

## Percepción de estudiantes de medicina en Maceió, Alagoas, Brasil, sobre la atención a la mujer en el climaterio

### Perception of medical students in Maceió, Alagoas and Brazil on care for women in climateric

Lúcia de Fátima Passos,<sup>I</sup> Rosana Brandão Vilela,<sup>I</sup> Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho,<sup>I</sup> Raquel Schwenck de Mello Vianna,<sup>II</sup> Wellington Danilo Soares,<sup>III</sup> Daniel Antunes Freitas<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Maceió, Alagoas, Brasil.

<sup>II</sup> Universidad Federal de los Vales de Jequitinhonha y Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

<sup>III</sup> Universidad Estatal de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el climaterio es un periodo especial en la vida de la mujer por lo que debe recibir un trato diferenciado en la Atención en Salud. Para tanto, el proceso de formación de médicos debe ofrecer prácticas que aborden, de manera específica esta situación.

**Objetivo:** analizar prácticas en Unidades de Salud da Família en relación con las competencias generales a cerca de las mujeres en climaterio.

**Métodos:** fue un estudio cuantitativo, se tuvo como sujetos los alumnos de la escuela de medicina. La fuente de información utilizada en el estudio fue un instrumento de percepción de tipo Likert.

**Resultados:** los resultados mostraron que las prácticas posibilitaron el desarrollo de competencias cognitivas y parte de las competencias técnicas necesarias para la atención a las mujeres en climaterio. Fueron encontradas limitaciones en la oportunidad de los avances para habilidades tales como: la realización del examen físico general, ginecológico y citopatológico; orientación sobre nutrición y factores de riesgo, tales como alcohol y tabaco, así como la discusión de la indicación de la terapia de reemplazo hormonal para esta fase de la mujer. La dimensión integrativa relacional apareció como el área más crítico de la etapa. En esta dimensión es muy visible la limitación de entorno multidisciplinar para el cuidado de las mujeres en el

climaterio y la capacidad de integrar los datos epidemiológicos, tendencias y riesgos para la toma de decisiones.

**Conclusiones:** estos resultados demuestran que aunque hay señales de ruptura con los paradigmas tradicionales de la formación médica, las grandes oportunidades de práctica médica en las Unidades de Salud da Familia, junto a la mujer en climaterio, son todavía centradas sobre la cognición.

**Palabras clave:** internado; climaterio; atención primaria de salud.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The climacteric is a special period in the life of the woman being that this should receive differential treatment in health care. For both, the process of training doctors should offer practices to address, specifically this situation.

**Objective:** This study has the objective to know any limits on the USF stage in the development of general skills necessary to care for women during the climacteric.

**Method:** This is a quantitative study, with the subjects of the boarding students of medical school. The source of information used in the study was an instrument of perception Likert.

**Results:** The results showed that the stage has enabled the development of cognitive skills and some of the technical skills required to care for women during the climacteric. There were limitations on the opportunity to progress to skills such as conducting general physical examinations, gynecological and pap smear; nutrition guidance and risk factors such as alcohol and tobacco, as well as the discussion of the indication of hormone replacement therapy for this phase of the woman. Finally, the integrative-relational dimension proved to be the most critical area of the stage. This dimension is very visible limiting environment for multidisciplinary care for women in climacteric, and the ability to integrate epidemiological data, trends and risks to decision-making.

**Conclusion:** These results show that although there are signs of a break with the traditional paradigms of medical education, the greatest opportunities for medical practice at Family Health Unit, near the women in climacteric, are still focused on cognition.

**Keywords:** Boarding; Climacteric; Primary Health Care.

---

## INTRODUCCIÓN

Aunque el climaterio sea mencionado en textos escritos por Aristóteles (384-322 a.C), hasta hace pocas décadas, la condición de la mujer "en menopausia" en pocas veces se hacía pública, debido al constreñimiento que eso causaba, haciéndose que se conociera poco sobre sus necesidades y demandas. En parte, la poca atención que se prestaba al climaterio en el pasado, se debió a la menor expectativa de vida de la mujer, pues pocas vivían lo suficiente para llegar a esta fase de la vida.

Brasil, como otros países de América Latina atraviesa un proceso de acelerado e intenso envejecimiento de la población, con una clara tendencia a la feminización.

Entre 1980 y 2000, la proporción de los brasileños con más de 60 años aumentó de 6,1 % a 8,6 % y debe llegar al 14 % para el año 2025, que representa una de las mayores poblaciones de ancianos en el mundo.<sup>1</sup> También destacamos que la expectativa de vida varía entre los géneros de los individuos, porque, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), las mujeres brasileñas tienen una esperanza de vida de alrededor de ocho años más que los hombres.<sup>2</sup>

Se define como climaterio el fenómeno endócrino resultante del agotamiento de los folículos ováricos que ocurre en todas las mujeres de mediana edad. Comienza entre 35 y 40 años, extendiéndose a los 65 años, caracterizado por un estado de hipoestrogenismo progresivo.<sup>3-5</sup>

Frente a esta nueva realidad demográfica y resultados de la investigación, la asistencia al climaterio ha sufrido un gran cambio de paradigmas en búsqueda de una asistencia más integral y humanizada. En consecuencia, el conocimiento de las condiciones de salud de esas mujeres, sus demandas de servicios médicos y las necesidades sociales se ha convertido en más que nunca una prioridad para la formulación de las políticas de salud dirigidas a un envejecimiento femenino más saludable, menos costoso y más calidad de vida.<sup>1</sup>

En este contexto, el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) del Ministerio de Salud, creada en 1983, ha contribuido a promover la mejora de las condiciones de vida y de salud de las mujeres brasileñas, a través de la garantía de los derechos establecidos en ley y la expansión del acceso a los medios y servicios de promoción, prevención, asistencia y recuperación de la salud en todo el territorio brasileño, e incluso, ampliar, calificar y humanizar la atención integral a la salud de las mujeres en el Sistema Único de Salud. Por todo ello, proporcionar atención integral a la salud de la mujer en el climaterio, es la responsabilidad de los gestores locales, estatales y de los profesionales de la salud que trabajan en equipos de la Salud de la Familia. Esto hace que la atención básica sea un lugar privilegiado en la formación de profesionales de la salud, entre ellos, el médico.

La consideración de la atención primaria como nivel adecuado de formación profesional para los estudiantes de Medicina está determinada por el hecho de que, en la comunidad, el estudiante está en una posición privilegiada para aprender actividades preventivas, comprender la realidad del proceso salud-enfermedad y su enfoque holístico, así como la complejidad y la importancia de la relación médico-paciente y de la longitud de la atención, además de cómo entender el enfoque de las enfermedades prevalentes, tanto agudas como crónicas.<sup>6</sup> Este escenario es esencial para cumplir con las Directrices Curriculares Nacionales, basadas en conocimientos generales y el compromiso social.<sup>7</sup>

El uso del concepto de competencias en el campo de la educación ha surgido como un elemento clave cuando delinea un currículum, de acuerdo con una propuesta de enseñanza, en la educación continuada y en la evaluación.<sup>8</sup> Mostrándose así, de forma sintética y simplificado las definiciones encontradas en la literatura mundial, competencia es descrita como un escenario complejo en el cual produce la interacción de conocimientos, habilidades y actitudes para la realización de una actividad.<sup>9</sup>

Al llevar la discusión a la esencia de esta investigación, con respecto a la educación en la salud y más foco en la enseñanza médica, resulta que la enseñanza en la graduación médica debe promover el establecimiento de competencias generales y específicas necesarias al profesional que se pretende capacitar para la atención integral a la salud de los individuos y de la comunidad.<sup>10</sup>

Maceió es la capital del estado de Alagoas y está ubicada en la región brasileña que presenta los peores índices de desarrollo humano. El noreste de Brasil tiene tasas desfavorables en varios indicadores de salud: alta mortalidad infantil, la baja cobertura en el acceso a servicios de salud, los bajos niveles de saneamiento, entre otros problemas. Maceió tiene una población alrededor de 1.200.000 habitantes; pero, sólo el 30 % es atendido por la Atención de Salud Primaria. Además de presentar un desarrollo económico basado en la producción de azúcar y alcohol, tiene un gran potencial turístico por estar en la región costera.

En las últimas décadas, varias escuelas médicas alrededor del mundo han elaborado sus currículos basados en competencias profesionales generales y, en Brasil, el gobierno ha publicado Directrices Curriculares para el curso de Medicina que han fomentado esta práctica.<sup>10-12</sup>

Por lo tanto, bajo la perspectiva de la formación para la integralidad de la atención a la salud, con foco en la atención a las mujeres en climaterio, comprobándose el propuesto por el Ministerio de Salud de Brasil en el cuidado de esta mujer en la Atención Primaria a la Salud, esta investigación pretende conocer posibles límites de las prácticas en las Unidades de Salud da Família (USF) en relación con el desarrollo de competencias generales, indispensables para la atención a la mujer en climaterio, en su totalidad.<sup>13,14</sup>

## MÉTODOS

El presente estudio, desarrollado de acuerdo a un enfoque metodológico cuantitativo y descriptivo, correspondió a las directrices y normas reglamentarias para la investigación con seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Alagoas e identificado por el CAAE: 17837013.0.0000.5013.

La encuesta fue realizada en un curso de graduación en Medicina, en una institución pública en la región noreste del país, en la ciudad de Maceió, estado de Alagoas, en el año 2013. Hay en esta institución financiamiento y dirección administrativa del Ministerio de Educación de Brasil y recibe a alumnos de todas las regiones brasileñas, de América del Sur y Central y de países de África. El curso de Medicina está dividido en 12 períodos de seis meses cada, con un total de 6 años de formación básica en Medicina. Está formado por 240 académicos, siendo 20 en cada período, la mayor parte de mujeres.

El currículo de este curso integra conocimientos básicos y clínicos, manteniéndose un entrelazamiento de aprendizaje de los sistemas y ciclos de vida del ser humano, en una visión biopsicosocial. También hay actividades de interacción comunitaria y ambulatorios clínicos, que permiten introducir al alumno en la comunidad desde la primera fase del curso. El internado en Salud da Família y Comunidad ocurre en el décimo período del curso y dura doce semanas. Se desarrolla en Unidades de Salud da Família, vinculadas a la Secretaría Municipal de Salud. Cada equipo de Salud da Família recibe en promedio dos estudiantes por tutor.

El universo de estudio fue compuesto por 20 estudiantes egresados de las prácticas en Salud da Família, matriculados en el curso de medicina. Esta población representa el 25 % de los egresados disponibles en el período de la encuesta. La muestra estuvo compuesta por 16 alumnas y cuatro estudiantes masculinos que fueron inseridos en casi todas las unidades de Salud da Família, que son escenarios de prácticas del curso de medicina.

En la construcción de escala de actitudes, el modelo adoptado fue el tipo Likert, cuyo objetivo fue verificar el nivel de concordancia del individuo con una proposición que expresó algo favorable o desfavorable hacia un objeto. Se espera que los individuos que exhiben actitudes favorables al tema dado, estén de acuerdo con los ítems que expresen algo positivo sobre el tema, y aquellos con actitudes negativas estén de acuerdo con elementos que expresan aspectos desfavorables al asunto, y en desacuerdo con aquellos que destaquen puntos positivos.<sup>15-19</sup>

Para la preparación del cuestionario, cuatro dimensiones fueron incorporadas y se constituyeron en los núcleos que direccionan el cuestionario. Para cada una de estas dimensiones, fueron elaboradas asertivas que aborden habilidades médicas descritas en la literatura y relacionadas con la salud de la mujer en climaterio.<sup>13,20</sup> La redacción trató de ser objetiva, sencilla, clara, inequívoca y sin el uso de expresiones extremas, con frases coherentes con el atributo.

Se construyeron 27 ítems de la escala para representar las construcciones de interés, expresándose cuatro dimensiones. Ellas son: cognitiva, técnica, integradora y relacional.

La dimensión cognitiva (C) se refiere a la adquisición y aplicación del conocimiento científico para la solución de problemas relacionados con la práctica profesional, cubriéndose los conocimientos de ciencias básicas, clínicas y sociales, con una postura crítica, analítica e interpretativa sobre la adquisición de ese conocimiento. Para esta dimensión se construyeron cinco asertivas.

La segunda es la Dimensión Técnica. Esta Dimensión se dividió en Técnica 1 (T1) con cuatro asertivas que comprende las posibilidades de que los estudiantes investiguen sobre síntomas específicos de la menopausia, tales como irregularidad menstrual, las vasomotores (sofocos), los secundarios, la atrofia urogenital después de la menopausia y disminución de la libido. La Técnica 2 (T2), que comprende las habilidades para el examen físico y la realización de los procedimientos consistieron en 11 asertivas.

La Dimensión Integradora fue contemplada con cinco asertivas. Ella se trata del uso adecuado de estrategias de razonamiento clínico, incorporándose elementos biológicos, clínicos, humanísticos y sociales al proceso de juicio clínico y toma de decisiones. También incluye la integración de las informaciones derivadas de los ciclos básico y clínico en el proceso de elaboración diagnóstica. En estas asertivas fue incorporada la Dimensión Relacional (con dos afirmaciones), que es la capacidad para establecer y mantener buenas relaciones profesionales con los pacientes.

Las dimensiones estudiadas se describen en la tabla 1, utilizándose las letras C, T1, T2 e IR.

El procedimiento de validación aparente y de contenido fue realizado por dos profesores de las áreas de la Medicina, todos con importante experiencia personal y profesional en el tema investigado. Fue solicitado a los profesores que expresan sus puntos de vista sobre la adecuación semántica, facilidad de comprensión, adecuación del comportamiento de representación y la vinculación de los elementos propuestos en relación con las respectivas dimensiones para la validación interna de contenidos y construcciones.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo general de las dimensiones con identificación de las medias y respectivas zonas de desarrollo de competencia

| Dimensiones                         | Nº Asertivas | Media de las aserciones | Zona     | DP   | Valor máximo | Valor mínimo |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------|----------|------|--------------|--------------|
| C - Cognitiva                       | 05           | 1,09                    | conforto | 0,55 | 2,0          | 0,20         |
| T1 - Técnica (síntomas específicos) | 04           | 1,10                    | conforto | 0,61 | 2,0          | 0,0          |
| T2- Técnica                         | 11           | 0,94                    | crítica  | 0,44 | 2,0          | 0,36         |
| IR- Integrativa-relacional          | 07           | 0,91                    | crítica  | 0,52 | 2,0          | 0,14         |

La versión preliminar del instrumento se aplicó también a cuatro estudiantes con rasgos personales de liderazgo, buen rendimiento académico y que estaban dispuestos a cooperar con la investigación, así como contribuir con sugerencias en relación con la presentación de escala y explicaciones necesarias para la formulación del ítem para expresar lo que se pretende medir en las respuestas de los sujetos estudiados. En base a sugerencias de profesores y alumnos, fue mejorada la redacción para satisfacer mejor los elementos y posterior aplicación en la muestra.

Los datos fueron recogidos a través de la disponibilización en línea del cuestionario de la investigación y el consentimiento informado (Termo de Consentimiento Livre e Esclarecido).

El tiempo requerido para que los encuestados respondiesen el cuestionario fue un promedio de 10 minutos, como el pronóstico inicial. La explicación sobre la base general de los instrumentos utilizados (propósito, forma y contenido) fue dada con la neutralidad requerida en las investigaciones de la inclinación científica, en lenguaje simple y objetivo. Es importante mencionar que se solicitó membresía voluntaria y la firma del termo de consentimiento post informado, con el objetivo de garantizar la privacidad del investigado.

Para la interpretación de los resultados fue solicitado a los encuestados que seleccionasen las respuestas que mejor expresasen sus opiniones, según el esquema: 1-Totalmente en Desacuerdo (DT); 2-En desacuerdo (D); 3-Tengo duda (I); 4-Estoy de acuerdo (C); 5-Totalmente de acuerdo (CT). Fueron orientados que había respuesta "correcta" o "equivocada", ya que se buscaba las tendencias actitudinales. También fue destacado ser fundamental la elección de sólo una opción de respuesta para cada afirmación, a lo largo del instrumento.

Asimismo fue incluido en el cuestionario un encabezado, donde el estudiante reportaba su sexo y unidad donde cursó las prácticas. No fue incluido cualquier campo donde el estudiante pudiese identificarse.

Se asignaron valores de cero a dos a las categorías de declaraciones, según el grado de concordancia con cada elemento y conforme la intensidad de la concordancia expresada por el sujeto. En un análisis inicial, se observó que la respuesta "en completo desacuerdo" contó con una gran proximidad con la respuesta "no estoy de acuerdo" y "tengo dudas" en el mapa de los correspondencias. Por lo tanto, las respuestas "en completo desacuerdo", "en desacuerdo" y "tengo dudas" se unieron en una sola categoría con valor cero. Si la respuesta fue "estoy de acuerdo", tenía valor uno y "totalmente de acuerdo" tenía valor dos.

Para identificar la tendencia actitudinal de cada sujeto de la muestra se obtuvo un promedio general de calificaciones en términos de la respuesta de cada dimensión y verificados los intervalos de los promedios (IM) de una manera lineal. De la misma manera fue obtenida la Moda (en estadística es el valor que aparece con más frecuencia en un conjunto de datos) para cada una de las respuestas. Los resultados fueron interpretados como:

- IM ou Moda de 0 a 0,9 = zona crítica.
- IM ou Moda de 1,0 a 2,0 = zona de conforto.

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios del tipo Likert fueron estructurados con ayuda del programa Statistical Package (SPSS) versión 18.0. Los datos sufrieron análisis descriptivos y el análisis de la consistencia interna del cuestionario ha sido utilizado el alfa de Cronbach.<sup>15</sup>

## RESULTADOS

En la tabla 1 pudo ser identificada la buena percepción de los encuestados para el desarrollo de la dimensión cognitiva y técnica 1 (síntomas específicos) y una actitud preocupante o crítica con respecto a dimensiones técnica 2 (habilidades generales) e integradora relacional. Por lo tanto, el análisis de la percepción de los estudiantes sobre el desarrollo de competencias relacionadas con la atención a la salud de la mujer en etapa de climaterio en la pasantía de salud de la familia, fue registrado y discutido por dimensión, considerándose de la menor puntuación total para la mayor, es decir, la más crítica para la mejor evaluada.

### Dimensión Integradora Relacional (IR)

El análisis descriptivo general de la dimensiones (tabla 1) muestra que la Dimensión Integradora Relacional presentó el promedio más pequeño de las aseveraciones relacionales (0,91), apareciéndose en un área crítica del desarrollo de competencias. Estos resultados sugieren que los actores no se dan cuenta la progresión de estas competencias durante las prácticas en las USF.

### Dimensión Técnica 1. Síntomas específicos

Entre 50 % y el 70 % de las mujeres refirieron síntomas somáticos y dificultades emocionales en los años que siguen a la menopausia, con destaque para los bochornos o sofocos, debido a sus consecuencias negativas para su calidad de vida. La dimensión que trató estos síntomas fue la mejor evaluada (tabla 1), lo que sugirió que los actores involucrados reconocieron que estas competencias se desarrollaron de forma adecuada durante la pasantía en la Unidad de Salud de la Familia.

### Dimensión Técnica 2. Procedimientos Generales

Dentro del proceso de envejecimiento, el climaterio corresponde a un periodo largo en la vida de la mujer, es marcado por cambios corporales importantes y merecen una atención creciente por parte de los profesionales de la salud. En este estudio, la segunda dimensión de menor promedio de afirmaciones, apareciéndose en la Zona Crítica (Promedio = 0,94), fue la Dimensión Técnica 2 que trata del desarrollo de los procedimientos generales para el cuidado de las mujeres en climaterio. Los resultados presentados en la tabla 1 sugirieron que los actores involucrados en la

investigación, por lo general no notan las oportunidades adecuadas para el desarrollo de estas competencias técnicas durante las prácticas en la USF.

La tabla 2 presenta la frecuencia de las respuestas y clasificación de la Zona en la dimensión Integrativa-Relacional, permitiendo identificar las posibilidades ofrecidas al alumno mientras participaba de las pasantías en la Unidad de Salud de la Familia.

**Tabla 2.** Frecuencia de las respuestas y clasificación de la Zona en la dimensión Integrativa-Relacional

| Asertivas  | Totalmente de acuerdo / De acuerdo (%) | No lo sé/ No estoy de acuerdo/ No estoy de acuerdo totalmente (%) | Moda de las aserciones | IMo (zona) |
|--|--|---|------------------------|------------|
| El internado en la Salud de la Familia ha posibilitado a usted:  |  |   |                        |            |
| Incorporar datos psicosociales con los biomédicos, en el desarrollo del raciocinio clínico, relacionado a la atención a la salud de la mujer en el climaterio.   | 67,1 % (13)                            | 31,6 % (6)  | 1                      | conforto   |
| Reconocer los determinantes de salud relacionados a la atención a la mujer en el climaterio, tanto genéticos como los dependientes del estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales. | 68,5 % (13)                            | 31,6 % (6)  | 1                      | conforto   |
| Asumir su papel, en la atención a la salud de la mujer en el climaterio, en las acciones de prevención y protección frente a las enfermedades, manutención y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.     | 84,3 % (16)                            | 15,8 % (3)  | 1                      | conforto   |
| Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre la salud de la mujer en el climaterio.  | 42,1 % (8)                             | 57,9 % (11)   | 0                      | crítica    |
| Vivenciar el atendimiento multidisciplinario en la atención a la salud de la mujer en el climaterio  | 31,6 % (6)                             | 68,4 % (13)   | 0                      | crítica    |
| Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma verbal, no verbal, con escritura legible, clara, coherente, cohesiva y técnicamente precisa de acuerdo con la situación en el atendimiento a la mujer en el climaterio.       | 89,5 % (17)                            | 10,5 % (2)  | 1                      | conforto   |
| Comprender la importancia de los principios éticos para el beneficio de la atención a la salud de la mujer en el climaterio con especial atención al secreto profesional.  | 89,5 % (17)                            | 10,5 % (2)  | 2                      | conforto   |

La mirada hacia cada una de las afirmaciones (tabla 3) permitió la identificación de los distintos comportamientos en la frecuencia y moda de la puntuación para cada uno de ellas.

Los resultados listados en la tabla 3 mostraron que hay una excelente ( $\geq 90\%$ ) concordancia para las afirmaciones sobre las posibilidades de los estudiantes, indicar e interpretar el examen citopatológico de cuello uterino y mamografía, poniéndose el desarrollo de estas competencias en el área de conforto.

Este estudio demostró que los estudiantes tuvieron la oportunidad de desarrollar esta competencia, durante la pasantía curricular en Unidades de Salud da Familia.

**Tabla 3.** Frecuencia de las respuestas y clasificación de la Zona en la dimensión Técnica (habilidades generales en el atendimento a la mujer en el climaterio)

| Asertivas   | Totalmente de acuerdo /<br>De acuerdo (%) | No lo sé/<br>No estoy de acuerdo/<br>No estoy de acuerdo totalmente (%) | Moda de las aserciones | IMo (zona) |
|---|---|---|------------------------|------------|
| El internado en la Salud de la Familia ha posibilitado al estudiante de medicina, mientras hace el atendimento:             |   |   |                        |            |
| Orientar cuanto a la nutrición de la mujer en el climaterio, recomendando dieta pobre en gordura y rica en fibras y calcio. | 45 % (9)                                  | 55 % (11)   | 0                      | crítica    |
| Recomendar la práctica de ejercicios físicos (mínimo 3 x por semana) a la mujer en el climaterio.                           | 95 % (19)                                 | 05 % (1)  | 1                      | conforto   |
| Recomendar y orientar sobre la eliminación de factores de riesgo como alcohol y humo a la mujer en el climaterio.           | 65 % (13)                                 | 35 % (7)  | 0                      | crítica    |
| Realizar el examen físico general de la mujer en el climaterio.   | 45 % (9)                                  | 55 % (11)   | 0                      | crítica    |
| Realizar el examen ginecológico de la mujer en el climaterio.   | 35 % (7)                                  | 65 % (13)   | 0                      | crítica    |
| Indicar el examen citopatológico de cólon uterino en las mujeres en el climaterio.  | 90 % (18)                                 | 10 % (2)  | 1                      | conforto   |
| Realizar el examen citopatológico de cólon uterino en las mujeres en el climaterio.   | 40 % (8)                                  | 60 % (12)   | 0                      | crítica    |
| Interpretar el examen citopatológico de cólon uterino en las mujeres en el climaterio.                                      | 95 % (19)                                 | 05 % (1)  | 1                      | conforto   |
| Indicar e interpretar el examen de mamografía en las mujeres en el climaterio.  | 90 % (18)                                 | 10 % (2)  | 1                      | conforto   |
| Discutir la indicación de terapia de reposición hormonal en mujeres en el climaterio.                                       | 50 % (10)                                 | 50 % (10)   | 0                      | crítica    |
| Reconocer sus propias limitaciones y la necesidad de aprender y perfeccionarse profesionalmente y permanentemente.          | 85 % (17)                                 | 15 % (3)  | 2                      | conforto   |

### Dimensión Cognitiva

En la tabla 1 se dependió que el análisis de los aspectos generales de la dimensión cognitiva de los encuestados, demostró puntuación en la zona de conforto (IM = 1,09) para el desarrollo de competencias generales mencionadas en esta dimensión. El analizado de esta manera sugirió que los actores involucrados se dan cuenta de que estas competencias son realizadas de manera correcta durante las prácticas en Salud da Familia. Sin embargo, la tabla 4 mostró el comportamiento para cada una de las aserciones.

**Tabla 4.** Frecuencia de las respuestas y clasificación de la Zona en la dimensión Cognitiva

| Asertivas   | Totalmente de acuerdo /<br>De acuerdo (%) | Tengo duda/<br>No estoy de acuerdo/<br>No estoy de acuerdo<br>totalmente<br>(%) | Moda de las<br>aserciones | Zona     |
|---|---|---|---------------------------|----------|
| El internado en la Salud de la Familia ha posibilitado al estudiante de medicina:   |   |   |                           |          |
| Realizar atendimento a mujeres en el grupo de edad mayor de 40 años de edad.  | 95 (19)                                   | 5 % (1)   | 2                         | conforto |
| Elaborar y aplicar el conocimiento en la solución de los problemas relacionados a la atención a la salud de la mujer en el climaterio.  | 80 (16)                                   | 20 % (4)  | 1                         | conforto |
| Establecer una buena comunicación interpersonal de modo a dirigirse con eficiencia y empatía a la mujer en el climaterio, sus familiares, medios de comunicación y otros profesionales del equipo de salud. | 60 (12)                                   | 40 % (8)  | 0                         | crítico  |
| Escuchar con atención, obtener y sintetizar informaciones pertinentes relacionadas a la atención a la salud de la mujer en el climaterio y comprender el contenido de estas informaciones.                  | 80 (16)                                   | 20 % (4)  | 1                         | conforto |
| Desarrollar la práctica profesional con respecto a la autonomía de la mujer en el climaterio y familiares, sus creencias y cultura.   | 75 (15)                                   | 25 % (5)  | 1                         | conforto |

Los resultados sugirieron que a pesar de la dimensión como un todo, presentarse en la Zona de Conforto, cabe señalar que la afirmación que se ocupa de la comunicación interpersonal, está en nivel crítico para el funcionamiento.

La tabla 4 también mostró que el desarrollo de competencias importantes en la visión ampliada del trato con la mujer relacionado a su autonomía, la solución de problemas, la escucha y obtención de informaciones fueron desarrolladas por estudiantes, y consideradas en la zona de conforto.

La tabla 5 presentó la frecuencia individual de las asertivas y reveló un comportamiento similar en frecuencia y fija para cada uno de ellas. Las cuatro aserciones estudiadas sobre este tema tuvieron un nivel de acuerdo del 80 %, mientras que en la zona de conforto y mostrándose que los estudiantes realizan estas competencias en forma apropiada durante la pasantía.

**Tabla 5.** Frecuencia de las respuestas y clasificación de la Zona en la dimensión Técnica (síntomas específicos)

| Asertivas  | Totalmente de acuerdo /<br>De acuerdo (%) | Tengo duda/<br>No estoy de acuerdo/ No<br>estoy de acuerdo<br>totalmente<br>(%) | Moda das<br>aserciones | Zona     |
|--|---|---|------------------------|----------|
| El internado en la Salud de la Familia ha posibilitado al estudiante de medicina inquirir sobre síntomas específicos del climaterio, como: |   |   |                        |          |
| La irregularidad menstrual en la fase pre menopáusica.   | 80 % (16)                                 | 20 % (4)  | 1                      | conforto |
| Los vasomotores (ondas de calor).  | 80 % (16)                                 | 20 % (4)  | 1                      | conforto |
| Los secundarios a la atrofia urogenital en la fase postmenopáusica.  | 80 % (16)                                 | 20 % (4)  | 1                      | conforto |
| La disminución de la libido.   | 80 % (16)                                 | 20 % (4)  | 1                      | conforto |

## DISCUSIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) proporciona el primer punto de contacto con el sistema de salud, la primera aproximación del profesional de la salud con los usuarios en la posibilidad para ayudarles a comprender sus síntomas, y mejorar su capacidad para lidiar con los problemas, sin necesidad de utilizar tecnología médica dura.<sup>21</sup> Para ello, es necesario tener conocimientos de vida y trabajo y del contexto cultural y social de este usuario.<sup>22</sup> Así, la experiencia de un estudiante en APS trae, entre otras cosas, la oportunidad de realizar el servicio a las mujeres en climaterio en un sentido ampliado, aprender una atención integral y longitudinal a través del conocimiento de la realidad y forma de vida de estas mujeres.

La literatura muestra una clara tendencia hacia la feminización en el envejecimiento de la población brasileña. Las mujeres con más de 39 años representan el 37 % de la población femenina.<sup>23</sup> Además, su esperanza de vida supera la del masculino, provocándose una mayor demanda en los servicios de salud brasileños por mujeres con quejas relacionadas con el climaterio.<sup>24,25</sup> Esto es similar a los resultados de los análisis de los datos de este estudio, donde casi todos los alumnos encuestados (95 %) tuvieron la oportunidad de conocer a mujeres de edad por encima de 40 años, durante una pasantía en el Estrategia de Salud de la Familia (ESF).

Corroborándose con los resultados obtenidos en la investigación, en relación con las dimensiones Técnica 2 (T2) e IR, como se demuestra la tabla 1, *Melo* y colaboradores,<sup>26</sup> en investigación con 203 médicos de la ESF de Minas Gerais, demostraron que el 61,9 % de estos profesionales, tuvieron dificultades para

prestar cuidados a la salud de la mujer en climaterio, destacándose la necesidad de discutir este asunto durante la formación académica.

En los resultados expuestos en la tabla 2, la percepción de la mayoría de los estudiantes del internado en la ESF no permitió participar del atendimento multidisciplinaria en la atención a la salud de la mujer en el climaterio. Sin embargo, es observado por la literatura que el trabajo en equipo es la base para acciones integrales en la salud y para satisfacer con calidad las necesidades de usuarios según cada situación y experiencia adquirida.<sup>27,28</sup> Fue también crítica la oportunidad para que estos estudiantes pudiesen obtener y utilizar los datos epidemiológicos y resaltar las tendencias y los riesgos para la toma de decisiones sobre la salud de la mujer en la menopausia. Corroborándose la importancia de la atención multidisciplinaria y vigilancia epidemiológica, *Lopes*<sup>29</sup> destaca que los profesionales de la salud preocupados por la cuestión de la integridad, se comprometen a identificar el verdadero significado de las quejas del climaterio, con el fin de atender a la mujer y no el tema. Al mismo tiempo, la consulta permite identificar los posibles daños no manifiestos ni situaciones riesgosas. En este contexto, la atención de carácter multidisciplinario e interdisciplinario conquista espacio por potencializar y cualificar la intervención médica.

La percepción actual es que el fenómeno de la salud en todas las etapas de la vida está conectado a una realidad social específica, es influenciada por factores políticos, económicos y culturales, no se restringe a los factores biológicos. Alrededor del 70 % de los estudiantes indicó que el escenario ha permitido incorporar datos y reconocer los datos biopsicosociales y reconocer los determinantes de salud, en el desarrollo del razonamiento clínico relacionado con la atención de esta mujer. Sin embargo, estudio anterior destaca que el enfoque multidisciplinario permite mejor uso de los datos de biopsicosociales, porque la mujer es atendida por todos los miembros del equipo que también implica en la resolución de su problema, fomentándose su autonomía en el cuidado de la salud.<sup>30</sup>

En la Dimensión IR hay un buen acuerdo para las afirmaciones relacionadas a la cuestión integradora, sobre las posibilidades de que los estudiantes tomen su papel en la atención a la salud de las mujeres en climaterio, en las acciones de prevención y protección contra las enfermedades y la promoción de la salud. *Gonçalves y Merighi*<sup>31</sup> informan que, en todo el mundo, hay preocupación sobre el desarrollo de programas de salud que satisfagan las necesidades de la población femenina durante el climaterio, puesto que no es sólo una cuestión biomédica, pero eso implica un conjunto de aspectos socio-económicos y culturales.

Las últimas afirmativas de la Dimensión IR y las mejor evaluadas fueron referente a la cuestión relacional. Ellas se muestran en zona de confort, mostrándose que las prácticas han permitido el desarrollo de la comunicación, en sus diversas formas, entre el estudiante y la mujer en climaterio, así como proporcionó entender la importancia de los principios éticos en beneficio de la atención a esta mujer. *Starfield*<sup>32</sup> afirma que la APS es un escenario prioritario de enseñanza e investigación en las habilidades de la comunicación.

Considerándose las respuestas de la Dimensión IR y apoyándose en la literatura<sup>33-35</sup> donde la formación profesional no puede tener como referencia sólo la enfermedad, pero debe estimular una comprensión ampliada de las necesidades de salud, con vista a la integralidad del cuidado, el acogimiento y la escucha ampliada como indispensables para la atención a la salud, se reconoce la necesidad de que la escuela y el servicio busquen un paradigma más amplio, no sólo explicativo (cognitivo), sino interpretativo y multidisciplinario de las cuestiones relacionadas a la salud de la mujer en el climaterio.

La afirmativa que abordó la oportunidad de realizar exámenes ginecológicos y citopatológico durante la asistencia a la mujer en el climaterio tuvo el desacuerdo del 65 % y 60 %, en esta secuencia, apareciéndose en la zona crítica ( $M_o = 0$ ). Estos exámenes son importantes para la salud de las mujeres. Todas las mujeres con o sin actividad sexual deben hacerse la prueba todo año, incluso en la ausencia de señales o síntomas de cualquier cuadro patológico.<sup>36</sup> Varios factores pueden haber contribuido a la ocurrencia de este hecho. Los estudios demuestran que la necesidad de posición ginecológica de la mujer durante el examen se convierte en un momento de vergüenza y vergonzosa. Estos sentimientos pueden ser agravados por el número de aprendices en la sala de examen para ver o realizar, con el fin de adquirir habilidad y técnica en este procedimiento.<sup>37-39</sup>

*Andrade* y colaboradores<sup>39</sup> afirman aún, que los sentimientos negativos experimentados en la presencia de los estudiantes en el convivio con la comunidad, en especial en el examen citológico, pueden reducirse cuando se establece confianza con el profesional o el futuro profesional, o cuando el profesional y la usuaria comparten de común acuerdo en relación a la cantidad de personas, así como la importancia de la presencia de los estudiantes en la sala de examen para la mejor formación profesional.

La evaluación clínica de la mujer en climaterio debe orientarse a su actual estado de salud y también el anterior, e involucra un equipo multidisciplinario. La atención necesita cubrir además de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, ayuda a los síntomas clínicos y posibles dificultades de esta fase, es de responsabilidad del ginecólogo a menudo el papel del médico general. Un examen físico general bien elaborado, siguiéndose lo que dice el Manual de Atención a la Salud de la Mujer en el Climaterio, es decir, el examen físico general, con atención centrada en aspectos específicos de este grupo de edad, tales como:

- Controlar el peso y altura para calcular el índice de masa corporal (IMC) define la necesidad de mayor cuidado con la alimentación.
- La comprobación de la presión arterial para el monitoreo de cambios, seguimiento e indicaciones requeridas.
- La medición de la circunferencia de la cintura, que junto a otros factores, indica atención a la evaluación del síndrome metabólico y riesgo cardiovascular.<sup>13</sup>

Estos aspectos técnicos importantes estaban en la zona crítica ( $M_o = 0$ ).

La promoción de una alimentación sana y mantener el peso adecuado son claves para promover la salud y el bienestar a lo largo de la vida de la mujer, en especial en el periodo climatérico. Cabe destacar que el consumo inadecuado de alimentos puede contribuir a enfermedades como la osteoporosis, y el consumo excesivo puede deteriorar la salud con la aparición de la obesidad, que además de ser una enfermedad crónica, puede aumentar el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, Diabetes mellitus y otros.<sup>40</sup> Por lo tanto, teniéndose en cuenta el papel fundamental físico y la nutrición en la promoción, mantenimiento y restauración de la salud, es esencial que haya una preparación apropiada de profesionales de la salud en relación con el tema.

La recomendación y la orientación con respecto a la eliminación de los factores de riesgo como el alcohol y fumar a las mujeres en climaterio, permaneció en la zona considerada crítica ( $M_o = 0$ ), lo que sugiere que los estudiantes no tuvieron la oportunidad de lograr esta competencia durante la pasantía. Según algunos estudios, en particular, fumar se ha demostrado ser muy dañoso para la mujer

climatérica, contribuyéndose a un mayor deterioro de su calidad de vida y debería ser combatido en esa etapa.<sup>41,42</sup>

Medidas tales como la atención alimentaria, la lucha contra el sedentarismo, la restricción de fumar y la terapia hormonal (THR) son importantes en la promoción de la salud y calidad de vida en el climaterio.<sup>1</sup> El estudio mostró que la oportunidad de discutir la indicación de THR, durante la pasantía, fue experimentada por la mitad del grupo investigada. Es evidente la necesidad de discutir este asunto durante la formación del estudiante, debido a su importancia dentro del contexto psicosocial de las mujeres, poniéndose en discusión los pros y los contras de esta terapia.

La asertiva que se refiere a la posibilidad del estudiante de medicina, durante la asistencia de la mujer en climaterio en USF, reconocer sus propias limitaciones y la necesidad de aprender y mejorar en nivel profesional permanente, obtuvo un porcentaje de concordancia de 85 %, en la zona de confort (Mo = 2), mostrándose que ante los desafíos de la construcción de un nuevo modelo, basado en la familia, se tiene como intención preparar a un profesional capaz de construir su conocimiento y apropiarse de nuevas teorías y prácticas. De todos modos, un profesional capaz de desarrollar, a lo largo de su carrera, un proceso permanente de aprendizaje y reconocer los límites de su conocimiento. En este proceso, debe existir una preocupación de rutina de ese profesional y de los equipos para identificar los problemas críticos de su realidad y busque las soluciones adecuadas.

La indicación e interpretación de las pruebas complementarias se convierten en un uso más eficaz y eficiente de ellos. Entre las acciones desarrolladas por los equipos de APS, se destacan las acciones relacionadas con el control del cáncer de la cerviz del útero y de mama. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2008, hubo 1.384.155 casos nuevos de cáncer de mama en el mundo, por lo que es el tipo más común de cáncer entre las mujeres. Teniéndose en cuenta la alta incidencia y la mortalidad relacionadas con estas enfermedades, es responsabilidad de los administradores y profesionales de la salud realizar acciones encaminadas al control de los cánceres de cerviz uterino y de mama y permitir la integralidad del cuidado, combinándose la detección temprana con acciones para garantizar el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en forma oportuna y con calidad.<sup>43</sup>

La afirmación sobre la importancia de la recomendación de la práctica de ejercicios físicos, fue la de mayor nivel de consenso. La práctica regular de ejercicio físico se traduce en beneficios para el cuerpo, mejora la capacidad cardiovascular y la capacidad respiratoria, promueve el aumento de masa ósea, disminuye la presión arterial en mujeres hipertensas, mejora la tolerancia a la glucosa y la acción de la insulina.

La comunicación interpersonal es un método de comunicación que promueve el intercambio de información entre dos o más personas. Este tipo de comunicación efectiva, con palabras, gestos y expresiones faciales, es esencial para el buen desarrollo de la relación médico-paciente.<sup>44</sup> Por lo tanto, el estudiante reconoce que existe la oportunidad para entrenar a la capacidad de comunicación en el escenario de práctica (tabla 2), pero no se siente cómodo en establecer buena comunicación interpersonal con eficiencia y empatía para el paciente, sus familiares, los medios de comunicación y otros profesionales en el equipo de salud (tabla 4). Una revisión sobre la visión de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica, encontró que si la satisfacción se relacionaba con competencia interpersonal y técnica de los clínicos y con la relación de colaboración basada en conversaciones que cubriesen asuntos agradables y aspectos sociales.<sup>45</sup>

*Mendonça*<sup>46</sup> informa que en el momento en que la mujer encuentra espacio para hablar, escuchar e intercambiar informaciones hay una mayor comprensión del proceso que vive, es necesario que se elabore las informaciones a partir de su realidad. Se nota en el estudio una buena frecuencia (80 %) de concordancia para la afirmativa sobre las posibilidades del estudiante desarrollar y aplicar sus conocimientos para resolver problemas relacionados a la atención de la salud de la mujer en climaterio. Estos resultados vienen a reafirmar el conocimiento de la integridad como el foco principal de la pasantía.

Estudios anteriores apuntan que en el periodo de la menopausia la atrofia urogenital es una queja común y que puede causar intenso malestar a la mujer.<sup>3,4,33</sup>

El climaterio debe ser entendido como un período normal de transición, en que la prevención de enfermedades y el alivio de posibles molestias pueden ser abordados de diferentes maneras.<sup>33,47</sup> Para la formación de profesionales de la salud equipados para manejar con la integralidad en la atención, y para ser responsable con la sociedad en que viven, es necesario que la escuela invierta en escenarios de aprendizaje capaces de promover las diversas dimensiones y no sólo los cognitivos.

Los resultados de esta encuesta se asemejan a lo realizado por *Ciuffo y Ribeiro*.<sup>7</sup> En aquel estudio, los autores mostraron que la formación sigue sin responder a las necesidades de la sociedad, aunque hay señales de ruptura con los paradigmas tradicionales de la formación médica y desarrollo de proyectos con los servicios y la comunidad.

En el climaterio, en particular, es importante que profesionales de la salud acojan las mujeres, permitiéndoles exponer sus dudas y temores. Además del apoyo emocional y respeto, estos requieren una asistencia ajustada a sus necesidades, evitándose intervenciones innecesarias.

La dimensión cognitiva ocupa un papel central en el desempeño y oportunidades de las prácticas indicándose que la escuela y la tutoría tienen como objeto el conocimiento, corroborándose con el diagnóstico de una educación tradicional todavía. Las limitaciones de la etapa se presentaron para ciertas competencias técnicas y demostraron ser más crítica en aquellas relacionadas con la dimensión Integradora relacional.

En términos generales, los datos señalan la necesidad de revisión de las prácticas y de los valores que guían no sólo el cuidado de la mujer en la menopausia, así como su propia práctica médica.

Además, es imperativo que se haga una intervención realizada de una manera articulada entre la escuela médica, servicio y otros cursos del área de la salud. Debe reconocerse que una acción aislada no tiene el potencial de resolución de problemas complejos, tales como la USF pretenden enfrentar en su vida diaria.

La reestructuración en el campo de la salud es sólo para las transformaciones de modelo de educación médica. La solución es también para una reformulación más completa en los programas de otras profesiones, requiere repensar los currículos de otras profesiones y las relaciones allí establecidas, con el fin de propiciar el aprender juntos, el trabajo en el interprofesional.

Sin embargo, los cambios que se han llevado a cabo en las escuelas de medicina, parecen un comienzo importante para conseguir transformaciones, incluso en el

largo plazo, del orden de los valores, actitudes y conductas de los sujetos que tratan la cuestión de la educación y la salud.

La insuficiente aprehensión de algunos aspectos de la encuesta impone la necesidad de profundizar, con un enfoque cualitativo, estas limitaciones identificadas en la pasantía, con el objetivo de un mejor funcionamiento del mismo.

#### Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran no haber conflictos de intereses.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos LR, Rosa TE da C, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Salud Pública*. 2007;27(2):87-94.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Tábuas completas de mortalidad. 2010 [citado 4 Mar de 2014]. Disponible en: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm)
3. Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Social representations of the sexual life of climacteric women assisted at public health services. *Texto contexto - enferm*. 2013;22(1):114-22.
4. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med*. 2002;59(4):15-21.
5. Dennerstein L, Lehert P, Gutnrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Women Ment Health*. 2002 aug;5(1):15-22.
6. Pitz PB, Casado VV. La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Aten Primaria*. 2004;34(8):433-6.
7. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Salud e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comum Salud Educ (Botucatu)*. 2008 jan/mar;12(24):125-40.
8. Coutinho SDS, Freitas MA, Pereira MJB, Veiga TB, Ferreira M, Mishima SM, et al. O uso da técnica Delphi na pesquisa em Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2013;37(3):582-96.
9. Carraccio CC, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-7.
10. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 20 de junho de 2014 Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2014.

11. Bollela VR, Machado JLM. O Currículo por competências e sua relação com as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina. *Science in Health*. 2010 mai-ago;1(2):126-42.
12. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001 Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2001.
13. Ministério da Salud (BR). Secretaria de Atención à Salud. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atención à mulher no climatério/menopausa. Brasília: Ministério da Salud; 2008.
14. De Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm*. 2009 mar/abr [citado 09 Mar 2014];62(2):287-93. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200019) .
15. Senra CMG, Raquel SLG. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psico & Soc*. 2012;20(2):293-9.
16. Lima AF. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. EDUC-Editora da PUC-SP; 2014.
17. Leme MA. Caminhos e descaminhos da psicologia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 2012. p. 269-2736.
18. Pereira PAP. A utilidade da pesquisa para o serviço social. *Serviço Social & Saúde*; 2015. p. 17-28.
19. Collares C, Grec W, Machado J. Psicometria na garantia da qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. *Sci Health*. 2012;3(1):33-49.
20. Osório-Wender M, Accetta SG, Campos LS. Climatério. In: Duncan BB, Schmidt ML, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
21. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Salud Debate*. 2003 set/dez;27(65):316-23.
22. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. *JR Soc Med*. 2007;97(1):45.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Brasileiro nasce com expectativa de vida de 74,6 anos, aponta IBGE. Rio de Janeiro. 2013 [citado 14 de Oct de 2014]. Disponible en: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/12/brasileiro-nasce-com-expectativa-de-vida-de-746-anos-aponta-ibge.html> .
24. Pedro AO, Pinto Neto AM, Costa Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Salud Pública*. 2003 dez;37(6):735-42.
25. Zahar SEV, Aldrighi JM, Tostes MA, Russomano F, Zahar LO. Avaliação da qualidade de vida na menopausa. *Reprod Clim*. 2001;16 (3):163-72.

26. Melo VH, Rio SMP do, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E, et al. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Salud da Família de Minas Gerais para proverem atenção à salud das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014 jan/mar;9(30):3-12.
27. Neto JSM, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(12):3407-16.
28. Durand MK, Heidemann ITSB. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(2):288-95.
29. Lopes CG. Integralidade na salud da mulher: a questão do climatério. [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca; 2007.
30. Costa JR, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(3):387-400.
31. Gonçalves R, Merighi MAB. Climatério: novas abordagens para o cuidar. In: Fernandes RÂQ, Narchi NZ. (orgs.) *Enferm Salud Mulher*; 2007. p. 211-23.
32. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de salud, serviços e tecnologia. 3. ed. Brasília, UNESCO: Ed. do Ministério da Salud; 2004.
33. De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina*. 2005 dez;33(12):899-903.
34. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha JrI. Fatores associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006 [citado el 12 Mar 2014];52(5):312-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500017&script=sci_abstract&tlng=pt)
35. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na salud: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
36. Costa RJR da, Andrade M. O exame ginecológico nas sociedades economicamente menos favorecidas. *Informe-se em promoção da salud*. 2010 [citado el 20 Mar 2014];4(2):16-8. Disponible en: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>.
37. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 abr/jun;13(2):378-84.
38. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolaou. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2001 abr;5(1):113-8.
39. Andrade SSC da, Silva FMC da, Silva MSS, Oliveira SHS, Leite KNS, Sousa MJ de, et al. Compreensão de usuárias de uma Unidade de Salud da Família sobre o exame Papanicolaou. *Ciênc Salud Coletiva*. 2013 ago;18(8):2301-10.

40. Ministério da Salud (BR). Secretaria de Vigilância em Salud. Departamento de Análise de Situação de Salud. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Salud; 2011.
41. Corrêa PCR. Tabagismo, hipertensão e diabetes: reflexões. Rev Bras Clín Ter. 2003;29(1):19-24.
42. Correa CS, Teixeira BC, Bittencourt A, Reischak-Oliveira A. Efeitos do treinamento de força sobre as concentrações de lipoproteínas sanguíneas em mulheres pós-menopausa. Jornal Vascular Brasileiro. 2014;13(4):312-7.
43. Ministério da Salud (BR), Secretaria de Atenção à Salud. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Salud; 2013.
44. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Rev Cuba Salud Pública. 2006 oct-dez;32(4):23-9.
45. Lewis JR. Patients views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med. 1994;39(5):655-70.
46. Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da salud no climatério/ menopausa. Ciênc Salud Coletiva. 2004;9(3):751-62.
47. Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à salud da mulher no climatério. Rev Bras Enferm. 2007 maio/jun;60(3):299-306.

Recibido: 6 de abril de 2015.

Aprobado: 2 de enero de 2016.

*Daniel Antunes Freitas*. Universidad Estatal de Montes Claros - Unimontes. Montes Claros - Minas Gerais, Brasil.  
Correo electrónico: danielmestradounincor@yahoo.com.br