



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

DIANE DA COSTA MIRANDA
FLÁVIA TEIXEIRA PAES

**PREVALÊNCIA DE MORBIDADES CLÍNICAS EM MULHERES NA PÓS-
MENOPAUSA ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO
INFANTIL EM BELÉM-PA**

Belém
2011

**DIANE DA COSTA MIRANDA
FLÁVIA TEIXEIRA PAES**

**PREVALÊNCIA DE MORBIDADES CLÍNICAS EM MULHERES NA PÓS-
MENOPAUSA ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO
INFANTIL EM BELÉM-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Teresa Cristina Bordallo Farias.

Belém
2011

**DIANE DA COSTA MIRANDA
FLÁVIA TEIXEIRA PAES**

**PREVALÊNCIA DE MORBIDADES CLÍNICAS EM MULHERES NA PÓS-
MENOPAUSA ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO
INFANTIL EM BELÉM-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Conceito: _____

Aos meus pais, Antônio Miranda Neto e Maria Rosenila da Costa Miranda, exemplos incansáveis de ética, honestidade e dedicação, cruciais na minha formação como Médica e como Ser Humano. A vocês, que me deram a vida e me ensinaram a caminhar com dignidade em busca dos meus sonhos, por todo o amor e incentivo, por tudo que abriram mão para que eu pudesse chegar até aqui, eu dedico essa conquista. Amos vocês infinitamente.

Diane Miranda

A Deus, que me ilumina todos os dias. Aos meus pais, Francisco Paes e Sueli Paes, e às minhas irmãs, Paula e Fernanda, que me apoiam sempre, me ajudando a trilhar o caminho certo pra eu alcançar meus objetivos. Às minhas tias, Nazaré, Tânia e Salustiana, que estiveram sempre presentes. Ao meu avô, Irvaldo, que foi um exemplo de vida. Essa conquista não seria possível sem o apoio de vocês. Muito obrigada.

Flávia Paes

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos iluminou e nos deu força para que pudéssemos chegar ao fim dessa jornada.

Aos nossos pais, amigos e familiares, por todo amor, apoio e compreensão.

À Dra Teresa Cristina Bordallo, pela grande dedicação prestada a nós na orientação desta pesquisa. Obrigada por aceitar compartilhar não apenas seu conhecimento, mas sua paciência e atenção.

Às mulheres do programa do climatério, que compartilharam suas queixas e angústias pessoais e tornaram possível a realização dessa pesquisa.

À Faculdade de Medicina, todos os professores e funcionários desta instituição, que nos acolheram ao longo desses seis anos e nos proporcionaram a formação necessária para sermos grandes profissionais, orgulhosos de nossas origens.

À Turma B 2006, por todos os momentos inesquecíveis que compartilhamos, pelo companheirismo e amizade.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.

Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.

José Saramago

RESUMO

MIRANDA, D. C.; PAES, F. T. **Prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-PA.** 63f. Monografia. Universidade Federal do Pará – Instituto de Ciências da Saúde. 2011.

Introdução - O climatério é uma fase da vida da mulher caracterizada por uma redução progressiva na produção de estrogênios, trazendo repercussões físicas, emocionais e sociais. Segundo o IBGE, há no Brasil 97,3 milhões de mulheres, destas 26% encontram-se na faixa etária de ocorrência do climatério. As morbidades clínicas nesse período afetam ainda mais a qualidade de vida dessa parcela da população, portanto conhecê-las torna-se fundamental na abordagem dessas mulheres. **Objetivo** - Verificar a prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-Pará. **Métodos:** Estudo analítico-descritivo, observacional, de corte transversal. A população estudada foi composta por mulheres na pós-menopausa atendidas no Ambulatório de Climatério da Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-Pará, no período de abril a junho de 2011. Foi utilizado um questionário pré-estruturado, preenchido a partir dos dados da anamnese e exame físico da paciente, bem como do prontuário das mesmas. **Resultados:** Foram entrevistadas 74 mulheres, a maioria estava na faixa etária entre 50-59 anos, era parda e tinha ensino fundamental incompleto. As doenças mais prevalentes foram, por ordem de frequência, Dislipidemia, Síndrome Metabólica, Hipertensão, Obesidade, Diabetes Mellitus e Hipotireoidismo. A Dislipidemia esteve associada ao baixo nível de escolaridade e ao hábito de fumar. A Síndrome Metabólica se associou ao alto nível de escolaridade. A Hipertensão apresentou relação com o alto grau de escolaridade e com estado marital solteira. Obesidade esteve associada à ausência de escolaridade. Não houve associação entre os fatores pesquisados e Diabetes. O Hipotireoidismo esteve associado às raças amarela e preta. **Conclusão** - A dislipidemia foi a doença mais prevalente. Observou-se que a maioria dos agravos apresenta fatores de risco modificáveis, sendo necessário maior incentivo à promoção da saúde e prevenção dessas morbidades.

Palavras-chave: Pós-Menopausa, Prevalência, Dislipidemia, Obesidade, Síndrome Metabólica, Hipertensão, Diabetes, Hipotireoidismo.

ABSTRACT

MIRANDA, D. C.; PAES, F. T. **Prevalence of clinical morbidity in postmenopausal women attended at a Pediatric and Maternal referral Unit in Belém-PA.** 63f. Monografia. Universidade Federal do Pará – Instituto de Ciências da Saúde. 2011.

Introduction – Climateric is a stage of woman's life characterized by a progressive reduction in the production of estrogens, bringing physical, emotional and social impacts. According to IBGE, in Brazil there are 97,3 million women, 26% are at the age of occurrence of the climateric. The clinical morbidity in this period further affect the life's quality of this portion of the population, so understand these diseases is central in the approach of these women.

Objective – Verify the prevalence of clinical morbidity in postmenopausal women attended at a Pediatric and Maternal referral Unit in Belém-PA. A cross-section study of postmenopausal women attended in a climateric ambulatory at a Pediatric and Maternal referral Unit in Belém-PA. We used a pre-structured questionnaire, based on data from anamnesis and physical examination, as well as medical records. **Results** – Were interviewed 74 women, most were aged between 50-59 years, was mulatto and had low scholarship. The most prevalent diseases were, by frequency order, Dyslipidemia, Metabolic Syndrome, Hypertension, Obesity, Diabetes and Hypothyroidism. Dylipidemia was associated with low scholarship and smoking habit. Metabolic Syndrome was associated whit high scholarship. Hypertension was related whit high scholarship and single status. Obesity was also associated whit low scholarship. We don't find association between Diabetes and the factors investigated. Finally, Hypothyroidism was associated whit black and yellow race. **Conclusion** - Dylipidemia was the most prevalent disease. Most diseases have modifiable risk factors, so is important to encourage the health promotion and prevention of these injuries.

Key-words: Postmenopause, Prevalence, Dyslipidemia, Metabolic Syndrome, Hypertension, Obesity, Diabetes, Hypothyroidism.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVOS.....	12
1.1.1	Objetivos Gerais.....	12
1.1.2	Objetivos Específicos.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1	CLIMATÉRIO.....	13
2.1.1	Fisiologia do Climatério.....	13
2.1.2	Sintomatologia.....	14
2.1.3	Abordagem Clínica.....	15
2.2	AGRAVOS À SAÚDE DA MULHER NA PÓS-MENOPAUSA.....	15
2.2.1	Hipertensão Arterial.....	15
2.2.2	Diabetes Mellitus.....	18
2.2.3	Dislipidemias.....	19
2.2.4	Obesidade.....	21
2.2.5	Síndrome Metabólica.....	23
2.2.6	Tireoidopatias.....	24
2.3	O RISCO CARDIOVASCULAR NA PÓS-MENOPAUSA.....	26
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	29
3.1	LOCAL DA PESQUISA.....	29
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
3.3	COLETA DE DADOS.....	29
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4	RESULTADOS.....	33
5	DISCUSSÃO.....	42
6	CONCLUSÃO.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICE A.....	60
	APÊNDICE B.....	62
	ANEXO A.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

CT = Colesterol Total

DAC = Doença Arterial Coronariana

DCV = Doença cardiovascular

DM = *Diabetes Mellitus*

DMO = Densidade Mineral Óssea

ECV = Evento Cardiovascular

ERO = Espécies Reativas de Oxigênio

FSH = Hormônio Folículo Estimulante

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL-C = *High Density Lipoproteins Cholesterol*

IDF = *International Diabetes Federation*

IMC = Índice de Massa Corporal

LDL-C = *Low Density Lipoproteins Cholesterol*

MS = Ministério da Saúde

NCEP ATP III = *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*

OMS = Organização Mundial de Saúde

SM = Síndrome Metabólica

SRAA = Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

SUS = Sistema Único de Saúde

TRH = Terapia de Reposição Hormonal

TSH = Hormônio estimulante da tireoide

T4L = Tetraiodotironina livre

WHI = *Women's Health Initiative*

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população feminina totaliza 97,3 milhões de mulheres. Nesse universo, aproximadamente 26 milhões estão na faixa etária de 40 a 65 anos. Isso mostra que cerca de 26% das mulheres brasileiras encontram-se na faixa etária de ocorrência do climatério (IBGE, 2010).

Além disso, o envelhecimento populacional brasileiro mostra uma clara tendência à feminização. Segundo o último censo, a expectativa de vida da mulher brasileira é de 77 anos, ultrapassando quase em sete anos a masculina. Levando em consideração que a idade média da menopausa é de 45-50 anos, muitos anos de vida ainda restam para as mulheres após esse período, portanto espera-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços do país por mulheres com queixas relacionadas ao climatério, trazendo uma maior preocupação com a saúde e qualidade de vida desta parcela da população (BRASIL, 2008; DE LORENZI, 2008; DE LORENZI et al., 2009a; IBGE, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o climatério é uma fase da vida da mulher caracterizada pela transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo, sendo a menopausa o marco dessa transição. É um evento não patológico, caracterizado pela redução na produção de hormônios esteróides ovarianos, mas que cursa com uma série de modificações físicas, emocionais e sociais que merecem atenção dos profissionais da saúde (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009a).

Como consequências do hipoestrogenismo que se instala, surgem sintomas vasomotores, atrofia vaginal, disfunções sexuais, sintomas urinários. Sabe-se atualmente que os sintomas e problemas apresentados pela mulher no climatério refletem não somente as alterações endócrinas inerentes a esse processo, mas também circunstâncias sociais, constitucionais, bem como estilo de vida, sendo este último o único fator passível de ser modificado (POLISSENI et al., 2009).

O acompanhamento clínico nesse período torna-se fundamental, uma vez que a incidência de algumas doenças aumenta drasticamente com o envelhecimento, coincidindo ou

sendo consequência das alterações hormonais da pós-menopausa, influenciando desfavoravelmente na saúde e qualidade de vida dessas mulheres (BOTELL; RODRÍGUEZ; BERMÚDEZ, 2007).

Fazendo uma análise das políticas de saúde voltadas para a mulher, observa-se que inicialmente estas foram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto, o que traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Existia dessa forma, uma grande lacuna nas políticas vigentes, pois a mesmas não proporcionavam melhorias das condições de saúde em todos os ciclos de vida da mulher (BRASIL, 2009; SCHIMITT, 2009).

As últimas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ampliam as ações em seus planos de ação para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres no climatério (BRASIL, 2009).

Em função da complexidade das alterações inerentes ao climatério, a abordagem da mulher nessa fase da vida precisa ser, mais do que nunca, integral, abrangendo aspectos não somente ginecológicos, cabendo ao ginecologista muitas vezes o papel de clínico geral. A atenção, portanto, precisa envolver promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase (BRASIL, 2008, 2009).

Considerando o aumento da expectativa de vida da população mundial, observa-se que a mulher tem cerca de um terço da sua vida na pós-menopausa e, como vimos, esse período é cercado de alterações complexas que causam um impacto significativo em sua qualidade de vida. Além disso, o binômio carência de estrogênio e envelhecimento pode acarretar processos patológicos que agravam as dificuldades e aumentam a morbimortalidade desse importante grupo populacional. Sendo assim, fica clara a necessidade de uma assistência à saúde capaz de abordar todos os aspectos desse período. Este estudo faz-se importante na medida em que busca avaliar quais as principais morbidades que afetam as mulheres na pós-

menopausa, visando estabelecer fatores de risco e a partir daí medidas de prevenção e acompanhamento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Verificar a prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-Pará.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico da população em estudo;
- Verificar os fatores associados às morbidades clínicas encontradas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CLIMATÉRIO

A palavra climatério origina-se do latim, adaptado do grego “*klimaterikos*” e significa crise, degrau, escada e era utilizada para designar qualquer época da vida considerada crítica. O climatério corresponde à fase da vida feminina onde ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Apesar de ser uma fase natural da vida de todas as mulheres, algumas vezes é visto de forma equivocada, sendo considerado um período de prejuízos até chegando a ser interpretado como patologia (BRASIL, 2008; POLISSENI, 2008).

De acordo com a OMS, o climatério compreende uma fase *pré-menopausal*, que começa em torno dos quarenta anos de idade e se estende até o início dos ciclos menstruais irregulares e/ou de sintomatologia atribuível à falência ovariana, com duração variável; uma fase *peri-menopausal*, que se inicia anteriormente à menopausa, com o começo dos sintomas, e se estende até o primeiro ano após a menopausa; e uma fase *pós-menopausal*, que se inicia após a parada da menstruação e se estende até os 65 anos de idade. Cronologicamente, o evento demarcador das fases do climatério é a menopausa, definida como a ausência da menstruação por, pelo menos, 12 meses consecutivos (SCLOWITZ; DOS SANTOS; DA SILVEIRA, 2005).

Segundo Singh et al. (2001 apud SCHIMITT, 2009), a idade da menopausa tem sido cada vez mais precoce, como no Brasil que é de 48,6 anos. Em um estudo realizado na América Latina observou-se que a idade média da menopausa é de 49,4 anos, com variação entre 43,8 anos em Assunção no Paraguai e 53 anos em Cartagena das Índias na Colômbia (CASTELO-BRANCO et al., 2006).

2.1.1 Fisiologia do climatério

A mulher passa por um processo de perda folicular durante toda a vida. Das seis a sete milhões de oogônias produzidas durante a vida fetal, 70% sofrem apoptose até o nascimento e

na puberdade há apenas 300.000. Ao chegar à menopausa haverá apenas algumas centenas de óócitos primários nos ovários (SILVEIRA, 2008).

A menopausa se instala pelo esgotamento folicular, e por tornar-se o ovário refratário aos estímulos gonadotróficos. A diminuição da produção de estradiol e inibina pelas células da granulosa impede uma adequada retroalimentação negativa para o Hormônio Folículo Estimulante (FSH) na hipófise, determinando a sua elevação. A primeira expressão da redução significativa da função dos folículos ovarianos é o aparecimento das irregularidades menstruais, que podem durar vários anos. Numa primeira fase, os ciclos tornam-se mais curtos, por maturação folicular acelerada, mantendo alguma regularidade; mais tarde, tornam-se irregulares, sucedendo-se ciclos de duração muito variável. A amenorréia definitiva surge ao fim de algum tempo, quando não há mais folículos ovarianos remanescentes, portanto não há crescimento folicular e a produção ovariana de estrogênio se torna desprezível (ibid).

2.1.2 Sintomatologia

A carência de estrogênios induz repercussões em vários órgãos-alvo manifestando-se, essencialmente, em dois picos temporais:

- Sintomatologia precoce: inclui os sintomas neurovegetativos ou vasomotores, representados principalmente pelos fogachos, que são sensações transitórias, repentinas, que vão desde aquecimento até calor intenso. Durante os fogachos, a temperatura da pele eleva-se, assim como o fluxo sanguíneo. A temperatura pode aumentar entre um e 7° Celsius. Estudos mostram prevalências de fogachos variando de 18,0% a 74,0%, de acordo com a população estudada. Os sintomas neuropsíquicos, como labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, depressão, diminuição da libido, falta de confiança, perda de confiança também fazem parte do grupo de sintomas que surgem precocemente (BRASIL, 2008; NIEVAS, 2005; SCLOWITZ; DOS SANTOS; DA SILVEIRA, 2005).

- Sintomatologia tardia: inclui as chamadas alterações atróficas, relacionadas ao epitélio vaginal, uretral e da base da bexiga (epitélio estrogênio-dependente), que se apresentam como secura vaginal, dispareunia, disúria, síndrome uretral, urgência miccional, infecções urinárias

recorrentes. As alterações do metabolismo ósseo e lipídico, bem como doenças cardiovasculares também integram as manifestações de longo prazo (NIEVAS, 2005).

2.1.3 Abordagem clínica

A abordagem clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos (BRASIL, 2008).

A avaliação de rotina na mulher na pós-menopausa é essencial e visa a abordagem das queixas atuais bem como diagnóstico de doenças crônicas, como o diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e doenças da tireóide, rastreamento do câncer ginecológico através do exame clínico das mamas e mamografia periódica, citologia do colo uterino, ultra-som dos ovários e útero, com estudo do endométrio, prevenção e diagnóstico da osteoporose, através de orientação alimentar e de exercícios, densitometria óssea e abordagem terapêutica se necessário, prevenção de doenças coronarianas através de identificação de fatores de risco, dosagem de colesterol total e frações, triglicérides, no sangue, esclarecimento e orientação sobre a importância da atividade física e alimentação adequada, prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), quando necessário (ibid).

2.2 AGRAVOS À SAÚDE DA MULHER NA PÓS-MENOPAUSA

2.2.1 Hipertensão Arterial

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 35% da população de 40 anos e mais. A HAS é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, bem como acidente vascular cerebral e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a; PRESTON, 2009).

Vários estudos mostram o aumento da prevalência de hipertensão com a idade, principalmente entre as mulheres. Este aumento da pressão arterial pode explicar em parte o

aumento progressivo do risco de eventos cardiovasculares observado nas mulheres na pós-menopausa (BOTEL; RODRIGUÉZ; BERMÚDEZ, 2007; PRESTON, 2009).

A despeito do grande benefício oferecido pelo tratamento da hipertensão, esta é inadequadamente tratada, ou não tratada na maioria das pacientes. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo. Dados do *Women's Health Initiative* (WHI) mostram que somente 64,3% das mulheres na pós-menopausa e hipertensas estão em tratamento e somente 36,1% possuem sua pressão arterial controlada (BRASIL, 2006a; PRESTON, 2009; TADDEI, 2009).

A relação entre pós-menopausa e aumento da pressão arterial ainda não está bem esclarecida. Sabe-se que o processo de envelhecimento está associado a um progressivo enrijecimento da estrutura arterial e da espessura da camada íntima e média carotídea. Como resultado há uma queda na pressão arterial diastólica e uma elevação da pressão arterial sistólica e da pressão de pulso, configurando um perfil de pressão arterial de alto risco. Além do aumento da prevalência da HAS com a idade, tem sido observado que os homens até sexta década possuem níveis pressóricos mais elevados que as mulheres, e com o envelhecimento essa diferença se torna mínima e, às vezes, se inverte (TADDEI, 2009).

Vários mecanismos bioquímicos foram envolvidos para explicar os diferentes fatores reguladores da pressão arterial, segundo sexo e menopausa. Dentre eles destacam-se o papel do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), e do estresse oxidativo. Na mulher na pós-menopausa há um aumento do efeito da angiotensina II, uma vez que o estradiol regula o SRAA por diminuir a expressão dos receptores AT1 (onde age a angiotensina II) nos vasos e rins e por reduzir a atividade da enzima conversora de angiotensina I. O aumento do estresse oxidativo pode ser resultado do aumento da produção ou da diminuição da habilidade de neutralizar as espécies reativas de oxigênio (ERO). Postula-se que o estado de deficiência de estrogênio na pós-menopausa está associado com aumento das ERO contribuindo para a vasoconstrição e hipertensão (COYLEWRIGHT; RECKELHOFF; OUYANG, 2008).

Já tem sido reconhecido que o risco para eventos em órgãos alvo se estabelece em níveis bem abaixo da definição estabelecida de 140 por 90 mmHg. Estudos chamam atenção para o fato de que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115 por 75 mmHg (SBC, 2010; PRESTON, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a abordagem da paciente hipertensa na pós-menopausa tem como objetivo manter os valores da pressão arterial menor que 140 por 90mmHg. Sendo considerados valores ótimos uma pressão arterial menor que 120 por 80mmHg. As recomendações incluem (BRASIL, 2008):

- Aferir a pressão arterial como parte da avaliação de rotina.
- Os valores limítrofes de pressão devem ser confirmados em sucessivas visitas.
- O seguimento estará baseado na história prévia, nos sintomas, na presença de outros fatores de risco e de danos nos órgãos.
- Orientar para mudanças no estilo de vida (controle do peso corpóreo, atividade física, restrição de sal, moderação no consumo de álcool).
- Se os valores são maiores que 140 por 90 mmHg depois de três meses de modificações no estilo de vida ou se os valores iniciais são maiores que 160 mmHg de sistólica e maior que 100 de diastólica deverá ser iniciado o tratamento farmacológico individualizado.

É válido ressaltar que o governo desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus visando o estabelecimento de diretrizes voltadas para o aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso foi criado o HIPERDIA, um sistema de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, utilizado em todas as unidades ambulatoriais que atendem pelo SUS. As pessoas cadastradas neste sistema possuem a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos. Para o tratamento da HAS, foram estabelecidos os medicamentos Captopril 25 mg, Maleato de enalapril 10 mg,

Cloridrato de propranolol 40 mg, Atenolol 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Losartana Potássica 50 mg (SISHIPERDIA/MS, 2011).

2.2.2 Diabetes Mellitus

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo. Dados sugerem que mais de cinco milhões de pessoas, com mais de 40 anos, são acometidas por essa doença e a sua incidência aumenta a cada ano que passa. É uma patologia metabólica representada pelo elevado índice de glicose no sangue, que é resultante da deficiente produção de insulina (DM tipo 1) ou da resistência periférica à insulina associada à disfunção das células beta pancreáticas (DM tipo 2) (BRASIL, 2006b; RASKIN et al., 2003).

O desenvolvimento do DM é também um importante fator de risco para a doença cardíaca coronariana, incrementando-a de três e sete vezes na mulher, enquanto que nos homens, de duas a três vezes. Como as doenças cardiovasculares são as maiores causas de morte na pós-menopausa, conclui-se que um bom controle glicêmico é fundamental para redução da morbimortalidade das mulheres nessa fase (FERNANDES et al., 2008; SCHIMITT, 2009).

É uma doença de fácil diagnóstico. Este se dá através de exames laboratoriais, os quais verificam o índice glicêmico do paciente, tais como a glicemia de jejum e o teste de tolerância oral à glicose, associados à sintomatologia do paciente. Os índices de glicemia de jejum deverão ser inferiores a 100mg/dL, para que se exclua a possibilidade de DM. Acima desse valor, o indivíduo apresenta uma resistência à insulina, que é caracterizada pela hiperglicemia (100-125mg/dL), mas em valores abaixo do estipulado pela OMS para valores diagnósticos de DM, o qual é a partir de 126 mg/dL. Nesse período de pré-diabetes, o paciente poderá ajustar os fatores de risco modificáveis, para que o mesmo não desenvolva o DM propriamente dito (BRASIL, 2006b, 2008; FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

Na sintomatologia do paciente diabético, encontram-se como manifestações clínicas iniciais a polaciúria, poliúria, polidipsia, polifagia e o aumento de peso. Nos casos mais avançados de DM, os sintomas são referentes às complicações sistêmicas, como a retinopatia,

insuficiência renal, pé diabético, alterações cardiovasculares, entre outras. Por isso, deve haver um controle laboratorial regularmente, com exames de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina sérica, exames de urina e ECG (BRASIL, 2006b; FREITAS et al., 2005).

O tratamento do paciente diabético tem basicamente dois objetivos: um controle glicêmico adequado e a prevenção das complicações crônicas e agudas. Para que isso ocorra devem-se aliar mudanças dos hábitos de vida e farmacoterapia (COSTA et al., 2006; MÜLLICH, 2008).

O tratamento do DM pode ser realizado através de hipoglicemiantes orais, dentre os quais a metformina é o medicamento de escolha, ou por insulino terapia. A decisão do método utilizado no tratamento dependerá do estado do paciente, como por exemplo, presença de complicações e/ou obesidade, aliado ao nível glicêmico e à adesão do tratamento (BRASIL, 2006b).

Os medicamentos disponibilizados pelo SUS para o tratamento de diabetes incluem os hipoglicemiantes orais Glibenclamida 5 mg, Cloridrato de metformina 500 mg, 850 mg e 500mg de ação prolongada, bem como Insulina Humana NPH e Regular (SISHIPERDIA/MS, 2011).

2.2.3 Dislipidemias

A Dislipidemia é definida como alteração do metabolismo lipídico do indivíduo. É caracterizada pela elevação dos níveis séricos de colesterol total – hipercolesterolemia, e pelo aumento nos níveis séricos de triglicerídeos - hipertrigliceridemia. Pode ser de origem genética/familiar ou ambiental. Em relação aos fatores ambientais que levam às dislipidemias, encontra-se com maior incidência o tabagismo, etilismo, alimentação rica em gorduras, menopausa e sedentarismo (FIGUEIREDO NETO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2008; SCHIMITT, 2009).

A avaliação das dislipidemias é realizada pelas dosagens séricas de colesterol total

(CT) e suas frações, HDL-colesterol (HDL-C), LDL-colesterol (LDL-C), e dos triglicerídeos. A partir dos valores encontrados nos exames laboratoriais, podem-se classificar as dislipidemias em (SBC, 2007):

- Hipercolesterolemia isolada, na qual há um aumento exclusivo do LDL-C para valores a partir de 160 mg/dl;

- Hipertrigliceridemia isolada, observando-se um aumento exclusivo dos níveis de triglicerídeos em valores acima de 150 mg/dl;

- Hiperlipidemia mista, representada por um aumento tanto nos níveis de triglicerídeos quanto nos níveis de LDL-C;

- HDL-C baixo, na qual há uma diminuição de HDL-C para valores abaixo de 40 mg/dl para homens e abaixo de 50 mg/dl para mulheres. Essa forma de dislipidemia pode ou não ser associada com as outras alterações já citadas;

Essa classificação é importante para que seja traçado o plano terapêutico para cada forma evidenciada. É importante lembrar que a dislipidemia é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e que estas são responsáveis pelo maior número de óbito em mulheres na pós-menopausa. Percebe-se uma relação direta entre os níveis séricos de colesterol e triglicerídeos e a idade dos indivíduos. O próprio processo fisiológico do climatério propicia o organismo a desenvolver dislipidemias, evidenciado pelo aumento nos níveis de LDL-C e de triglicerídeos em apenas seis meses após a menopausa (DE SÁ; MOURA, 2010; MEDEIROS, 2008).

O tratamento das dislipidemias é realizado com medicamentos e mudanças no hábito de vida. Entre essas mudanças, recomenda-se a cessação do tabagismo, que pode ser realizada por meio de ajuda psicológica e/ou pela terapia de reposição da nicotina; alimentação com restrição de ingestão de gorduras e pelo aumento da ingestão de fibras, ácidos graxos, e proteínas; e pela prática regular de exercícios físicos (DE SÁ; MOURA, 2010; OLIVEIRA et al., 2008; SBC, 2007).

O tratamento medicamentoso é recomendado se não houver melhora do perfil lipídico com as alterações do estilo de vida. As drogas são escolhidas de acordo com a classificação das dislipidemias. Nas hipercolesterolemias isoladas os medicamentos mais utilizados são as estatinas, os quais podem ser associados a outros medicamentos. Quanto à hipertrigliceridemia, as drogas de escolha são os fibratos, associados ou não ao ácido nicotínico. Esses medicamentos também são os recomendados nos casos em que há diminuição do HDL-C (SBC, 2007).

2.2.4 Obesidade

A Obesidade é uma patologia de etiologia multifatorial, pois envolve interações de fatores genéticos, psicológicos, ambientais e de hábitos de vida. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, as quais têm sua incidência aumentada nos últimos anos. O período da peri-menopausa e pós-menopausa favorece ao ganho de peso, devido às alterações hormonais e lipídicas já citadas, como a diminuição dos níveis de estrogênio e diminuição da lipólise (BRASIL, 2006c; DE LORENZI et al., 2009b; RODRIGUEZ et al., 2009; SCHIMITT, 2009).

Diversos estudos mostram que, em relação às mulheres com peso normal, as obesas apresentam um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares, devido a associação da obesidade com outros fatores de risco, como um aumento na pressão arterial, aumento nos níveis glicêmicos, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, aumento da circunferência abdominal. As alterações decorrentes do climatério levam a mulher a acumular gordura em um padrão mais andróide, ou seja, há uma tendência ao acúmulo de gordura visceral e central. Além disso, o metabolismo basal encontra-se diminuído, havendo, conseqüentemente, redução do gasto energético (BRASIL, 2006c; DE LORENZI et al., 2006, 2009b; FIGUEIREDO NETO et al., 2010; ORSATTI et al., 2008).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é a medida mais utilizada atualmente para o diagnóstico de obesidade. É calculado pela razão da massa corporal, em quilogramas (kg), pela altura ao quadrado, em metros (m). Para um indivíduo ser considerado com peso adequado, seu IMC deverá estar entre os valores de 18,5 a 24,9 kg/m². A partir desse valor, pode ser classificado como sobrepeso (25-29,9 kg/m²), obesidade grau I (30-34,9 kg/m²),

obesidade grau II (35-39,9 kg/m²) e obesidade grau III (a partir de 40 kg/m²) (BRASIL, 2006c, 2009).

Essa medida antropométrica não é a mais fidedigna, pois não diferencia a massa “gorda” da massa “magra”, mas é a de mais fácil utilização (DE LORENZI et al., 2009b). Por isso, recomenda-se que aliado ao cálculo do IMC seja realizada a medida da circunferência abdominal, que segundo dados da OMS deve ser menor do que 102 cm para homens e menor do que 88 cm para as mulheres (ibid).

Para um controle da obesidade, recomenda-se mudanças no hábito de vida, associados ou não a utilização de medicamentos. Deve-se ressaltar que o tratamento da obesidade requer um acompanhamento multidisciplinar, tendo como objetivo uma perda de peso saudável, ou seja, o paciente perde peso com uma melhora da qualidade de vida (LIMA; AZEVEDO, 2006; MEDEIROS, 2008; SCHIMITT, 2009).

O tratamento é composto por (BRASIL, 2006c, 2009; CORREA et al., 2006; REZENDE et al., 2006):

- Dieta equilibrada, composta por 20-30% de gorduras, 55 a 60% de carboidratos e 15 a 20% de lipídios, adequando ao paciente a alimentação baseada em alimentos saudáveis, pobres em gorduras *trans* e açúcares;

- Exercícios físicos regulares, os quais devem inicialmente ser de intensidade leve, evoluindo com o decorrer do tempo, até a uma intensidade moderada, com a duração de, pelo menos, 30 minutos por dia, em três a cinco dias na semana;

- Orientação psicológica, para ajudar o paciente com problemas de ansiedade;

- Tratamento farmacológico, que consiste na administração de drogas que auxiliam a perda de peso em pacientes onde a terapia não farmacológica não foi efetiva e em pacientes com IMC maior do que 30kg/m² ou maior do que 25 mg/m² na presença de co-morbidades.

2.2.5 Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo, representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular. Poucos são os estudos de grande relevância que conseguem avaliar a prevalência da SM, pois estes são feitos utilizando classificações diferentes, de escolas médicas diferentes e em populações diferentes, fazendo com que ocorra uma grande divergência entre os resultados encontrados. As classificações existentes são da OMS, da *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP ATP III) e da *International Diabetes Federation* (IDF) (MEDEIROS, 2008; SCHIMITT, 2009).

Fatores	OMS	NCEP ATP III	IDF
Circunferência abdominal	-	>88cm	>80cm
HDL colesterol	<39mg/dl	<50mg/dl	<50mg/dl
Triglicérides	>150mg/dl	≥150mg/dl	≥150mg/dl
Pressão arterial	>140x90mmHg	≥135x85mmHg	≥135x85mmHg
Glicemia	-	≥110mg/dl	≥110mg/dl
IMC	>30kg/m ²	-	-
Albumina	>20µg/min	-	-
Intolerância à glicose	Sim	-	-
Resistência insulínica	Sim	-	-

Fonte: SCHIMITT, 2009.

Quadro 1 – Classificação da Síndrome Metabólica

Diversos estudos mostram uma associação causal entre a menopausa e os fatores de risco componentes da SM, enquanto outros atribuem o aumento do risco apenas ao processo de envelhecimento. Porém é fato que o climatério coincide com as mudanças no perfil de risco cardiovascular, a exemplo da alteração do perfil lipídico, acúmulo da gordura na região abdominal, além da resistência à insulina, sendo estes alguns fatores que compõem a SM (FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

O diagnóstico da SM é realizado por meio de uma anamnese detalhada, aliada à exames laboratoriais, como glicemia de jejum e níveis de colesterol total e frações e níveis de triglicerídeos. São importantes também os exames que auxiliam na definição do risco

cardiovascular, como o eletrocardiograma, uréia, creatinina, proteínas totais e frações, microalbuminúria, entre outros. Para se confirmar o diagnóstico é necessário que haja dois ou mais fatores apresentados, associados obrigatoriamente à circunferência abdominal (LEÃO et al., 2010; RASKIN et al., 2003).

A base do tratamento da SM é a correção dos fatores de risco modificáveis, juntamente com o tratamento clínico das doenças já instaladas. Recomenda-se a perda de até 10% do peso corporal, aliado a um plano alimentar adequado e à prática de exercícios físicos, com o objetivo de reduzir a circunferência abdominal e a gordura visceral (BRASIL, 2006c; FIGUEIREDO NETO et al., 2010; RASKIN et al., 2003).

2.2.6 Tireoidopatias

Os distúrbios tireoidianos estão presentes em 1 a 3% da população mundial, sendo muito frequentes em mulheres na pós-menopausa. As alterações mais encontradas são o Hipertireoidismo e o Hipotireoidismo (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2006).

O hipotireoidismo subclínico é definido como um estado clínico resultante de uma quantidade de hormônios insuficientes circulantes da tireoide para suprir uma função orgânica normal. É caracterizada pelo aumento dos níveis de hormônio estimulante da tireoide (TSH) com níveis de tetraiodotironina livre (T4L) livre dentro dos padrões de normalidade. É uma patologia prevalente em 65% da população mundial, principalmente em mulheres com mais de 40 anos, ou seja, na fase climatérica, mas por ser uma patologia com sintomas inespecíficos, o diagnóstico é tardio, chegando muitas vezes a não ser realizado. A sintomatologia do hipotireoidismo é originada devido uma redução da atividade metabólica e o seu diagnóstico é realizado através da dosagem dos níveis de TSH, que deverão encontrar-se superior a 5mIU/ml, com níveis normais de T4L (DE LORENZI et al., 2009b; NAHAS et al., 2005; SCLOWITZ; SANTOS; DA SILVEIRA, 2005; SOWERS et al., 2003).

Os sintomas mais encontrados são mialgia, artralgia, pele seca, unhas quebradiças, palidez cutâneo mucosa, insônia, ganho de peso, chegando até em um quadro de depressão. Esses sintomas são entendidos pelas pacientes como fisiológicos, próprios da fase climatérica

ou como sinais de envelhecimento, então raramente essas procuram acompanhamento médico. Na maioria das vezes o diagnóstico é ocasional, realizado a partir de uma triagem laboratorial. As pacientes climatéricas que apresentam hipotireoidismo devem ser avaliadas frequentemente, para que não aja um agravamento do quadro clínico, prejudicando assim sua qualidade de vida (DE LORENZI et al., 2006; FILHO; COSTA, 2008; SANTOS SÁ et al., 2006; SCHIMITT, 2009; SCLOWITZ; SANTOS; DA SILVEIRA, 2005;).

O tratamento do hipotireoidismo é realizado com reposição de levotiroxina, na dose de 1,6µg/kg/dia. Deve-se também recomendar a prática de exercícios físicos, pelo menos 30 minutos de exercício aeróbico por três dias na semana; ingestão de alimentação balanceada, com uma quantidade restrita de sal e de gorduras; evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo. A OMS recomenda que sejam realizados testes laboratoriais da função tireoidiana a cada cinco anos, a partir dos 35 anos. Deve-se também realizar avaliação laboratorial do perfil lipídico, pois há fortes evidências de que o hipotireoidismo esteja relacionado à hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (SANTOS SÁ et al., 2006; SBEM, 2005; NAVARRO et al., 2010).

O hipertireoidismo é uma patologia que apresenta aumento do metabolismo basal do organismo, sendo caracterizado por supressão dos níveis séricos de TSH, os quais se encontram inferiores a 0,1mIU/ml, e níveis de T4L e triiodotiroxina livre normais. É menos frequente do que o hipotireoidismo, apresentando uma prevalência inferior a 2% na população adulta. Mas mesmo com uma prevalência baixa, também é mais encontrado em mulheres na pós-menopausa, sendo nelas os efeitos mais intensos, devido as alterações já definidas do climatério associadas às sintomatologias do hipertireoidismo. Deve ser corretamente diagnosticada e tratada, devido os elevados riscos cardíacos e esqueléticos que essa patologia pode ocasionar (BRASIL, 2008; SBEM, 2006).

Entre as manifestações clínicas mais frequentemente encontradas, pode-se observar ansiedade, nervosismo, irritabilidade, fadiga, emagrecimento, insônia, sudorese excessiva, palpitação, taquicardia, intolerância ao calor, tremores, pele quente e sedosa, pressão arterial divergente, exoftalmia, alterações menstruais, hiperdefecação e hiper-reflexia. Associado a menopausa, o hipertireoidismo pode ser considerado um fator de risco para osteoporose, pois ocasionar um aumento na perda de massa óssea, observada principalmente na coluna lombar e

no fêmur. Por esse motivo, deve-se fazer um rastreamento anual em mulheres na pós-menopausa, através de densitometria óssea, para acompanhar o grau de perda óssea dessas pacientes (AHN et al., 2010; SBEM, 2006).

Para o tratamento da patologia, há como opções de tratamento a cirurgia, o iodo radioativo e as drogas antitireoidianas, como o propiltiouracil e metimazol. A cirurgia praticamente um método terapêutico extinto, sendo utilizado preferencialmente quando o iodo radioativo e as demais drogas são contraindicadas. As drogas antitireoidianas são usadas como primeira escolha para casos de bócios pequenos, crianças, adolescentes e gestantes. Tem como desvantagem o fato de haver recidiva em alguns casos. Já o iodo radioativo e a cirurgia têm como desvantagem o desenvolvimento de hipotireoidismo, já que são considerados como terapia ablativa, pois melhoram tireotoxicose por meio de destruição do tecido tireoidiano (SBEM, 2006).

2.3 O RISCO CARDIOVASCULAR NA PÓS-MENOPAUSA

A doença cardiovascular (DCV) ainda é a principal causa de morte entre as mulheres nos países desenvolvidos. A doença arterial coronariana (DAC) é responsável pela maioria destas mortes. Além disso, a mulher tem um prognóstico menos favorável do que homem após um evento cardiovascular (ECV). No Brasil, dados do Sistema de Informação de Mortalidade apontam as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de óbito entre as brasileiras no climatério (MATURANA; IRIGOYEN; SPRITZER, 2007; SCHMITT, 2009).

É evidente que a prevalência de DCV aumenta drasticamente após a menopausa. Observa-se que em mulheres da mesma faixa etária, a DCV ocorre duas a três vezes mais em mulheres após a menopausa do que aquelas na pré-menopausa. Entre 45-64, anos 1:9 mulheres tem alguma forma de DCV, enquanto esta relação passa a 1:3 após 65 anos de idade. A cada década de vida, a taxa de mortalidade no sexo feminino aumenta de três a cinco vezes (FERNANDES et al., 2008; SZMUILOWICZ, 2011).

A DAC tem sua incidência aumentada com o envelhecimento, porém nas mulheres suas manifestações clínicas aparecem em média cerca de 10 a 15 anos mais tardiamente que os homens, fato este que possivelmente é explicado pela proteção estrogênica. Talvez por esse motivo, as mulheres, e certamente alguns profissionais da saúde acreditam que as medidas de prevenção também possam ser postergadas, o que é um erro já que o processo aterosclerótico determinante dos principais fatores de risco cardiovasculares envolvidos, já é evidente a partir dos 20 anos de idade (FERNANDES et al., 2008).

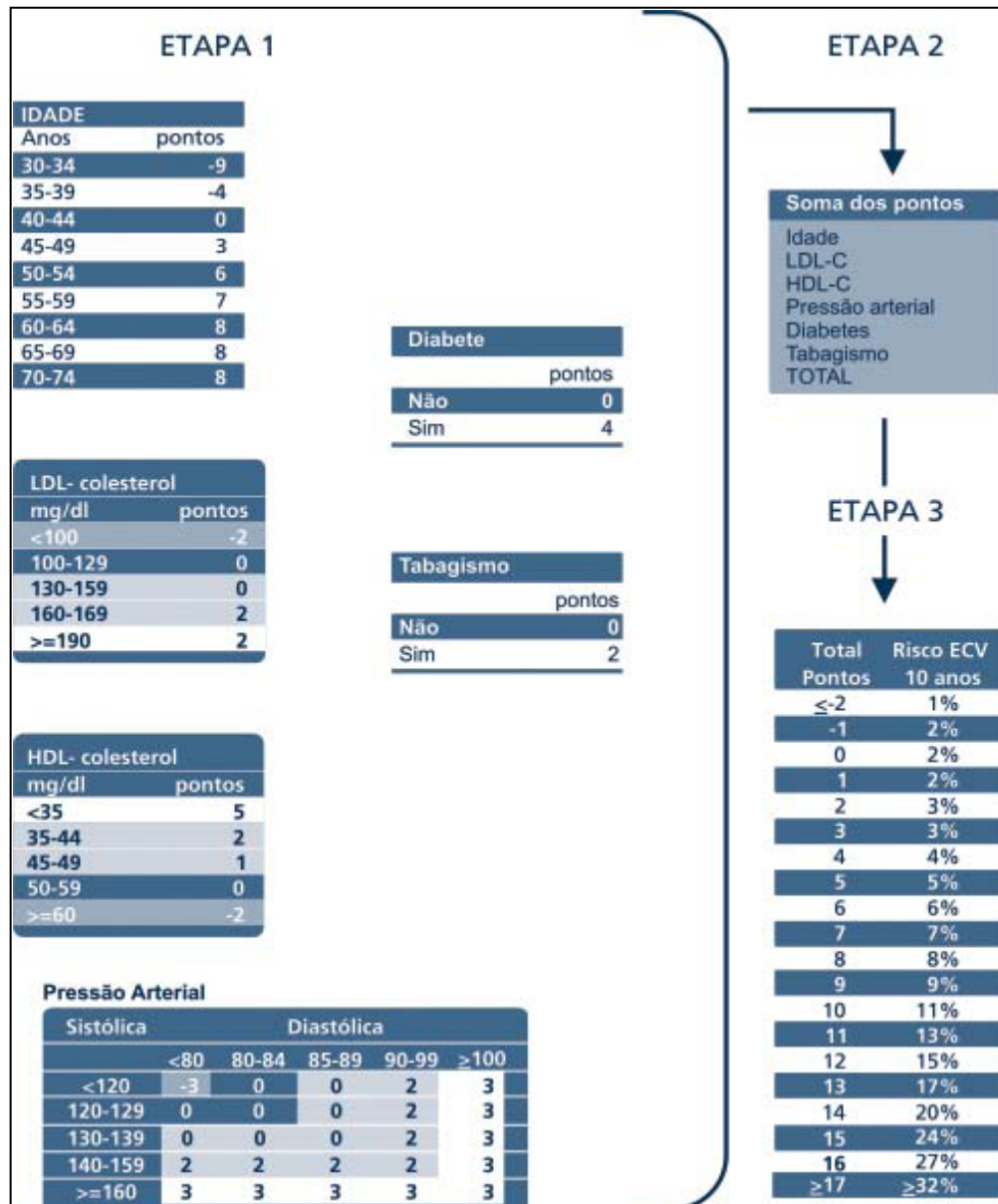
Entre os seus mecanismos de cardioproteção, os estrogênios endógenos promovem a redução dos níveis de CT e LDL-C, além do aumentarem o HDL-C, dificultando assim a aterogênese coronariana. Sabendo que a DCV tem estreita relação com a doença aterosclerótica, seus fatores de risco incluem HAS, tabagismo, obesidade, vida sedentária, dislipidemia, estilo de vida, estresse, história familiar de doença cardiovascular, doença, diabetes mellitus e resistência à insulina (MATURANA; IRIGOYEN; SPRITZER, 2007; PIAZZA; DE LORENZI; SACIOTO, 2005).

Baseado nisso, mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006d).

Para a estratificação do risco cardiovascular e risco global de eventos cardiovasculares o MS recomenda o uso do Escore de Framingham. Nele se estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronária no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Embora esta estimativa de risco seja sujeita a correções conforme indicadores epidemiológicos da população estudada, este escore identifica adequadamente indivíduos de alto e baixo risco (BRASIL, 2006a, 2008; FERNANDES, et al., 2008).

Para isso devem ser coletadas informações sobre idade, LDL-C, HDL-C, pressão arterial, diabete e tabagismo (etapa 1). A partir da soma dos pontos de cada fator (etapa 2) é

estimado o risco cardiovascular em 10 anos (etapa 3). A classificação do risco global é dada da seguinte maneira: se a paciente apresentar até 10% de risco de ECV em 10 anos, é considerada de baixo risco, entre 10-20% considera-se médio risco e a partir de 20% o risco é considerado alto (BRASIL, 2006d; FERNANDES, et al., 2008). O fluxograma abaixo demonstra as etapas supracitadas:



Fonte: BRASIL, 2008.

Figura 1 - Escore de Framingham Revisado para Mulheres.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se um estudo analítico-descritivo, observacional, de corte transversal em que participaram 74 mulheres atendidas no Ambulatório de Climatério da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente em Belém, Pará, no período de abril a junho de 2011.

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A realização do estudo ocorreu no Ambulatório de Climatério da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente no município de Belém, PA. O serviço no ambulatório de Climatério funciona nas segundas, quartas e sextas-feiras das 11:00 às 13:00 horas e possui aproximadamente 200 mulheres cadastradas.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi composta por mulheres na pós-menopausa. A casuística foi obtida em função do número de pacientes que compareceram à consulta no ambulatório de climatério no período estabelecido para a coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: mulheres na pós-menopausa, independente do uso de TRH, que possuíam avaliação laboratorial prévia (menos de seis meses) incluindo dosagem dos hormônios tireoidianos (TSH e T4 livre), perfil lipídico, glicemia de jejum. Os critérios de exclusão foram: menopausa precoce (<40 anos), mulheres acima de 65 anos, bem como aquelas que se recusarem a participar da pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2011. Após esclarecimento e assinatura do termo de consentimento, foi aplicado um questionário estruturado (Apêndice A) para todas as pacientes que compareceram para consulta no ambulatório, no período estipulado no cronograma para a coleta de dados, em um total de 74 mulheres. Informações adicionais foram coletadas no prontuário da paciente.

A definição de menopausa foi feita através da investigação da data da última menstruação (amenorréia maior que 12 meses). Nas pacientes hysterectomizadas sem ooforectomia, o diagnóstico de menopausa se baseou em dados clínicos, como história e/ou presença dos sintomas climatéricos, e dados laboratoriais (dosagem de FSH) quando disponíveis, porém não foi possível estabelecer a data exata da menopausa, sendo esta classificada como indeterminada nessas mulheres.

Dentre as variáveis independentes foram avaliadas características sócio-demográficas e clínicas: idade, raça (definida pela própria paciente como branca, preta, amarela, parda ou indígena), estado marital, número de filhos, escolaridade, renda familiar, idade da menopausa, uso de terapia hormonal, tabagismo (definidas como fumantes aquelas que fumaram pelo menos 100 cigarros na vida e fumavam na ocasião do inquérito), etilismo (definido como consumo de bebida alcoólica nos últimos três meses da aplicação do inquérito), uso de drogas e atividade física regular (frequência mínima de três vezes por semana e duração maior que 30 minutos, independente da modalidade de exercício realizado).

Para avaliação antropométrica, foi obtido o peso e a altura da população em estudo, por meio de balança antropométrica do tipo plataforma, da marca Filizola®, com capacidade mínima de 2,5kg e máxima de 150kg, com variação mínima de 100g. Para a obtenção desta medida, as pacientes ficaram em pé, no centro da balança, sem calçados. A estatura foi aferida com auxílio de um antropômetro da própria balança que apresenta capacidade de 2 metros e 1 cm de graduação.

A circunferência abdominal foi mensurada por meio de uma fita métrica milimetrada inelástica. Utilizou-se o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca diretamente sobre a pele.

A pressão foi aferida pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado. Para realização da aferição foram seguidos os procedimentos recomendados pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2010).

Para definição dos agravos encontrados foram considerados os seguintes critérios:

- Diabetes Mellitus: paciente com diagnóstico prévio de DM, em uso de hipoglicemiante oral ou insulina.

- Dislipidemia: análise laboratorial do perfil lipídico das mulheres em estudo. Foram considerados alterados os resultados: LDL-C > 160 mg/dL; HDL-C < 50 mg/dL; Colesterol total > 200 mg/dL; Triglicerídeos > 150 mg/dL (SBC, 2007).

- Obesidade: o diagnóstico de obesidade foi feito por meio do cálculo do IMC obtido dividindo-se o peso em kilogramas pelo quadrado da altura em metros. Seguindo os critérios da OMS, as pacientes foram classificadas em: peso normal - IMC de 18,5 a 24,9; sobrepeso - IMC de 25 a 29,9; obesidade classe I – IMC de 30 a 34,9; obesidade classe II – IMC de 35 a 39,9; e obesidade classe III – IMC maior ou igual a 40. Como avaliação complementar para o diagnóstico nutricional foi realizada a medida da circunferência abdominal, uma vez que tem boa correlação com a gordura abdominal e associação com o risco de morbimortalidade. (BRASIL, 2006c).

- Síndrome Metabólica: foram utilizados os critérios da IDF. Sendo necessária a presença de dois ou mais critérios associados obrigatoriamente ao critério da circunferência abdominal (SCHIMITT, 2009)

- Hipertensão Arterial: paciente com diagnóstico prévio de HAS, em uso de medicação anti-hipertensiva.

- Tireoidopatia (hipertireoidismo ou hipotireoidismo): foi avaliada por meio da análise da dosagem de TSH e T4 livre, baseado nos critérios de normalidade segundo os métodos empregados pelo laboratório.

- Osteoporose: o diagnóstico de osteoporose foi feito pela avaliação da densitometria mineral óssea (DMO) que consiste no exame de referência para o diagnóstico da osteoporose

realizada pela avaliação da coluna lombar, do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS. Foi utilizado o *T-Score* calculado em desvios-padrões (DP), tomando como referência a DMO média do pico da massa óssea em adultos jovens. Os critérios diagnósticos propostos pela OMS baseados neste parâmetro são: normal até -1,0 DP; osteopenia de -1,1 a -2,5DP; osteoporose abaixo de -2,5DP; osteoporose estabelecida abaixo de -2,5DP na presença de fratura (BRASIL, 2008).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados no programa *Microsoft Office Excel 2007*. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados com a distribuição de frequências apresentadas em tabelas e gráficos em seus valores absolutos e porcentagem. As análises das razões de prevalências e de associação de variáveis foram feitas usando o software *BioEstat 5.0*.

As análises foram feitas com o intuito de verificar a associação entre as características sócio-demográficas, histórico obstétrico e ginecológico e de hábitos de vida com os agravos encontrados. Para verificar a associação foi utilizado o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), foi utilizado o cálculo da Razão de Prevalência, e a estatística de teste Qui-quadrado e estatística G (nos casos em que a estatística Qui-quadrado não pôde ser calculada devido suas restrições).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa e informadas quanto a sua finalidade e métodos, sendo que sua participação somente foi efetivada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, Protocolo de Pesquisa nº055/11 (Anexo A).

4 RESULTADOS

Das pacientes que compuseram o estudo (total de 74 mulheres), a maioria se encontrava na faixa etária de 50-59 anos (71,6%, n=53). A média de idade foi de 55,8 anos. A raça mais prevalente foi a parda, com 90,5% (n=67). Em relação ao estado marital, 66,2% (n=49) das mulheres estavam em uma relação estável ou eram casadas, enquanto que 20,3% (n=15) eram viúvas ou divorciadas e somente 13,5% (n=10) eram solteiras. Mais da metade das mulheres possuía ensino fundamental incompleto (52,7%, n=39), sendo que apenas uma mulher (1,4%) possuía ensino superior completo. Com relação à ocupação, 51,4% (n=38) das mulheres eram remuneradas. No que diz respeito à renda familiar, a grande maioria (90,5%, n=67) recebia até três salários mínimos por mês (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil, segundo suas características sócio-demográficas. Período de abril a junho de 2011.

Variáveis	Categorias	N	%
Idade	40-49	6	8,1
	50-59	53	71,6
	>ou = 60	15	20,3
Raça	Branca	0	0
	Parda	67	90,5
	Preta	3	4,1
	Outras	4	5,4
Estado marital	Casada/união estável	49	66,2
	Solteira	10	13,5
	Viúva/divorciada	15	20,3
Escolaridade	Ausência de ensino formal	1	1,4
	Ensino Fundamental incompleto	39	52,7
	Ensino Fundamental completo	13	17,6
	Ensino Médio incompleto	9	12,2
	Ensino Médio completo	11	14,9
	Ensino Superior incompleto	0	0
	Ensino Superior completo	1	1,4

TABELA 1 - Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil, segundo suas características sócio-demográficas. Período de abril a junho de 2011
(continuação)

Ocupação remunerada	Sim	38	51,4
	Não	36	48,6
Renda familiar (número de salários mínimos)	Até 3	67	90,5
	Mais que 3	7	9,5

Fonte: Protocolo de pesquisa

Na análise da história obstétrica e ginecológica (Tabela 2), observou-se que 59,5% (n=44) das mulheres estudadas possuíam mais de dois filhos. A maioria (63,5%, n=47), entrou na menopausa com idade até 50 anos. Não foi possível determinar a idade da menopausa em 21,6% (n=16) das pacientes, pois estas foram submetidas à histerectomia. O uso de TRH foi observado em 68,9% (n=51), sendo que destas 45,1% (n=23), fizeram uso por um tempo maior que cinco anos.

TABELA 2 - Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil, segundo história obstétrica e ginecológica. Período de abril a junho de 2011.

Variáveis	Categorias	N	%
Número de filhos	Nenhum	5	6,8
	Até 2	25	33,8
	> 2	44	59,5
Idade da menopausa (em anos)	Até 50	47	63,5
	> 50	11	14,9
	Indeterminada*	16	21,6
Uso de TRH	Sim	51	68,9
	Não	23	31,1
Tempo de uso TRH (em anos)	≤ 1	13	25,5
	1- 5	15	29,4
	> 5	23	45,1

*Pacientes submetidas à Histerectomia.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Em relação aos hábitos de vida (Tabela 3), verificou-se que 55,4% (n=41) das entrevistadas nunca fumaram, 40,5% (n=30) eram ex-fumantes, e somente 4,1% (n=3) ainda fumavam no momento do inquérito. A maioria das mulheres (83,8%, n=62), não possuía o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Apenas 29,7% (n=22) praticavam alguma atividade física regular.

TABELA 3 - Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil, segundo os hábitos de vida. Período de abril a junho de 2011.

Variáveis	Categorias	N	%
Tabagismo	Fumante	3	4,1
	Ex-fumante	30	40,5
	Nunca fumou	41	55,4
Etilismo	Sim	12	16,2
	Não	62	83,8
Atividade física regular	Ativa	22	29,7
	Sedentária	52	70,3

Fonte: Protocolo de pesquisa

A tabela 4 e o gráfico 1 mostram a prevalência das morbidades clínicas encontradas. O agravo de maior prevalência foi a Dislipidemia, com 67,6% (n=50) da população estudada, seguida da Síndrome Metabólica e Hipertensão Arterial, ambas com 36,5% (n=27). Foi observado também Obesidade, com prevalência de 25,7% (n=19), Diabetes Mellitus com 21,6% (n=16) e Hipotireoidismo, com 10,8% (n=8). Outros agravos encontrados incluíram fibromialgia, osteoporose, osteoartrite, úlcera gástrica e gastrite, num total de 16,2% (n=12).

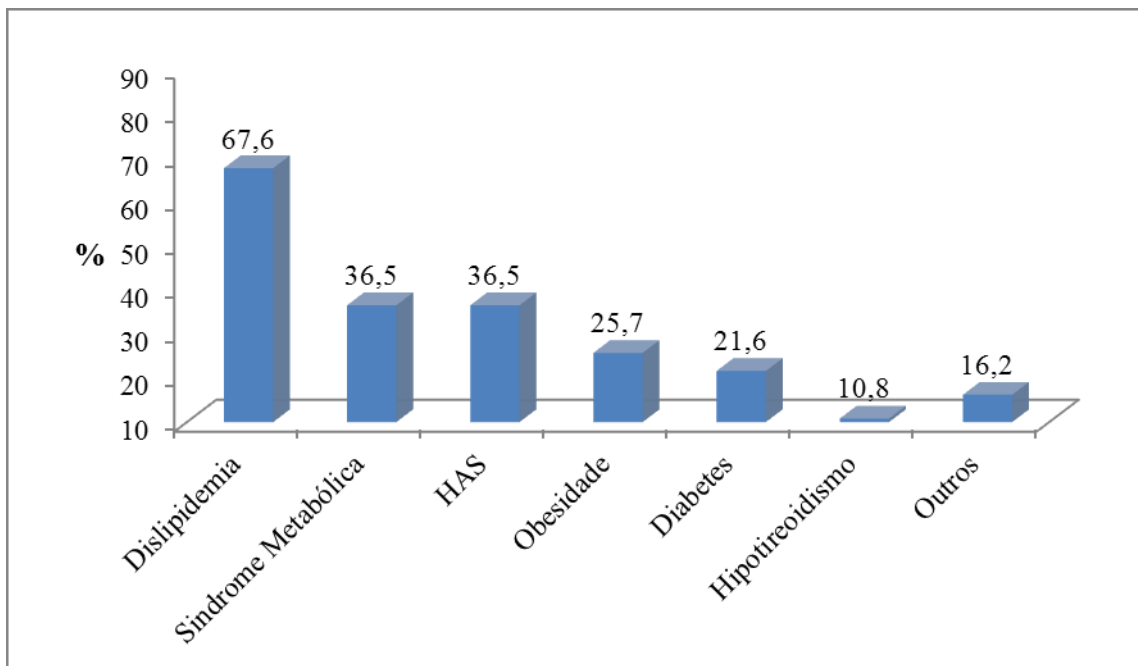
TABELA 4 – Prevalência de morbidades clínicas nas mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

Agravos	N	%
Dislipidemia	50	67,6
Síndrome Metabólica	27	36,5
Hipertensão Arterial	27	36,5
Obesidade	19	25,7
Diabetes Mellitus	16	21,6

TABELA 4 – Prevalência de morbidades clínicas nas mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

		(Continuação)
Hipotireoidismo	8	10,8
Outros	12	16,2

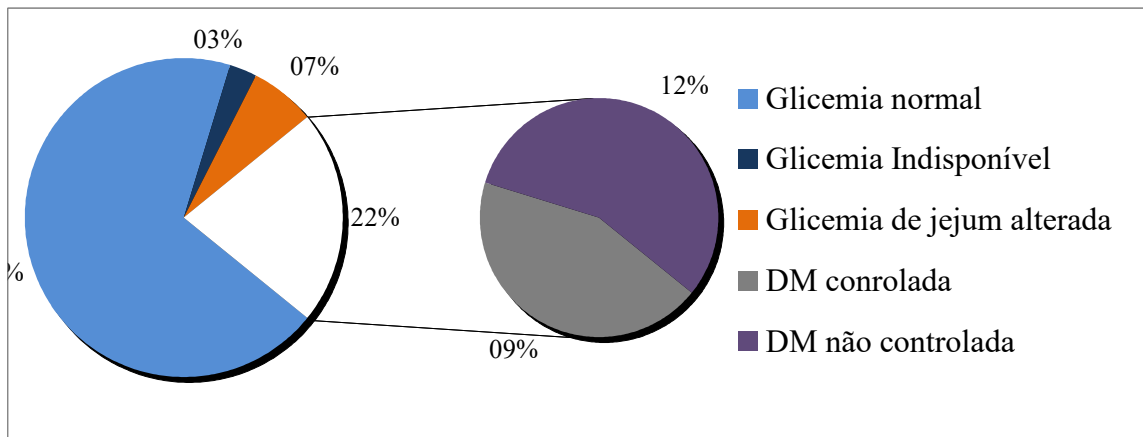
Fonte: Protocolo de pesquisa



Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 1- Prevalência de morbidades clínicas nas mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

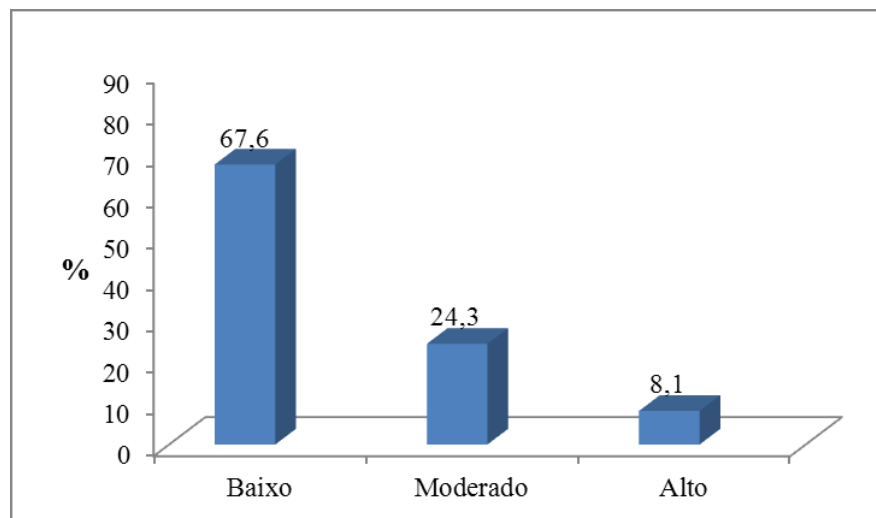
O Gráfico 2 mostra a distribuição dos níveis glicêmicos encontrados nas entrevistadas. Observou-se que 68,9% (n=51) apresentavam glicemia normal, 6,8% (n=5), possuíam glicemia de jejum alterada. Dentre as paciente diabéticas, 12,2% (n=9) não tinham o controle adequado da glicemia, mesmo em uso de medicação.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 2- Níveis glicêmicos e controle do DM nas mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

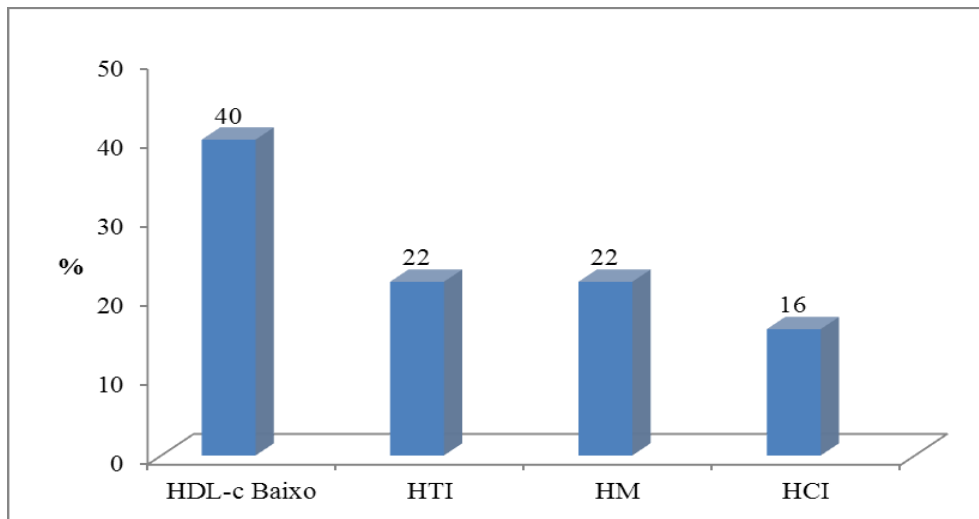
Na avaliação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham (Gráfico 3), verificou-se que 67,6% (n=50) das mulheres foram consideradas como de baixo risco para ECV em 10 anos, enquanto que apenas 8,1% (n=6) foram classificadas de alto risco.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 3- Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil de acordo com a classificação do Escore de Framingham. Período de abril a junho de 2011.

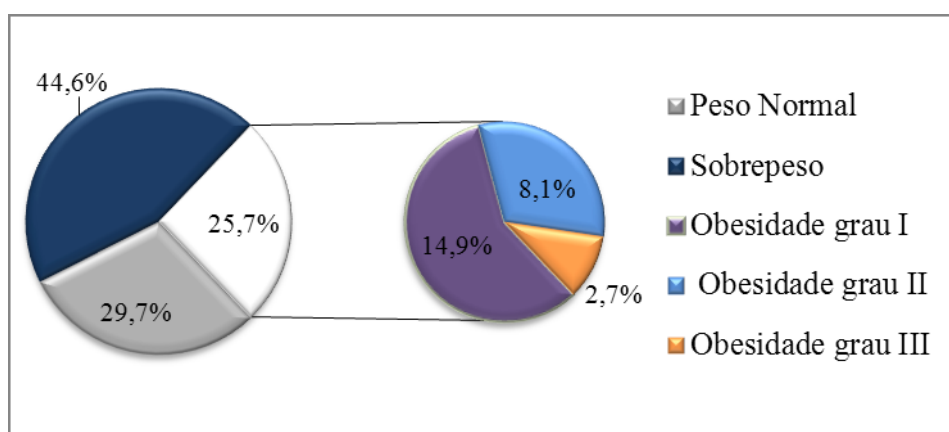
Das pacientes com Dislipidemia (67,6%, n=50), a maior parte possuía o HDL baixo (40%, n=20). O restante apresentou hipertrigliceridemia isolada e hiperlipidemia mista, ambas com 22% cada (n=11), e hipercolesterolemia isolada (16%, n=8) (Gráfico 4).



HTI: Hipertrigliceridemia isolada; HM: Hiperlipidemia mista; HCI: Hipercolesterolemia isolada.
 Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 4 – Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil de acordo com a classificação das dislipidemias. Período de abril a junho de 2011.

O IMC foi utilizado para classificar o estado nutricional das pacientes. Verificou-se que a maior parte apresentava sobrepeso (44,6%, n=33) e 25,7% (n=19) obesidade. Dentre as pacientes obesas, a maior prevalência foi de obesidade grau I (14,9%, n=11).



Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 5 – Distribuição das mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil de acordo com a classificação do IMC. Período de abril a junho de 2011.

Na tabela 5 encontram-se os fatores associados aos agravos encontrados nas mulheres pesquisadas. Verifica-se que as variáveis escolaridade e tabagismo apresentaram associação com o agravo Dislipidemia. As participantes com ausência de escolaridade apresentaram 1,3 (RP: 1,3; IC: 1,09-1,54) mais chances de ter dislipidemia que a categoria de referência ensino fundamental incompleto. As mulheres fumantes, por sua vez, possuíam 1,52 (RP: 1,52; IC: 1,22-1,89) vezes mais chances de apresentar o agravo do que aquelas que nunca fumaram (categoria de referência).

Com relação à SM, nota-se que as pacientes com nível superior completo apresentaram quase três vezes mais chances de terem SM que a categoria de referência ensino fundamental incompleto (RP: 2,79; IC: 1,83-4,24).

Na análise da relação entre as variáveis independentes e o agravo HAS, podemos observar que somente o estado marital e a escolaridade apresentaram associação estatisticamente significativa. As mulheres solteiras apresentaram duas vezes (RP: 2,1; IC: 1,07-4,11) mais chance de ter HAS que a categoria de referência (casada/união estável). Já a presença de nível superior mostrou ter três vezes (RP: 3; IC: 1,92-4,68) mais chance que a categoria de referência (fundamental incompleto).

No que diz respeito à Obesidade, observa-se que apenas a categoria escolaridade teve associação. As pacientes sem escolaridade apresentaram 3,55 (RP: 3,55; IC: 2,15-5,85) mais chances de serem obesas do que as que possuíam ensino fundamental incompleto (categoria de referência).

Na análise bivariada para o agravo Hipotireoidismo, pode-se observar que as pacientes da categoria outras raças apresentaram cinco vezes e meia mais chances de ter a doença que a categoria de referência parda (RP: 5,58; IC: 1,61-19,34).

É válido ressaltar que não foi encontrada associação com nenhuma das variáveis estudadas e o agravo DM, por esse motivo o mesmo não se encontra explicitado na tabela em questão.

TABELA 5 – Fatores associados aos agravos encontrados nas mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

Variáveis	AGRAVO				Análise Bivariada		Teste Estatístico
	AUSENTE (n=47)		PRESENTE (n=27)		RP	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
DISLIPIDEMIA							
Escolaridade							
Fundamental incompleto	9	37,5	30	60,0	1	-	
Fundamental completo	7	29,2	6	12,0	0,6	0,33-1,11	
Médio incompleto	4	16,7	5	10,0	0,72	0,39-1,33	0,1609
Médio completo	3	12,5	8	16,0	0,95	0,63-1,41	
Superior completo	1	4,2	0	0,0			
Ausência	0	0,0	1	2,0	1,3	1,09-1,54	
Tabagismo							
Nunca fumou	14	58,3	27	54,0	1	-	0,2985
Fumante	0	0,0	3	6,0	1,52	1,22-1,89	
Ex fumante	10	41,7	20	40,0	1,01	0,72-1,42	
SÍNDROME METABÓLICA							
Escolaridade							
Fundamental incompleto	25	53,2	14	51,9	1	-	
Fundamental completo	11	23,4	2	7,4	0,43	0,11-1,64	
Médio incompleto	5	10,6	4	14,8	1,24	0,53-2,87	0,1856
Médio completo	5	10,6	6	22,2	1,52	0,77-3,01	
Superior completo	0	0,0	1	3,7	2,79	1,83-4,24	
Ausência	1	2,1	0	0,0			
HIPERTENSÃO							
Estado Marital							
Casada/união estável	35	74,5	14	51,9	1	-	0,1289
Solteira	4	8,5	6	22,2	2,1	1,07-4,11	
Viúva / Divorciada	8	17,0	7	25,9	1,63	0,81-3,29	
Escolaridade							
Fundamental incompleto	26	55,3	13	48,1	1	-	
Fundamental completo	9	19,1	4	14,8	0,92	0,36-2,34	
Médio incompleto	4	8,5	5	18,5	1,67	0,80-3,47	0,4626
Médio completo	7	14,9	4	14,8	1,09	0,44-2,68	
Superior completo	0	0,0	1	3,7	3	1,92-4,68	
Ausência	1	2,1	0	0,0			
OBESIDADE							
Escolaridade							
Fundamental incompleto	28	50,9	11	57,9	1	-	0,3982
Fundamental completo	9	16,4	4	21,1	1,09	0,42-2,84	

TABELA 5 – Fatores associados aos agravos encontrados na mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de referência Materno Infantil. Período de abril a junho de 2011.

(Continuação)

Médio incompleto	8	14,5	1	5,3	0,39	0,06-2,67	
Médio completo	9	16,4	2	10,5	0,64	0,17-2,49	
Superior completo	1	1,8	0	0,0			
Ausência	0	0,0	1	5,3	3,55	2,15-5,85	
HIPOTIREOIDISMO							
Raça							
Parda	61	92,4	6	75,0	1	-	0,093
Preta	3	4,5	0	0,0			
Outras	2	3,0	2	25,0	5,58	1,61-19,34	

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Protocolo de pesquisa

5 DISCUSSÃO

O presente estudo abordou mulheres no período da pós-menopausa atendidas em um serviço de referência que tinha como objetivo principal o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de morbidades clínicas nessas mulheres. Todas as pacientes que compareceram ao serviço no período da coleta de dados aceitaram participar do estudo, porém a casuística foi aquém do previsto em função de uma suspensão transitória do programa do climatério devido mudanças de operacionalização (o programa seria transferido para atenção ambulatorial secundária), mas atualmente permanece na Unidade de Referência Materno-Infantil.

A partir da análise das características sócio-demográficas da população em estudo observou-se uma maior prevalência de mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos, pardas e casadas ou com união estável. A condição social pôde ser avaliada pela escolaridade e pela renda familiar. Houve um predomínio de mulheres que não completaram o ensino fundamental e apesar da maior parte das mulheres ter remuneração, a renda familiar da maioria não ultrapassou três salários mínimos.

Esses dados traçam um perfil do público que busca assistência médica no serviço local da pesquisa, onde predominam pessoas de baixa renda e baixa escolaridade. A importância de conhecer tais condições, no estudo em questão, reside no fato de que o baixo nível sócio-econômico influencia as atitudes das mulheres frente à menopausa, dificultando uma maior compreensão do climatério e os cuidados que essa fase demanda e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Sabe-se também que a baixa renda está relacionada com determinados hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde, como o consumo de álcool e tabaco, sedentarismo, com uma maior prevalência de algumas enfermidades, como infecções, obesidade e coronariopatias (DE LORENZI et al., 2009b; NAVARRO et al., 2010).

Na análise da história ginecológica e obstétrica das mulheres observou-se que a maioria possuía mais de dois filhos, refletindo que mesmo com o declínio da taxa de fecundidade da mulher brasileira ao longo do tempo (2,3 filhos por mulher em 2000 e 1,94 filho por mulher em 2009), ainda existem importantes desigualdades, sobretudo em função da escolaridade. No país como um todo, as mulheres com até sete anos de estudo tinham, em

média, 3,19 filhos, quase o dobro do número de filhos (1,68) daquelas com oito anos ou mais de estudo (ao menos o ensino fundamental completo) (IBGE, 2010).

A idade da menopausa não ultrapassou 50 anos em 63,5% das mulheres. Tais resultados são comparáveis a diversos estudos, como o realizado por Henández e Botell (2007) que concluiu que a idade média da menopausa foi de 49,8 anos, com intervalo de confiança entre 48,8 e 50,8. A pesquisa de Aldrighi et al. (2005) obteve resultados semelhantes, com uma média etária de instalação da menopausa de 48,49 anos.

Em uma porcentagem considerável das mulheres (21,6%) não foi possível determinar a idade da menopausa em função destas terem sido submetidas à Histerectomia com preservação ovariana. A totalidade destas pacientes teve como indicação para o procedimento a presença de leiomioma uterino. Tal informação revela a alta prevalência desse procedimento cirúrgico, o que corrobora os dados encontrados na literatura, onde se observa que a Histerectomia é a segunda cirurgia mais frequente entre mulheres em idade reprodutiva, sendo precedida apenas pelo parto cirúrgico. À semelhança do que ocorre em outros países a grande maioria é indicada por enfermidades benignas (ARAÚJO; AQUINO, 2003; MELO; BARROS, 2009)

Estudos pioneiros mostram que a histerectomia simples pode afetar a função ovariana, acelerando o seu declínio em mulheres no menacme, possivelmente por alterações no aporte sanguíneo gonadal (HOBEIKA et al., 2000). Souza et al. (1986) avaliaram a histologia ovariana de 25 mulheres imediatamente antes da histerectomia e após um ano da mesma. O estudo histológico mostrou diminuição da reserva folicular ovariana um ano após a histerectomia. A idade de ocorrência da falência ovariana pós-histerectomia foi avaliada por Siddle; Sarrel e Whitehead (1987) em noventa mulheres histerectomizadas com conservação dos ovários. Os pesquisadores observaram que no grupo das mulheres histerectomizadas, a média de idade à falência ovariana era de 45,4 anos, enquanto que no grupo controle ocorreu aos 49,5 anos.

No que diz respeito à TRH constatou-se que mais da metade das mulheres (68,9%) havia feito uso em algum momento do climatério e, destas, uma parcela significativa (45,1%)

o fez por mais de cinco anos. Esse cenário nos faz refletir sobre as indicações da TRH, assunto que ainda é fruto de muitas controvérsias.

Sabe-se que até recentemente, a assistência à mulher climatérica centrava-se principalmente na terapia hormonal. Após a publicação dos resultados dos estudos conhecidos por WHI, em 2002, observou-se uma tendência à redução na sua prescrição. Apesar de seus resultados terem sido posteriormente questionados por problemas metodológicos e de amostragem, o WHI, ao mostrar uma associação entre o uso de terapia estroprogestativa contínua e a ocorrência de câncer de mama e eventos cardiovasculares, fomentou uma mudança nos paradigmas de assistência prestada a essa etapa da vida feminina, que passou a ter como eixo norteador a qualidade de vida (DE LORENZI, 2008; DE LORENZI et al., 2009a).

É importante ressaltar que diversos estudos sugerem que a idade de início e o tempo de uso da TRH modulam seus efeitos sobre a ocorrência de ECV. Tem sido observado que o início precoce pode conferir algum grau de proteção cardiovascular, no entanto a terapia deve durar o menor tempo possível (ALLISON; MANSON, 2011; FERNANDES et al., 2008). O que se observa na prática é o desconhecimento de uma grande parcela dos médicos a respeito desses ensaios clínicos sobre TRH, refletindo numa prescrição indiscriminada e por longos períodos.

Na análise dos hábitos de vida encontrou-se um resultado satisfatório, pois a maioria das pacientes estudadas não fazia consumo de álcool (83,8%) e nunca havia fumado (55,5%). Todavia a taxa de sedentarismo foi elevada (70,3%). Resultado esse muito semelhante com o estudo de De Lorenzi et al. (2009b), que avaliou a qualidade de vida das mulheres na pós-menopausa: 72,3% das participantes eram sedentárias. Foi observado também que a atividade física influenciou positivamente na qualidade de vida dessas mulheres.

Já está mais do que estabelecido que os hábitos de vida saudáveis influenciam não somente na redução da incidência de doenças, como também na qualidade de vida. Na população feminina, o tabagismo apresenta algumas particularidades, como maior dependência e suscetibilidade aos apelos da publicidade. Além disso, o uso de tabaco pode

não só antecipar o aparecimento de sintomas da menopausa, mas também das doenças estrógeno-relacionadas, como a osteoporose e as cardiovasculares (ALDRIGHI et al., 2005). O exercício físico estimula a síntese de endorfinas hipotalâmicas, estabilizando a termoregulação hipotalâmica e aliviando as ondas de calor, ao mesmo tempo em que melhora a flexibilidade articular, contribuindo para a manutenção da massa muscular e do peso corporal, aumentando assim a auto-estima e a sensação de bem estar (ZANESCO; ZAROS, 2009).

Neste estudo a doença mais prevalente nas mulheres na pós-menopausa foi a Dislipidemia (67,6%). Esse resultado já era previsto, pois é fato que as modificações nocivas nos lipídios são mais acentuadas após a menopausa, podendo ocorrer elevação nos níveis de triglicédeos (≥ 150 mg/dL), elevações nos níveis de LDL-C (> 100 mg/dL) e redução dos níveis de HDL-C (< 50 mg/dL). Estudos longitudinais e transversais mostram que os níveis séricos de CT, LDL-C e triglicédeos podem aumentar, em média, de 7 a 19% da pré-menopausa para a pós-menopausa. Tal fato pode ser explicado, em parte, pela redução estrogênica que favorece o surgimento da obesidade central, a qual pode desencadear complicações metabólicas, dentre as quais a dislipidemia (MANCINI FILHO, 2005; MEDEIROS, 2008; OLIVEIRA et al. 2008)

Poucas foram as pesquisas que avaliaram a prevalência de dislipidemia especificamente na mulher após a menopausa. Na literatura encontrou-se um estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 ± 10 anos, no ano de 1998, mostrando que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem CT > 200 mg/dL. Neste estudo, os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas (SBC, 2007).

Quanto à classificação da dislipidemia, observou-se uma maior prevalência de HDL-c baixo, presente em 40% das mulheres com dislipidemia. Resultado comparável aos estudos de Figueiredo Neto et al. (2010) e Orsatti et al. (2008), nos quais a prevalência desse tipo de dislipidemia foi de 79,6% e 40,7%, respectivamente, ressaltando a importância desse fator para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Contrariando a maioria das pesquisas encontradas na literatura, o estudo de Piazza, De Lorenzi e Saciloto (2005) evidenciou que apenas 31% das mulheres entrevistadas apresentavam índices de HDL-c abaixo do limite,

enquanto que os níveis de LDL-c encontravam-se elevados isoladamente em 42% (hipercolesterolemia isolada).

A SM configurou o segundo agravo mais prevalente (36,5%) entre as participantes do estudo. A prevalência da SM em mulheres varia de acordo com as características da população estudada e do critério de diagnóstico adotado. Deibert et al. (2007), acompanhando mulheres climatéricas por 12 meses na Alemanha, encontraram prevalência de 36,1% de SM, porém os critérios usados foram da NCEP. Usando critérios do IDF, encontramos a pesquisa de Ding et al. (2007) que mostrou uma prevalência de 37,3% entre chinesas menopausadas, enquanto que no Brasil o estudo de Figueiredo Neto (2010) encontrou uma prevalência maior, de 61,5% entre as pós-menopausadas.

O conhecimento da prevalência de SM reveste-se de importância na medida em que faz parte de seus critérios um conjunto de alterações fisiopatológicas simultâneas que aumentam o risco de doenças cardiovasculares. Todas essas alterações são passíveis de serem controladas o que torna prioritário a formulação de políticas públicas de promoção da saúde, considerando especialmente a alimentação e a atividade física, que têm grande impacto na prevenção e tratamento dessas doenças (BANDEIRA DE SÁ; MOURA, 2010).

A HAS apresentou prevalência igual a da SM, ambas atingindo 36,5% das pacientes. Taxas semelhantes foram encontradas no estudo de Schmitt (2009), que, ao avaliar a prevalência de SM em mulheres após a menopausa, encontrou hipertensão em 36,7% das participantes. Piazza; De Lorenzi e Saciloto (2005), por sua vez, encontraram taxas ainda mais alarmantes: 56% das pacientes climatéricas atendidas em um Programa Saúde da Família eram hipertensas.

O diagnóstico e tratamento da HAS são fundamentais na abordagem da mulher após a menopausa, uma vez que essa afecção é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de ECV, que sabidamente é a principal causa de óbito nesse grupo. Todavia é alarmante a grande taxa de mulheres que relataram o uso irregular da medicação, refletindo no inadequado controle dos seus níveis pressóricos. Essa baixa adesão ao tratamento é atribuída ao fato da doença ser, na maior parte do seu curso, assintomática. Tal situação reforça a necessidade de

implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos, desafio esse, sobretudo da Atenção Básica (BRASIL, 2006a, 2006d).

A Obesidade apresentou prevalência de 25,7%, sendo que predominou a obesidade Grau I (14,9% das obesas). Além disso, a taxa de sobrepeso foi elevada (44,6%), mostrando que a maioria das pacientes estudadas estava com o peso inadequado. De Lorenzi et al. (2005) ao avaliar mulheres com idade entre 45 a 60 anos encontraram resultados semelhantes (33,6% de sobrepeso e 30,1% de obesidade) e concluíram que a prevalência de sobrepeso e obesidade foi influenciada pela idade e não pelo estado menopausal. No estudo de França; Aldrighi e Marucci (2008) a prevalência de obesidade global foi 34,4%, destas 26,1% eram classe I, 5,7% classe II e 2,6% classe III.

De acordo com a literatura, nos anos que antecedem a menopausa, as mulheres chegam a ganhar até 0,8 kg/ano, aumento este que, após a menopausa, pode corresponder a 20% da gordura corporal total. Uma vez estabelecida, a deficiência estrogênica relaciona-se com o início de novo padrão de distribuição de gordura corporal, com a substituição do estoque preferencial na região glúteo/femural para depósito abdominal. Todavia, a maior predisposição de ganho ponderal após a menopausa parece não ser devida somente à deficiência estrogênica, mas principalmente a ingestão de alimentos superior às necessidades energéticas da mulher nessa faixa etária, pela redução do metabolismo basal e pela maior tendência ao sedentarismo decorrentes do próprio processo de envelhecimento (DE LORENZI et al., 2005; ORSATTI et al., 2008).

O DM foi encontrado em 21,6% das participantes do estudo. Todas as mulheres estavam em uso de hipoglicemiantes orais o que nos permitiu inferir que eram portadoras do DM tipo 2. Todavia, menos da metade dessas pacientes tinham um controle glicêmico adequado (9,5%).

Observa-se que esse resultado está acima do encontrado no Brasil no período de 2008, onde de acordo com dados do DATASUS, a taxa de prevalência de DM foi 9,7% em pessoas de 35 anos ou mais (DATASUS/MS, 2008). Por se tratar de um estudo transversal não é

possível afirmar a relação do estado menopausal com a prevalência de DM. Porém dados da literatura mostram que no climatério, em especial nos anos pós-menopausa, o hipoestrogenismo parece associar-se a uma menor secreção pancreática de insulina, assim como a diminuição da lipólise abdominal o que permite maior acúmulo de gordura central, esta reconhecidamente implicada em maior resistência insulínica, o que explica a maior prevalência de DM tipo 2 após a menopausa (DE LORENZI et al., 2005; PIAZZA; DE LORENZI; SACIOTO, 2005).

No que diz respeito ao controle glicêmico, pode-se observar que a maioria das mulheres portadoras de DM (12%) não apresentava um controle glicêmico adequado, mesmo em uso de hipoglicemiantes orais, o que leva a pensar numa má adesão ao tratamento. Situação essa muito comum na prática clínica e evidenciada em um estudo realizado em Belo Horizonte, em nível de atendimento primário, onde apenas 8,4% das pacientes diabéticas apresentavam um bom controle glicêmico, concluindo que é necessário um acompanhamento multidisciplinar junto dessas mulheres e de seus familiares, para que os resultados sejam mais significativos (BATISTA et al., 2005).

Mais uma vez observou-se que o desconhecimento da importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle da hipertensão arterial e da diabetes pode levar a um problema farmacoterapêutico de não adesão. Sabe-se que a adesão ocorre quando o usuário está suficientemente motivado a aderir o tratamento prescrito devido à percepção dos benefícios e resultados positivos. No Brasil, estudos recentes demonstraram que as intervenções educativas e as orientações farmacêuticas, dentro do serviço de Atenção Farmacêutica, contribuem para melhorar a adesão ao tratamento em cerca de 70% dos casos. O fato dos pacientes não saberem os nomes dos medicamentos se deve não só a baixa escolaridade, mas também a inadequação das receitas médicas. Além do mais, estudos recentes demonstram que aproximadamente, 66% das receitas médicas são consideradas ilegíveis pelos usuários alfabetizados (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009; LYRA et al., 2007).

Foi observada uma prevalência de 10,8% de Hipotireoidismo. Sabe-se que hipotireoidismo tem sido reconhecido como importante causa de morbidade no sexo feminino, atingindo 4 a 10% de todas as mulheres. No Brasil, estudo envolvendo 1.298 mulheres de meia idade vivendo em área metropolitana mostrou que 12,3% apresentavam a

doença. Em outros estudos nacionais, a prevalência tem variado entre 5 e 17,6% e, entre mulheres climatéricas, foi observada uma taxa de 16,1% em mulheres na pós-menopausa (ANDRADE JUNIOR; PIRES; THULER, 2010)

O impacto dessa morbidade da saúde da mulher após menopausa tem sido alvo de inúmeros estudos, devido sua relação com perda de massa óssea, bem como dislipidemias e aumento do risco cardiovascular (AHN et al., 2010; NAHAS et al., 2005). Portanto os médicos devem estar familiarizados com a multiplicidade de sinais e sintomas das disfunções tireoidianas para que possam abordá-las o mais precocemente possível.

A avaliação do risco cardiovascular com base nos escores propostos por Framingham revelou que a maioria das mulheres apresentava risco baixo de ECV em 10 anos (67,6%). O risco alto foi encontrado em 8,1%. O estudo de Piazza; De Lorenzi e Saciloto (2005) evidenciou risco alto em 5% das mulheres no climatério, sendo o risco significativamente maior entre as mulheres na pós-menopausa.

Entre mulheres, a DCV é a maior causa de morte após a menopausa. Logo, definir individualmente o escore de risco para doença aterosclerótica em dez anos (Escore de Framingham) deve ser atribuição diária do médico no exercício da assistência clínica a esta população (MEDEIROS, 2008).

Ao analisar os fatores associados às morbidades encontradas constatou-se que a HAS esteve associada ao estado marital solteira (duas vezes mais chance de ter HAS que a categoria de referência casada/união estável) e à presença de nível superior (três vezes mais chance de ter HAS que a categoria de referência ensino fundamental incompleto).

Em relação ao estado marital, pesquisadores têm apontado para o fato de que a qualidade de vida e o nível de autocuidado tenderem a ser maiores entre as mulheres climatéricas com um companheiro fixo, logo o achado de maior prevalência de HAS nas solteiras poderia ser explicado por possíveis diferenças de estilo de vida em função de eventuais estados depressivos ou menor auto-estima decorrentes da percepção de um envelhecimento solitário (DE LORENZI et al., 2005). Já a associação de maior escolaridade

com maior prevalência de HAS é um achado contraditório, pois inúmeros estudos mostram uma associação inversa, ou seja, a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade, o que seria explicado pelo menor conhecimento do controle dos fatores de risco associados. Porém essa associação é complexa e difícil de ser estabelecida, uma vez que a hipertensão ocorre em coortes mais idosas, que têm menor escolaridade em nosso país (DIAS DA COSTA et al., 2007; SBC, 2010; SOUZA et al., 2007).

Observou-se que a Obesidade e a Dislipidemia foram mais prevalentes nas mulheres sem ensino formal. Pesquisadores relacionam tais resultados com o fato dessas mulheres terem um menor acesso a meios que possibilitem uma melhor qualidade de vida, como a prática de exercícios físicos e uma alimentação adequada (DE LORENZI et al., 2005). Contrariando a relação encontrada neste trabalho, um estudo realizado em 2007, na cidade de Fortaleza, mostrou não haver interferência do nível escolar na prevalência dessas doenças (OLIVEIRA et al., 2008).

A Dislipidemia também esteve associada ao hábito de fumar. Esses dados são confirmados por diversos estudos que comprovam que o fumo é fator determinante para o prejuízo do perfil lipídico da população, chegando a ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SBC, 2007; FRANÇA, 2003; LEÃO et al., 2010). O estudo de Sousa et al. (2003) não encontrou relação entre o perfil lipídico da população e o hábito de fumar, fato que foi justificado por não ter havido estratificação quanto à carga tabágica. Oliveira et al. (2008) mostraram que há pouca relação entre fumo e dislipidemia nas mulheres climatéricas, pois essa associação é mais importante quando a população estudada é a masculina.

A única condição associada ao Hipotireoidismo foi a variável outras raças (que incluiu a raça branca, amarela e preta). Uma situação importante a ser lembrada é a mudança da metodologia usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para classificar a raça - atualmente utiliza-se a auto-atribuição de pertença. Tal classificação é baseada mais na aparência e em alguns critérios subjetivos, do que propriamente na ancestralidade, como consequência muitos equívocos e ambiguidades podem ser encontrados nas estatísticas que avaliam associação entre a raça e os agravos à saúde (OSORIO, 2003).

A associação entre SM e presença de ensino superior completo foi um resultado inesperado, pois a maioria dos estudos mostra o contrário, ou seja, quando maior a escolaridade, menor a chance de ocorrência de SM (SHIMITT, 2009), a exemplo do estudo realizado por Bandeira de Sá e Moura (2010), que avaliou fatores associados à SM em adultos e observou que, entre as mulheres, a alta escolaridade se configurou como fator de proteção. Não é possível descartar a hipótese de o resultado ter sido obtido em função de um erro aleatório, mesmo com intervalos de confiança aceitáveis, pois a amostra foi muito pequena - somente uma mulher apresentou ensino superior completo.

6 CONCLUSÃO

Muitos são os estudos que verificam a prevalência de agravos ginecológicos nas mulheres após a menopausa, porém poucos enfatizam a necessidade de buscar as condições clínicas que mais frequentemente acometem esse grupo.

No estudo em questão as doenças mais prevalentes foram a Dislipidemia, Síndrome Metabólica, Hipertensão Arterial, Obesidade, Diabetes e Hipotireoidismo. Reconhecemos como a principal limitação na interpretação dos resultados o fato de não se tratar de uma pesquisa prospectiva o que torna difícil estabelecer relações causais fidedignas pela impossibilidade de provar a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença. Além disso, a pequena amostra impede que os resultados sejam extrapolados para o restante da população.

Observamos que a maior parte das morbidades encontradas possui fatores de risco modificáveis ou ao menos controláveis, logo se torna prioritária a conscientização das mulheres em relação à importância de se manter o peso adequado e promover mudanças no estilo de vida por meio da prática de atividade física e do controle alimentar.

Ressaltamos que a visão do médico e, principalmente, das pacientes precisa ser reinventada, pois a menopausa não deve ser encarada como símbolo de envelhecimento e de decrepitude existencial, e sim como uma nova etapa da vida, cheia de expectativas e novas oportunidades.

Fica clara, portanto, a necessidade de mudança no modelo assistencial atualmente prestado na maioria de nossos serviços, onde a assistência médica é geralmente fragmentada propondo intervenções meramente curativas. A mulher climatérica precisa ser abordada na sua integralidade, individualizando as suas necessidades e disponibilizando tanto medidas de promoção à saúde, como terapêuticas e de reabilitação com vistas a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AHN, K. H. et al. Effect of adiponectin and sex steroid hormones on bone mineral density and bone formation markers in postmenopausal women with subclinical hyperthyroidism. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** v. 36, n. 2, p. 370–376, April 2010.
- ALDRIGHI, J. M. et al. Tabagismo e antecipação da menopausa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 1, p. 51-53, 2005.
- ALISSON, M. A.; MANSON, J. E. Age, hormone therapy use, coronary heart disease, and mortality. **Menopause: The Journal of The North American Menopause Society**, v.18, n. 3, p. 243-245, 2011.
- ANDRADE JUNIOR, N. E.; PIRES, M. L. E.; THULER, L. C. S. Sintomas depressivos e ansiosos em mulheres com hipotireoidismo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 7, p. 321-326, 2010.
- ARAÚJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 407-417, 2003.
- BANDEIRA DE SÁ, N. N.; MOURA, E. C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1853-1862, 2010.
- BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev Nutr-Campinas**, v. 18, n. 2, p. 219-228, 2005.
- BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jabotão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 30, n. 1, p. 69-73, 2009.
- BOTELL, M.L; RODRIGUÉZ, J.E.F.B.; BERMÚDEZ, M.R. Síndrome climatérico relacionado con la hipertensión arterial y otros factores en la mujer climatérica y menopáusica. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, v. 33, n.1, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: MS, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: MS, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2009.

CASTELO-BRANCO, C. et al. Age at menopause in Latin America. **Menopause**, v. 13, n. 4, p. 706-712, 2006.

CORREA, F. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica: Comparação entre os Critérios ATP III e IDF numa População Feminina com Obesidade Severa. **Acta Med Port**, v. 19, p. 286-294, 2006.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 542-5, 2006.

COYLEWRIGHT, M.; RECKELHOFF, J. F.; OUYANG, P. Menopause and Hypertension: An Age-Old Debate. **Hypertension**, v. 51, n. 4, p. 952-959, 2008.

DATASUS/MS. Taxa de prevalência de diabete melito no período de 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2009/g01.def>>. Acesso em: 25/07/2011.

DEIBERT, P. et al. Effect of a weight loss intervention on anthropometric measures and metabolic risk factors in pre- versus postmenopausal women. **Nutr J**, v. 6, n. 31, 2007.

DE LORENZI, D. R. S. Avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 4, p. 103-106, 2008.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 8, p. 479-484, 2005.

_____. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev Assoc Med Brás**, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006.

_____. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 2, p. 287-293, 2009a.

_____. Qualidade de vida e fatores associados em mulheres climatéricas residentes na Região Sul do Brasil. **Acta Med Port**, v. 22, p. 51-58, 2009b.

DE SÁ, N. N. B; MOURA, E. C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1853-1962, 2010.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

DING, Q. F. et al. Risks of CHD identified by different criteria of metabolic syndrome and related changes of adipocytokines in elderly postmenopausal women. **J Diabetes Complications**, v. 21, n. 5, p. 315-9, 2007.

FERNANDES, C.E. et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n.1, p. 1-23, 2008.

FIGUEIREDO NETO, J. A. et al. Síndrome Metabólica e Menopausa: Estudo Transversal em Ambulatório de Ginecologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 3, p. 339-345, 2010.

FILHO, E. A. S; COSTA, A. M. Avaliação da qualidade e vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Rev Bas Ginecol Obstet**, v. 30, n. 3, p. 113-20, 2008.

FRANÇA, A. P. **Estado nutricional e risco de doença cardiovascular de mulheres no climatério atendidas em um ambulatório da cidade de São Paulo**. São Paulo, 2003. 83p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. Faculdade de

Economia, Administração e Contabilidade da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2003.

FRANÇA, A. P.; ALDRIGHI, J. M.; MARUCCI, M. F. N. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v. 8, n.1, p. 65-73, 2008.

FREITAS, A. K. M. et al. Terapêutica Com Tibolona em Mulheres Diabéticas na Pós-Menopausa: Parâmetros Clínicos e Laboratoriais de Segurança. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 49, n. 3, 2005.

HERNÁNDEZ, B. H.; BOTELL, M. L. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, v. 33, n. 33, 2007.

HOBEIKA, J. D. et al. Densidade mineral óssea de mulheres na pós-menopausa com e sem antecedente de Histerectomia com Conservação Ovariana Bilateral. *RBGO*, v. 22, n. 8, 2000.

IBGE. Resultados do censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 08/02/2011.

LEÃO, L. S. C. S et al. Prevalência de Síndrome Metabólica em Adultos Referenciados para Ambulatório de Nutrição no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Cardiol*, v. 23, n. 2, 2010.

LIMA, F. A. S.; AZEVEDO, V. N. G. Correlação entre o índice de massa corpórea e os valores do perfil lipídico em mulheres na perimenopausa. *Revista Paranaense de Medicina*, v. 20, n. 2, p. 25-28, 2006.

LYRA JUNIOR, D. P. et al. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly brazilian outpatients. *Patient Educ Couns*, v. 68, p. 186-92, 2007.

MANCINI FILHO, J.; OLIVEIRA, A. Perfil Nutricional e Lipídico de Mulheres na Pós-Menopausa com Doença Arterial Coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84, n. 4, 2005.

MATURANA, M. A.; IRIGOYEN, M. C.; SPRITZER, P. M. Menopause, estrogens, and endothelial dysfunction: current concepts. *Clinics*, v. 67, n. 1, p. 77-86, 2007

MEDEIROS, S. F. Risco e assistência à dislipidemia no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 30, n. 12, p. 591-593, 2008.

MELO, M. C. B.; BARROS, E. N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 2, 2009.

MÜLLICH, S. L. **Prevalência de Síndrome Metabólica em pacientes acompanhados no ambulatório de Obesidade do Hospital Regional da Asa Sul de Brasília – DF**. Brasília, 2008. 76f. Monografia (Especialização em Pediatria) – Secretaria de Saúde do Distrito Federal Hospital Regional da Asa Sul, 2008.

NAHAS, E. A. P. et al. Prevalência do hipotireoidismo subclínico e repercussões sobre o perfil lipídico e massa óssea em mulheres na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 8. p. 467-472, 2005.

NAVARRO, M. C. et al. Morbilidad en mujeres postmenopáusicas pobres. **Rev Med Chile**, v. 138, p. 188-195, 2010.

NIEVAS, A. F. **Depressão em mulheres no Climatério**. Ribeirão Preto, 2005. 58f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, T. R. et al. Fatores associados à dislipidemia na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 12, p. 594-601, 2008.

ORSATTI, F. L. et al. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 4, p. 182-189, 2008.

OSORIO, R. G. O sistema classificatório de “cor” ou “raça” do IBGE. **IPEA – Instituto de pesquisa econômica aplicada**. 2003.

PIAZZA, I. P.; DE LORENZI, D. R. S. SACIOTO, B. Avaliação do risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas em um programa de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 26, n. 2, p. 200-209, 2005.

POLISSENI, A.F. **Síndrome depressiva e ansiosa em mulheres climatéricas**. Juiz de Fora, 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

POLISSENI, A.F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.1, p. 28-34, 2009.

PRESTON, R. A. Comparative effects of conventional vs. novel hormone replacement therapy on blood pressure in postmenopausal women. **Climateric**, v. 12, n.1, p. 66-70, 2009.

RASKIN, D. B. F et. al. Perfil antropométrico, estado menopausal e alterações metabólicas associadas à doença cardiovascular. **Rev Ciênc Méd**, v. 12, n. 3, p. 215-226, 2003.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

RODRIGUEZ, M. C. N. et al. Estilo e vida, nivel socioeconómico e morbilidad em mujeres posmenopáusicas con obesidad de grados II y III. **Endocrinol Nutri**, v. 56, n. 5, p. 227-32, 2009.

SANTOS SÁ, D. et al. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 6, p. 413-8, 2006.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, Suplemento I, 2005.

_____ - Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, suplemento I, 2007.

_____ - Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens** vol.17, n. 1, 2010.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Hipotireoidismo. 2005.

_____. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Hipotireoidismo. 2006.

SCHMITT, A. C. B.; **Prevalência de Síndrome Metabólica e fatores associados na transição e após a menopausa**. São Paulo, 2009. 150f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.

SCLOWITZ, I.K.T.; DOS SANTOS, I.S.; DA SILVEIRA, M.F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.2, 2005.

SIDDLE, N.; SARREL, P.; WHITEHEAD, M. The effect of hysterectomy on the age of ovarian failure: Identification of woman with premature loss of ovarian function and literature review. **Fertility and Sterility**, v. 47, p. 94-100, 1987.

SILVEIRA, G. P. G. **Ginecologia Baseada em Evidência**. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 207.

SINGH, P. N. et al. The effect of menopause on the relation between weight gain and mortality among women. **Menopause**, v. 8, n. 5, p. 314-320, 2001 apud SCHMITT, A. C. B.; **Prevalência de Síndrome Metabólica e fatores associados na transição e após a menopausa**. São Paulo, 2009. 150f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.

SISHIPERDIA/MS. Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br/>>

SOUZA, A. R. A. et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n.4, p. 441-446, 2007.

SOUZA, A. Z. et al. Ovarian histology and function after total abdominal hysterectomy. **Obstetrics and Gynecology**, v. 68, p. 847-849, 1986.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de Dislipidemia e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes- RJ. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 3, p. 249-56, 2003.

SOWERS, M et al. Thyroid stimulating hormone (TSH) concentrations and menopausal status in woman at the mid-life: SWAN. **Clinical Endocrinology**, v. 58, p. 340-347, 2003.

SZMUILOWICZ, E. D. Vasomotor symptoms and cardiovascular events in postmenopausal women. **Menopause: The Journal of The North American Menopause Society**, v. 18, n. 6, p. 603- 610, 2011.

TADDEI, S. Blood pressure through aging and menopause. **Climateric**, v. 12, n. 1, p. 36-40, 2009.

ZANESCO, A.; ZAROS, P. R. Exercício físico e menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 5, p. 254-261, 2009.

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA

1. DADOS PESSOAIS

1.1. Nome: _____

1.2. DN/Idade: _____

1.3. Cor: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

1.4. Estado marital: Casada ou união estável() Solteira() Viúva/divorciada/separada()

1.5. Filhos: Sim () Não () G__P__A__

1.6. Escolaridade:

Ausência de ensino formal () Ensino Fundamental incompleto ()

Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto ()

Ensino Superior completo ()

1.7. Renda familiar (SM) 0 () 1-3 () 4-7 () 8-10 () >10 ()

1.8. Ocupação remunerada: Sim () Não ()

2. DADOS CLÍNICOS

2.1. Idade da menopausa: _____

2.2. Uso atual de terapia hormonal: Sim () Não ()

2.2.1. Tempo de uso: _____

2.2.2. Método utilizado: _____

2.3. Uso progresso de terapia hormonal: Sim () Não ()

2.3.1. Tempo de uso: _____

2.3.2. Método utilizado: _____

2.4. Antecedentes mórbidos pessoais: _____

2.5. Tabagismo

Fumantes () *fumaram pelo menos 100 cigarros na vida e fumavam na ocasião do inquérito*

Ex-fumantes () *fumaram pelo menos 100 cigarros na vida, mas não fumavam na ocasião do inquérito*

Não fumantes ()

2.6 Etilismo: Sim* () Não ()

* Consumo de álcool nos últimos 3 meses

2.7. Atividade física regular*: Ativa () Sedentária ()

(*frequência mínima de três vezes por semana e duração >30 minutos, independente da modalidade de exercício realizado)

2.8. Diagnóstico de Hipertensão:

Sim () Não ()

Medicamento: _____

PA sistólica: _____ PA diastólica: _____

2.9. Diagnóstico Diabetes Mellitus

Sim () Não ()

Medicamento: _____

Valor Glicemia de jejum: _____

2.10. Dislipidemia

Sim () Não ()

Medicamento: _____

Colesterol total: _____ LDL: _____ HDL: _____ Triglicerídios: _____

() Hipercolesterolemia isolada

Elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dL).

() Hipertrigliceridemia isolada

Elevação isolada dos TG (≥ 150 mg/dL),

() Hiperlipidemia mista

Valores aumentados de ambos LDL-C (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL).

() HDL-C baixo

Redução do HDL-C (mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG.

2.11. Obesidade

Peso (kg): _____ Altura (m): _____ IMC: _____

Circunferência abdominal(cm): _____

() IMC 18,5 a 24,9 (normal)

() IMC 25 a 29,9 (pré-obesidade)

() IMC 30 a 34,9 (obesidade classe I)

() IMC 35 a 39,9 (obesidade classe II)

() IMC ≥ 40 (obesidade classe III)

2.12. Tireoidopatia

Hipertireoidismo: Sim () Não ()

Hipotireoidismo*: Sim () Não ()

*Presença de sintomas: Sim () Não ()

TSH: _____

T4L: _____

Medicamento: _____

2.13. Outros agravos encontrados:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “**Prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-PA**”

Cara Senhora,

Solicitamos a sua participação na pesquisa sobre “**Prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-PA**”. Esta pesquisa está sendo realizada por alunas do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Dra. Teresa Cristina Bordallo Farias, como Trabalho de Conclusão de Curso. Tem como objetivo verificar a prevalência de morbidades clínicas em mulheres na pós-menopausa atendidas na Unidade de Referência Materno Infantil em Belém-Pará.

A pós-menopausa é um período da vida da mulher marcado pela transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva. É um evento não patológico, caracterizado pela redução na produção de hormônios esteróides ovarianos, mas que cursa com uma série de modificações físicas, emocionais e sociais que merecem atenção dos profissionais da saúde. Por isso, esse trabalho tem grande importância, pois busca avaliar quais as principais morbidades que afetam as mulheres na pós-menopausa, visando estabelecer fatores de risco e a partir daí medidas de prevenção e acompanhamento.

Sua participação é de suma importância e queremos deixar claro que serão utilizados métodos que não determinarão qualquer risco físico e psicológico. A coleta de dados será feita através da anamnese e exame físico durante a consulta de rotina bem como pela análise do seu prontuário. Todos os dados coletados durante a pesquisa serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto **sigilo das informações pessoais. Sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma, e lhe é garantido a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento, podendo deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa que, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico.

Teresa Cristina Bordallo Farias
Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com os procedimentos necessários.

Belém, ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado ou do responsável

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 090/11 CEP-ICS/UFPA

Belém, 17 de junho de 2011.

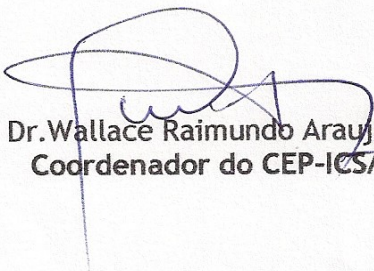
Prof^a. Mst^a. Teresa Cristina Bordallo Farias

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa “PREVALÊNCIA DE MORBIDADES CLÍNICAS EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERENCIA MATERNO INFANTIL EM BELÉM-PARÁ” CAAE 0048.0.073.000-11 e parecer nº055/11 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano CEP-ICS/UFPA, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 04 de maio de 2011.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 27 novembro de 2011, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.
Coordenador do CEP-ICS/UFPA