

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – UNASUS – UNIFESP**

**INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PARA DIMINUIR O RISCO CARDIOVASCULAR EM
MULHERES CLIMATÉRICAS**

Autor: Julio Ronald Umpiérrez Machín

Orientadora: Marilia Simon Sgambatti

São Paulo

Novembro, 2014

1. INTRODUÇÃO:

1.1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:

O climatério constitui um fenômeno endócrino decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres de meia idade, que começa aproximadamente aos 35-40 anos, estendendo-se aos 65 anos, e caracterizando-se por um estado de hipoestrogenismo progressivo. Por diversos mecanismos fisiológicos, o estrogênio serve como um fator protetor do processo aterogênico, e por causa desse declive de estrogênios plasmáticos é que se dá como consequência, entre outras mudanças orgânicas, um aumento das taxas plasmáticas de colesterol total, LDLc e TAG, e uma diminuição de HDLc, com uma aceleração do processo de aterosclerose na pós-menopausa.

No Brasil, o envelhecimento populacional mostra uma clara tendência à feminização. As mulheres com mais de 40 anos correspondem atualmente a 32% da população feminina, o que dá uma ideia da magnitude do problema tratado.

Até recentemente, a assistência à mulher climatérica centrava-se principalmente na terapia de reposição hormonal; e ainda existem muitos médicos de diferentes especialidades que indicam essa modalidade terapêutica indiscriminadamente com o objetivo de diminuir o risco cardiovascular, sendo que tem sido demonstrado por diferentes autores nos últimos anos que a TRH não modifica significativamente as concentrações lipídicas em sangue, e pode existir o risco com essa terapia de potenciação do câncer de mama e de ovário assim como de eventos tromboembólicos.

Infelizmente, no Brasil, a mulher climatérica nem sempre encontra o acolhimento necessário ao atendimento de suas necessidades. A assistência médica é geralmente fragmentada, propondo intervenções meramente curativas, ainda que o climatério não seja um estado mórbido, mas uma etapa normal do envelhecimento feminino.

A estratégia de saúde da família (ESF) prioriza ações de promoção de saúde, prevenção de doença e recuperação de indivíduos e da família de forma integral e contínua, reafirmando os princípios do sistema único de saúde (SUS) de: descentralização, municipalização, qualidade das ações e participação da comunidade. Assim, dentro desta estratégia podemos encontrar as ferramentas necessárias para prolongar e melhorar a qualidade de vida das mulheres nesta etapa das suas vidas, assim como melhorar o fluxo de atendimento, devido a que grande parte das queixas que ouvimos no contexto das consultas individuais a mulheres desta faixa etária, são produto do processo do climatério

Sendo assim, foi feito este projeto de intervenção, onde pretendemos mediante estratégias preventivas, de promoção de saúde e de organização do trabalho da equipe de saúde da família; diminuir o risco de doenças

cardiovasculares em mulheres pós-menopáusicas atuando sobre os fatores de risco cardiovascular modificáveis.

1.2. JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO:

Mediante a elaboração do roteiro de diagnóstico local feito na população da área de abrangência da nossa equipe de saúde da família (área 2 da USF Parque Piratininga – Município de Itaquaquecetuba, SP) observamos que a maior faixa etária representada foi a de mulheres em idade reprodutiva e em idade de peri-menopausa. No correr do primeiro ano de trabalho na USF, percebemos que a maioria das consultas individuais, são agendadas por mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos de idade, que ao mesmo tempo tem problemas de saúde como hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, as quais em muitos casos necessitam de polimedicação para controlar essas doenças.

Também percebemos que muitas dessas usuárias tem indicado sem justificativa precisa a TRH de forma indiscriminada, e tem hábitos alimentares não saudáveis, são sedentárias, tabagistas e tem um índice de massa corporal maior do que 25 kg/m² (anexo 1) os quais são fatores de risco modificáveis que podem levar a aumentar o risco cardiovascular no período de pós-menopausa.

Por isso, e no contexto da ESF tentando fornecer uma atenção humana e com um olhar preventivo desse problema, foi que formulamos a seguinte pergunta de pesquisa para nortear nosso projeto de intervenção: “Quais são as possíveis intervenções de Equipe de Saúde da Família para diminuir o risco cardiovascular em mulheres climatéricas?”

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Estabelecer uma estratégia de intervenção no contexto da Estratégia de Saúde da Família para controlar os fatores de risco modificáveis nas mulheres climatéricas pertencentes à área 2 da USF Parque Piratininga – Itaquaquecetuba.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Avaliar o risco cardiovascular individual de cada uma das pacientes maiores de 40 anos de idade ou que foram submetidas a ooforectomia bilateral, tendo em consideração a escala de avaliação de risco de Framingham.

- 2- Classificar as pacientes em questão segundo o risco cardiovascular individual.
- 3- Desenhar uma estratégia de intervenção educativa e integral para diminuir os fatores de risco em cada um dos diferentes grupos para diminuir a probabilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O climatério é a etapa da vida da mulher no qual se produz o trânsito entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, quando ocorrem mudanças hormonais por perda gradual e progressiva da função ovariana, o que traz consigo manifestações clínicas as quais em conjunto são nomeadas de “síndrome climatérico”; sendo isso resultado da diminuição do efeito do estrogênio fundamentalmente nos aparelhos geniturinário, osteomioarticular, cardiovascular e sistema nervoso central, a interatuar com processos socioculturais. Nesta etapa ocorre um evento fundamental, a menopausa, que é o cese definitivo da função ovariana¹. Do ponto de vista clínico, o climatério é caracterizado pelo estabelecimento do estado fisiológico de hipoestrogenismo progressivo, o qual culmina com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais. Inicia-se, normalmente, entre 35 e 40 anos e estende-se até os 65 anos, sendo frequentemente acompanhado por sintomas característicos e dificuldades na esfera emocional e social. Em contrapartida, esse evento pode acontecer também de forma induzida, por meio de uma ooforectomia bilateral, associada ou não à histerectomia. A diminuição dos hormônios sexuais, que acontece na fase do climatério, também parece estar implicada no aumento de risco cardiovascular entre essas mulheres. Diante disso, sugere-se que o estradiol tenha uma função protetora no que se refere ao desenvolvimento de doença coronariana (DAC)².

Estudos epidemiológicos são consistentes na assertiva de que estrogênios ou mesmo estrogênios associados a progestogênios estão relacionados à redução na incidência de DCV (doença cardiovascular). Esta associação explicaria tanto a menor prevalência de DCV nas mulheres antes da menopausa como o aumento desta condição após o estabelecimento do hipoestrogenismo; no entanto, estudos clínicos randomizados controlados não confirmaram o benefício esperado sobre as DCV da TRH (terapia de reposição hormonal) após a menopausa, o que não permite que essa modalidade terapêutica seja usada de forma generalizada para diminuição do risco aterogênico³ devido a efeito de potenciação em tipos histológicos de câncer hormônio dependentes como o câncer de mama e de ovário⁴.

Por outro lado, definimos risco cardiovascular como a probabilidade de padecer de um evento cardiovascular, tanto letal quanto não letal num determinado período de tempo, o qual geralmente se estabelece em 10 anos,

podendo ser esse evento cardiovascular infarto agudo de miocárdio, angina, ou acidente vascular cerebral. O estudo de Framingham tem sido, desde seu descobrimento nos inícios da década do 1950, a referência mundial no estudo da doença cardiovascular e seus fatores de risco; e a sua importância no campo da estimação do risco cardiovascular tem sido fundamental no desenvolvimento dessa área do conhecimento. Este modelo integra os principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis, dando como resultado uma estimação numérica do risco cardiovascular global. (anexo 2). O resultado dessa estimação serve na prática para classificar, orientar o tratamento e calcular o pronóstico de pacientes em risco⁵. As variáveis que se tem em conta são: idade, glicemia de jejum, tabagismo, nível de colesterol total e HDLc (High density lipoprotein cholesterol), e pressão arterial.

Diversos estudos apontam à inatividade física, às dietas inadequadas, tabagismo, sobrepeso com distribuição androide da gordura, começo precoce da menopausa, baixo nível socioeconômico e menores oportunidades de acesso a cuidados médicos, como fatores que aumentam as médias plasmáticas de colesterol total e LDLc (Low density lipoprotein cholesterol) e diminuem as taxas de HDLc, aumentando o risco aterogênico na pós-menopausa; assim como as cifras de pressão arterial média⁶. O adequado controle da pressão arterial nesta etapa, é fundamental para o atraso do processo aterogênico no climatério devido a que é o fator de risco modificável mais importante, e mais observado por diversos autores no processo do climatério⁷.

A realização de exercício físico aeróbico regular três vezes por semana deve formar parte de um arsenal terapêutico para diminuir tanto as enúmeras queixas das mulheres na peri menopausa⁸, assim como uma dieta a base de alimentos que contenham fitoestrogênios (fundamentalmente isoflavonas). Os alimentos com maior conteúdo em isoflavonas são principalmente produtos à base de soja, mas também em outros grãos como na ervilha verde, lentilha, feijão e seus derivados e em legumes⁹.

É importante também ressaltar a importância de um acompanhamento regular em consulta individual ou grupal, fazendo ênfase nas ações de educação em saúde, às quais serão efetivas com uma escuta qualificada dessas mulheres, das questões ocultas em suas queixas, dos seus sentimentos e percepções acerca do seu envelhecimento¹⁰.

4. METODOLOGIA

4.1. CENÁRIO DO ESTUDO

Área de abrangência da equipe 2 da USF Parque Piratininga – Itaquaqueceuba

4.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Mulheres na faixa etária de mais de 40 anos de idade, ooforectomizadas, e população feminina em geral que mostre interesse na iniciativa.

4.3. ESTRATEGIAS E AÇÕES

ETAPA 1:

O primeiro passo, antes de realizar a intervenção, é identificar cada uma das mulheres que farão parte da intervenção, as quais serão avaliadas em consulta individual pelo médico e enfermeira da família. As pacientes alvo da intervenção são identificadas pelas agentes comunitárias de saúde (em número de 6) e são orientadas a marcar consulta individual com médico e enfermeira de família da área, os quais tem uma agenda específica para tal fim.

Na consulta individual serão avaliadas as seguintes variáveis:

Idade

Patologias prévias

Tabagismo

Peso corporal e altura com cálculo de índice de massa corporal (IMC)

Pressão arterial

Nesta primeira consulta são indicados dosagem sanguínea de colesterol total, glicemia de jejum e HDLc, exames fundamentais para a classificação de risco.

Após isso, as pacientes serão convocadas para uma segunda consulta, onde será calculado o risco cardiovascular segundo o escore de Framingham (anexo 2), e a paciente entrara em um dos 3 grupos de risco:

Risco baixo (escore de até 10)

Risco médio (escore de 11 – 15)

Risco alto (escore de 16 ou mais)

ETAPA 2:

A segunda etapa do projeto consiste em estabelecer na reunião da equipe de saúde da família quais serão as ações gerais e específicas por grupo a serem desenvolvidas.

Foram aprovadas 3 modalidades de intervenção educativa:

- Atendimento em grupo.
- Realização de atividade física supervisionada por ACS que tem capacitação em treinamento físico na terceira idade.
- Atendimento específico a mulheres fumantes, baseado na entrevista motivacional com o objetivo de que essas pacientes abandonem o hábito de fumar.

O atendimento em grupo será feito a cada 2 meses tendo em conta a disponibilidade de agenda para as demais atividades, e com o objetivo de num período de 2 anos abranger a maior parte da população alvo do projeto. Tendo em conta que em nossa área de abrangência contamos com uma população de aproximadamente 950 mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos de idade, podemos programar o atendimento em grupo com um máximo de 30 pessoas.

Os pontos nos quais se fará ênfase no grupo serão:

Orientar para a realização de exercício físico regular, numa frequência de pelo menos 3 dias à semana, com duração de um mínimo de 30 minutos, preferencialmente aeróbico ou caminhadas, que produzam uma elevação da frequência cardíaca de mais de 110 bpm

Promover uma alimentação saudável e restringir o consumo de carboidratos e gorduras. Explicar com exemplos quais são os alimentos que contêm maior quantidade desses nutrientes.

Estimular a inclusão na dieta de alimentos que contenham fitoestrogênios naturais com efeito pro estrogênico. Neste ponto é importante explicar quais são os alimentos com maior quantidade desses nutrientes (isoflavonas e lignanos). Os alimentos com maior conteúdo em isoflavonas são aqueles feitos à base de sementes de soja, cereal de soja e leite de soja. Aqueles com maior quantidade de lignanos são a farinha de linhaça, o trigo, milho, aveia, arroz integral e centeno.

Será orientado também a realização periódica de diversas atividades ao ar livre em conjunto com a família ou outros membros da comunidade, o qual tem a importância de diminuir o estresse, que pode influenciar em aumentar as cifras de pressão arterial e como consequência aumentar o risco aterogênico, e ao mesmo tempo ajuda a controlar os sintomas vasomotores característicos do climatério.

É importante, além de que serão feitos atendimentos em grupo específicos para mulheres fumadoras, neste grupo começar a motivar às tabagistas para deixar o hábito de fumar.

As pacientes com risco cardiovascular alto ou com IMC acima de 30 kg/m² (anexo 1), e que conseqüentemente podem ter um risco maior de ter um evento cardiovascular na pós-menopausa, serão orientadas a realizar exercício físico supervisionado num espaço para tal fim que encontra-se dentro da área física da USF, e sob a supervisão e orientação direta de agentes comunitárias que receberam capacitação em treinamento físico para pessoas da terceira idade. Os exercícios serão feitos com frequência de 3 vezes por semana, serão basicamente aeróbios e com uma duração de 30 – 40 minutos diários.

ETAPA 3:

Por último, precisamos estabelecer a frequência de consultas individuais e grupais (em grupos de doenças crônicas que periodicamente são feitos na USF com a população geral). As pacientes com risco baixo continuaram passando em consulta individual médica 1 vez ao ano. Pacientes com risco médio serão orientadas a passar em consulta médica 1 vez ao ano e em atendimento em grupo 1 vez ao ano. As pacientes com risco alto deveram passar 2 vezes ao ano em consulta médica, 2 vezes ao ano em consulta de enfermagem e 1 vez ao ano em atendimento grupal, além de orientar a realização de exercícios físicos supervisionados.

4.4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

As avaliações posteriores do impacto do projeto serão feitas pelo médico e pela enfermeira de família nas consultas individuais com a frequência estabelecida no ponto anterior, nas quais será feita uma reavaliação do risco cardiovascular (pelo escore de Framingham) e do IMC, e em dependência da reavaliação, a paciente será mantida no mesmo grupo ou vai mudar para um grupo de menor risco como é esperado.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação de este projeto de intervenção na comunidade, esperamos avaliar as pacientes climatéricas da nossa área de abrangência e classifica-las em grupos de risco para um melhor acompanhamento posterior. Dessa forma, esperamos diminuir o risco cardiovascular global em mulheres pós-menopáusicas mediante a implementação de estilos de vida saudáveis, assim como também melhorar a qualidade de vida destas pacientes.

6. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2014						2015					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Elaboração do projeto	X	X	X	X								
Identificação da população		X										
Coleta de dados		X	X									
Consultas de avaliação			X									
Consultas de reavaliação				X						X		
Apresentação do projeto					X							
Atendimento em grupo de "climatério"						X						
Atendimento em grupo de tabagistas						X						X
Apresentação dos resultados									X			

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ricardo O, Leon E. Obstetricia y ginecología. 2a ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
- 2- Versiani C, Freire A, Dias GM, Brito B, Rocha JS, Reis VM. Avaliação do risco cardiovascular em mulheres climatéricas assistidas pelo programa saúde da família. Rev Bras Clin Med. 2012 out-dez; 11(4): xx-xx.
- 3- Medeiros S. Risco e assistência à dislipidemia no climatério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(12): 100-72.
- 4- Vizcaíno MA. El cribado durante la menopausia. 1ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.
- 5- Ruiz J. Control global del riesgo cardiometabólico vol 1. 1ª ed. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 2012.
- 6- Raskin DB. Menopausa e fatores de risco associados à doença cardiovascular um estudo de coorte longitudinal. [Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- 7- Wild RA, Taylor EL, Knehans A. The gynecologist and prevention of cardiovascular disease. Am J Obst Gynecol. 1995; 172: 1–13.
- 8- Avelar LF, Oliveira MN, Navarro F. Influência do exercício físico na sintomatologia de mulheres climatéricas. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012 jul-sep; 15(3): 809-98.
- 9- Clapauch R, Meirelles RM, Julião MA, Loureiro C, Giarodoli P, Pinheiro S, et al. Fitoestrogênios posicionamento do departamento de endocrinologia feminina da sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002 dec; 46(6): 4-27.
- 10- De Lorenzi DR, Catan L, Moreira K, Ártico G. Assistência à mulher climatérica novos paradigmas. Rev Bras Enferm. 2009 mar-abr; 62(2): 34-71.

ANEXO 1:

IMC	Classificação
<16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I
35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40	Obesidade Grau III (mórbida)

Tabela 1: Classificação do Índice de massa corporal (IMC)

Anexo 2:

IDADE		
Idade (anos)	Homens	Mulheres
Até 34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70 e mais	7	8
Pontos correspondente à idade:		

PRESSÃO ARTERIAL			
PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Homens	Mulheres
<120	<80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥ 160	≥ 100	3	3
*Quando PAS e PAD discordarem, use o escore mais alto			

DIABETES MELLITUS		
Diabetes Mellitus	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0
Pontos correspondentes ao DM:		

TABAGISMO		
Fumo	Homens	Mulheres
Sim	2	2
Não	0	0
Pontos correspondentes a tabagismo:		

COLESTEROL TOTAL		
Colesterol tot. (mg/dL)	Homens	Mulheres
<160	2	5
160-199	1	2
200-239	0	1
240-279	0	0

≥280	-1	-3
Pontos correspondentes a colesterol total:		

COLESTEROL HDL		
HDLc (mg/dL)	Homens	Mulheres
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥60	-1	-3
Pontos correspondentes a HDLc:		

Calcule aqui a soma total de pontos (escore):

HOMENS	Baixo						Médio			Alto						
Escore:	≤1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Risco de DCV em 10 anos (%):	2	3	3	4	5	7	8	10	13	16	20	25	31	37	45	≥53

MULHERES	Baixo										Médio		Alto		
Escore:	<-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Risco de DCV em 10 anos (%):	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	10	11	13
Escore:	Médio					Alto									
Risco de DCV em 10 anos (%):	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Tabela 2: Escala de medição de risco cardiovascular de Framingham