



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida



CrossMark

Eduarda Rezende Freitas*, **Altemir José Gonçalves Barbosa**, **Gabriela de Andrade Reis**, **Raiana Forte Ramada**, **Laura Coelho Moreira**, **Lívia Batista Gomes**, **Isabel das Dores Vieira** e **Júlia Magna da Silva Teixeira**

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 21 de dezembro de 2015

Aceito em 5 de janeiro de 2016

On-line em 2 de março de 2016

Palavras-chave:

Climatério

Educação em saúde

Qualidade de vida

R E S U M O

Objetivo: Avaliar os efeitos de um processo multidisciplinar de educação em saúde (ES) na qualidade de vida (QV) de mulheres climatéricas.

Métodos: Fez-se uma pesquisa quase experimental com 14 mulheres entre 40 e 65 anos. Sete compuseram o grupo controle (GC) e as restantes formaram o grupo experimental (GE), submetidas à ES. Fizeram-se seis encontros semanais de 90 minutos cada, um total de nove horas. A fim de analisar a QV das participantes, usou-se o WHOQOL-bref – medida elaborada pela Organização Mundial de Saúde – para pré e pós-testes. Esse instrumento avalia quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e a QV global.

Resultados: Verificou-se diferença significativa entre os grupos no domínio relações sociais, ocorreu aumento desse fator no GE e diminuição no GC.

Conclusões: Apesar de positivo, esse resultado revela a importância de avaliar se processos de ES promovem QV em seus vários domínios. Devido ao caráter preventivo e de promoção de saúde, a ES deve ser alvo constante de pesquisas para que tecnologias educacionais capazes de promover a saúde da mulher climatérica, sobretudo a QV, sejam desenvolvidas e aprimoradas.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados.

Health education for climacteric women: impacts on quality of life

A B S T R A C T

Aims: Evaluate the effects of a multidisciplinary process of health education (HE) on quality of life (QoL) of climacteric women.

Methods: A quasi-experimental research with 14 women between 40 and 65 years old was carried out. Seven comprised the control group (CG) and the others formed the experimental group (EG), subjected to the HE. Six weekly sessions of 90 minutes each were performed,

Keywords:

Climacteric

Health education

Quality of life

* Autor para correspondência.

E-mail: duda_2504@hotmail.com (E.R. Freitas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.005>

1413-2087/© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

with a total of nine hours. To assess the QoL of the participants, it has been used the WHOQOL-bref - elaborated by the World Health Organization - for pre and post-tests. This instrument assesses four domains (Physical, Psychological, Social Relationships and Environment) and global QoL.

Results: There was a significant difference between groups in the Social Relationships domain, causing an increase of this factor in the EG and decrease in the CG.

Conclusions: Although positive, this result reveals the importance of assessing whether the HE processes promote QoL in their various domains. Due to its preventive and health promotion character, the HE should be the subject of constant research in order to develop and improve educational technologies to promote health of the climacteric women, especially QoL.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A assistência integral à saúde da mulher pautada em políticas públicas é um tema relativamente novo em âmbito nacional. A atenção em saúde às mulheres teve início nos primeiros anos do século XX e se restringia à saúde materna e aos agravos reprodutivos. Foi somente a partir da década de 1980, com a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que a atenção em saúde pôde ser dirigida a todas as mulheres e atender às várias fases de sua vida.¹

Há uma etapa do curso de vida da mulher cujas especificidades têm atraído bastante atenção de pesquisadores e profissionais de saúde; trata-se do climatério, que pode ser compreendido como a fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, compreendida, geralmente, entre os 40 e 65 anos.² É nesse período que ocorre a menopausa, ou seja, a última menstruação.

O estudo sistemático a respeito do climatério é bastante recente. Assim, ainda é possível encontrar concepções equivocadas a respeito dessa fase, como, por exemplo, o uso do termo como sinônimo de menopausa e a concepção de que o climatério é uma doença cujos sintomas devem ser medicados.³

As alterações na vida da mulher climatérica transcendem a sintomatologia clínica, como fogachos e aumento do risco para doença cardiovascular, que podem advir da redução significativa na produção de hormônios sexuais femininos pelos ovários.^{2,4} Crescimento dos filhos e sua saída de casa, mudanças no corpo, velhice que se aproxima, relacionamento com pais idosos, perda de parentes e mudança na vivência da sexualidade⁵ constituem algumas das modificações que afetam o dia a dia da mulher climatérica. Por ser um período permeado por várias mudanças biopsicossociais no qual a mulher vivenciará cerca de 1/3 da sua vida, investigações a respeito dessa fase, especialmente no que se refere à qualidade de vida (QV), tornam-se cada vez mais relevantes.¹

Apesar do uso corriqueiro da expressão QV, são várias as definições empregadas no meio científico para esse construto. Não obstante, a Organização Mundial de Saúde⁶ (p. 1.405) a define como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, entende-se QV como

um construto multidimensional, que é influenciado por fatores biopsicossociais e varia de acordo com o contexto de vida.⁴ No que se refere às mulheres climatéricas, observa-se que suas atitudes e percepções frente à menopausa também influenciam seu estado emocional nessa fase⁷ e podem interferir, portanto, em sua QV.

A intervenção educacional com mulheres climatéricas é uma importante ferramenta de promoção de QV. A educação em saúde (ES) para mulheres representa um dos recursos com maior capacidade de gerar impactos positivos para a saúde feminina,⁸ contribui para maior cuidado pessoal, mudança de crenças negativas a respeito do envelhecimento feminino e esclarecimento de dúvidas sobre o climatério e a menopausa.³

ES pode ser definida como uma combinação de experiências de aprendizagem planejadas para ajudar indivíduos e comunidades na melhoria de sua saúde, aumentar seu conhecimento e influenciar suas atitudes.⁹ Essa prática deve transcender as atividades “formais” de educação, baseadas na relação de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica, promovida por aqueles “que sabem” em direção “aos que desconhecem”.¹⁰ Para tanto, no caso das mulheres climatéricas, devem-se considerar suas percepções, crenças e vivências para, então, educá-las sobre as mudanças e consequências atreladas ao climatério.^{4,10,11}

Além da transmissão de informações e da aquisição de comportamentos saudáveis,¹⁰ as práticas educativas em saúde devem propiciar a formação de consciência crítica a respeito da saúde, da “realidade” e das possibilidades de se organizarem e promoverem mudanças individuais e coletivas.¹⁰ A National Academy on Women's Health Medical Education¹¹ destaca, ainda, a importância do trabalho multidisciplinar no campo da saúde da mulher. Isso se torna especialmente relevante devido às indagações que têm sido feitas se os sintomas característicos do climatério e o comprometimento da QV estariam associados somente ao hipostrogenismo ou, também, a fatores psicossociais.⁷ Como exemplo, menciona-se que a visão negativa que se tem sobre climatério e menopausa na cultura ocidental está comumente associada às ideias de declínio e velhice.¹²

Kantoviski e Vargens (2010)¹³ assinalam que, além dos medicamentos, devem ser apresentadas às mulheres outras

formas de cuidado com o corpo e a saúde. A ES, por exemplo, permite que as mulheres climatéricas reconheçam seus direitos enquanto cidadãs e tenham a liberdade para escolher a melhor opção para si. Segundo esses autores, com a desmedicalização, as mulheres climatéricas deixam de ser passivas perante os medicamentos e se tornam ativas na escolha de prioridades e na tomada de decisões para a própria vida. Ressalta-se, no entanto, a importância da terapia hormonal no controle sintomatológico em casos específicos.¹⁴

Apesar da contemporaneidade dos estudos científicos sobre o climatério, na década de 1990 já havia pesquisas^{15,16} que atestavam a efetividade da ES para mulheres nessa fase de vida. Na década seguinte, resultados positivos continuaram a ser obtidos. Cunha Netto (2002)¹⁷ fez uma intervenção psicológica em um grupo de mulheres climatéricas a fim de avaliar, entre outras variáveis, a QV. Observou, após a intervenção, melhoria significativa no domínio meio ambiente da QV avaliada com o WHOQOL-bref. Cunha Netto e Gorayeb (2005)¹² analisaram técnicas grupais análogas às usadas nessa intervenção e evidenciaram que elas promovem integração entre as participantes e vivências positivas e melhoraram, assim, a QV.

Martins e Barreto (2007)¹⁸ fizeram um estudo com mulheres entre 40 e 60 anos, também por meio de intervenções grupais. Cada grupo era coordenado por uma equipe multidisciplinar e passou por 12 intervenções. Embora os objetivos principais envolvessem comparar um grupo controle e um grupo experimental quanto aos procedimentos médicos mais usados antes, durante e após a intervenção e ao uso do convênio médico, verificou-se, também, maior conscientização e autoconhecimento das mulheres do grupo experimental, o que sugere seu papel ativo na busca por melhores condições de saúde e maior QV.

Santos et al. (2007)¹⁹ investigaram 41 mulheres climatéricas para avaliar, entre outras variáveis, a QV. Identificaram correlação negativa entre sintomatologia climatérica e QV, avaliada por meio do Questionário da Saúde da Mulher. Desse modo, recomendam a participação das mulheres em grupos de ES, pois se trata de uma importante estratégia de promoção da QV.

Mais recentemente, Doubova et al. (2011)²⁰ apresentaram um modelo integrativo de assistência à saúde voltado para mulheres climatéricas. Essa forma de intervenção ocorre com a colaboração de uma equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros e psicólogos – e das próprias mulheres, promove cuidados preventivos e visa a incorporar estratégias cognitivo-comportamentais. Dentre outros resultados, ocorreu aumento da capacidade para reconhecer necessidades e para resolver problemas, o que as tornou protagonistas das próprias vidas.

A partir do cenário exposto, verifica-se que a atenção em saúde para mulheres, especialmente por meio de práticas de ES, tem como foco principal ou como um de seus desdobramentos a promoção da QV. De Lorenzi e Bacarat (2005)³ afirmam ser consensual que a QV seja o norteador de qualquer intervenção nessa fase da vida da mulher. No entanto, pouco tem sido pesquisado se, de fato, essas intervenções são eficientes. Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar as implicações de um processo de ES na QV de mulheres no climatério.

Material e métodos

Participantes

Participaram do quase experimento 14 mulheres. Metade delas constituiu o grupo experimental (GE) e a outra metade compôs um grupo controle (GC). Ambos foram formados de modo não probabilístico. Ressalta-se que o GC foi pareado ao GE com base nas variáveis idade, escolaridade e estado civil.

Todas as participantes estavam no climatério, isto é, tinham entre 40 e 65 anos ($m = 51,7$; $DP = 4,9$). Quanto ao estado civil, 85,7% ($n = 12$) estavam casadas e duas (14,3%) eram divorciadas. Com relação à escolaridade, 42,9% ($n = 6$) tinham Ensino Fundamental incompleto, 21,4% ($n = 3$) concluíram esse nível de ensino, 21,4% ($n = 3$) terminaram o Ensino Médio e 14,3% ($n = 2$) tinham Ensino Superior incompleto. Observou-se que os dois grupos eram equivalentes quanto à idade ($t(12;14) = -0,53$; $p = 0,61$), à escolaridade ($\Phi = 0,22$; $p = 0,88$) e ao estado civil ($\Phi = 0,28$; $p = 0,58$).

Material

A fim de avaliar a QV, pré e pós-testes, foi usada a versão validada para o contexto brasileiro²¹ do WHOQOL-bref, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a QV.²² Ele contém 24 questões que medem quatro domínios: 1) físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); 2) psicológico (sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais); 3) relações sociais (relações pessoais, suporte social e vida sexual); e 4) meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais – disponibilidade e qualidade –, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico – poluição/ruído/trânsito/clima – e transporte). Além disso, contém duas questões gerais que permite avaliar a QV global. Para cada questão, as respostas variam de um a cinco pontos. Apesar de o WHOQOL-bref não ser um instrumento desenvolvido especificamente para a população climatérica, ele permite avaliar a QV de maneira geral e apresenta evidências de validade convergente com outros instrumentos específicos para mulheres nessa fase.²³

Usaram-se, também, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e um questionário para caracterização da amostra. Ele foi aplicado somente no pré-teste e contém questões sobre variáveis demográficas, como idade, escolaridade e estado civil.

Procedimento

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer número 0292.0.180.000-11, as participantes foram selecionadas acidentalmente. Coletou-se um TCLE de todas, nenhuma das mulheres contatadas se recusou a participar do estudo.

Tabela 1 – Estrutura dos encontros da ES

Encontro	Especialidade	Conteúdo	Técnica ^a
• 1º	• Serviço Social	• Estrutura e funcionamento da ES • Direitos dos usuários do SUS	• Experimentação • Expositiva • Interrogativa
• 2º	• Medicina	• Aspectos clínicos do climatério • Conceito • Manifestações • Diagnóstico • Tratamento • Vida sexual	• Expositiva • Interrogativa
• 3º	• Psicologia	• Aspectos psicossociais do climatério • Aposentadoria • Envelhecimento • Humor (sintomas depressivos, ansiosos, alterações do humor) • Lazer • “Síndrome do ninho vazio” • Rede social • Sexualidade • Vitalidade	• Experimentação • Interrogativa
• 4º	• Nutrição	• Alimentação saudável no climatério • Comportamentos • Nutrientes essenciais • Recomendações nutricionais	• Expositiva • Interrogativa
• 5º	• Educação Física	• Atividade física no climatério • Atividades aeróbicas • Atividades anaeróbicas • Exercícios que podem ser feitos em casa	• Expositiva • Experimentação • Interrogativa
• 6º	• -	• Ser mulher e a vivência do climatério	• Expositiva

^a Classificação baseada em Hilst (1994).²⁴

O GE foi composto por mulheres climatéricas que participaram de um processo de ES com duração de seis semanas, foi um encontro semanal de 90 minutos, com carga horária total de nove horas. A equipe responsável pelo projeto foi composta por profissionais, residentes e alunos de graduação de cinco especialidades: serviço social, medicina, psicologia, nutrição e educação física. Cada uma delas foi responsável por um encontro, incumbiu-se de compartilhar informações a respeito do climatério, referentes à sua área, e de criar espaços coletivos para troca de experiências e informações entre participantes e profissionais. No sexto encontro foram feitas uma peça de teatro a respeito dessa fase da vida e atividades de confraternização (tabela 1).

A divulgação dessa atividade educacional foi feita por meio de diferentes meios de comunicação (p. ex., rádios e jornais) que informaram um contato para que as mulheres climatéricas interessadas pudessem se inscrever. A opção pela quantidade de mulheres para participar da ES foi feita baseada em dois aspectos: logístico e, especialmente, a fim de proporcionar que as mulheres participassem mais efetivamente do encontro e que os conteúdos fossem mais bem trabalhados.

O GC foi composto por mulheres atendidas em um ambulatório de climatério. Elas foram abordadas acidentalmente na sala de espera, informadas sobre o estudo e seus aspectos éticos e convidadas a participar da investigação.

Tanto para o GE quanto para o GC fez-se o pré-teste logo após a obtenção do TCLE. No primeiro caso esse procedimento foi feito imediatamente antes do primeiro encontro da intervenção. O pós-teste foi feito no mesmo período para ambos os grupos, ou seja, seis semanas após o pré-teste, no

fim do processo de ES. Ressalta-se que, para o GC, essa segunda coleta de dados ocorreu por telefone.

Após tabulação, os dados foram submetidos a um tratamento estatístico informatizado. Foram empregadas estatísticas descritivas e inferenciais, no último caso adotou-se um nível de significância de 5% para as análises de variância e para os testes t.

Resultados

A tabela 2 apresenta os escores médios da QV pré e pós-teste para os grupos avaliados. Para verificar se a ES influenciou a QV de mulheres no climatério, fizeram-se análises de variância com um fator de dois níveis (ter participado da intervenção, condição experimental/não ter participado da intervenção, condição controle) para cada domínio da medida de QV. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para os domínios físico ($F(1;14)=0,15$; $p=0,71$), psicológico ($F(1;14)=0,12$; $p=0,74$), meio ambiente ($F(1;14)=0,01$; $p=0,95$) e QV global ($F(1;14)=1,15$; $p=0,31$). Constatou-se diferença significativa no domínio relações sociais ($F(1;14)=17,02$; $p<0,05$).

Ao se retirar o efeito desse domínio na Ancova, observou-se que houve mudança nesse fator tanto para o GE ($t(6;7)=-3,05$; $p<0,05$) quanto para o GC ($t(6;7)=3,52$; $p<0,05$) do pré para o pós-teste. No GE houve incremento do domínio relações sociais e no GC diminuição desse fator. É preciso mencionar que os escores desse domínio eram equivalentes para os dois grupos tanto no pré-teste ($t(12;14)=-1,11$; $p=0,29$) quanto no pós-teste ($t(12;14)=1,02$; $p=0,34$).

Tabela 2 – Resultados do WHOQOL-bref pré e pós-intervenção

Domínios do WHOQOL-bref	Grupos			
	GE ^a		GC ^a	
	M	DP	M	DP
Físico – Pré-teste	12,82	1,18	13,22	2,27
Físico – Pós-teste	13,28	1,24	13,16	1,55
Psicológico – Pré-teste	13,91	1,87	13,14	2,17
Psicológico – Pós-teste	14,15	0,94	13,43	2,51
Relações sociais – Pré-teste	13,00	2,38	14,97	4,05
Relações sociais – Pós-teste	14,52	1,59	12,76	4,28
Meio ambiente – Pré-teste	12,37	1,91	12,64	1,91
Meio ambiente – Pós-teste	12,02	2,19	12,14	1,82
Global – Pré-teste	12,57	0,98	14,00	3,06
Global – Pós-teste	13,14	1,95	14,29	1,38

^a n = 7.

Discussão

São reconhecidas a diversidade de necessidades em saúde com que as mulheres se deparam ao longo da vida e a importância de permitir que participem de forma esclarecida de seus processos de atenção em saúde.⁴ Isso é especialmente importante para a mulher no climatério, fase que abrange cerca de 1/3 de sua vida¹ e é repleta de mudanças biopsicossociais⁵ que, se vivenciadas de maneira inadequada, podem comprometer sua QV.⁴

A ES se configura, assim, como uma opção eficaz e que pode apresentar efeitos positivos na saúde feminina.⁸ Nesta investigação, a participação em um processo educacional em saúde contribuiu para a melhoria significativa no domínio relações sociais da QV, que compreende as relações pessoais, o suporte social e a vida sexual. A relevância desses aspectos é reconhecida em várias etapas do curso de vida (p. ex., Oliveira, Jesus, Merighi, 2008;²⁵ Pio, Oliveira, 2014;²⁶ Ramos, 2002²⁷).

Desse modo, é essencial que a ES com mulheres climatéricas oriente suas intervenções para, dentre outros aspectos, contribuir para a promoção e manutenção das relações sociais e do suporte social das participantes, bem como proporcionar espaços para discussões sobre sexualidade, ressaltar suas especificidades no climatério. Ressalta-se que, no processo de ES analisado neste estudo, o tema da sexualidade foi abordado diretamente em dois encontros, sob os enfoques da medicina e da psicologia.

Ainda que o resultado observado no GE tenha sido positivo, ele deve ser analisado com cautela, uma vez que, após análises dentre participantes, observou-se o inverso com o GC, isto é, houve uma diminuição do domínio relações sociais nas mulheres desse grupo. É possível propor algumas hipóteses que ajudam na compreensão desses resultados. De modo geral, elas dizem respeito às propriedades psicométricas da medida usada para avaliar a QV ou as variáveis não controladas nesta investigação.

As propriedades psicométricas do domínio relações sociais do WHOQOL-bref²¹ apresentam algumas limitações. Fleck et al. (2000),²¹ ao testar o WHOQOL-bref em uma amostra brasileira, verificaram que esse fator foi o único que

não demonstrou validade discriminante. Canavarro et al. (2007)²⁸ observaram que a versão para o português europeu do WHOQOL-bref também demonstrou fragilidade na consistência interna para esse domínio. Assim, ele pode ser considerado como o menos estável do ponto de vista psicométrico, o menor número de questões (três) explicaria, em parte, essa limitação.^{21,28} Sugere-se, portanto, que outros experimentos usem mais de uma medida de QV, especialmente aquelas que permitam uma avaliação paralela e/ou complementar dos relacionamentos sociais.

Quanto às variáveis não controladas, merece destaque o fator grupo, pois o aumento do domínio relações sociais na QV das participantes do GE pode estar relacionado, em parte, com o uso do formato grupal no processo de ES. O trabalho coletivo viabiliza a troca de experiências entre as participantes e permite que elas percebam que “não estão sozinhas”.¹² Essa percepção aliada ao uso de dinâmicas de grupo e espaços de confraternização pode ter facilitado a integração entre as participantes e contribuído para a melhoria do domínio relações sociais. Ressalta-se, porém, que no estudo de Cunha Netto (2002)¹⁷ a intervenção grupal com mulheres climatéricas não promoveu esse fator. Assim, recomenda-se que mais experimentos em ES sejam feitos e comparem, por exemplo, intervenções grupais e individuais e/ou tenham grupos controles ativos.

Todavia, o fator grupo não é capaz de explicar a diminuição da QV no domínio relações sociais no GC. Desse modo, entram em cena outras variáveis não controladas, como problemas conjugais e/ou em outras relações sociais, que atuaram como variáveis intervenientes entre o pré e o pós-teste, potencializadas pelo tamanho reduzido da amostra e rebaixaram a QV das participantes. Contudo, sabe-se que esse tipo de variável pode estar presente em ambos os grupos.

Além das características da medida usada e da modalidade grupal de intervenção, é preciso considerar, na análise dos resultados obtidos, as técnicas adotadas, a duração e o caráter unidisciplinar ou multidisciplinar da ES. Nesse sentido, cumpre mencionar que os resultados desta investigação divergem dos obtidos por Cunha Netto (2002).¹⁷ A autora constatou melhoria significativa somente no domínio meio ambiente para as participantes do GE. Apesar da semelhança entre os dois estudos, por exemplo, a feitura de uma intervenção grupal com mulheres no climatério e a avaliação da QV com o WHOQOL-bref²¹ (pré e pós-teste), há diferenças significativas entre eles. A intervenção aqui descrita é notadamente um processo de ES, que contou com o trabalho de uma equipe multidisciplinar; já o estudo de Cunha Netto (2002)¹⁷ consistiu, basicamente, em uma intervenção psicológica. Além disso, durou o dobro de tempo do usado neste estudo.

É necessário reafirmar que se a ES almeja a melhoria de aspectos de saúde mais complexos, como é o caso da QV, ela deve ultrapassar o “caráter didático” de somente transmitir informação.¹⁰ Especificamente, no caso das mulheres climatéricas, é preciso usar técnicas que considerem suas crenças, suas vivências e seus sentimentos.^{4,11} Para tanto, o fator tempo é crucial. No estudo de Martins e Barreto (2007),¹⁸ as participantes mencionaram a duração reduzida da intervenção e a falta de maior aprofundamento dos temas discutidos como alguns dos aspectos negativos das atividades. Isso também pode ter influenciado a melhoria limitada da QV

observada neste estudo, que, reitera-se, contou apenas com seis encontros semanais de 90 minutos cada. Não obstante, ao propor uma intervenção mais duradoura – três meses – e com carga horária ampliada – 18 horas –, Cunha Netto e Gorayeb (2005)¹² tiveram problemas de absenteísmo e evasão.

Tem-se, portanto, um aparente impasse, uma vez que, por um lado, ES eficiente e eficaz parece demandar intervenções mais duradouras e, por outro, o aumento da duração pode obstaculizar ou, até mesmo, impedir o trabalho. De todo modo, mais estudos são necessários para desenvolver tecnologias educacionais em saúde que atinjam um número amplo de mulheres climatéricas em um tempo justo e que promovam QV em seus vários domínios.

Ainda no que diz respeito às limitações relacionadas ao tempo, assinala-se a necessidade de delineamentos experimentais em ES, especialmente daqueles que testem os efeitos dessa intervenção na QV, façam uso de pós-teste tardio. Liao e Hunter (1998)¹⁶ e Hunter e O'Dea (1999),¹⁵ por exemplo, observaram resultados positivos de uma experiência de ES, mas os pós-testes só foram feitos três, 15 e 60 meses após a intervenção. Ressalta-se, entretanto, que esses estudos não tiveram como foco a promoção da QV, foram analisadas outras variáveis, como conhecimento e aspectos emocionais e práticos da menopausa.

Considerações finais

Com o aumento da expectativa de vida e o processo de feminização da velhice observado no Brasil, um número cada vez maior de mulheres vivencia o climatério⁴ e tem procurado serviços de saúde com queixas relacionadas a essa fase.²⁹ Todavia, ainda são poucos os estudos sobre a QV no climatério^{1,7,18} e raros os experimentos que avaliam as implicações da ES na QV nessa fase. Assim, torna-se fundamental desenvolver tecnologias de ES capazes de promover QV no climatério.

Nesta investigação, observou-se um aumento na QV no fator relações sociais para as mulheres que participaram do processo de ES, enquanto que para as participantes do GC verificou-se o inverso. Apesar das limitações deste estudo, como o número reduzido de participantes e a alocação não aleatória das mulheres entre os dois grupos, os resultados deste e de outros experimentos (p. ex., Cunha Netto, 2002¹⁷) demonstraram que o uso de ES para a promoção da QV de mulheres climatéricas é um processo intrincado e trabalhoso, que é afetado por um número expressivo de variáveis, como a duração das intervenções, as estratégias educacionais adotadas, o formato grupal ou individual e as medidas usadas. Porém, trata-se de um empreendimento possível e, devido ao seu caráter de prevenção de doenças e promoção da saúde, deve ser parte fundamental da atenção integral em saúde às mulheres.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Sousa JDL, Zveiter M, Almeida VLMD, Menezes HFD, Mara G, Alves R. Educação em saúde como ferramenta à mulher no climatério: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Pesq.: Cuid Fundam.* 2012;4:2616–22.
2. Polisseni AF, Alves ACR, Miranda DB, Pires LS, Benfca TMS, Nunes TR. Viver Melhor: uma experiência de educação em saúde no climatério. *Rev APS.* 2008;11:207–12.
3. De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina.* 2005;33:899–903.
4. De Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm.* 2009;62:287–93.
5. Poli MEH, Schwanke CHA, Cruz IBM. A menopausa na visão gerontológica. *Sci Med.* 2010;20:176–84.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 10:1403–09.
7. De Lorenzi DRS, Bacarat EC, Saciloto B, Padila Jr I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:312–7.
8. Garcia FAR, Freund KM, Berlin M, Digre KB, Dudley DJ, Fife RS, et al. Progress and priorities in the health of women and girls: a decade of advances and challenges. *J Womens Health.* 2010;19:671–80.
9. World Health Organization. Health education [Internet]. [acesso em 2014 jan 15]. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_education/en/.
10. Flores AO. Educação em saúde numa perspectiva transformadora. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde, organizadores. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa; 2007. p. 7-15.
11. Donoghue GD. Women's health in the curriculum: a resource guide for faculty. Philadelphia: National Academy on Women's Health Medical Education; 1996.
12. Cunha Netto JR, Gorayeb R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. *Paideia (Ribeirão Preto).* 2005;15:277–85.
13. Kantoviski ALL, Vargens OMC. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *REE.* 2010;12:567–70.
14. Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F, Heiman JR, et al. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2008;15:584–602.
15. Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Educ Couns.* 1999;38:249–55.
16. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas.* 1998;29:215–24.
17. Cunha Netto JR. Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
18. Martins V, Barreto JM. Grupo dinâmicas do climatério e menopausa: impactos de um programa de promoção da saúde. X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC; 2007; João Pessoa.
19. Santos LM, Eserian PV, Rachid LP, Cacciatore A, Bourget IMM, Rojas AC, et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Revista APS.* 2007;10:20–6.

20. Doubova SV, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S, Infante C, Pérez-Cuevas R. Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. *BMC Womens Health*. 2011;11:1-10.
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000;34: 178-83.
22. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment. Psychol Med* 1998; 28:551-58.
23. Lima JEM, Palacios S, Wender MCO. Quality of life in menopausal women: a brazilian portuguese version of the Cervantes Scale. *Scientific World J*. 2012:1-5.
24. Hilst VLS. A tecnologia necessária: uma nova pedagogia para os cursos de formação de nível superior. Piracicaba: Editora da Unimep; 1994.
25. Oliveira DMD, Jesus MCPD, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17:519-26.
26. Pio DAM, Oliveira MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:313-24.
27. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002;4:156-75.
28. Canavarro M, Simões A, Pereira M, Serra A, Rijo D, Quartilho MJ, et al. WHOQOL-Bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L, editors. *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto; 2007. p. 77-100.
29. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2002;36:484-90.