

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE MULHERES CLIMATÉRICAS ATENDIDAS EM UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA^a

Ivanete Perboni PIAZZA^b

Dino Roberto Soares DE LORENZI^c

Bruno SACILOTO^d

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o risco cardiovascular de mulheres climatéricas atendidas em um Programa de Saúde da Família entre junho e setembro de 2003. O risco cardiovascular foi estimado pelo Escore de Framingham. A incidência de dislipidemias foi de 61%, com taxas de hipercolesterolemia e de hipertrigliceridemia de 41% e 21%, respectivamente. O risco cardiovascular médio foi de 3,5% (+/-3,2), sendo maior entre as mulheres na pós-menopausa ($p=0,04$). Os resultados obtidos reforçam a importância da assistência ao climatério nos serviços de saúde do Brasil, o que contribuiria para a redução das taxas de mortalidade feminina.

Descritores: Doenças cardiovasculares. Risco. Menopausa. Climatério. Hiperlipidemia.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo cardiovascular de mujeres climatéricas atendidas en un Programa de Salud de la Familia entre junio y septiembre de 2003. El riesgo cardiovascular fue estimado por el Tanteo de Framingham. La incidencia de dislipidemias fue de un 61%, con tasas de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia de un 41% y un 21%, respectivamente. El riesgo cardiovascular promedio fue de un 3,5% (+/- 3,2%), siendo mayor entre las mujeres en la post-menopausa ($p=0,04$). Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de la asistencia al climaterio en los servicios de salud de Brasil, lo que contribuiría para la reducción de las tasas de mortalidad femenina.

Descriptorios: Enfermedades cardiovasculares. Riesgo. Menopausa. Climaterio. Hiperlipidemia.

Título: Evaluación del riesgo cardiovascular entre mujeres climatéricas atendidas en un Programa de Salud de la Familia.

ABSTRACT

The objective of this study has been evaluating the cardiovascular risk among climacteric women attended at a Family Health Program from June to September 2003. The cardiovascular risk was assessed through the Framingham Score. The incidence of dyslipidaemias was of 61% with hypercholesterolaemia and hypertriglyceridaemia rates of 41% and 21%, respectively. The average cardiovascular risk was of 3,5% (+/-3,2) being higher among post-menopause women ($p=0,04$). These results reinforce the importance of the assistance to climacteric women in the health services in Brazil, what would contribute to the reduction of the female mortality rates.

Descriptors: Cardiovascular disease. Risk. Menopause. Climacteric. Hyperlipidemia.

Title: Evaluation of the cardiovascular risk among climacteric women attended at a Family Health Program.

^a Trabalho realizado no Curso de Especialização em Saúde da Família do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul.

^b Enfermeira especialista em Saúde da Família e Comunidade. Responsável pelo Programa de Saúde da Família do município de Ipê, RS.

^c Professor titular da Unidade de Ensino em Tocoginecologia da Universidade de Caxias do Sul. Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo.

^d Acadêmico da Universidade de Caxias do Sul.

1 INTRODUÇÃO

Estudos têm confirmado a doença cardiovascular como a principal causa de mortalidade da população mais idosa em todo o mundo, acometendo tanto homens, como mulheres⁽¹⁻³⁾. Em grande parte, isso é explicável pelo progressivo envelhecimento populacional ocorrido a partir da segunda metade do século passado nos países mais desenvolvidos e, mais recentemente, também nos países em desenvolvimento^(2,3).

No Brasil, entre os anos de 1980 e 2000, a parcela da população com mais de 60 anos aumentou de 6,1% para 8,6%, ou seja, um aumento de 7,3 milhões de pessoas. Além disso, tem se destacado a maior expectativa de vida feminina em relação à masculina⁽⁴⁾. Segundo levantamentos demográficos, as mulheres com mais de 45 anos correspondem hoje a 20,4% da população feminina total ou 11% da população brasileira. Assim, nos próximos anos, espera-se uma procura crescente nos serviços de saúde por mulheres climatéricas⁽⁵⁾.

O climatério é um processo fisiológico decorrente do esgotamento folicular ovariano que ocorre em todas as mulheres a partir dos 35 a 40 anos, encerrando-se aos 65 anos. O estado de hipoestrogenismo é a base fisiopatológica das várias manifestações clínicas que caracterizam essa etapa da vida da mulher, entre estas os sintomas vasomotores (fogachos) e a atrofia urogenital^(5,6).

De sobremaneira, tem preocupado a maior ocorrência de eventos coronarianos no período que segue a menopausa. Enquanto durante a menacne a doença cardiovascular predomina entre os homens numa proporção de 3:1, após a menopausa, o risco cardiovascular feminino aumenta progressivamente, igualando-se ao masculino aos 70 anos, fenômeno este atribuído principalmente ao hipoestrogenismo climatérico^(7,8). Entre os seus mecanismos de cardioproteção, os estrogênios

endógenos promovem a redução dos níveis de colesterol total e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL), além do aumentarem as lipoproteínas de alta densidade (HDL), dificultando assim a aterogênese coronariana^(5,8).

É, portanto, consenso que a doença coronariana tem estreita correlação com a aterogênese, sendo influenciada por fatores como o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, o diabetes melito, além da própria hereditariedade^(7,8). A identificação destes fatores nos diferentes grupos é hoje considerada fundamental para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução das taxas de morbi-mortalidade da população, assim como para a melhoria da sua qualidade de vida^(2,3).

No entanto, a maioria dos estudos relacionados às causas, prevenção, diagnóstico e tratamento da aterosclerose tem sido conduzida principalmente para homens, em particular da raça branca e de meia idade^(8,9). Preocupados com essa situação, pesquisadores têm alertado para a necessidade premente de pesquisas voltadas também para a população feminina⁽⁹⁾.

Assim, com base nas considerações acima, o presente estudo teve como objetivo avaliar o risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas através do Programa de Saúde da Família de um município da região sul do Brasil. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para o desenvolvimento de futuras políticas de saúde voltadas à atenção primária à saúde da mulher no seu processo de envelhecimento.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo, de 100 mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos atendidas pelo Programa de Saúde da Família do município de Ipê entre 01 de junho e 30 de setembro de 2003.

O referido município localiza-se na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, com uma população residente, em 2000, de 5.456 habitantes⁽¹⁰⁾. O Programa de Saúde da Família de Ipê é desenvolvido junto a três Unidades Básicas de Saúde (UBS): uma situada no próprio município e duas nos distritos de Vila São Paulo e Vila Segredo. As equipes de saúde são compostas por um enfermeiro, um médico generalista e duas auxiliares de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários do Programa de Saúde da Família, dos relatórios dos agentes comunitários de saúde e das fichas de participação nos grupos de orientação e promoção à saúde conduzidos pelas equipes de enfermagem das UBS. No período selecionado, foram atendidas 119 mulheres com idade entre 45 e 60 anos. Destas, dezenove foram excluídas devido ao preenchimento incompleto de seus prontuários ou por não se adequarem aos critérios de inclusão do estudo.

É necessário destacar que no Programa de Saúde da Família de Ipê é rotina o controle periódico da pressão arterial, peso corporal, avaliação da atividade física e do uso de medicamentos entre os usuários das unidades básicas de saúde, bem como de sua glicemia e lipídios séricos. Foram considerados os últimos exames registrados, bem como as avaliações clínicas descritas nos prontuários, cujas datas de solicitação ou realização não ultrapassassem um ano.

O estado menstrual foi definido com base em dados clínicos referentes ao último ano e descritos nos prontuários das UBS. Considerou-se pré-menopáusicas toda mulher com 40 anos ou mais e ciclos menstruais naturalmente preservados, independente da sua regularidade; e, pós-menopáusicas, se confirmada amenorréia espontânea por 12 meses ou mais⁽⁷⁾. A exclusão de mulheres com idade entre 40 e 44 anos e de 61 a 65 anos deveu-se a estas faixas

etárias corresponderem aos extremos do climatério, quando as suas manifestações clínicas são menos intensas. Além disso, após os 60 anos, a incidência de doenças cardiovasculares é naturalmente maior. Devido à impossibilidade de se estabelecer clinicamente o seu estado menopausal, foram excluídas também as mulheres com histerectomia prévia⁽⁶⁾.

As informações relativas ao uso de terapia hormonal e drogas anti-hipertensivas, bem como atividade física regular e tabagismo a partir dos achados observados nos prontuários, foram dicotomizadas em sim ou não. A cor foi dicotomizada em branca e não branca. Por sua vez, as informações referentes a variáveis sociodemográficas, além dos prontuários das UBS, levaram em conta as informações obtidas junto às anotações e relatórios dos agentes comunitários de saúde.

O perfil lipídico foi avaliado com base nos critérios propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, através da III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias⁽⁹⁾. Assim, foram considerados os seguintes valores de referência: CT \geq 240mg/dl, LDL-c \geq 160 mg/dl, HDL-c $<$ 40 mg/dl, TG \geq 200 mg/dl⁽¹¹⁾. Quanto à glicemia, esta foi avaliada segundo o Consenso Nacional sobre Diabetes tendo-se considerado diabética toda mulher com glicemia de jejum \geq 126 mg/dl⁽¹¹⁾.

A pressão arterial foi avaliada segundo as orientações do *VI Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. Desse modo considerou-se hipertensa toda mulher com níveis pressóricos iguais ou superiores a 140x90 mmHg, tendo sido estes obrigatoriamente avaliados em mais de uma ocasião⁽¹²⁾.

O peso corporal foi avaliado através do índice de massa corporal (IMC), sendo consideradas com sobrepeso as mulheres com IMC entre 35 e 30 Kg/m² e obesas aquelas com IMC igual ou superior a 30 Kg/m²⁽³⁾. Já a atividade física foi avaliada segundo os crité-

rios da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Classificou-se como sedentária toda mulher sem atividade física regular ou quando esta era realizada com uma frequência inferior a três vezes por semana e/ou uma duração inferior a 30 minutos, independente da modalidade do exercício realizado⁽⁹⁾.

Para estimar o risco absoluto para o desenvolvimento de doenças coronarianas isquêmicas ou morte em sua decorrência em 10 anos, utilizou-se o escore proposto por Framingham. Este inclui no seu cálculo dados relativos à idade, sexo, valores séricos de colesterol total ou HDL-colesterol, pressão arterial sistólica, uso de drogas anti-hipertensivas e tabagismo⁽²⁾. Foram definidos como de alto risco cardiovascular, escores superiores a 20%, intermediários entre 10 e 20% e baixos quando inferiores a 10%.

A análise inicial dos dados foi descritiva, através de tabelas e gráficos contendo as frequências simples, médias e desvio padrão, utilizando-se para tanto o programa *SPSS-PC*. Para a análise das variáveis contínuas, utilizou-se o Coeficiente de Correlação *Pearson* e para a comparação de médias, o teste T de *Student*. Em todas as análises realizadas, aceitou-se um nível de significância de 5%.

Este estudo foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, tendo sido aprovado.

3 RESULTADOS

A idade média entre as mulheres estudadas foi de 52,3 (+/-4,7) anos, sendo 74 de cor branca. Cinquenta e cinco eram pós-menopáusicas, tendo a menopausa ocorrido em média aos 48,4 anos (+/-3,7).

A maioria das mulheres tinha menos de oito anos completos de estudo (n=83), tendo 85 referido um companheiro fixo. Setenta e uma (71) recebiam menos de um salário mínimo *per capita*. A revisão dos prontuários das UBS revelou uma paridade média de 3,8 (+/-2) filhos, sendo 11 nulíparas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo suas características sócio-demográficas e econômicas. Programa de Saúde da Família de Ipê - RS, 2003.

Características	%
Idade (anos)	
45-49	35
50-54	27
55-60	38
Média (DP)	52,3 (4,7)
Raça	
Branca	74
Não branca	26
Anos completos de estudo	
Analfabeta	5
1-8	83
> 8	12
Média (DP)	4,7 (2,5)
Renda familiar per capita	
< 1 salário mínimo	71
1-2 salários mínimos	26
> 2 salários mínimos	3
Média (DP)	0,8 (0,5)
Estado marital	
Com companheiro fixo	85
Sem companheiro fixo	15
Total	100

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ipê, out. 2003.

Ainda que não se tenham verificado casos de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral prévio entre a população pesquisada, 56 pacientes eram hipertensas e 11 diabéticas. Nove mulheres eram tabagistas, consumindo, em média, 12,2 (+/-4,6) cigarros por dia.

Quanto ao índice de massa corporal, 29 mulheres apresentavam sobrepeso e 28 eram obesas. O IMC médio observado foi de 27,5 Kg/m² (+/-5,1), ou seja, encontrava-se na faixa de sobrepeso. Verificou-se um predomínio de mulheres sedentárias (n=83), somente 17 praticavam exercícios físicos regularmente. Doze mulheres submetiam-se à terapia hormonal e outras doze faziam uso de contraceptivos hormonais.

Cerca de 61 mulheres apresentavam dislipidemias com diferentes níveis de gravidade. Níveis elevados de colesterol total foram identificados em 41% dos casos. Os níveis séricos de LDL-c se revelaram elevados em 42%, enquanto que os níveis de HDL-c se mostraram inferiores ao considerado adequado em 31%. Os níveis de triglicerídios, por sua vez, se apresentaram elevados em 21% (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo os níveis de lipídios séricos. Programa de Saúde da Família de Ipê - RS, 2003.

Lípides (mg/dl)	Categorias	%
Colesterol total		
< 200	Ótimo	22
200-239	Limítrofe	37
≥ 240	Alto	41
Média (DP)	228,1(+/-38,5)	
HDL - colesterol		
< 40	Baixo	31
40-60	Limítrofe	65
> 60	Alto	4
Média (DP)	42,6 (+/-7)	
LDL - colesterol		
< 100	Ótimo	1
100-129	Desejável	18
130-159	Limítrofe	39
160-189	Alto	36
≥ 190	Muito alto	6
Média (DP)	152,7 (+/-28,8)	
Triglicerídios		
< 150	Ótimo	55
150-199	Limítrofe	24
200-499	Alto	19
≥ 500	Muito alto	2
Média (DP)	149,9 (+/-70,9)	
Total	-	100

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ipê, out. 2003.

Não se observou associação significativa entre a cor, a escolaridade, a renda familiar e o estado marital com a incidência de dislipidemias. Entretanto, evidenciou-se correlação significativa entre a idade e os valores de colesterol total ($p=0,02$) e LDL colesterol

($p=0,03$), de forma que quanto maior a idade, mais elevados os seus níveis séricos. As dosagens séricas desses dois lipídios se mostraram também significativamente maiores entre as mulheres na pós-menopausa ($p=0,04$), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Valores médios de lipídios séricos segundo o estado menopausal. Programa de Saúde da Família de Ipê - RS, 2003.

Lipídios séricos (mg/dL)	Pré-menopausa Média (DP)	Pós-menopausa Média (DP)	p
Colesterol total	216 (32,9)	237 (40,6)	0,04
HDL-colesterol	42,0 (5,6)	43,1(8,0)	NS
LDL-colesterol	145,7(27,4)	158 (28,8)	0,02
Triglicerídios	147,7(81,4)	155 (61,0)	NS

Legenda: NS (Não Significativo)

Nota: Teste T de Student

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ipê, out. 2003.

A avaliação do risco cardiovascular com base nos escores propostos por Framingham revelou um risco absoluto médio para o desenvolvimento de eventos coronarianos em 10 anos, inclusive de morte, de 3,5% (+/-3,2). Cinco mulheres apresentaram risco cardiovascular igual ou superior a 20%. Evidenciou-se associação significativa entre o estado menopausal e os escores de risco cardiovascular propostos por Framingham, sendo este significativamente maior entre as mulheres na pós-menopausa (Tabela 4).

Tabela 4 - Risco cardiovascular médio para eventos coronarianos segundo o estado menopausal. Município de Ipê - RS, 2003.

Estado menopausal	Risco cardiovascular (Escore de Framingham) Média (DP)	p
Pré-menopausa	2,6% (3,4)	0,04
Pós-menopausa	3,9% (2,8)	

Nota: Teste T de Student.

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Ipê, out. 2003.

4 DISCUSSÃO

A análise dos resultados do presente estudo é preocupante, visto que 61% das mulheres pesquisadas apresentavam algum tipo de dislipidemia. Tal achado reforça a importância da identificação e tratamento das dislipidemias no climatério com vistas a reduzir as taxas de morbidade e mortalidade feminina^(3,7-9,13).

A literatura tem destacado o climatério, em particular o período pós-menopausa, como o de maior risco cardiovascular para a mulher, o que tem tornado extremamente importante o conhecimento da idade de ocorrência da menopausa nas diferentes populações^(11,12).

Em 1998, estudo conduzido em diferentes países da Europa, América, Ásia, Austrália e África revelou que a menopausa ocorria em média aos 50 anos⁽¹⁰⁾. No presente estudo, a menopausa ocorreu em média aos 52,3 anos, valor este superior às médias etárias descritas por outros autores brasileiros, as quais se situam entre os 45,1 e 48,5 anos^(14,15).

Ainda que a escolaridade não tenha se associado a um maior risco cardiovascular neste estudo, outros trabalhos a têm relacionado com a incidência de dislipidemias⁽²⁾. É reconhecido que ao se aproximarem da menopausa, as mulheres freqüentemente trazem dúvidas e apreensões acerca das modificações físicas que se aproximam⁽¹⁶⁾. Assim, tornam-se extremamente importante as iniciativas voltadas para a educação em saúde, de sobremaneira nos serviços públicos de saúde, cuja demanda por consultas relacionadas com queixas climatéricas tem aumentado progressivamente nos últimos anos⁽¹⁷⁾. Estas, ao propiciarem o esclarecimento de dúvidas em relação ao climatério, não somente reduzem a ansiedade característica dessa fase, como contribuem para a adoção de um estilo de vida mais saudável e uma maior adesão ao tratamento de eventuais estados mórbidos já estabelecidos⁽¹⁶⁾.

Além disso, no climatério, o nível de escolaridade estaria diretamente relacionado à incidência da doença coronariana, visto ser um indicador do nível sócio econômico, influenciando, inclusive, o acesso aos serviços de saúde⁽⁹⁾. Hipótese essa corroborada pela maior ocorrência de hipercolesterolemia, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade entre as mulheres com menor escolaridade segundo a literatura⁽²⁾.

Em relação ao estado menopausal, 55% das mulheres pesquisadas eram pós-menopáusicas, portanto, naturalmente mais predispostas às doenças cardiovasculares^(5,9). Enquanto no período da pré-menopausa os níveis de lipoproteínas de baixa densidade (LDL-colesterol) entre o sexo feminino são significativamente inferiores aos observados entre os homens, após a menopausa, o estado de hipoestrogenismo decorrente do esgotamento folicular ovariano faz com que os níveis de LDL-colesterol e triglicerídios tendam a aumentar, ao passo que as lipoproteínas de alta densidade (HDL-colesterol) tendem a diminuir, favorecendo assim o processo de aterogênese^(5,8).

O fumo foi outro aspecto explorado neste estudo, sendo nove das mulheres pesquisadas tabagistas. A preocupação com o tabagismo é explicável pelo fato da nicotina, por estímulo autonômico, promover aceleração da freqüência cardíaca e vasoespasmo arterial, contribuindo para o aumento da pressão arterial. Esta promove também o aumento dos níveis séricos de LDL-colesterol e VLDL colesterol, induzindo a aterogênese, além de estimular a fibrinólise e o fator inibidor do ativador do plasminogênio, aumentando assim o risco de eventos tromboembólicos^(18,19).

De maneira particular, são preocupantes os percentuais de hipertensão arterial (56%) e diabetes melito (11%) entre a população estudada, visto implicarem em um maior risco cardiovascular⁽⁸⁾. Segundo a literatura, no período pré-menopausa os níveis pressóricos femininos tendem a ser inferiores aos observa-

dos entre os homens, o que tem sido atribuído à ação dos estrógenos endógenos. Todavia, após a menopausa, os níveis pressóricos da mulher tendem a se elevar significativamente, aproximando-se dos observados entre o sexo masculino⁽²⁰⁾.

A doença cardiovascular representa a principal causa de morte entre portadores diabéticos, sendo duas vezes mais comum entre estes pacientes. No climatério, em especial nos anos pós-menopausa, o hipostrogenismo parece associar-se a uma menor secreção pancreática de insulina, assim como a uma maior resistência periférica a sua ação^(5,6,8).

A taxa de obesidade entre as mulheres pesquisadas foi de 28%, valor este inferior aos 71% e 75% descritos por outros pesquisadores entre mulheres climatéricas residentes dos municípios de Cuiabá e São Paulo^(19,21,22). Segundo a literatura, um aumento 30% do peso corporal acima do considerado ideal implica em um aumento de 3,3 vezes no risco de coronariopatias isquêmicas, mesmo após serem controlados fatores como o tabagismo, a hipercolesterolemia e a hipertensão⁽⁸⁾.

A elevada taxa de sedentariedade no presente estudo é igualmente merecedora de atenção. Diversos autores têm salientado o papel do exercício físico regular reduz a incidência de doenças cardiovasculares, contribuindo para uma maior expectativa de vida feminina⁽⁹⁾. A atividade física, além de reduzir a pressão arterial, contribuiu para a redução do peso corporal e da resistência periférica à insulina, constituindo-se assim em uma importante medida no tratamento das dislipidemias^(23,24).

Doze mulheres faziam uso de contraceptivos hormonais, o que preocupa visto a sua associação com o aumento da pressão arterial após os 40 anos, bem como com a ocorrência de dislipidemias⁽¹⁸⁾. Estudo realizado na Escócia, entre 1969 e 1974, envolvendo mulheres previamente normotensas revelou um aumento de 5 a 10 mmHg na pressão arterial sistólica entre as usuárias de contraceptivos hor-

monais, além de uma maior incidência de trombo-embolismo⁽²²⁾.

De modo similar, doze mulheres submetiam-se à terapia hormonal. Em relação a esta, até recentemente, o seu uso na prevenção de eventos cardiovasculares era amplamente difundido. No entanto, a partir da publicação em 2002 dos achados iniciais do estudo conhecido como *WHI (Women's Health Initiative)*, o seu uso com esta finalidade passou a ser fortemente questionado e até contra-indicado. Segundo este estudo, o uso oral continuado de estrógenos conjugados (0,625 mg/dia) e acetato de medroxiprogesterona (2,5mg/dia) por cinco anos ou mais se associava a um maior risco relativo de câncer de mama, eventos tromboembólicos e, inclusive, doenças cardiovasculares agudas⁽²⁵⁻²⁷⁾. Apesar de muitos de seus resultados tenham sido posteriormente questionados devido a problemas metodológicos e amostragem, o estudo *WHI* foi responsável por uma maior reflexão acerca da assistência à mulher climatérica, resgatando outros aspectos importantes para a redução do risco cardiovascular, em particular a prática regular de exercícios e o cuidado com a dieta⁽²⁵⁾.

No que se refere às dislipidemias, ensaios clínicos demonstraram que o colesterol total e o LDL-colesterol tendem a aumentar em ambos os sexos com o progredir da idade, em especial no sexo feminino, ao passo que o HDL-colesterol tende a diminuir em ambos os sexos, porém menos intensamente entre as mulheres⁽²⁷⁾. Os níveis de colesterol total e o LDL-colesterol parecem aumentar nos homens até os 60 anos e nas mulheres até os 70 anos, ao passo que o HDL-colesterol parece não se alterar entre o sexo masculino, porém diminuindo entre as mulheres⁽²⁷⁾. Os triglicéridos, por sua vez, também se elevam com o envelhecimento, estando associados a uma maior incidência de coronariopatias isquêmicas, especialmente entre as mulheres mais idosas⁽²⁷⁾.

Segundo a literatura, existe correlação direta entre os níveis de colesterol total e a doença coronária entre mulheres. Valores acima de 264mg/dl associam-se a um risco coronariano três vezes maior. Já o HDL-c parece ser um fator de risco de risco coronariano mais importante que o LDL-c, uma vez que pesquisas com primatas revelaram uma ação antioxidante dos estrógenos circulantes, interferindo na captação de LDL-colesterol pela parede arterial⁽²⁷⁾.

No presente estudo, o risco cardiovascular, segundo os escores propostos por Framingham, foi significativamente maior entre as mulheres na pós-menopausa. Achado este semelhante ao observado em uma comunidade rural da Bahia, onde 79,3% das mulheres com risco cardiovascular estabelecido eram pós-menopáusicas⁽²⁹⁾.

Atualmente, várias são as possibilidades de atuação do enfermeiro, quanto membro de uma equipe multidisciplinar, na prevenção da morbi-mortalidade feminina por afecções cardiovasculares. Entre estas, são de particular relevância a vigilância epidemiológica de fatores de risco cardiovasculares e o desenvolvimento de atividades voltadas à educação em saúde e ao estímulo ao autocuidado^(30,31). Como já citado neste estudo, o climatério é um período de muitas dúvidas e até apreensão para as mulheres, o que pode se refletir negativamente na sua saúde⁽¹⁶⁾.

Hoje é reconhecido que as atividades educativas são fundamentais no sucesso das ações em saúde em geral. Acessar à comunidade informações contribui diretamente na redução dos riscos que a ameaçam a sua saúde, modificando comportamentos que a afetam. Especificamente em relação à doença cardiovascular, orientações quanto à dieta, atividade física regular, combate ao tabagismo e sobre a importância do controle clínico periódico são exemplos claros disto⁽³⁰⁾.

REFERÊNCIAS

- 1 Lima e Costa FMF, Guerra HL, Barreto MS, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico SUS, Brasília (DF) 2000 jan/mar;9(1):23-41.
- 2 Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, *et al.* Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association Task Force on risk reduction. *Circulation*, New York 1998 May;97(18):1876-87.
- 3 Souza JS, Souto Filho JTD, Souza TF, Reis AFF, Gicovate Neto C, Bastos DA, *et al.* Prevalência de dislipidemias e fatores de risco em Campos dos Goytacazes - RJ. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo 2003 set;81(3):249-56.
- 4 Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003 jun;19(3):849-53.
- 5 Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo 2002 maio;15(21):1-2.
- 6 Síndrome do climatério. *In*: Lima GR, Baracat EC. *Ginecologia endócrina*. São Paulo: Atheneu; 1995. 298 p. p. 253-98.
- 7 De Lorenzi DRS, Spiandorello FSA, Saciloto B. O papel da terapia de reposição hormonal na prevenção secundária da doença arterial coronariana em mulheres pós-menopáusicas. *Revista de Ciências Médicas*, Caxias do Sul (RS) 2003 dez;1(1): 60-3.
- 8 Carvalho Filho ET, Alencar YMG, Liberman S. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo 1996 jan;66(1):37-45.
- 9 Santos RD. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo 2001 nov;77(supl 3):1-48.

- 10 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2000. [8 telas]. Disponível em: URL: <<http://www.infobrasil.org/brasil/infomunicipios.html>>. Acessado em: 23 nov 2003.
- 11 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabete melito e tratamento do diabete melito tipo 2: recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo 2000 fev;44(supl 1):S8-S35.
- 12 The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Archives of Internal Medicine, Chicago (IL) 1997 Nov;157(21):2414-46.
- 13 Morabia A, Costanza MC. International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause: World Health Organization collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. American Journal of Epidemiology, Baltimore (MD) 1998 Dec;148(12):1195-205.
- 14 Pinto-Neto AM, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Maia CAT, Vieira MJN, Lima Júnior JA, *et al*. Repercussões biopsicossociais da transição climatérica: a visão da mulher. Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro set 1994;104(9):307-10.
- 15 Oliveira VN, Fontes CJF, Medeiros SF. Correlação entre a idade da menopausa e a idade da menarca em mulheres climatéricas do distrito centro-oeste de Cuiabá - MT. Reprodução e Climatério, Ribeirão Preto (SP) 2001 set;16(3):207-10.
- 16 Hunter MS, O'Dea I. Perception of future risks in mid-age women: estimates with and without behavioral changes and hormone replacement therapy. Maturitas, Amsterdam 1999 Sept;33(1):37-43.
- 17 Pedro AO, Pinto-Neto AM, Paiva LC, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Revista de Saúde Pública, São Paulo 2002 ago;36(4):484-90.
- 18 Nusbaum ML, Gordon M, Nusbaum D, McCarthy MA, Yasilakis D. Smoke alarm: a review of the clinical impact of smoking on women. Primary care Update Ob/Gyns, Amsterdam 2000 Sept;7(5):207-14.
- 19 Fonseca AM, Polak JOM, Bagnoli VR, Arie WMY, Halbe HW, Pinotti JA. Menopausa e tabagismo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Ribeirão Preto (SP) 1999 jan/mar;10(1):21-5.
- 20 Silva HB, Bortolotto LA. Hipertensão arterial na mulher. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo 2002 maio;59(5):359-62.
- 21 Montilla RNG, Marucci MFN, Aldrighi JM. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo 2003 jan/mar;49(1):91-5.
- 22 Weir RJ. When the pill causes a rise in blood pressure. Drugs, Auckland 1978 Dec;16(6):522-7.
- 23 Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, *et al*. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women: Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Journal of the American Medical Association, Chicago (IL) 1998 Aug;280(7):605-13.
- 24 Herrington DM, Reboussin DM, Brosnihan KB, Sharp PC, Shumaker SA, Snyder TE, *et al*. Effects of estrogen replacement on the progression of coronary artery arteriosclerosis. New England Journal of Medicine, Boston (MA) 2000 Aug;343(8):522-9.
- 25 Kaunitz AM, The Women's Health Initiative. Use of combination hormone replacement therapy in light of recent data from The Women's Health Initiative. Medscape Women's Health, Boston (MA) 2002 jul;7(4):8.
- 26 Figueira JL, Papaléo MN, Carvalho Filho ET, Pardini U, Giannini SD, Forti NA, *et al*. Perfil lipídico em indivíduos idosos normais. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo 1987 fev;48(2):77-81.
- 27 Karvonen MJ. Determinants of cardiovascular diseases in the elderly. Annals of Internal Medicine, Philadelphia (PA) 1989 Feb;21(1):3-12.

- 28 Brunner D, Weisbort J, Meshulam N, Schwartz S, Gross J, Saltz-Rennert H, *et al.* Relation of serum total cholesterol and high-density lipoprotein cholesterol percentage to the incidence of definite coronary events: twenty-year follow-up of the Donolo-Tel Aviv Prospective Coronary Artery Disease Study. *American Journal of Cardiology*, Dallas (TX) 1987 June;59(15):1271-6.
- 29 Matos AC, Ladeia AM. Avaliação de fatores de risco cardiovascular em uma comunidade rural da Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo 2003 set;81(3):291-302.
- 30 Landerdahl MC. Mulher climatérica: uma abordagem necessária a nível de atenção básica. *Nursing*, São Paulo 2002 abr;5(47):20-5.

Endereço da autora/Author's address:

Ivanete Perboni Piazza
Rua Bento Gonçalves, 1759 - sala 602
95020-412, Caxias do Sul, RS
E-mail: dlorenzi@zaz.com.br

Recebido em: 20/03/2005

Aprovado em: 15/08/2005
