

MULHER COM HIPERTENSÃO E A RELAÇÃO COM A MENOPAUSA

HYPERTENSIVE WOMAN AND THE RELATION WITH MENOPAUSE

MUJER CON HIPERTENSIÓN Y LA RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS¹

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA²

DIANA ARRUDA MONTEIRO³

A pesquisa é um estudo exploratório que investigou a relação da menopausa com o diagnóstico da hipertensão arterial, enfatizando formas de Educação em Saúde na manutenção do bem-estar. Participaram 142 mulheres hipertensas, acompanhadas no ambulatório de hipertensão de uma instituição pública de saúde, situada em Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados durante a consulta de enfermagem, agrupados em tabelas e analisados estatisticamente. Das 142 mulheres, 104 (73%) tiveram menopausa natural na faixa etária de 40 a 50 anos e 42 (29%) tiveram menopausa cirúrgica na faixa etária de 30 a 50 anos, com predomínio entre as idades de 36 a 46 anos. Entre as mulheres que tiveram menopausa cirúrgica, apenas 05 (12%) fizeram reposição hormonal. Conclui-se que havia mulheres que estavam se tornando hipertensas, independentemente da menopausa e de seu modo de ocorrência – natural ou cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Hipertensão; Menopausa.

This research is an exploratory study that investigated the relationship of menopause with the arterial hypertension diagnosis, emphasizing health education for the maintenance of the well-being. 142 hypertensive women participated in the research. They were followed by the Hypertension Out-Patient Clinic at the Public Health Institute, situated in Fortaleza-Ceará. The data was collected during the nursing consultation and analyzed statistically. Among the 142 women, 104 (73%) had reached natural menopause between the ages of 40 to 50 and 42 (29%) had surgical menopause between the ages of 30 to 50, the majority of which, between 36 to 46 years of age. Among women having surgical menopause, only 05 (12%) were submitted to hormonal reposition. Some, 21 (50%) were submitted to simultaneous hysterectomy and ooforectomy. The conclusion of the research was that, there were women that became hypertensive independently of having already entered menopause and the way it happened – natural or surgical.

KEYWORDS: Women; Hypertension; Menopause.

La pesquisa es un estudio exploratorio que investigó la relación de la menopausia con el diagnóstico de hipertensión arterial, enfatizando formas de educación en la salud para mantener el bienestar. Participaron 142 mujeres hipertensas, asistidas en el ambulatorio para pacientes con hipertensión de una institución pública de salud de Fortaleza – Ceará. Los datos se obtuvieron durante la consulta en la enfermería, fueron agrupados en tablas y analizados estadísticamente. De las 142 mujeres, 104 (el 73%) tuvieron menopausia natural con edad entre 40 a 50 años y 42 (el 29%) tuvieron menopausia quirúrgica con edad entre 30 a 50 años, con predomínio entre los 36 a 46 años. Entre las mujeres que tuvieron menopausia quirúrgica, apenas 05 (el 12%) hicieron reposición hormonal. Se concluye que había mujeres que estaban tornándose hipertensas, independiente de la menopausia y de la forma en que ésta ocurrió: natural o quirúrgica.

PALAVRAS CLAVE: Mujeres; Hipertensión; Menopausia.

¹ Enfermeira. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Doutora em Enfermagem.

² Enfermeira. Coordenadora e Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

³ Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Cardiologia da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E-mail: zeliasantos@unifor.br / zelia_santos@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo foi despertado pelas experiências vivenciadas no atendimento à mulher hipertensa no ambulatório. De acordo com estas experiências, percebeu-se a relação entre a menopausa precoce e o diagnóstico da hipertensão arterial, fato que certamente origina agravos na saúde desta clientela.

A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, pois, até ao 55 anos, ela é mais elevada no homem. Após essa idade, ela é igual para os dois sexos¹. As mulheres são consideradas hemodinamicamente mais jovens do que os homens da mesma idade. Essa diferença permanece até a menopausa, quando o seu perfil hemodinâmico se aproxima do masculino. Vários mecanismos etiopatogênicos têm sido aventados. Admite-se que o hormônio peptídeo natriurético atrial exerça importante papel na prevenção da subida da pressão arterial diastólica. Na pós-menopausa, há diminuição nos níveis deste hormônio, provocando aumento da pressão arterial. Estudos relatam que mulheres na pós-menopausa, portadoras de hipertensão arterial essencial, quando submetidas à reposição com estrogênios, apresentam melhora de seu quadro hipertensivo. A elevação da pressão sistólica relaciona-se à aterosclerose, principalmente das grandes artérias, e também à carência estrogênica que ocorre desde o início da falência gonadal².

Menopausa é o fim dos ciclos menstruais, isto é, uma data governada pela secreção ovariana, a qual é considerada por alguns após 6 meses de amenorréia e, por outros, após 1 ano. Considera-se como menopausa fisiológica aquela que ocorre dos 45 aos 55 anos, sendo a média etária aos 48 anos e a duração média da menarca 34,8 anos. A menopausa é dita precoce, quando ocorre antes dos 40 anos, e tardia, quando ocorre após os 50 anos. A menopausa implica a perda da função reprodutora decorrente da falência ovariana, com depleção total dos ovócitos ao redor dos 45-50 anos³.

Pós-menopausa foi definida como uma idade de pelo menos 55 anos e ausência de menstruação natural por pelo menos cinco anos, ou ausência de menstruação natural por pelo menos um ano e níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) acima de 40 IU/L, ou ooforectomia bilateral

documentada ou ooforectomia bilateral descrita com níveis de FSH acima de 40 IU/L e níveis de estradiol abaixo de 92 pmol/L⁴. A hipertensão arterial, associada a pós-menopausa, aumenta o risco de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica e aneurisma dissecante da aorta².

A terapia de reposição hormonal alivia os desconfortos da menopausa, porém, é perigosa e possivelmente fatal para mulheres com suspeita ou diagnose de câncer de mama, de útero ou de ovário, pressão alta, doenças cardíacas, dislipidemia ou arteriosclerose, diabete, antecedentes familiares de anemia perniciososa. Porém, ela retarda a osteoporose e previne doenças cardíacas, mas as estatísticas parecem demonstrar que as doenças das coronárias, nas mulheres, resultam das causas como hipertensão arterial, fumo, obesidade, sedentarismo, presentes antes da menopausa⁵.

Entre 200 mulheres pesquisadas, em 43% foi diagnosticada a hipertensão entre os 30 e 40 anos de idade. Portanto, comprova-se que, mesmo com a proteção estrogênica, a mulher está exposta aos problemas circulatórios⁶.

O segmento populacional que mais cresce no mundo é o das mulheres acima de 75 anos de idade, e este aumento na expectativa de vida irá certamente mudar o enfoque da atenção à saúde da mulher, pois, no início do próximo século, 1/3 da população feminina mundial estará em idade pós-menopausa e, assim, o impacto da DCV (doença cardiovascular) na saúde da mulher aumentará acentuadamente. Mulheres com menopausa precoce têm aumento no risco para DCV semelhante àquelas na pós-menopausa. E aquelas submetidas a TRH (terapia de reposição hormonal) mostram diminuição no risco para DCV, quando comparadas ao grupo não tratado⁷. Estatísticas mostram o aumento considerável na expectativa de vida da humanidade, permitindo que a mulher viva em torno de um terço de sua vida após a menopausa⁸. Diante deste fato, questiona-se: como a mulher poderá melhorar seu estilo de vida, haja vista os transtornos hormonais do climatério, os distúrbios cardiovasculares pós-menopausa e ainda o compromisso sócio-econômico consigo mesma e com a família? Será que os profissionais de saúde estão agindo de acordo com o contexto social, econômico e de saúde, no qual a mulher está inserida? Portanto, este problema exige

uma atenção especial dos profissionais à saúde da mulher, no sentido de adotar modelos assistenciais envolvendo estratégias educativas para promoção da saúde e qualidade de vida.

Os impactos do climatério e da menopausa podem ser sanados adotando-se a idéia de que se deve encarar a menopausa como um fator natural, mantendo-se uma alimentação saudável; evitando-se o estresse; praticando-se exercícios; evitando-se aumento de peso; procurando-se cultivar uma vida sociável; assumindo-se os cuidados com a própria saúde, com atitudes preventivas; desfrutando-se intensamente as experiências vividas como algo prazeroso e construtivo para uma vida melhor⁹. Esses mesmos cuidados são favoráveis à prevenção da hipertensão, assim como no controle desta doença tão freqüente no período pós-menopausa.

O profissional de saúde deve ser um educador que desenvolva ações transformadoras, emancipadoras e libertadoras, que almeje a mudança de comportamento da clientela, a fim de que ela atinja melhor nível de saúde e de vida¹⁰.

Este é um assunto complexo e, por essa razão, requer do enfermeiro uma dedicação expressiva, a fim de colaborar no planejamento e avaliação da assistência a esta clientela, com vistas a alcançar o bem-estar e melhores condições para manutenção da saúde. Portanto, optou-se por identificar a relação da menopausa com o diagnóstico da hipertensão arterial, enfatizando formas de Educação em Saúde na manutenção do bem-estar.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa constituiu-se de um estudo exploratório, que segundo Lakatos e Marconi¹¹, permitiu maior aproximação com o problema da investigação. Portanto, aprofundaram-se conhecimentos acerca da menopausa, da hipertensão arterial e sua influência na saúde das mulheres, visando a ampliar estratégias educativas e sua implicação na conduta assistencial do enfermeiro.

Realizada em um ambulatório de hipertensão arterial de uma instituição pública de saúde, situada em Fortaleza. Referida Instituição destina-se ao atendimento secundário e terciário aos clientes com doenças cardio-

vasculares e/ou pulmonares, e primário aos portadores de hipertensão arterial.

A população selecionada para o estudo constou de mulheres hipertensas atendidas na Instituição supracitada, e a amostra foi sistemática, a seleção dos elementos é feita por um sistema escolhido pelo pesquisador¹². Portanto, neste estudo, a amostra foi constituída de 142 mulheres hipertensas e na menopausa, entre as 200 que freqüentavam o ambulatório, independentemente do estado civil, renda familiar, escolaridade e que aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados durante 2 meses por ocasião da consulta de enfermagem, utilizando a entrevista, que permite obter informações diretamente do entrevistado¹¹. O roteiro da entrevista continha dados referentes à menopausa (idade e tempo de instalação e modo de ocorrência) e à hipertensão arterial (idade e tempo de diagnóstico). Os dados foram analisados estatisticamente, através de freqüências absoluta e relativa, essa última em percentual, sendo representados em tabelas, e fundamentados na literatura selecionada.

A pesquisa foi realizada conforme a Resolução 196/96 da CONEP¹³ (Comissão Nacional de Ética na Pesquisa). As participantes foram orientadas sobre o objetivo e natureza da pesquisa, e que poderiam retirar o seu consentimento no momento em que o desejassem, sem que houvesse prejuízos ao seu atendimento na Instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES HIPERTENSAS, SEGUNDO A IDADE ATUAL, FORMA DE OCORRÊNCIA DA MENOPAUSA E REPOSIÇÃO HORMONAL. FORTALEZA-CE, 2004.

Reposição hormonal	Menopausa				TOTAL	
	Natural		Cirúrgica		f	%
Idade(anos)	Sim	Não	Sim	Não		
30 – 39	-	-	-	1	1	1,0%
40 – 49	-	3	1	9	13	9,0%
50 – 59	-	34	4	10	48	34,0%
60 – 69	-	38	-	7	45	32,0%
70 – 79	-	26	-	6	32	22,0%
80 – 89	-	3	-	-	3	2,0%
TOTAL	-	104	5	33	142	100,0%

Segundo a tabela 1, 104 (73%) mulheres tiveram menopausa natural e 38 (27%) de forma cirúrgica, sendo

que apenas 05 (4%) estavam fazendo reposição hormonal e se encontravam na faixa etária de 40 a 59 anos. As demais nunca fizeram reposição hormonal. Estes dados reforçam o fato de que uma parcela expressiva da população de mulheres não tem acesso a reposição hormonal, principalmente em relação ao seu custo. Entretanto, a atenção dispensada à mulher menopausada não se deve restringir apenas à terapia de reposição hormonal (TRH), mas deve estar também voltada para adoção de estilo de vida saudável, relacionada com hábitos alimentares saudáveis; exercício físico regular, abolição do cigarro; manutenção do peso saudável; gerenciamento do estresse; prevenção da dislipidemia, *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial. Acrescenta-se a estas condutas a inserção na dieta de fitoterápicos, que, segundo Elmec¹⁴, aliviam os desagradáveis sintomas de calor, sudorese intensa, insônia, nervosismo, zumbido nos ouvidos e tontura e previne doenças no sistema cardiovascular. A autora sugere ainda a complementação da dieta com alimentos ricos em cálcio e potássio, a fim de prevenir o desgaste ósseo e a doença de Alzheimer.

Entretanto, a apropriação de um estilo de vida saudável é possibilitada através da Educação. Esta é sempre uma estratégia primordial para engajar o cliente nas ações de autocuidado. O enfermeiro, através de uma reflexão crítica, relacionando a teoria ao contexto da prática, ou seja, ao contexto sócio-político e econômico da clientela, cria as possibilidades para a produção ou para a construção do conhecimento necessário a ela, objetivando atender suas demandas de autocuidado, desenvolvendo capacidades e eliminando seus déficits de autocuidado¹⁵.

A maioria das mulheres estava na faixa etária de 50 a 79 anos, e nestas idades, é alta a prevalência de hipertensão arterial.

Após a menopausa, as mulheres apresentam um risco maior de doença cardiovascular. Por outro lado, vários autores têm demonstrado que a reposição estrogênica na menopausa relaciona-se com uma diminuição do risco de desenvolvimento da doença cardiovascular. Todavia, a terapia de reposição hormonal ainda apresenta inúmeras controvérsias, necessitando de longos estudos prospectivos randomizados para esclarecer os efeitos cardiovasculares na pós-menopausa¹⁶.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose, cita-se hipertensão arterial, dislipidemias, *Diabetes mellitus*, tabagismo, sexo masculino com idade superior a 45 anos, história familiar de coronariopatia precoce e, ainda, mulheres menopausadas com idade superior a 55 anos, ou com menopausa precoce, sem reposição estrogênica¹⁶.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES HIPERTENSAS, SEGUNDO O TEMPO DE MENOPAUSA NATURAL E TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. FORTALEZA-CE, 2004.

Tempo da menopausa natural (anos)	Tempo de diagnóstico (anos)				TOTAL	
	<10	11 – 20	21 – 30	31 – 40	f	%
<10	32	25	10	4	71	68,0
11 – 20	8	9	6	3	26	25,0
21 – 30	-	2	-	1	3	3,0
31 – 40	1	-	2	1	4	4,0
TOTAL	41	36	18	9	104	100,0

De acordo com a tabela 2, 71 (68%) mulheres tiveram sua hipertensão diagnosticada há menos de 10 anos e, em 32 (45%) destas, este diagnóstico coincidiu com a instalação da menopausa natural. Em termos gerais, detectou-se ainda que, em 49 (47%) a hipertensão foi diagnosticada após a menopausa, em 42 (40%) em associação com este evento, e em 13 (12%) mulheres a hipertensão foi detectada antes de se tornarem menopausadas. O efeito da menopausa sobre a pressão arterial é difícil de ser avaliado, visto que estas recebem influências de vários fatores, tais como índice de massa corporal, classe econômica e tabagismo. Entretanto, há estudos que mostram aumento da incidência de hipertensão na pós-menopausa².

A hipertensão arterial na mulher é mais freqüente após a instalação do climatério, que a predispõe ao risco da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Como sabemos, a hipertensão é um importante fator predisponente para este grupo de doenças⁶.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES HIPERTENSAS, SEGUNDO O TEMPO DE MENOPAUSA CIRÚRGICA E O TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. FORTALEZA-CE, 2004.

Tempo da menopausa cirúrgica (anos)	Até 5	6-11	12-17	18-21	22-27	28 ou +	Total	
							f	%
Até 5	6	2	1	–	–	1	10	27
6-11	5	4	1	–	2	1	13	34
12-17	–	5	–	1	1	–	7	18
18-21	–	1	–	2	–	2	5	13
22-27	–	–	–	–	1	–	1	03
28 ou +	–	–	–	–	–	2	2	05
Total	11	12	2	3	4	6	38	100

Observa-se na tabela 3 que 10 (27%) mulheres tinham até 05 anos de diagnóstico de hipertensão arterial, e em 06 (60%) destas, a identificação deste diagnóstico coincidiu com a época da menopausa cirúrgica. De modo geral, constata-se que 15 (39%) mulheres tiveram sua hipertensão diagnosticada na época da menopausa, 12 (31%) após a menopausa e 11 (29%) antes desta fase.

A menor incidência da doença arterial coronariana é observada em mulheres até a idade de 50 anos, atribuindo-se essa proteção cardiovascular à presença de estrogênio. Após essa idade, a frequência de eventos cardiovasculares é praticamente equivalente a dos homens. Após a menopausa, ocorre uma modificação no perfil lipídico das mulheres, caracterizada por aumento de colesterol total LDL e VLDL colesterol e redução de HDL- colesterol⁶.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES HIPERTENSAS, SEGUNDO A IDADE DE INSTALAÇÃO DA MENOPAUSA, FORMAS DE OCORRÊNCIA DESTA E REPOSIÇÃO HORMONAL. FORTALEZA-CE, 2004.

Reposição Hormonal	Formas de Menopausa				Total	
	Natural		Cirúrgica		f	%
	Sim	Não	Sim	Não		
Idade da menopausa (anos)						
30 – 39	–	6	2	8	16	11,0
40 – 49	–	46	2	18	66	47,0
50 ou +	–	52	1	7	60	42,0
Total	–	104	5	33	142	100,0

De acordo com a tabela 4, 104 (73%) mulheres tiveram menopausa natural, enquanto 38 (27%) a obtive-

ram de forma cirúrgica. Apenas 05 (13%) fizeram reposição hormonal, e estavam entre as que tiveram menopausa cirúrgica. Cerca de 66 (47%) tornaram-se menopausadas entre 40 e 49 anos de idade e, em 20 (30%) destas, ocorreu de forma cirúrgica, sendo que, entre estas, apenas 02 (10%) fizeram reposição hormonal.

Em cerca de 60 (42%), a supressão menstrual ocorreu a partir dos 50 anos de idade e, entre estas, 08 (11%) submeteram-se a forma cirúrgica, sendo que apenas 01 (02%) submeteu-se a terapêutica estrogênica. Constata-se ainda que 16 (11%) mulheres tiveram a menopausa entre 30 e 39 anos de idade e, em 10 (62%) destas, ocorreu de forma cirúrgica. A reposição hormonal ocorreu em apenas 02 (20%) mulheres.

A incidência da doença cardiovascular em mulheres apresenta significativa diferença conforme a idade. Ficou evidente que, no momento do início da equivalência nessa relação, há coincidência com o advento da menopausa e, conseqüentemente, da privação do estrogênio. Tem sido atribuído ao hormônio estrogênio a proteção cardiovascular que as mulheres apresentam até a menopausa. A reposição estrogênica na mulher menopausada faz diminuir em 45% a 50% a incidência de doença arterial coronária¹⁶.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM MENOPAUSA CIRÚRGICA E TIPO DE CIRURGIA, SEGUNDO A IDADE E A REPOSIÇÃO HORMONAL. FORTALEZA-CE, 2004.

Reposição hormonal	Idade (anos)						Total	
	30-39		40-49		50 ou mais		f	%
Menopausa cirúrgica	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
Histerectomia	–	1	–	1	–	2	4	11,0
Ooforectomia								
Salpingectomia								
Histerectomia	–	3	2	3	–	2	10	7,0
Ooforectomia								
Histerectomia	–	4	–	13	1	3	21	55,0
Ooforectomia	2	–	–	1	–	–	3	8,0
Total	2	8	2	18	1	7	38	100,0

A tabela 5 mostra os tipos de intervenções cirúrgicas que conduziram as mulheres hipertensas à menopausa. Observa-se que 21 (55%) mulheres foram histerectomizadas tendo sido preservados os ovários – órgãos responsáveis pela produção do hormônio estrógeno,

que é protetor do sistema cardiovascular da mulher, porém 04 (11%) mulheres foram histerectomizadas, ooforectomizadas e salpingectomizadas simultaneamente; 10 (27%) foram histerectomizadas e ooforectomizadas; e 03 (8%) forem ooforectomizadas. Portanto, estas tiveram sua produção de estrogênio prejudicada, pela retirada dos ovários. A existência de menopausa precoce espontânea aumenta o risco cardiovascular em três vezes e, na menopausa precoce cirúrgica das mulheres submetidas a ooforectomia, abaixo dos 35 anos de idade, este risco aumenta em sete vezes¹⁴.

No estudo Lipid Research Clinics, do qual participaram 2.270 mulheres menopausadas, foi constatado que houve diminuição de 66% na taxa de morte por doença arterial coronariana no grupo de mulheres que usou estrogênios. Dos estudos epidemiológicos disponíveis, pode-se concluir que a reposição hormonal parece trazer redução no risco de eventos cardiovasculares em torno de 50%¹⁶.

O tratamento com estrogênios é aceito como tendo fundamental e importante ação no metabolismo lipoprotéico, promovendo modificações favoráveis no perfil lipídico. Na pós-menopausa, a administração de estrógeno tem diferentes ações que podem influenciar o desenvolvimento da aterosclerose. Observa-se a redução dos níveis plasmáticos de colesterol total e LDL-colesterol, elevação do HDL e HDL2 colesterol e dos triglicerídeos, redução da lipoproteína, interferência no metabolismo dos hidratos de carbono, influência na prostaciclina e tromboxane, reduzindo a agregação plaquetária, redução do fibrinogênio, interferência nas contrações induzidas pela acetilcolina nas artérias ateroscleróticas, diminuição da produção de endotelina, vasoconstritor produzido pelo endotélio arterial, inibição da oxidação do LDL-colesterol¹⁷.

CONCLUSÃO

OAo concluir esta pesquisa, há inúmeras considerações relevantes e significativas, tanto para os enfermeiros como para a clientela assistida.

A maioria das mulheres estava na faixa etária de 50 a 79 anos de idade, 73% tiveram menopausa natural e 27% de forma cirúrgica, sendo que a reposição hormonal foi feita em apenas 4% das menopausadas cirúrgicas.

Em 47% das mulheres que tiveram menopausa natural, a hipertensão arterial foi diagnosticada após este evento. Porém, em mulheres cuja menopausa foi de ocorrência cirúrgica em sua maioria (39%), o diagnóstico desse problema de saúde foi identificado concomitantemente à menopausa.

Cerca de 45% das mulheres menopausadas cirurgicamente foram submetidas a ooforectomia bilateral; destas, 68% estavam na faixa etária de 30 a 49 anos.

Então, conclui-se que entre as mulheres entrevistadas, havia um grupo que se tornou hipertensa, independentemente da menopausa e de seu modo de ocorrência – natural ou cirúrgica.

Em face das conclusões apresentadas, sugere-se aos enfermeiros, envolvidos no atendimento à mulher, a elaboração e implementação de estratégias que objetivem a promoção da saúde cardiovascular bem como a saúde em geral desta clientela:

- orientação às mulheres a partir dos 20 anos de idade sobre a prevenção e controle da hipertensão arterial;
- acompanhamento sistemático na fase pré-climatérica até pós-climatérica, objetivando a prevenção ou redução de agravos à saúde da mulher – dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade etc;
- acompanhamento e encaminhamento das mulheres menopausadas precocemente aos médicos especialistas – ginecologistas e cardiologistas; e
- conscientização da mulher durante a consulta de enfermagem sobre a execução efetiva de atividades de autocuidado, a fim de promover a saúde e o bem-estar, pois a consulta de enfermagem deve envolver um processo educativo, no qual as orientações a sensibilize para o engajamento no autocuidado, tornando-a agente multiplicadora de suas ações e daquelas que são inerentes à família e à comunidade¹⁸.

As orientações de enfermagem não devem constituir uma medida coercitiva de controle social, mas um instrumento que permita a mulher climatérica compreender e perceber com criticidade a sua própria realidade. Em resumo, podemos dizer que o enfermeiro deve assumir um novo olhar ético quanto às orientações de enfermagem à mulher

climatérica, no que diz respeito á TRH, considerando a mulher como ser autônomo capaz de deliberar suas próprias decisões¹⁹.

Ressalta-se que o enfermeiro, com sua formação acadêmica direcionada à educação em saúde, é um dos profissionais da equipe de saúde que mais atua na assistência preventiva²⁰. E a necessidade do cuidado de enfermagem para controle e tratamento de pessoas com alterações crônicas de saúde é cada vez mais presente pela complexidade de fatores envolvidos nesse grupo de doenças. Cuidar de pessoas com doenças crônicas envolve parceria entre indivíduo/profissional de saúde/família, adequação do tratamento ao contexto pessoal, interpessoal e social envolvido, além de exigir do enfermeiro habilidade comunicativa e de persuasão intensas, com vistas a que a pessoa prossiga em seu tratamento e alcance o controle de sua doença²¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ribeiro AB. Hipertensão arterial. São Paulo: Atheneu; 1996.
- Lima SMRR, Aldrighi JM, Colombo FC, Georgi DMA. Hipertensão arterial e climatério. *Hipertensão* 2001; 4 (2): 51-4.
- Salvatore CA. Síndrome do climatério. São Paulo: Roca; 1990.
- Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittenghoff E. Estrogênio e progesterona para a prevenção secundária de doença coronariana em mulheres pós-menopáusicas. *Jama* 1999; 3 (8): 2318-37.
- Gutiérrez CA. Mulher na menopausa: declínio ou renovação? Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.
- Santos ZMSA. Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC; 1998.
- Aldrighi JM, Martinez TLR, Silva Filho CP. Doença cardiovascular e terapia de reposição hormonal. *Arq Bras Cardiol* 1995 set; 65 (3): 249-54.
- Landerdahl MC. Mulher climatérica – uma abordagem necessária ao nível da atenção básica. *Nursing* 2002 abr; 47 (2): 20-5.
- Santos JJS, Silva MJC. Climatério e menopausa – vendo as incertezas da teoria de reposição hormonal. In: França ISX; Lopes MEL. Fios que tecem as malhas da história e da vida das mulheres. João Pessoa: Idéia; 2002. p.241-56.
- Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial – modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2002.
- Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1998. Introdução à bioestatística. São Paulo: Campos; 1987.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
- Vieira S. Introdução à bioestatística. São Paulo: Campos; 1987.
- Elmec AR. Tratamento do climatério – por que fitoterápicos. *Rev. IDPC* 2004 Set; 2 (2): 22-24.
- Santos ZMSA. Mulher hipertensa: proposta de enfermagem para o autocuidado [tese]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC; 2001.
- Martinez TLR, Barros MAV, Silva Filho CP, Aldrighi JM. Cardioproteção e reposição hormonal no climatério – doença cardiovascular. *Ars Cvrandi* 1995 jan-fev; 10 (1): 71-5.
- Lieberman S, Alencar YMG, Carvalho Filho ET. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. *Arq Bras Cardiol* 1996 jan; 66 (1): 37-48.
- Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial – uma abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza: Brasil Tropical; 2003.
- Lopes ELL, Batista PFG, Costa SFG, Soares MS. Orientações de enfermagem á mulher climatérica quanto á terapia de reposição hormonal: uma abordagem ética. *Rev RENE* 2000 jan-jul, 1(1): 51-55.
- Cabral NM, Barreira KS, Silva RM, Santos ZMSA, Vieira LJS. Práticas terapêuticas com osteoporose: um campo para a educação em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 2003 abr-jun; 12 (2): 174-8.
- Maia NMFS, Leite CM, Moreira TMM. Cuidado de enfermagem nas alterações crônicas de saúde: percepção de alunos do último ano de graduação de uma universidade pública. *Rev RENE* 2005 mai-ago, 6 (2): 96-101.

RECEBIDO: 16/08/04

ACEITO: 04/06/05