchez CMA, Argente del CLMJ, Ruiz VA. Overweight obesity and cardiovascular risk in menopausal transition. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 Oct [Cited 2019 Jul 6]; 32(4):1603-8. DOI: 10.3305/nh.2015.32.4.9380. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26545524>.
22. Dias PC, Henriques P; Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 Jan [Citado 02 Jul 2019]; 33(7):12p. DOI: 10.1590/0102-311X00006016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
23. Gonçalves JTT, Silveira MF, Campos MCC, Costa LHR. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 Abr [Citado 12 Set 2019]; 21(4): 1145-1156. DOI: 10.1590/1413-81232015214.16552015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000401145&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da

família. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2010 Mar [Citado em 16 Ago 2019]; 31(1):92-9. DOI: 10.1590/S1983-14472010000100013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100013.

25. Torralba RF. Introdução à bioética: antropologia do cuidar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

26. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Cremonese L, Possati A, Ressel LB. Práticas de cuidado realizadas por enfermeiros às mulheres no climatério: uma revisão narrativa. Rev Contexto Saúde [Internet]. 2016 [Citado 12 Set 2019]; 16(30):21-7. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5603>.

27. Kantoviski ALL, Vargens OMC. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 [Citado 16 Ago 2019]; 12(3):567-570. Disponível em: .

28. Seiffert MA, Budó MLD, Wunsch S, Beuter M, Schimith MD. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental [Internet]. 2014 Jan-Mar [Citado 10 Jul 2019]; 6(1):141-152. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p141. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750621011.pdf>.

29. Andrade DBS, Lira FNA, Silva EV, Aoyama EA, Farias FC. O papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. REVISA [Internet]. 2018 [Citado 16 Ago 2019]; 7(1):18-22. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/299>.

30. Silva RM, Araújo CB, SILVA ARV. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet]. 2003 [Citado 16 Ago 2019]; 16(1/2):28-33. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/328/2030>.

31. BELTRAMINI, Amanda C. S.; DIEZ, Chistiane A. P.; CAMARGO, Iara O.; PRETO, Vivian A. A atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. REME rev min enferm [Internet]. 2010 Abr-Jun [Citado 16 Ago 2019]; 14(2):166-174. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/102>.

32. Souza, JF. Assistência de enfermagem à mulher no climatério: Enfrentamento feminino das alterações biopsicossociais. WebArtigos [Internet]. 2009 [Citado 16 Ago 2019]. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-a-mulher-no-climaterio-enfrentamento-feminino-das-alteracoes-biopsicossociais/20889>.

ANEXO B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PROJETO MATRICIAL**MÓDULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA**

Nome: _____

Nº instrumento: _____ Nº Prontuário na UBS: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: () Feminino, () Masculino

Portador de deficiência física: () Não () Sim: () Visual, () Auditiva, () Motora, ()
Intelectual/mental

Etnia: () Branca, () Negra, () Parda, () Amarela, () Indígena

Religião: () Ateu, () Católica, () Evangélica, () Espírita, () Outra: _____

Ocupação: _____

Estado Civil: () Solteiro(a), () Casado(a) legalmente, ()
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a), () Viúvo(a), () União estável há mais de seis
meses, () Outro: _____

Escolaridade em anos completos: _____

Número de pessoas que residem no seu domicílio: _____

Renda Familiar Mensal: R\$ _____ (salário mínimo nacional R\$ 954,00)

Bairro/Vila: _____ Unidade de saúde: _____

Condição da casa em que reside: () Própria, () Alugada, () Cedida, () Outra/invasão
Material da casa em que reside: () Alvenaria, () Madeira, () MistaAbastecimento de água: () Com canalização interna, () Sem canalização interna, ()
Poço/pipa

Esgotamento sanitário: () Rede coletora, () Fossa séptica, () Buraco/rio/poço/vala

MÓDULO 2 – FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DCV**Peso:** _____ kg **Altura:** _____ cm **IMC:** _____ kg/m² **Circunferência abdominal:** _____ cm**Circunferência quadril:** _____ cm **Relação cintura-quadril (RCQ):** _____ cm**Pressão Arterial:** _____ mmHg **Glicemia jejum:** _____ mg/dL **Triglicerídeos:**_____ mg/dL **Colesterol total (CT):** _____ mg/dL **HDL:** _____ mg/dL**LDL:** _____ mg/dL

Se sexo feminino, uso de anticoncepcional hormonal: () Sim () não ()

Oral () Contínuo () Pausa () Injetável () Mensal () Trimestral () Anel vaginal, () Pílula vaginal, () Adesivo, () Implante Hormonal, () Esponja Contraceptiva, () Diafragma (método não hormonal) () DIU () Mirena ou Hormonal OU () Cobre (não hormonal) Qual o tempo de troca do DIU? _____

Há quanto tempo faz uso de método anticoncepcional? _____

Uso de álcool: () Não usa, () Usa menos de 30g de álcool por dia, () Usa mais de 30g de álcool por dia - 30g de álcool por dia = 600 ml de cerveja (5% álcool) ou 250 ml de vinho (12% de álcool) ou 60 ml de destilados (50% de álcool)

Faz uso de cigarro: () Sim, () Não

Alguma das pessoas que mora com você costuma fumar dentro de casa? ou Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde você trabalha? () Sim, () Não

Uso de outras drogas: () Não () Sim: () Maconha, () Cocaína, () Crack, () Outro: _____

Fez ou faz tratamento para depressão? () Não, () Sim:

Durante quanto tempo? _____

Considera-se uma pessoa estressada? () Sim, () Não

Prática de Atividade Física: () Menos de 30 min/ 5 vezes por semana () Mais que 30 min/ 5 vezes por semana.

MÓDULO 3 – APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMIGHAM

Etapa 1: Identificação dos indicadores de risco

INDICADORES DE RISCO BAIXO/INTERMEDIÁRIO	
Idade > 65 anos	
Sexo masculino	
Tabagismo	
Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia	
Obesidade (IMC > 30kg/m ²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens).	
Sedentarismo	
História familiar de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1º grau – pai, mãe, irmãos (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)	
História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal)	
Manifestações de aterosclerose: sopros arteriais carotídeos; diminuição ou ausência de pulsos periféricos.	
Diagnóstico prévio de dyslipidemia	
Diagnóstico prévio de síndrome de ovário policístico	

Fonte: BRASIL (2006, p. 17; 2010, p. 44).

Etapa 1: Identificação dos indicadores de risco

INDICADORES DE ALTO RISCO	
Acidente vascular encefálico (AVE) prévio	
Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio	
Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)	
Ataque isquêmico transitório (AIT)	
Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)	
Nefropatia	
Retinopatia	
Aneurisma de aorta abdominal	
Estenose de carótida sintomática	
Diabetes mellitus	
Doença vascular periférica	
Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica	
Angina no peito	
Doença renal crônica	

Fonte: BRASIL (2006, p. 17; 2010, p. 44).

Necessário passar para próxima etapa? () Sim () Não

Diagnóstico de Risco: _____

Etapa 2: Identificação dos pontos na tabela

HOMENS						MULHERES						
1	idade					ponto	idade					ponto
						s						s
	20-34					-9	20-34					-7
	35-39					-4	35-39					-3
	40-44					0	40-44					0
	45-49					3	45-49					3
	50-54					6	50-54					6
	55-59					8	55-59					8
	60-64					10	60-64					10
65-69					11	65-69					12	
70-74					12	70-74					14	
75-79					13	75-79					16	
2	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
	160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
	200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
	240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
	≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
3	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79		
	Não Fumantes	0	0	0	0	0	Não Fumantes	0	0	0	0	
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	
4	HDL(mg/dl)					pontos	HDL(mg/dl)					pontos
	≥60					-1	≥60					-1
	50-59					0	50-59					0
	40-49					1	40-49					1
<40					2	<40					2	
5	PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada			
	<120	0		0		<120	0		0			
	120-129	0		1		120-129	1		3			
	130-139	1		2		130-139	2		4			
	140-159	1		2		140-159	3		5			
	≥160	2		3		≥160	4		6			

Fonte: (BRASIL, 2010, p. 45).

Etapa 3: Diagnóstico de Risco Cardiovascular através dos pontos obtidos

HOMENS			MULHERES		
Total de pontos	Risco em 10 anos		Total de pontos	Risco em 10 anos	
<0	<1		<9	<1	
0	1		9	1	
1	1		10	1	
2	1		11	1	
3	1		12	1	
4	1		13	2	
5	2		14	2	
6	2		15	3	
7	3		16	4	
8	4		17	5	
9	5		18	6	
10	6		19	8	
11	8		20	11	
12	10		21	14	
13	12		22	17	
14	16	Risco em 10 anos:	23	22	Risco em 10 anos:
15	20		24	27	
16	25		≥25	≥30	
≥17	≥30	%			%

Fonte: (BRASIL, 2010, p. 46).

Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos: _____

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA RESPONSÁVEL PELO PROJETO MATRICIAL

Termo de Autorização para a Utilização de Banco de Dados

Eu, **Maria Denise Schimith**, professora doutora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), declaro para os devidos fins, que autorizo a pesquisadora **Enfermeira Mestranda Lara Castilhos**, o uso banco de dados para coleta de dados da pesquisa *“Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria - RS.”* aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE n. 60159416.2.0000.5346. Tal formulário será utilizado como base para construção dos dados e análise da pesquisa *“Necessidades de cuidado de mulheres em climatério com hipertensão: possibilidades de atuação do enfermeiro”* que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, como produto final de Dissertação de mestrado.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento por parte das pesquisadoras dos requisitos da Resolução 466/12 item III. 2-i e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o anonimato e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Santa Maria, Outubro de 2018.



Profª Dra Maria Denise Schimit