REFERÊNCIAS

Brasil. (1984). *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília.

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. (2012). *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Dispõe sobre aspectos éticos a serem observados na pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. F., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In Z. M. A. Hartz (Org.), *Avaliação em saúde* (pp. 29-48). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada* (Bulletin 4). New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching.

Hartz, Z. M. A., & Vieira-da-Silva, L. M. (2005). *Avaliação em saúde: Modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10. Ed.). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2010). *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. (2013). *Portaria Interministerial MS/ MJ nº 1.777, 09 de setembro de 2003*. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 11 set. 2003.

Orlandi, E. P. (2010). *Análise do discurso: Princípios e procedimentos* (9. Ed.). Campinas, SP: Pontes.

Orlandi, E. P., & Guimarães, E. R. (1986). *Unidade e dispersão: Uma questão do texto e do sujeito*. São Paulo: Cadernos PUC.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In R. Pineault & C. Daveluy (Eds.), *La planification de la santé: Concepts, méthodes et stratégies* (pp. 191-202). Montréal: Agence d'Arc.

Pinheiro, R. (2004). Democracia e saúde: Sociedade civil, cidadania e cultura política. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14 (1), 11-14.

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais*, 24, 27-57.

Secretaria de Estado de Defesa Social. (2012). *Presídio regional de Montes Claros: Perfil de doenças e agravos*. Minas Gerais: Sistema Prisional.

Starfield, B. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

AUTORES:

Reginaldo Nunes de A Júnior
Dorothea Schmidt França
Natália Gonçalves S Rocha
Geraldo Edson S Guerra Júnior
Karina Andrade de Prince
Carlos Eduardo M D'Angelis

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S3A.145>

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em mulheres climatéricas assistidas pelo núcleo de atenção à saúde e práticas profissionalizantes

PALAVRAS CHAVE:

Hipertensão arterial. Climatério.
Fatores de risco.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre o climatério e hipertensão, bem como elucidar os seus fatores precipitantes em mulheres climatéricas. Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo e transversal, sendo avaliadas 104 mulheres com idade entre 40 e 65 anos assistidas pelo Núcleo de Atenção à Saúde e Práticas Profissionalizantes. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, fatores de risco para hipertensão, comorbidades associadas, achados gineco-obstétricos, e conhecimento sobre climatério e menopausa. A prevalência de hipertensão foi de 74%. A maioria das mulheres pertenciam a faixa etária de 50 a 59 anos (43%), eram da raça parda (66%) e concluíram o ensino básico completo (39%). O sobrepeso foi evidenciado em 39% das mulheres, sendo que, 61% afirmaram não realizar atividades físicas, 72% não ingeriam bebida alcoólica e não usavam tabaco (63%); além disso, 59% das pesquisadas já não menstruavam mais, 69% devido à menopausa. Finalmente, 28% das mulheres souberam falar sobre climatério e 68% sobre menopausa. Conclui-se com este trabalho a importância da assistência integral ao climatério, tendo em vista o aumento da expectativa de vida e as consequências relacionadas ao hipoestrogenismo e aos hábitos de vida das mulheres neste período.

Correspondência: Dorothea Schmidt França (dorotheafranca@gmail.com)

Prevalence of hypertension systemic and associated factors in climacteric women assisted by the health care and vocational practices center

ABSTRACT

The aim of the study was to assess the correlation between climacterium and hypertension as well as elucidate its precipitating factors in climacteric women. It is a descriptive, quantitative and cross-sectional study that evaluated 104 women aged 40 to 65 years attended by the Health Care and Vocational Practices Center. The variables evaluated comprised sociodemographic aspects, risk factors for hypertension, associated comorbidities, gynecological-obstetrical findings, and the knowledge of perimenopause and menopause. The prevalence of hypertension was 74%. The age of most women was 50-59 years (43%), mulattos (66%) and with a full basic education (39%). Overweight was evidenced in 39% of women, and 61% said it they sedentary; 72% did not consume alcoholic drinks and did not smoke (63%); additionally, about 59% of the women surveyed do not menstruate anymore, 69% due to menopause. Finally, 28% of the women surveyed knew about climacterium and 68% about menopause. In conclusion, this study highlighted the importance of full assistance to climacterium, taking into account the increase in life expectancy and the consequences related to estrogen deprivation and lifestyle habits of women in this period.

KEY-WORDS:

Hypertension. Climacteric Women.
Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O homem, durante a sua existência, passa por diversas fases, as quais se denominam ciclos vitais. Observa-se que nelas ocorrem grandes modificações na forma de o homem ser e estar no mundo, o que configura novas maneiras de se olhar e de se compreender frente ao fenômeno da existência (Oliveira, Jesus, & Merighi, 2008).

O climatério, identificado como uma etapa do ciclo vital feminino, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida, que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, trazendo consigo transformações biopsicossociais que exercem influência na maneira como ela vivenciará este período (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com a OMS, o climatério corresponde ao período que começa a partir dos 35 anos de idade estendendo-se até os 65 anos, sendo, portanto, um processo biológico e não patológico na vida da mulher (Ministério da Saúde, 2008). Para Coelho e Porto (2009), o início e término do climatério variam de acordo com as características individuais da mulher, e estão associados a fatores hereditários, raciais, socioeconômicos e demais determinantes do processo de vida subjetivo feminino.

O climatério pode ser dividido em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa inicia-se por volta dos 40 anos, em que se evidencia diminuição da fertilidade com ciclos menstruais regulares. O período da perimenopausa principia dois anos antes da última menstruação até um ano depois, e, neste intervalo, as mulheres podem apresentar alterações hormonais assim como ciclos irregulares. Um ano após o último ciclo menstrual inicia-se a pós-menopausa (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia [FEBRASGO], 2010). Assim sendo, pode-se definir como menopausa quando a cessação de menstruações é permanente (só podendo ser estabelecida em retrospectiva, após doze meses consecutivos de amenorreia), consequente à perda de atividade folicular (OMS, 1996). Destaca-se como momento pontual do climatério, ocorrendo geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (Coelho & Porto, 2009).

Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2008) revelam que o país passou de um perfil de mortalidade próprio de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades mais onerosas e complexas, típicas das faixas etárias mais avançadas, tendo isso ocorrido em menos de 40 anos. Consequentemente, a preocupação com a qualidade de vida em saúde ao longo do processo de envelhecimento tem aumentado de forma exponencial. Segundo Lorenzi, Catan, Moreira e Ártico (2009), o envelhecimento populacional é uma realidade demográfica em nosso país e, neste contexto, tem-se o aumento da expectativa de vida das mulheres Brasileiras. Como consequência disso, espera-se um aumento progressivo na procura dos serviços de saúde por mulheres com queixas relacionadas ao climatério.

A população feminina Brasileira totaliza mais de 98 milhões e cerca de 30 milhões de mulheres encontram-se na faixa etária em que ocorre o climatério, o que corresponde a 32% dessa população. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de promover assistência integral nessa fase, executar um atendimento de qualidade e contextualizar as características biopsicossociais relacionadas a essa etapa da vida (Coelho & Porto, 2009), uma vez que, além das alterações fisiológicas ocorridas, o período do climatério, como qualquer outro ciclo vital, não está isento de comorbidades, ganhando-se destaque neste cenário o aumento do risco de doenças cardiovasculares, que tem a hipertensão arterial (HA) como um importante fator de risco modificável.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial em que a pressão arterial (PA) se mantém com níveis elevados e sustentados. Frequentemente se associa a lesões em órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e ou não (Williams, 2010). Apresenta alta prevalência na população Brasileira, e por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle é considerada um problema de saúde pública, influenciando na gênese de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], 2007).

Existe uma relação direta e linear da PA com a idade. A prevalência, de um modo geral, é semelhante entre homens e mulheres, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década (Cesarino et al., 2008; Lessa, 2001; Martinez & Latorre, 2006). Por conseguinte, o aumento da pressão arterial se torna mais pronunciado em mulheres após a menopausa e, de fato, é mais frequente a HAS em mulheres nessa época da vida.

Segundo Valença e Germano (2010), a importância de preservar a qualidade de vida e o bem-estar na fase do climatério é evidente, tendo em vista o aumento progressivo de mulheres climatéricas, a carência de políticas públicas em saúde da mulher voltadas para essa fase e a variedade de morbidades que podem acometê-las. Nessa conjuntura, torna-se essencial o desenvolvimento de estudos e pesquisas centradas na assistência ao climatério, contextualizando a fase com as comorbidades mais prevalentes. A prevenção é a forma mais eficaz e barata de tratar HA. Entretanto, para isso, é imperioso que os profissionais de saúde conheçam a prevalência do evento e os fatores de riscos contribuintes para que assim possam atuar objetivando eliminar tais riscos e/ou evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico (Ministério da Saúde, 2008).

Baseando-se neste pressuposto, o presente trabalho objetivou analisar a relação entre o climatério e hipertensão, bem como elucidar os seus fatores precipitantes e o impacto desses eventos na qualidade de vida das mulheres.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de investigação de caráter observacional, transversal, com abordagem quantitativa-descritiva. A pesquisa foi realizada no Núcleo de Atenção à Saúde e de Práticas Profissionalizantes (NASPP), localizado no município de Montes Claros, Minas Gerais.

AMOSTRA

A amostra foi composta por 104 mulheres climatéricas, com idade entre 40 e 65 anos assistidas no NASPP, selecionadas de forma aleatória, no período de janeiro a junho de 2014. As mulheres avaliadas foram informadas sobre os objetivos da investigação, sobre os benefícios e sobre os possíveis riscos da realização da pesquisa, e após estas informações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por livre e espontânea vontade e com garantia do sigilo das informações fornecidas.

Para a realização do presente trabalho, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Minas Gerais, sob parecer nº 1.561.764, obedecendo às diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos, que constam na Resolução CNS 466/2012.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista com a utilização de um questionário avaliativo, elaborado pelos pesquisadores, com base em questionários já validados. As variáveis pesquisadas foram as sociodemográficas (faixa etária, raça, escolaridade e renda per capita) e clínicas (índice de massa corpórea, prática de atividade física, etilismo, tabagismo, terapia de reposição hormonal, comorbidades associadas, menstruação, uso de contraceptivo, pré-natal, conhecimento sobre climatério e menopausa).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram agrupados e estruturados em um banco de dados, submetidos a um processo de análise descritiva, através de média, desvio padrão e frequência, que serviu para caracterizar a amostra. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software *Excel 12.0* (Office 2007) e do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, EUA), versão 14.0.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo demonstraram que, entre as 104 mulheres avaliadas, a maioria, 43%, encontra-se na faixa etária correspondente às idades de 50 a 59 anos, seguida por 36% entre 40 e 49 anos e 21% dos 60 a 65 anos. Com relação à cor, a raça de maior destaque foi a parda (66%), seguida da raça negra (22%) e por último a branca (12%). Ao

se tratar de HA, a escolaridade é um dado que merece destaque. Da população pesquisada, 39% informaram que concluíram o ensino básico completo. Porém, uma parcela muito próxima, 34%, não o concluiu. A renda *per capita* da maioria das mulheres estudadas, 49%, encontrava-se abaixo de um salário mínimo (QUADRO 1).

QUADRO 1. Distribuição das variáveis referentes ao perfil sócio demográfico das mulheres pesquisadas.

VARIÁVEL	%	N
IDADE		
40-49	36%	38
50-59	43%	44
60-65	21%	22
RAÇA		
negra	22%	23
parda	66%	69
branca	12%	12
ESTADO CIVIL		
casada /estável	38%	39
separada	26%	27
viúva	21%	22
solteira	15%	16
ESCOLARIDADE		
básico incompleto	34%	36
básico completo	39%	41
superior incompleto	10%	9
superior completo	17%	18
RENDA PER CAPITA		
até 1 salário mínimo	49%	51
até 2 salários mínimos	35%	37
mais de 2 salários mínimos	16%	16

Sobre os fatores de risco relacionados à HA, o quadro 2 mostra a íntima relação entre obesidade, avaliada pelo índice de massa corpórea (IMC), e os demais hábitos de vida, como atividade física, ingestão de bebidas alcoólicas e fumo, assim como o uso de terapia

de reposição hormonal. Na presente pesquisa, 39% das entrevistadas estão na faixa considerada como sobrepeso (IMC entre 25,0 a 29,9), e levando em conta a somatória dos graus I, II e III de obesidade, 38% das mulheres avaliadas pelo IMC são consideradas obesas. Dentre as entrevistadas, o tabagismo e a ingestão alcoólica faziam parte dos hábitos de vida de 37% e 28% das mulheres, respectivamente. Apenas 12% das mulheres que participaram desta pesquisa faziam uso da terapia de reposição hormonal (TRH).

QUADRO 2. Variáveis clínicas e fatores de risco relacionados à hipertensão arterial encontrados nas mulheres pesquisadas.

VARIÁVEL	%	N
IMC		
18.5-24.9	23%	24
25.0-29.9	39%	41
30.0-34.9	20%	21
35.0-39.9	14%	15
40.0 ou mais	4%	3
ATIVIDADE FÍSICA		
sim	39%	41
constante	58%	24
ocasional	42%	17
não	61%	63
ETILISMO/ TABAGISMO		
sim	28% / 37%	29 / 38
não	72% / 63%	75 / 66
USO DE TRH		
sim	12%	12
não	88%	92

A prevalência de HAS, segundo o quadro 3, foi de 74%, sendo que as patologias associadas, em ordem decrescente de prevalência, foram diabetes mellitus (52%), doença cardiovascular (44%) e osteoporose (39%); dislipidemia foi um achado em 28% das entrevistadas.

QUADRO 3. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e comorbidades associadas

VARIÁVEIS	%	N
patologias prévias		
hipertensão arterial sistêmica	74%	77
diabetes mellitus	52%	54
osteoporose	39%	41
doença cardiovascular	44%	46
tireoideopatia	12%	11
depressão	25%	26
fibromialgia	36%	37
dislipidemia	28%	29

No momento da pesquisa, como mostra o quadro 4, 59% das pesquisadas já não menstruavam mais: 69% devido à menopausa e 31% à histerectomia. Aproximadamente 49% eram gestas de três ou mais filhos e, excetuando-se as nuligestas, 72% afirmaram ter realizado pré-natal em todas as gestações. O uso do anticoncepcional oral predominou sobre as mulheres que fizeram ou fazem uso de algum método contraceptivo, embora a maioria delas, 52%, ainda não fizeram ou não fazem uso de nenhum método para evitar filhos.

QUADRO 4. Achados gineco-obstétricos das mulheres entrevistadas

VARIÁVEIS	%	N
MENSTRUAÇÃO		
presente	41%	42
ausente	59%	62
menopausa	69%	43
histerectomia	31%	19
GESTAÇÕES		
nuligesta	6%	6
1	13%	14
2	32%	33
3 ou mais	49%	51
PRÉ-NATAL		
realizou	72%	71
não realizou	28%	27

USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO		
sim	40%	41
não	52%	54
não quer informar	8%	9

Quando questionadas sobre o conhecimento a respeito do climatério e menopausa, apenas 28% souberam falar sobre climatério; em contrapartida, 68% afirmaram saber o que significa menopausa, mesmo que conceituando o período com alguns sintomas do próprio climatério.

DISCUSSÃO

A característica dos níveis pressóricos nas mulheres varia de acordo com a faixa etária. Sendo assim, na fase fértil, mecanismos hormonais ligados à ação estrogênica parecem exercer um efeito protetor contra a elevação desses níveis. Já no período de pós-menopausa, a falta da ação estrogênica, ou uma ação androgênica e a maior prevalência de obesidade ou sobrepeso são os fatores mais comumente envolvidos na elevação dos níveis pressóricos (Plavnik, Rosa, & Kohlmann Junior, 2007). Por conseguinte, existe uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo que a prevalência é mais elevada nas mulheres após a quinta década de vida (Cesarino et al., 2008; Lessa, 2001; Martinez & Latorre, 2006), em que se encontra a maior parte da população pesquisada no presente estudo.

Com relação à cor, a raça de maior destaque foi a parda (66%), seguida da raça negra (22%) e por último a branca (12%). Quanto à raça, a literatura coloca que o impacto da HA não é uniforme. Segundo Volzke et al. (2009), a raça não branca é a mais associada à hipertensão e foi a de maior prevalência no estudo.

A convivência familiar em regime de união estável/casado emerge a condição primeira para detectar sinais de anormalidade no estado de saúde dos seus membros, bem como alterações no curso de uma doença (Elsen, Marcon, & Santos, 2002). Portanto, mesmo a HA sendo muitas vezes assintomática, a educação e mudança de hábitos em âmbito familiar, onde todos participam ativamente, beneficiam a redução da prevalência de hipertensão e controle dos níveis pressóricos. Nossa pesquisa, 38% das mulheres encontram-se casadas ou em união estável, contribuindo para o que foi acima descrito.

Ao se tratar de HA, a escolaridade é um dado que merece destaque. Da população pesquisada, 39% informaram que concluíram o ensino básico completo. Porém, uma parcela muito próxima, 34%, não o concluiu. Segundo Mansano, Vila e Rossi, (2009), os indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, inclusive para o desenvolvimento da HA, do que aqueles com nível superior, dado relevante que poderá interferir indiretamente na assimilação das informações

necessárias ao tratamento. Em pesquisa realizada por Hartmann, Costa, Olinto, Pattussi e Tramontini (2007), verificou-se que a prevalência de hipertensão aumentou na medida em que os anos de estudo diminuam.

A renda *per capita* da maioria das mulheres estudadas, 49%, encontrava-se abaixo de um salário mínimo (no Brasil, em torno de R\$724,00). Esses mesmos resultados foram reproduzidos numa pesquisa realizada por Martins (2011), em que 89,3% apresentaram renda de até um salário mínimo.

Sobre os fatores de risco relacionados à hipertensão, este estudo mostra a íntima relação entre obesidade, avaliada pelo IMC, e os demais hábitos de vida como atividade física, ingestão de bebidas alcoólicas e fumo, assim como o uso de TRH.

Em seu conceito, a obesidade é definida pelo IMC igual ou acima de 30 kg/m². É mais frequente a partir dos 50 anos, o que coincide com o período da menopausa nas mulheres (Xavier & Ribeiro, 2009). Na presente pesquisa, 39% das entrevistadas estão na faixa considerada como sobrepeso (IMC entre 25,0 a 29,9), e levando em conta a somatória dos graus I, II e III de obesidade, 38% das mulheres avaliadas pelo IMC são consideradas obesas. Evidências sugerem que a prevalência do sobrepeso e da obesidade tem aumentado em taxas alarmantes, incluindo países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Pereira, Francischi, Lancha, & Antonio, 2003). A obesidade é tida como doença multifatorial e de caráter epidêmico que, segundo estimativas da OMS, atinge mais de 300 milhões de adultos em todo o planeta (Hill Wyatt, Reed, & Peters, 2003). De acordo com Monteiro, D'A Benício, Conde e Popkin, (2000), o excesso de peso é, de maneira especial, mais prevalente entre o sexo feminino e a estimativa é de que aproximadamente 30% das mulheres ocidentais adultas, em particular nos anos que seguem a menopausa, são portadoras de obesidade. No Brasil, a sua prevalência na população feminina adulta chega a 12.5%. Em seu estudo, Xavier, Panisson e Xavier (2005) avaliaram 571 mulheres com idade igual ou maior do que 40 anos, quanto ao IMC, e concluíram que 38.4% da amostra tinha o IMC entre 25 e 30 e que as obesas, com IMC acima de 30, representavam 23.6%. O aumento da obesidade parece ocorrer em paralelo à redução na prática de atividade física e aumento no sedentarismo (Martinez, 2000), sendo que, em nossa pesquisa, o sedentarismo acompanha a maior parte das mulheres entrevistadas, 61%, e das que fazem atividade física, cuja porcentagem é de 39%, quase a metade, 42%, não a faz de maneira constante como orienta os profissionais de saúde. Comparando-se esta pesquisa com a realizada por Bloch, Rodrigues e Fiszman (2006), observa-se certa semelhança nos resultados, pois a prevalência de sedentarismo encontrada em ambos os estudos, foi consistentemente elevada, sugerindo que a população estudada não pratica atividades físicas regulares de forma adequada, contribuindo assim para o surgimento de HA. Atualmente, doenças crônicas não-transmissíveis estão adquirindo magnitude e transcendência cada vez maiores e, entre os diversos fatores de risco associados à etiologia dessas doenças, destaca-se o estilo de vida sedentário (Almei-

da & Araújo, 2003; Castro, 2001), que também é fator decisivo no processo da obesidade. Sabe-se que mulheres climatéricas com atividade física regular tendem a manifestar menos sintomas somáticos e uma melhora do humor, bem como um alívio nas ondas de calor. O exercício físico atuaria estimulando a secreção de endorfinas hipotalâmicas, substâncias que promovem a sensação de bem-estar e contribuem para a estabilização da termorregulação hipotalâmica (Lorenzi, Bacarat, Saciloto, & Padilha, 2006).

Segundo Tremollières, Pouilles e Ribot (1996), o IMC feminino parece atingir os seus maiores valores entre os 50 e 59 anos, idade em que a menopausa é frequentemente. No entanto, a despeito do seu impacto na saúde da mulher, os fatores contribuintes para a maior prevalência de obesidade nesta população ainda não são totalmente conhecidos. Ainda não se pode afirmar se a maior tendência de ganho de peso entre as mulheres climatéricas é decorrente apenas do hipoestrogenismo progressivo, característico de tal fase, ou se os fatores relacionados ao estilo de vida de cada mulher também estariam relacionados (Zaffari & Pfaffenzer, 2003). Além disso, como afirmam Favarato e Aldrighi (2001), as doenças cardiovasculares, cujo risco é aumentado neste período, interfere na qualidade de vida das mulheres após a menopausa, limitando a capacidade física e o desempenho das atividades da vida diária. Isso pode levar ao sedentarismo e contribuir para a ocorrência de obesidade.

O tabagismo e etilismo são fatores de risco importantes para o surgimento de hipertensão na população em geral. Dentre as entrevistadas, o tabagismo e a ingestão alcoólica faziam parte dos hábitos de vida de 37% e 28% das mulheres, respectivamente. A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais, comprometendo também a qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2006). O álcool pode levar a redução na resistência vascular periférica e aumentando o débito cardíaco, influenciando assim, nos níveis pressóricos. O excesso no seu consumo além de aumentar a pressão arterial, constitui uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva (SBC, 2007). O tabagismo, em especial, tem se mostrado extremamente nocivo à mulher climatérica, contribuindo para uma maior deterioração da sua qualidade de vida, devendo ser combatida nessa fase. Os seus malefícios incluem a doença bronca pulmonar obstrutiva crônica, o câncer de pulmão e o maior risco cardiovascular (Lorenzi et al., 2006). O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação.

Apenas 12% das mulheres que participaram desta pesquisa faziam uso da TRH. Na literatura há uma falta de consenso sobre a TRH. Sendo assim, são recomendados alguns cuidados na prescrição desses medicamentos, mesmo nas mulheres consideradas saudáveis. Não se deve adotar a TRH para mulheres que tenham tendência a problemas de coagulação trombótica, HA, doenças do coração e taxas elevadas de colesterol (Ministério da Saúde, 2004).

Com o aumento da expectativa de vida, a prevalência de hipertensão e sua associação com outras comorbidades deve ser considerada em mulheres climatéricas, tendo em vista

o pressuposto de que o ser humano deve ser avaliado como um todo, inserido em um contexto cultural e de crenças.

A prevalência de HAS, verificada através deste estudo, foi de 74%, sendo que as patologias associadas, em ordem decrescente de prevalência, foram: diabetes mellitus (52%), doença cardiovascular (44%) e osteoporose (39%). A HA é o mais importante fator de risco modificável para a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, doença renal terminal e doença vascular periférica, na população geral e também em mulheres, principalmente após a menopausa (Kannel, 1998). A HA pode determinar, além disso, disfunção endotelial que pode preceder a doença aterosclerótica, acarretando muitas vezes isquemia miocárdica, dependente principalmente de hipertrofia ventricular esquerda. Sabe-se que a hipertrofia ventricular esquerda é importante fator de risco independente para morte súbita, arritmia ventricular, isquemia miocárdica e falência cardíaca (Krzyszinski, Rorive, & Cauwenberge, 1996).

A inter-relação do diabetes e da hipertensão é evidenciada em outros estudos, pois são as duas doenças mais comuns nos países industrializados, sendo que a frequência dessas duas patologias nessas populações aumenta com a idade e a importância dessa combinação se dá no aumento considerável do risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Vale ressaltar que dentre os agravos à saúde mais prevalentes no climatério, grande parte relaciona-se direta ou indiretamente à ingestão inadequada de alimentos, quer seja por deficiência ou por excessos por longos períodos. O consumo em excesso de alimentos energéticos, principalmente gorduras saturadas, associa-se a um maior risco cardiovascular. Em contrapartida, a baixa ingestão de nutrientes, como o cálcio, favorece a ocorrência de osteoporose (Lorenzi, 2008). Sendo assim, uma importante reeducação alimentar e de hábitos mais saudáveis de vida são necessários, principalmente no que se diz respeito à doença óssea que já é afetada pelo hipoestrogenismo que acompanha o climatério.

Wild, Taylor e Knehan (1995) observaram que a HA associa-se intimamente com dislipidemia. Observa-se que 40% das pessoas com HA apresentam dislipidemia e 46% daqueles com dislipidemia têm HA, sendo maior o risco cardiovascular quando os dois fatores de risco estão associados. Em nossa pesquisa, a dislipidemia foi um achado em 28% das entrevistadas.

A história gineco-obstétrica faz parte da avaliação de toda mulher, e a discussão dos mesmos enfatiza sua influência no bem-estar feminino, como um todo, principalmente na fase do climatério e sua interligação com o surgimento de doenças.

No momento da pesquisa, 59% das pesquisadas já não menstruavam mais, destas, 69% devido à menopausa e 31% à histerectomia. Aproximadamente 49% eram gestas de três ou mais filhos e, excetuando-se as nuligestas, 72% afirmaram ter realizado pré-natal em todas as gestações. O uso do anticoncepcional oral predominou sobre as mulheres que fizeram ou fazem uso de algum método contraceptivo, embora a maioria delas, 52%, ainda não fizeram ou não fazem uso de nenhum método para evitar filhos.

A menopausa ocorre quando a função ovariana diminui. Os níveis de estrogênio e de progesterona diminuem, a ovulação cessa gradualmente, a menstruação torna-se irregular até cessar e a capacidade reprodutiva natural termina (Timby, 2005). De acordo com Smeltzer e Bare (2005) a menopausa não é um fenômeno patológico, mas uma parte normal do envelhecimento e maturação. É fato que são inúmeros os fatores de risco para a HAS. Porém, como afirma Rackley (2004), no climatério, somam-se os efeitos do hipoestrogenismo, tanto os diretos quanto os indiretos, que estão implicados no surgimento da HA em mulheres neste período. Durante a fase fértil, parece ocorrer um efeito protetor dos mecanismos hormonais ligados à ação estrogênica contra a elevação dos níveis pressóricos. Na pós-menopausa, a falta da ação estrogênica, ou uma ação androgênica e a maior associação com obesidade ou sobrepeso são os fatores mais comumente envolvidos na elevação dos níveis da pressão arterial (Plavnik et al., 2007). Além disso, com a queda dos níveis de estradiol após a menopausa, o risco cardiovascular feminino aumenta progressivamente, equivalendo-se ao do homem aos 75 anos (Bassan, 1999). Um exemplo da importância dessa questão é evidenciado nos dados de que, no Brasil, no ano de 2000, a doença cardiovascular isquêmica levou ao óbito 32936 mulheres, enquanto que o câncer de mama foi responsável por 8308 óbitos (Lorenzi & Baracat, 2005). Neste contexto, a HAS se revela como um dos principais fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular (DCV) (SBC, 2010). Por conseguinte, uma maior atenção deve ser direcionada à este período e seus efeitos, tendo em vista o grande número de mulheres que estão no período da menopausa e pós-menopausa, evidenciado também nesta pesquisa.

Apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, a mortalidade materna decorrente da HA continua elevada, podendo-se presumir que um dos problemas é a qualidade do atendimento pré-natal (Vettore et al., 2011). O acompanhamento da gestante hipertensa ou não é de suma importância para o binômio materno-fetal, e isso diminui o risco de comorbidades decorrentes do aumento dos níveis pressóricos tanto durante quanto após o término da gestação.

São vários os fatores associados à doença arterial coronariana, e dentre eles o uso de anticoncepcionais (Botelho, 2000). Em nossa pesquisa, dentre as mulheres que responderam já terem usado ou ainda usarem algum tipo de método contraceptivo, anticoncepcionais orais foram o método mais citado dentre as entrevistadas. Somando-se a outros fatores, como obesidade, sedentarismo e HA, o risco para doença coronariana aumenta ainda mais nestas mulheres.

A informação é o primeiro passo para a compreensão de todo o processo do climatério, bem como de seus sintomas, tendo em vista que não se trata de uma doença e sim de uma etapa fisiológica na vida da mulher.

Quando questionadas sobre o conhecimento a respeito do climatério e menopausa, apenas 28% souberam falar sobre climatério, em contrapartida, 68% afirmaram saber o que

significa menopausa, mesmo que conceituando o período com alguns sintomas do próprio climatério. Algumas respostas para o significado de menopausa foram: “Quando para a menstruação”, “Problema nos ossos e suor demais”, “Calor e mal estar”. Isso evidencia a falta de conhecimento por parte das mulheres do próprio processo fisiológico de seu corpo.

Segundo Martins (2011), a informação que a mulher recebe sobre a menopausa, ao longo da vida, poderá afetar diretamente sua percepção e crença a respeito dos eventos vividos. Quando a mulher conhece o significado de climatério, sendo a menopausa um período do mesmo, ela consegue aceitá-lo não como patológico, mas como um evento fisiológico de seu ciclo evolutivo. Além disso, a adesão ao tratamento de patologias existentes e mudanças de hábitos são mais bem sucedidas em mulheres mais bem informadas. Sendo assim, é necessário, cada vez mais, levar informação à essa parcela da população como uma forma até mesmo de prevenção primária ao surgimento de comorbidades associadas direta ou indiretamente ao climatério, como é o caso da HA.

CONCLUSÕES

A assistência ao climatério está se expandindo para além dos aspectos biológicos relacionados ao hipoestrogenismo. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde entendam a mulher climatérica em sua integralidade, individualizando as suas necessidades e disponibilizando tanto medidas de promoção à saúde, como terapêuticas, tendo em vista, a maior suscetibilidade ao surgimento de patologias nesta fase, como é o caso da doença cardiovascular que tem íntima associação com a HA.

Atualmente a HA é considerada um problema de saúde pública pelas altas taxas de prevalência na população e o presente estudo verificou este dado, bem como os fatores de riscos, que associados influenciam no bem-estar da mulher climatérica, como é o caso do sedentarismo, obesidade, álcool e tabaco.

Com base nas informações deste estudo, os autores concluem que os serviços públicos e privados necessitam informar de maneira mais ampla e clara o significado de climatério e menopausa, visando maior entendimento e autonomia da mulher com seu corpo e o que acontece com ele neste processo fisiológico de suas vidas. Torna-se evidente buscar a ampliação da assistência a ser prestada às mulheres, considerando que o climatério envolve aspectos mais abrangentes e complementares do que aqueles enfatizados pelos profissionais e/ou programas de saúde.

Acredita-se que os dados deste estudo poderão possibilitar a tomada de decisões, assim como, direcionar as ações em saúde no climatério para a promoção, prevenção e tratamento de hipertensão e seus fatores de risco nas mulheres que passarem por esta fase, bem como demais pessoas da comunidade. Também possibilita o desenvolvimento de trabalhos semelhantes, a fim de caracterizarem e adequarem suas ações em saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. B., & Araújo, C. G. S. (2003). Effects of aerobic training on heart rate. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9(2), 113-120. doi:10.1590/S1517-86922003000200006
- Bassan, R. (1999). Alterações cardiovasculares e cardiomorbidade da menopausa. Efeitos da terapia de reposição hormonal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 72(1), 85-98.
- Bloch, K. V., Rodrigues, C. S., & Fiszman, R. (2006). Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: Uma revisão crítica da literatura Brasileira. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(2), 134-143.
- Castro, M. C. (2001). El uso de la actividad física como prevención en salud. *Efdeportes.com/*, *Revista Digital* – Buenos Aires, 41.
- Cesarino, C. B., Cipullo, J. P., Martin, J. F.V., Ciorlia, L. A., Godoy, M. R. P., Cordeiro, J. A., & Rodrigues, I. C. (2008). Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 31-35. doi:10.1590/S0066-782X2008001300005
- Coelho, S., & Porto, Y. F. (Ed.). (2009). *Saúde da mulher*. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG.
- Elsen, I., Marcon, S. S., & Santos, M. R. (Eds.). (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Ed. Universidade Estadual de Maringá.
- Favarato, M., & Aldrichi, J. M. (2001). A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: Implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 41(4), 339-345.
- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. (2010). *Climatério. manual de orientação*. São Paulo: FEBRASGO.
- Hartmann, M., Costa, J. S. D., Olinto, M. T. A., Pattussi, M. P., & Tramontini, A. (2007). *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1857-1866.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: Where do we go from here? *Science*, 299(5608), 853-855.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Tábuas completas de mortalidade*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2013/defaulttab_pdf.shtm
- Kannel, W. B. (1998). Risk factors in hypertension. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 13, S4-S10.
- Krzesinski, J. M., Rorive, G., & Cauwenberge, H. V. (1996). Hypertension and left ventricular hypertrophy. *Acta Cardiologica*, 51(2), 143-154.
- Lessa, I. (2001). Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 8, 383-392.
- Lorenzi, D. R. S. (2008). Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(3), 103-106.
- Lorenzi, D. R. S., & Baracat, E. C. (2005). Climatério e qualidade de vida. *Femina*, 33(12), 903-909.
- Lorenzi, D. R. S., Bacarat, E. C., Saciloto, B., & Padilha, I. Jr. (2006). Fatores associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(5), 312-317. doi:10.1590/S0104-42302006000500017.
- Lorenzi, D. R. S., Catan, L. B., Moreira, K., & Ártico, G. R. (2009). Assistência à mulher climatérica: Novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 287-293. doi:10.1590/S0034-71672009000200019
- Mansano, N. G., Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2009). Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 11(2), 349-359.
- Martinez, J. A. (2000). Body-weight regulation: Causes of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59, 337-345.
- Martinez, M. C., & Latorre, M. R. D. O. (2006). Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87, 471-479.
- Martins, M. S. M. D. (2011). *Climatério, hipertensão e qualidade de vida de mulheres da cidade de Pau D'Arco (PI)*. Dissertação de mestrado. Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, Brasil.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. (Cadernos de Atenção Básica, 14, Série A. Normas e Manuais Técnicos)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Manual de atenção à mulher no climatério/ menopausa (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno, n. 9)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Monteiro, C. A., D'A Benício, M. H., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2000). Shifting obesity trends in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(4), 342-346.

Soroprevalência de hepatite B em profissionais manicures e/ou pedicures dos salões de beleza do município de Montes Claros – MG

AUTORES:

Cristiane Monteiro Crisóstomo
Anselmo Vagner Silva
Geraldo Edson S Guerra Júnior
Dorothea Schmidt França
Karina Andrade de Prince
Anna Elisa Campos Ruas
Carlos Eduardo M D'Angelis

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S3A.161>

PALAVRAS CHAVE:

Hepatite B. Salões de beleza.
Sorologia.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a soroprevalência de hepatite B em manicures e/ ou pedicures dos salões de beleza do município de Montes Claros – MG. Foi realizado um estudo transversal no período de junho de 2013 a maio de 2014, que incluiu uma amostra aleatória de 73 profissionais que trabalham em salões de beleza do município. Também foi aplicado um questionário, com questões referentes ao vírus da hepatite B, sua transmissão, prevenção e métodos de esterilização dos materiais utilizados pelo profissional. Utilizou-se o software *Excel 12.0 (Office 2007)* e o SPSS para gerenciamento e análise dos dados. Verificou-se que 100% das profissionais não estavam infectadas pelo vírus da hepatite B, sendo que 53% eram imunizadas. Observou-se um baixo nível de conhecimento sobre a percepção de risco e transmissão da doença. Apesar de 66% das profissionais declararem conhecimento sobre a prevenção da hepatite B, apenas 7% fazem uso de luvas descartáveis e 4% utilizam autoclave como método de esterilização. Além disso, 68% destes reutilizam materiais descartáveis, aumentando as chances de transmissão da doença. Através deste estudo, fica explícita a necessidade da elaboração de cursos de capacitação para conscientização sobre biossegurança no ambiente de trabalho.

Oliveira, D. M., Jesus, M. C., & Merighi, M. A. B. (2008). O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora – Minas Gerais. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 11(1), 42-53.

Organização Mundial de Saúde. (1996). *Scientific group on research on menopause in the 1990s* (Tech. Rep. n. 886). Geneva, Suíça: Autor.

Pereira, L. O., Francischi, R. P. Lancha, J. R., & Antonio, H. (2003). Obesidade: Hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 47(2), 111-127.

Plavnik, F. L., Rosa, E. C., & Kohlmann Junior, O. (2007). Hipertensão arterial sistêmica na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 64(3), 88-94.

Rackley, C. E. (2004). Hormones and coronary atherosclerosis in women. *Endocrine*, 24(3), 245-250.

Smeltzer, S. C., Bare, B.G. (2006). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico* (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2007). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(3), e24-e79.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2010). VI diretrizes brasileiras de hipertensão – DBH VI: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 17(1), 7-10.

Timby, B. K. (2005). *Enfermagem médico-cirúrgica* (Trad. M. Ikeda, 8ª Ed.). Barueri, SP: Manole.

Tremollières, F. A., Pouilles, J. M., & Ribot, C. A. (1996). Relative influence of age and menopause on total and regional body composition changes in postmenopausal women. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(6), 1594-1600.

Valença, C. N., & Germano, R. M. (2010). Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(1), 161-171.

Vettore, M. V., Dias, M., Domingues, R. M. S. M., Vettore, M. V., & Leal, M. C. (2011). Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 1021-1034.

Volzke, H., Ittermann, T., Schmidt, C. O., Dorr, M., John, U., Wallaschofski, H., ...Rettig, R. (2009). Subclinical hyperthyroidism and blood pressure in a population-based prospective cohort study. *European Journal of Endocrinology*, 161, 615-621.

Wild, R. A., Taylor, E. L., & Knehans, A. (1995). The gynecologist and prevention of cardiovascular disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172, 1-13.

Williams, B. (2010). The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(1), 66-73.

Xavier, N. L., & Ribeiro, P. L. I. (2009). Obesidade na população feminina – município de Xangri-Lá : Perfil de risco. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 29(2), 109-114.

Xavier, N. L., Panisson, I. A., & Xavier, M. C. (2005). Avaliação das queixas e achados de exame físico em ambulatório de programa de saúde da família na cidade de Xangri-Lá, Rio Grande do Sul. *Revista Latinoamericana de Mastologia*, 6, 20-25.

Zaffari, D., & Pfaffenzeller, A. (2003). Assistência nutricional no climatério. In A. B. R. Almeida (Ed.), *Reavaliando o climatério: Enfoque atual e multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu.