

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA - UNISEPE
FACULDADE PERUÍBE - FPbe
ENFERMAGEM

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-MENOPAUSA

THAYS KIMBERLY MORENO LOPES

PERUÍBE - SP

2022

THAYS KIMBERLY MORENO LOPES

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-MENOPAUSA

Monografia apresentada à Faculdade Peruíbe – FPbe como exigência parcial para a obtenção do título de Graduação no Curso de Enfermagem, sob a orientação da Professora Dr^a Silvia Cristina Fürbringer e Silva e Coordenação da Prof^a Andreia Salvador Baptista.

PERUÍBE - SP

2022

THAYS KIMBERLY MORENO LOPES

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-MENOPAUSA

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel no curso de Enfermagem da Faculdade Peruíbe - FPbe, pela seguinte banca examinadora:

Coordenador do Curso de Enfermagem
Andreia Salvador Baptista

Banca Examinadora

Professora Orientadora: Dra. Silvia Cristina Fürbringer e Silva _____

Professora Examinadora: Patricia Villa Fernandes _____

Professor Examinador: Anderson Santos Costa _____

PERUÍBE - SP

2022

Peruíbe, _____ de _____ de 2022.

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e técnico conferido ao presente trabalho, isentando integralmente a União das Instituições de Serviços, Ensino e Pesquisa – UNISEPE, a Faculdade Perúibe – FPbe, a Coordenação do Curso de Enfermagem, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Peruíbe, _____ de _____ de 2022.

Thays Kimberly Moreno Lopes

PERUÍBE - SP

2022

Mais do que máquinas precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará perdido.

Charles Chaplin

RESUMO

Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em mulheres pós-menopausa. Uma das ocorrências a que estas mulheres nessa fase estão propensas é o infarto agudo do miocárdio. Até a menopausa as mulheres se beneficiam da proteção vascular do estrógeno, e após a menopausa elas passam a apresentar infarto igual aos homens. Para tanto, esse estudo tem como objetivo mostrar que na pós menopausa as mulheres estão mais suscetíveis ao infarto agudo do miocárdio. Trata-se de uma revisão de literatura em bases de dados publicadas no periódico de 2005 a 2022. Os resultados mostraram que ao avaliarem o impacto da terapia de reposição hormonal na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa apresentaram resultados conflitantes. Existem autores que notam uma considerável melhora da qualidade de vida de mulheres usuárias desta terapia. Entretanto, já inúmeros outros autores não verificaram diferenças na qualidade de vida entre usuárias e não usuárias. Portanto, chega-se a conclusão de que existem muitas controvérsias quanto a sua real efetividade e, as estimativas de riscos, sendo que a decisão de manter a reposição deve ser individualizada com base nos sintomas e monitorizada e mantida enquanto os benefícios forem superiores aos riscos sempre sob supervisão médica.

Palavras-Chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Pós Menopausa. Estrogênio. Enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in postmenopausal women. One of the occurrences to which these women at this stage are prone is acute myocardial infarction. Until menopause women benefit from the vascular protection of estrogen, and after menopause they start to have infarction like men. Therefore, this study aims to show that postmenopausal women are more susceptible to acute myocardial infarction. This is a literature review in databases published in the journal from 2005 to 2022. The results showed that when evaluating the impact of hormone replacement therapy on the quality of life of postmenopausal women, they showed conflicting results. There are authors who note a considerable improvement in the quality of life of women using this therapy. However, numerous other authors have not verified differences in quality of life between users and non-users. Therefore, it is concluded that there are many controversies regarding its real effectiveness and risk estimates, and the decision to maintain replacement should be individualized based on symptoms and monitored and maintained as long as the benefits outweigh the risks. always under medical supervision.

Keywords: Acute Myocardial Infarction. Post Menopause. Estrogen. Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CK | Creatinoquinase |
| CK-MB | Fração miocárdica |
| DAC | Doença Arterial Coronária |
| DCV | Doenças Cardiovasculares |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DOPS | <i>Danish Osteoporosis Prevention Study</i> - Estudo Dinamarquês de Prevenção da Osteoporose, randomizado |
| ECG | Eletrocardiograma |
| FR | Fatores de Risco |
| HAS | Hipertensão Arterial |
| HDL | <i>High Density Lipoprotein</i> , ou Lipoproteína de Alta Densidade |
| HEARS | <i>Heart and Estrogen/progestin Replacement Stud</i> - Estudo de reposição de coração e estrogênio/progestina |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| LDL | <i>Low Density Lipoprotein</i> (LDL) ou Lipoproteína de Baixa Densidade. |
| LILACS | Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PEPI | <i>Post-menopausal Estrogen/Progestin Interventions</i> - Intervenções de estrogênio/progesterona pós-menopausa |
| SBC | Sociedade Brasileira de Cardiologia |
| SBHCI | Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista |
| SCIELO | <i>Scientific Eletronic Library On line</i> - Biblioteca Eletrônica Científica Online |
| THM | Terapia Hormonal na Menopausa |
| TRH | Terapia de Reposição Hormonal |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| WHI | <i>Women's Health Initiative</i> (WHI) – Iniciativa de Saúde da Mulher |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 08 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 10 |
| 2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES | 10 |
| 2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO | 11 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 4. RESULTADOS / ANÁLISE DOS RESULTADOS | 15 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 19 |
| REFERÊNCIAS | 21 |

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-MENOPAUSA

Thays Kimberly Moreno Lopes

Orientadora Profa. Dra. Silvia Cristina Fürbringer e Silva

RESUMO

Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em mulheres pós-menopausa. Uma das ocorrências a que estas mulheres nessa fase estão propensas é o infarto agudo do miocárdio. Até a menopausa as mulheres se beneficiam da proteção vascular do estrógeno, e após a menopausa elas passam a apresentar infarto igual aos homens. Para tanto, esse estudo tem como objetivo mostrar que na pós menopausa as mulheres estão mais suscetíveis ao infarto agudo do miocárdio. Trata-se de uma revisão de literatura em bases de dados publicadas no periódico de 2005 a 2022. Os resultados mostraram que ao avaliarem o impacto da terapia de reposição hormonal na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa apresentaram resultados conflitantes. Existem autores que notam uma considerável melhora da qualidade de vida de mulheres usuárias desta terapia. Entretanto, já inúmeros outros autores não verificaram diferenças na qualidade de vida entre usuárias e não usuárias. Portanto, chega-se a conclusão de que existem muitas controvérsias quanto a sua real efetividade e, as estimativas de riscos, sendo que a decisão de manter a reposição deve ser individualizada com base nos sintomas e monitorizada e mantida enquanto os benefícios forem superiores aos riscos sempre sob supervisão médica.

Palavras-Chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Pós Menopausa. Estrogênio. Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) vêm se apresentando como um dos principais fatores de mortalidade no Brasil e em todo o mundo (CHAGAS, 2012; EYKEN; MORAES, 2009) Com o aumento da faixa etária da população essas doenças têm atingido um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo. Entre as doenças cardiovasculares, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um grande problema de saúde pública que tem preocupado as autoridades, sobretudo, quando se pensa nos danos irreversíveis, nas limitações e dependências, assim como nos prejuízos psicossociais e econômicos decorrentes dessa afecção (LIMA et al., 2019; MARQUES et al., 2017; COELHO; RESENDE, 2010).

O Infarto Agudo do Miocárdio está intimamente ligado a algumas condições de risco, sendo que, segundo Lima et al. (2019), o controle dessas condições torna-se fundamental para

diminuir a ocorrência de infarto. Essas condições são conhecidas como fatores de risco (FR), que segundo Marques et al., (2017) podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Sendo FR não modificáveis idade, sexo, raça e história familiar de doenças ateroscleróticas. Os modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais, o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial (HAS), tabagismo, Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo, estresse e obesidade. Outros fatores também podem estar associados ao desenvolvimento da Doença Arterial Coronária (DAC), uso abusivo de álcool, uso de contraceptivos orais, hiperuricemia, taxa de fibrinogênio aumentada e outros, como a menopausa, que segundo Coelho e Resende (2010) necessita de maiores estudos para sua elucidação.

Chagas (2012) ressaltam que o climatério, que pode durar até dois anos, provoca uma série de alterações hormonais no organismo, o que eleva o risco de as mulheres desenvolverem problemas como doença coronariana.

Pereira (2014) assevera sobre o papel dos hormônios na saúde cardiovascular, em especial do estrogênio, relatando que, dentre outras funções, ele atua no equilíbrio dos níveis de colesterol em circulação.

Já Franken (2016) diz que a presença do hormônio estrógeno é fator protetor para as mulheres, pois sua função vasodilatadora evita o acumula de *low density lipoprotein* (LDL) ou lipoproteína de baixa densidade.

Assim sendo, Moreira e Talhati (2022) também entendem que, as alterações geradas pela menopausa podem ser responsáveis por provocar ou elevar as chances de problemas cardíacos nas mulheres.

Franken (2016) salienta que, com a menopausa, a mulher tem uma perda acentuada do estrogênio, hormônio que regula o metabolismo das gorduras. Portanto, mulheres nessa fase estão propensas a problemas cardíacos, como o infarto agudo do miocárdio. Já que um dos principais fatores de risco são as placas de gordura que obstruem as artérias.

Esse estudo se justifica, pois ainda hoje a produção científica brasileira sobre o infarto agudo do miocárdio em mulheres na menopausa é escassa. Assim, considerando a importância da temática no campo da saúde pública e a lacuna que ainda existe no meio científico, percebe-se a necessidade de mais estudos, mostrando que a relevância desta pesquisa está em produzir informações sobre o infarto agudo do miocárdio em mulheres que se encontram na fase da menopausa, contribuindo para diminuir a lacuna nesta área de conhecimento e estimular novos estudos.

Sendo assim, esse estudo tem como objetivo mostrar que na pós menopausa as mulheres estão mais suscetíveis ao infarto agudo do miocárdio. Para tanto, apresenta-se como hipótese que a reposição do estrogênio na pós menopausa diminui a probabilidade do Infarto Agudo do Miocárdio.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Atualmente, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do total de mortes em termos mundiais (EYKEN; MORAES, 2009). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), através do VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2009), afirma que isso ocorre tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, sendo que, no Brasil, 50% são pessoas da terceira idade, estando presente em 5% das crianças e adolescentes. Dados do Ministério da Saúde mostram que ela é responsável também por 40% dos infartos, 80% do acidente vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

Dentre os fatores de risco, são levados em conta os que têm alta prevalência na população em geral, ou seja, aqueles que têm impacto independente e significativo no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral; e, os modificáveis ou passíveis de controle, como é o caso da hipertensão arterial, considerada o mais relevante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral (EYKEN; MORAES, 2009).

As doenças cardiovasculares (DCVs), segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2012), juntamente com outras doenças matam prematuramente. São milhões de mortes a cada ano e os números estão aumentando. Até 2030, espera-se que 23 milhões de pessoas morrerão anualmente de DCVs – este número é maior do que a população da Austrália.

No Brasil, na década de 2000 a 2009, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces (NOGUEIRA et al., 2010).

Contudo, segundo Nogueira et al., (2010), as DCVs podem ser evitadas e frequentemente são desencadeadas por fatores de riscos, como: pressão alta, colesterol alto, sobrepeso e obesidade, tabagismo, ou a presença do diabetes. Estes fatores, em grande escala, podem ser prevenidos e controlados por meio de uma dieta saudável, exercícios regulares e evitando-se o cigarro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica os fatores de risco a DCV em dois grupos. No primeiro grupo, encontram-se os fatores gerais relacionados com idade, sexo, escolaridade e herança genética; fatores associados ao estilo de vida, como o sedentarismo, dieta inadequada e tabagismo e, fatores biológicos, como a hipertensão arterial sistêmica, obesidade e hipercolesterolemia. Já no segundo grupo, encontram-se as condições socioeconômicas, culturais, ambientais e de urbanização (EYKEN; MORAES, 2009).

No entanto, os fatores de risco podem também ser classificados como os que possuem impacto independente, e os que possuem impacto modificável ou passível de controle, sendo a hipertensão arterial considerada o maior fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças isquêmicas e para o acidente vascular encefálico (AVE) (EYKEN; MORAES, 2009).

Apesar dos números significativos de incidência de DCVs em idosos, homens e populações ricas, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2012) diz que é um erro pensar que apenas afetam essa população, pois as DCVs afetam tanto mulheres quanto homens, no entanto, seus riscos são seriamente subestimados.

De fato, as doenças cardíacas são atualmente o inimigo número 1 das mulheres, causando 1 em cada 3 mortes: chocantemente, cerca de uma morte por minuto. E é vital que mulheres saibam a verdade sobre os riscos das doenças cardiovasculares e tomem medidas para sua própria proteção e de suas famílias (SBC, 2012).

Uma das doenças que têm feito com que pacientes fiquem internados numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o infarto agudo do miocárdio. No Brasil, o número de infartos que ocorrem anualmente é desconhecido, é estimado cerca de 300 a 400 mil, tornando o IAM a principal causa isolada de morte no país. Nos Estados Unidos, a doença coronariana é responsável por 53% das mortes por doença cardiovascular, ocorrendo cerca de 780 mil casos de infarto por ano em americanos com idade acima de 65 anos (PEREIRA et al., 2009).

2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O IAM é a morte de um segmento do músculo cardíaco por falta de irrigação sanguínea, no qual ocorre um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio no miocárdio, causado pela ruptura de uma placa de ateroma ou trombo resultando em obstrução completa da artéria. Vasoespasmo de uma artéria coronária e demanda aumentada de oxigênio (frequência cardíaca rápida ou ingestão de cocaína) são outras causas de IAM (MARTINS et al., 2021).

O termo infarto do miocárdio significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasmo

sobre uma placa aterosclerótica. O processo migra do subendocárdio para o subepicárdio. A maior parte dos eventos é causada por rotura súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada. Uma porção menor está associada à erosão da placa aterosclerótica. Existe um padrão dinâmico de trombose e trombólise simultaneamente, associadas a vasoespasmos, o que pode causar obstrução do fluxo intermitente e embolização distal (um dos mecanismos responsáveis pela falência da reperfusão tecidual apesar da obtenção de fluxo na artéria acometida) (PESARO et al., 2004).

Dentro de um espectro de possibilidades relacionadas com o tempo de evolução, o miocárdio sofre progressiva agressão representada pelas áreas de isquemia, lesão e necrose sucessivamente. Na primeira, predominam distúrbios eletrolíticos, na segunda, alterações morfológicas reversíveis e na última, danos definitivos. Da mesma forma, essas etapas se correlacionam com a diversidade de apresentações clínicas que variam da angina instável e infarto sem supra até o infarto com supradesnível do segmento ST. É por isso que o manejo do infarto é baseado no rápido diagnóstico, na desobstrução imediata da coronária culpada, manutenção do fluxo obtido, profilaxia da embolização distal e reversão de suas complicações potencialmente fatais (arritmias, falência cardíaca e distúrbios mecânicos) (PESARO et al., 2004).

O estudo do infarto agudo do miocárdio é fundamental pela alta prevalência, mortalidade e morbidade da doença (PESARO et al., 2004).

Nos pacientes vítimas de IAM, a maioria das mortes ocorre nas primeiras horas de manifestação, assim sendo 40% a 65% das mortes ocorrem nas primeiras horas e 80% nas primeiras 24 horas.

Estudos epidemiológicos revelam taxas de mortalidade geral ao redor de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico (PESARO et al., 2004).

O principal sintoma apresentado pelo paciente é a dor precordial em aperto a esquerda, a dor também pode ser localizada na região subesternal e epigástrica, ela é usualmente prolongada e estresse e esforço físico a desencadeiam, podendo acontecer em repouso.

A dor geralmente é intensa, incluindo queimação, sensação de aperto por mais de 30 minutos, e podem apresentar outros sintomas como dispneia, pele fria e pegajosa e diaforética, náuseas, vômitos, presença de ruídos adventícios e fadiga.

O diagnóstico é baseado no quadro clínico, no Eletrocardiograma (ECG) e nos marcadores bioquímicos obtidos através dos exames laboratoriais (PESARO et al., 2004).

Para tanto, o infarto necessita de rapidez na reversão do processo, pois se não houver imediata intervenção o miocárdio sofre o processo de necrose irreversível a partir de 20 minutos de infarto, quanto maior o tempo que o coração fica sem oxigênio maior a área de necrose. E uma vez instalada a necrose aquela área não se regenera mais (DANTAS, 2009; BASSAN; BASSAN, 2006).

Todo paciente com dor torácica deve ser submetido de imediato a um ECG, uma vez que possibilita a monitorização da atividade elétrica do coração. Deve ser realizado com um tempo menor de 10 minutos do início da apresentação dos sintomas (DANTAS, 2009).

Com relação ao diagnóstico de IAM o ECG deverá apresentar elevação do ST (tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para IAM), diminuição do T e aparecimento de Q na fase aguda. As alterações no complexo QRS indicam necrose ou zona inativável pelo aparecimento de onda Q importante em voltagem e duração (DANTAS, 2009).

Como o ECG pode ser inespecífico nas primeiras horas é importante realizá-lo em níveis séricos (5-10 minutos) quando o paciente apresenta-se sintomático (STEFANINI et al., 2009).

A Creatinoquinase (CK) total é uma enzima reguladora da produção de fosfato encontra-se principalmente no tecido cardíaco, sua isoenzima CK-MB (fração miocárdica) é o mais específico para detectar diagnóstico de necrose miocárdica (STEFANINI et al., 2009).

A mioglobina é uma proteína transportadora de oxigênio localizada nos músculos estriados cardíacos, que se altera rapidamente após o IAM, começando a se elevar 1-2 horas dos sintomas. O diagnóstico de IAM decorre do valor preditivo negativo que varia de 83 a 98% (SMELTZER; BRUNNER & SUDDART, 2011).

As Troponinas são proteínas que participam do sistema contrátil das miofibrilas cardíacas. Em pacientes normais essa proteína não é detectada, então qualquer elevação nos níveis séricos pode significar alguma lesão (microinfartos). Ela começa a se elevar entre 4-8 horas após início de sintomas (PEREIRA et al., 2009; STEFANINI et al., 2009).

O tratamento do IAM objetiva promover a reperfusão miocárdica em menor tempo possível. Quanto mais rápido a reperfusão, maior a chance de restabelecer o fluxo, e assim um número maior de músculo cardíaco poderá ser salvo e melhorar o prognóstico (STEFANINI et al., 2009).

A angioplastia é um procedimento que consiste na dilatação e desobstrução por um cateter balão da artéria obstruída que é a responsável pelo IAM. Dependendo do grau de obstrução, usa-se o stent fazendo com que a mola dilate a artéria (STEFANINI et al., 2009).

A cirurgia de revascularização miocárdica é considerada o método mais confiável para salvar o miocárdio quando a trombólise e/ou angioplastia falham. Ela consiste na retirada de

uma veia da perna ou artéria do peito para união da aorta até um ponto além daquele em que a coronária esta obstruída, para passagem do sangue (DANTAS, 2009).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Para a realização da mesma foi feito um levantamento de publicações científicas relacionadas com a temática sobre o Infarto Agudo do Miocárdio no pós-menopausa.

Os critérios de inclusão dos artigos foram estabelecidos da seguinte maneira: ser artigo de pesquisa publicado em periódicos nacionais na língua portuguesa, indexados em bases de dados e ter sido publicado no periódico de 2005 a 2022.

Os descritores como indexadores da busca registrados na Bireme são: Infarto Agudo do Miocárdio, Pós menopausa, Estrogênio, Enfermagem,

Foram consultadas as bases de dados informatizadas: Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), o *Scientific Eletronic Library On line* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde.

Foram selecionados 44 artigos e 77 foram excluídos, pois mediante a leitura do resumo não apresentaram relação com a problemática do estudo.

Para síntese e análise do material foram realizados os seguintes procedimentos: leitura informativa ou exploratória, que constitui na leitura do material para saber do que se tratavam os artigos, revistas, teses; leitura seletiva, se houve a preocupação com a descrição e seleção do material quanto a sua relevância para o estudo; leitura crítica e reflexiva que buscou por meio dos dados a construção dos resultados encontrados.

4. RESULTADOS / ANÁLISE DOS RESULTADOS

Está constatada em inúmeros estudos que a doença cardiovascular é a principal causa de morbidade e mortalidade em mulheres na pós-menopausa (MOREIRA, TALHATI, 2022; DINIZ, 2021; KIRKNER, 2021; MELO et al., 2018; HCOR, 2017; VARELA et al., 2017; HOSPITAL SANTA LÚCIA, 2015; PEREIRA, 2014; CHAGAS, 2012; COELHO; REZENDE, 2010; DANTAS et al., 2009; EYKEN, MORAES, 2009; PACHECO, 2008).

A cada ano a expectativa de vida da mulher vem aumentando. Dias (2021) chama a atenção destacando que, atualmente a mulher tem passado praticamente 40% da sua vida no período pós menopausa e, é justamente nessa fase que uma parcela significativa delas é acometida por doenças cardiovasculares (KIRKNER, 2021; MACIEL, 2021; MARTINS et al., 2021; MELO et al., 2018; ALVES, VISMARI, 2003). Após a menopausa, segundo Tamanaha et al. (2004), o endométrio, em decorrência da falta de atividade estrogênica, apresenta-se inativo, mostrando histologicamente pequenas glândulas e o estroma denso, caracterizando o endométrio atrófico.

Assim, como consequência da falta crônica de estrogênios, as doenças cardiovasculares tendem a aparecer precocemente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA – SBHCI, 2017; PACHECO, 2008).

Dantas et al. (2009) entendem que a proteção das mulheres, antes da menopausa, parece ter relação com inúmeros mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por uma menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal. Já após os 50 anos, com a chegada da menopausa, as mulheres tornam-se mais vulneráveis a doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica e doenças cardíacas isquêmicas, como o infarto agudo do miocárdio.

São muitos os sintomas relacionados à chegada da menopausa, que tem comprometido a qualidade de vida da mulher. Buscando uma melhoria dessas condições entra em cena a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), com a promessa de aliviar os sintomas e, sobretudo, a prevenção de inúmeras doenças decorrentes dessa fase. Araújo e Athanazio (2007) mencionam que o uso de hormônios para aliviar os sintomas da menopausa é amplamente praticado no mundo inteiro, e os efeitos colaterais são de grande interesse para a Saúde Pública, uma vez que, é grande o potencial na população que se encontra nessa fase.

Zahar et al. (2005) inserem pesquisas que avaliaram o impacto da terapia de reposição hormonal na qualidade de vida de 207 mulheres, sendo 106 usuárias e 101 não usuárias de TRH na pós-menopausa, no entanto relatam que tanto as mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de TRH apresentaram boa qualidade de vida, não havendo diferenças entre usuárias e não usuárias de TRH.

Constatação semelhante a de Zahar et al. (2005) é a de Martins et al. (2009) ao avaliarem 250 mulheres na pós-menopausa. Os resultados mostraram que tanto as mulheres na pós-menopausa usuárias como as não usuárias de TRH não apresentaram diferenças na qualidade de vida global.

Ramos e Madeira (2020) também ao estudarem 226 mulheres, sendo 162 não usuárias e 64 usuárias de terapia de reposição hormonal constataram que uma boa qualidade de vida nas mulheres, independente do uso de TRH.

Contudo, existem outros estudos que apresentam resultados que mostram que as usuárias da TRH apresentam melhora na qualidade de vida, como é o caso de Martins (2006), pois ao estudarem 229 mulheres, 61 usuárias de TH e 168 não usuárias, notam uma considerável melhora da qualidade de vida de mulheres usuárias desta terapia. Entretanto, já inúmeros outros autores como Zahar et al. (2005) e Martins et al. (2009) que não verificaram diferenças na qualidade de vida entre usuárias e não usuárias.

Assim, há de se considerar que existem muitas controvérsias quanto a sua real efetividade, sobretudo quando se estuda a melhora da qualidade de vida das usuárias de TRH. Mas como o objetivo desse estudo está em analisar se a TRH na pós menopausa diminui a probabilidade do Infarto Agudo do Miocárdio, comentam-se os estudos que abordam a temática.

Segundo Alves e Vismari (2003), benefícios diferem de acordo com as populações ou indivíduos estudados. Assim sendo, vale destacar aqui o que dizem os estudos, se comprovam ou não sua eficácia.

Dantas et al. (2009) ao pesquisarem 49 mulheres infartadas de dois hospitais universitários, do estado de São Paulo, onde 89,7% já haviam passado pela menopausa, sendo que, destas, somente 11,3% faziam uso da terapêutica de reposição hormonal recomendaram a terapia de reposição estrogênica com a finalidade de diminuir a incidência do IAM.

Já Melo et al., (2018) ao estudarem mulheres na pós-menopausa e por um período de mais de cinco anos (menopausa tardia), constataram que entre essas mulheres, o estado menopausal foi um indicador de risco cardiovascular. Os autores enfatizam que no climatério, são observadas mulheres que passam por um processo de transição gradual de mudanças

fisiológicas, provavelmente devido à diminuição do estrogênio, o que ocasiona em mudanças mais duradouras no período pós menopausa. Essa mudança hormonal parece apresentar um efeito direto sobre a vasculatura, considerando-se que os estrogênios conferem proteção ao endotélio contra a placa aterosclerótica.

Gaudi e Oliveira (1999) destacam que a reposição hormonal pós-menopausa com estrogênio parece reduzir o risco de doença coronária. Dispõem que uma metanálise de estudos epidemiológicos confirma estas conclusões. Dados divulgados pelo *Nurses Health Study* confirmam os efeitos benéficos da reposição estrogênica, com redução de risco coronário também nas mulheres que fazem uso da associação estrogênio-progesterona. O estudo *Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI)* - Intervenções de estrogênio/progesterona pós-menopausa demonstrou significativo efeito redutor do LDL-colesterol e elevação do *high density lipoprotein*, ou lipoproteína de alta densidade (HDL) - colesterol em todos os esquemas terapêuticos testados, tendo sido observado um efeito mais significativo quando os estrógenos foram usados isoladamente. Contudo, os mesmos autores entendem que é importante que mais pesquisas sejam realizadas para se confirmar que, mulheres com doença coronária diagnosticada ou com alto risco de doença cardiovascular sejam candidatas à terapia de reposição hormonal de rotina.

Diniz (2021) muito bem coloca que, na ausência de contraindicações, a terapia de reposição hormonal deve ser administrada a pacientes menopausadas que apresentem sintomas relacionados ao climatério e, principalmente em pacientes com menopausa precoce. Relata que benefícios são vistos quando introduzida a TRH antes dos 60 anos e em mulheres que cessaram a menstruação há menos de 10 anos (preferencialmente nos primeiros 5 anos). Se introduzida fora desta janela de oportunidade a reposição exerce efeito contrário, podendo levar a aumento de risco cardiovascular. Destaca ainda que deve haver benefício também em realizar reposição hormonal em pacientes sintomáticas já na perimenopausa, porém os estudos atuais avaliaram apenas mulheres que já eram menopausadas.

No entanto, apesar de alguns estudos manifestarem os benefícios da reposição hormonal para mulheres na pós menopausa, Pardini (2014) coloca que muitas mulheres ainda se manifestam confusas quanto ao risco e aos benefícios da terapia hormonal na menopausa (THM), terapia estrogênica isolada ou associada a progestágenos.

Vale citar a publicação de estudos controlados, randomizados, como o *Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS)* - Estudo de reposição de coração e estrogênio/progestina e *Women's Health Initiative (WHI)* - Iniciativa de Saúde da Mulher, que intensificou essa controvérsia risco/benefício. Constata-se que milhares de mulheres são

tratadas com Terapia Hormonal na Menopausa (THM) para alívio dos sintomas menopausais, incluindo sintomas vasomotores e sudorese, principal indicação da estrogoterapia. Já outras persistem no tratamento a fim de prevenir doenças crônicas. Contudo, Pardini (2014) cita que a manutenção da massa óssea e a prevenção de fraturas são efeitos do estrógeno já bem estabelecidos. Menciona que pesquisas observacionais dos efeitos metabólicos e vasculares do estrógeno sugerem um benefício em potencial na redução do risco de doenças vasculares, no entanto, é importante citar que, estudos randomizados e controlados não demonstraram nenhuma evidência de que a terapia hormonal pudesse beneficiar as mulheres com doença vascular previamente instalada ou em mulheres aparentemente saudáveis.

Silva et al. (2013) dizem ser importante destacar que o aumento do risco de câncer de mama e doença tromboembólica tem se confirmado nesses estudos. A incidência em números absolutos de efeitos adversos é baixa e o risco individual no primeiro ano de tratamento é muito baixo. Os riscos são cumulativos com o tempo de uso. A relação risco/benefício deve ser individualizada.

Tanto Palmisano et al. (2017) como Naftolin et al. (2019) informam que grande parte dos estudos evidenciaram que a terapia hormonal no climatério tem efeito cardioprotetor por alterar os níveis de HDL, LDL, colesterol total, apo-B, fibrinogênio e retarda os estágios iniciais de aterosclerose nas pacientes em uso contínuo e adequado da terapêutica. Enfatizam que a TRH também atua na estabilização das placas ateroscleróticas, na redução da espessura da camada íntima-média da carótida e na diminuição dos escores de cálcio da artéria coronária (GAMBACCIANI et al., 2019; NAFTOLIN et al., 2019).

Polonini et al. (2011) esclarecem que a relação risco x benefício varia com a idade, ou seja, em mulheres abaixo de 50 anos, normalmente os benefícios são maiores que os malefícios, devendo a terapia de reposição hormonal ser indicada, já no caso de mulheres que estão entre 50 e 60 anos e apresentam sintomas climatéricos, parece haver uma vantagem pequena em relação aos riscos, no entanto, em mulheres acima de 60 anos, os efeitos terapêuticos desejados são equivalentes aos efeitos adversos, fazendo com que a TRH seja criteriosamente acompanhada por um médico. Já quando se trata de mulheres acima de 70 anos, os riscos superam os benefícios, sendo fundamental procurar outras alternativas para atenuar os sintomas.

O Hospital Português (2019) assevera que antes, a TRH era realizada amplamente para prevenir problemas associados à menopausa (como aterosclerose), mesmo na ausência de sintomas importantes do climatério, no então, atualmente estudos mostram que a reposição pode ocasionar na mulher o aumento do risco de acidente vascular cerebral. Desde que esse estudo

foi divulgado, a recomendação tem sido não prescrever essa terapia, na pós-menopausa, visando prevenir a doença coronariana.

Pardini (2014) também concorda que a THM está contraindicada a mulheres com história de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e embolia pulmonar. O estudo *Danish Osteoporosis Prevention Study* (DOPS) - Estudo Dinamarquês de Prevenção da Osteoporose, randomizado, junto a 1.006 mulheres seguidas por 10 anos, muito contribuiu para reforçar o conceito de janela de oportunidade e os benefícios da THM nos eventos cardiovasculares. Após 10 anos de seguimento, as mulheres jovens que foram tratadas na perimenopausa apresentaram resultados semelhantes aos estudos observacionais, ou seja, uma redução significativa de eventos cardiovasculares e mortalidade sem aparente aumento de câncer, tromboembolismo venoso ou AVC, comparadas ao grupo controle. Acredita-se que a administração oral do estrógeno aumentaria os fatores pró-inflamatórios, tais como a matriz metaloprotease, a qual, agindo na placa ateromatosa, acarretaria instabilidade e ruptura desta, gerando eventos tromboembólicos. Na mulher jovem, embora ocorra esse efeito, não encontra substrato aterosclerótico para agir. A continuação da THM além dos 60 anos de idade, uma vez iniciada na perimenopausa, deve ser decidida como parte da análise geral da relação risco/benefício.

Pardini (2014) ainda insere que a análise adicional dos estudos prospectivos randomizados controlados indica que a THM deve ser administrada precocemente, na perimenopausa, em um grupo alvo entre 50 e 59 anos de idade. Nessa população a THM pode conferir proteção cardiovascular, ao passo que o início em idade avançada, após 10 anos sem estrógeno endógeno, pode ser prejudicial.

Percebe-se assim que a duração da THM é um dos maiores desafios do tema analisado e os dados atuais parecem inconsistentes para definir quando interromper a hormonioterapia. Para a reposição com estrógeno isolado, existe maior flexibilidade quanto ao tempo de uso.

Diniz (2021), Naftolin et al. (2019), Palmisano et al. (2017), Pardini (2014), Silva et al. (2013), Polonini et al. (2011) e Fuchs (2009) chamam a atenção destacando que a decisão de manter a reposição deve ser individualizada com base nos sintomas e monitorizada e mantida enquanto os benefícios forem superiores aos riscos sempre sob supervisão médica.

Hospital Santa Lúcia (2015) também menciona que, ao contrário do que se possa imaginar, a terapia de reposição hormonal (TRH) não é um método preventivo contra doenças cardiovasculares em mulheres na menopausa. A TRH já foi inclusive relacionada ao aumento do risco dessas doenças. No entanto, também em sua opinião entende que os estudos ainda são

controversos. A recomendação é que não se deve indicar a reposição hormonal como método de prevenção cardiovascular.

Evidencia-se assim um alerta, uma vez que as considerações feitas em inúmeros estudos parecem deixar claro que a indicação de TRH para prevenir doenças coronárias como o infarto agudo do miocárdio parece ser questionável.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada mostrou que a menopausa é um importante evento fisiológico da vida reprodutiva da mulher, e que normalmente provoca inúmeras alterações orgânicas importantes, sendo que, podem afetar a qualidade de vida das mulheres nessa fase. Assim sendo, torna-se essencial que a mulher ao entrar nessa fase busque informações dessas alterações, já que passam grande parte de suas vidas nesse período.

Evidenciou-se ainda que muitos são os sintomas do climátério e existem alternativas para minimizá-los. Pode-se constatar que, após a menopausa, quando terminam os ciclos menstruais na mulher, o organismo passa por inúmeras mudanças com a diminuição da produção de estrógeno pelos ovários, como a chamada secura vaginal, mudança da composição corporal com maior tendência de acúmulo de gordura, presença de ondas de calor, insônia, mudança de humor, dentre outros. Sem contar vários outros aspectos que podem passar despercebidos como a perda de massa óssea que acontece nesse período.

Diante desses fatos, estudos mostraram que para aquelas mulheres cujos sintomas vasomotores ou atrofícos são constantes, e que tem ocorrido uma piora na qualidade de vida, está indicada a terapia de reposição hormonal. Constata-se que, de um lado, que a TRH possui uma série de vantagens e, de outro, que é necessário considerar cuidadosamente cada uma das desvantagens que apresenta.

Analisando-se as doenças cardiovasculares, verificou-se que são a principal causa de morte em mulheres pós-menopausa e, uma das ocorrências a que estas mulheres nessa fase estão propensas é o infarto agudo do miocárdio. É visto que até a menopausa as mulheres se beneficiam da proteção vascular do estrógeno, e após a menopausa elas passam a apresentar infarto igual aos homens. A hipótese apresentada é que a reposição do estrogênio na pós menopausa diminui a probabilidade do Infarto Agudo do Miocárdio, no entanto, foi possível concluir que cada mulher possui um histórico diferente de saúde e de responsividade ao tratamento, e isso acaba resultando em necessidades diferentes de TRH.

Ficou claro que o estrogênio atua como fator protetor do risco cardiovascular, porém é

muito importante considerar outros elementos de risco, como presença de comorbidades, tipos de reposição estrogênica e via de administração de medicamentos, para definir a conduta do paciente.

Entende-se que a decisão de iniciar ou interromper a TRH deve ser compartilhada entre o profissional de saúde e o paciente, sendo a individualização do atendimento necessária, em que devem ser analisados o risco de doenças cardíacas, como é o caso do IAM.

Nenhuma sociedade médica orienta a reposição hormonal sem antes passar por uma avaliação médica. Assim sendo, as evidências de estudos observacionais, entretanto, têm que ser hoje tomadas como geradoras de hipóteses, pois algumas se confirmam em ensaios clínicos e outras não.

Portanto, independentemente de outros efeitos deletérios e benéficos de TRH, sociedades científicas de diversos países têm se posicionado predominantemente contra a indicação de TRH com vistas à prevenção de doenças cardíacas. O documento mais robusto é certamente o elaborado e subscrito por 36 sociedades científicas ou órgãos oficiais nos Estados Unidos, que concluiu, em 2007, que essa terapia está contraindicada para prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular em mulheres.

Enfim, concluiu-se que a TRH na fase climatérica é um tratamento eficaz diante de um acompanhamento médico e mediante a uma implementação da promoção de saúde da mulher para a obtenção de uma boa qualidade de vida. Porém, é fundamental ressaltar que o uso de TRH sem a orientação de um profissional adequado poderá trazer efeitos indesejados, sobretudo na fase pós menopausa aumentando a probabilidade do IAM.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. F.; OLIVEIRA, K. P.; SOARES, T. R.; SOUZA, J. L.; CARVALHO, L. G.; HARAGUCHI, A. L. K. M. et al. **Terapia de reposição hormonal no climatério**: uma revisão sistemática. 04 fev. 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/reposicao-hormonal>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ALVES, T. E. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. **Rev enferm UFPE**, n. v. 7, n. 1, p. 176-183, jan, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/3464-35416-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.

ALVES, E. A.; VISMARI, L. Terapêutica de reposição hormonal em mulheres menopausadas: riscos e benefícios. **Conscientiae Saúde**, v. 1, n. 2, p. 77-81, 2003. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92900212.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

ARAÚJO JÚNIOR, N. L. C.; ATHANAZIO, D. A. Terapia de reposição hormonal e o câncer do endométrio. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 11, p. 2613-2622. Nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100009>. Acesso em: 2 jul. 2022.

BASSAN F, BASSAN R. Abordagem da síndrome coronariana aguda. **Rev Soc Cardiol**, v. 15, n. 7, p. 1-6, jan/fev/mar., 2006. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/07/arquivo03.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

CHAGAS, J. P. S. **Fatores de risco que podem levar ao infarto agudo do miocárdio (IAM), e o papel do Enfermeiro na sua prevenção**. 2012, 39f. Projeto de pesquisa (Enfermagem) São Paulo: Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA; Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, 2012. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/argTccs/0911250505.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

COELHO, L. M.; RESENDE, E. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio em Uberlândia. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 323-328, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/362>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DANTAS, C. C. **Cardiopatas: avaliação e intervenção em Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Yendis; 2009.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de “campo de saúde”. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-68, julho 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bBh9jNQ5d5RHsVdSWv5hrhM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DINIZ, J. A. P. M. **Risco cardiovascular em mulheres perimenopausa**. 19 jan. 2021. Disponível em: https://pebmed.com.br/risco-cardiovascular-em-mulheres-perimenopausa/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext. Acesso em: 10 jul. 2022.

EYKEN, E. B. B. D. V, MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 1, p. 111-123, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n1/12.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

FRANKEN, M. **Avaliação das variáveis de desempenho no tratamento das síndromes isquêmicas miocárdicas estáveis no Brasil: análise do registro BRACE (Brazilian Registry in Acute Coronary Syndromes)** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-09082016-154526/pt-br.php>. Acesso em: 19 ago. 2022.

FUCHS, F. D. **Reposição hormonal e doença cardiovascular: uma diretriz contrária à evidência**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/DvCv5yXk6fdKzZhMZjbQ79R/?lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2022.

GAMBACCIANI, M.; CAGNACCI, A.; LELLO, S. Hormone replacement therapy and prevention of chronic conditions. **Climacteric: the journal of the International Menopause Society**, v. 22, n. 3, p. 303–306. 10 de jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30626218/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

GAUI, E. N.; OLIVEIRA, C. C. Doença Coronária em Situações Especiais. **Rev SOCERJ**, v. 12, n. 4, p. 4349, out./Nov/dez/ 1999. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/1999_03/a1999_v12_n03_art06.pdf. Acesso e: 22 jul. 2022.

HCOR. **Mulheres tem 50% de probabilidade de infarto quanto comparada aos homens**. HCOR, Associação Brasileira Síria. São Paulo: HCOR; 2017. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/imprensa/noticias/mulherestem-50-de-probabilidade-de-infarto-maior-quando-comparada-aos-homens/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

HOSPITAL PORTUGUES. **Condição cardiovascular feminina**. 05 abr.2019. Disponível em: <https://www.hportugues.com.br/2019/04/condicao-cardiovascular-feminina/>. Acesso em: 17 jul. 2022.

HOSPITAL SANTA LÚCIA. **Risco de AVC e infarto é maior em mulheres na menopausa**. 22 fev. 2015. Disponível em: <http://www.santalucia.com.br/noticias/risco-de-avc-e-infarto-e-maior-em-mulheres-na-menopausa/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

KIRKNER, R. M. **Menopausa precoce e risco de doença cardiovascular: um sinal de alerta?** 04 out. 2021. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6506886?reg=1>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LIMA, M. L. N. M.; MAGALHÃES, J. S.; SANTOS, T. F.; PEIXOTO, P. S.; RODRIGUES, G. R. C. Caracterização de pessoas jovens com infarto agudo do miocárdio. **Revista Baiana De Enfermagem**, v. 1, n. 33:e33591, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33591/20113>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MACIEL, E. L. S. R.; MOTA, A. C. A.; BORGES, A. D.; COSTA, G. E.; ALEncar, J. K. T.; Evangelista, J. M. Efeito do estrogênio no risco cardiovascular: uma revisão integrativa. **REAMed** v. 1, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MARQUES, M. C. M. P.; MENDES, F. R. P.; SERRA, I. C. C.. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 38 n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472017000200421&lang=PT. Acesso em: 22 jul. 2022.

MARTINS, M. A. D.; NAHAS, E. A. P.; NAHAS-NETO, J.; UEMURA, G.; BUTTROS, D. A. B.; TRAIMAN, P. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, N=n. 1, abr. 2009. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/rbgo/uploads/arquivos/html/2009-31-qualidade-de-vida-em-mulheres-na-p%C3%B3s-menopausa,-usu%C3%A1rias-e-n%C3%A3o-usu%C3%A1rias-de-terapia-hormonal.html> . Acesso em: 18 out. 2022.

MARTINS, M. V. F.; ROSA, G. A.; NEGREIROS, A. F.; SOARES, G. C. Uso de Terapia de Reposição Hormonal para Prevenção de Doenças Cardiovasculares na Pós-menopausa: Uma Revisão Sistemática. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.6, p. 64276-64289 jun. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com>. Acesso em: 22 jul. 2022.

MELO, J. B.; CAMPOS, R. C. A., CARVALHO, P. C.; MEIRELES, M. F.; ANDRADE, M. V. G.; ROCHA, T. P. O. et al. Fatores de Risco Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas com Doença Arterial Coronariana. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. v. 31, n. 1, p. 4-11, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ijcs/a/ZyvRR5CQNYRbpyXjpN84RHG/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 18 jul. 2022.

MOREIRA, I. M. L.; TALHATI, F. Aspectos e determinantes de doenças cardiovasculares em mulheres. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 11, n. 1, p. 122-128, 2022. Disponível em:

<https://revistas.brazcubas.br>. Acesso em: 22 jul. 2022.

NAFTOLIN, F.; FRIEDENTHAL, J.; NACHTIGALL, R.; NACHTIGALL, L.

Cardiovascular health and the menopausal woman: the role of estrogen and when to begin and end hormone treatment. **F1000Research**, v. 8, n. 1, p. 1576. 3 de set. 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31543950/>. Acesso em: 14 jul. 2022.

NOGUEIRA D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000200003.

Acesso em: 22 jul. 2022.

PACHECO, E. **Infarto agudo do miocárdio em mulheres pós-menopausa**. 14 out. 2008.

Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/infarto-agudo-do-miocardio-em-mulheres-pos-menopausa/10119>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PALMISANO, B. T.; ZHU, L.; STAFFORD, J. M. Estrogens in the Regulation of Liver Lipid Metabolism. **Advances in experimental medicine and biology**, v. 1043, n. 1. p. 227-256. 11 de jan. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224098/>. Acesso em: 19 jul. 2022.

PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 58, n. 2. p. 172-181, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abem/a/bnhD8LVvNT9P5yWFvzhfvBc/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 jul. 2022.

PEREIRA, R. C. **Menopausa abre brecha para problemas do coração**. 26 jan. 2014.

Disponível em: <https://saude.abril.com.br/bem-estar/menopausa-abre-brecha-para-problemas-do-coracao/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PEREIRA, J. L.; SAKAE, T. M.; MACHADO, M. C.; CASTRO, C. M. Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 93, n. 2, p. 105-112, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800007. Acesso em: 22 jul. 2022.

PESARO, A. E. P.; SERRANO JÚNIOR, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assoc Med Bras** v. 50, n. 2, p. 214-20, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786>.

Acesso em: 22 jul. 2022.

PINTO, R. E. M. **Avaliação da qualidade de vida no climatério entre usuárias e não usuárias de terapia hormonal**. 2006, 93f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2006. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2893/rosaurapinto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 out. 2022.

POLONINI, H. C.; BRANDÃO, M. A. F.; RAPOSO, N. R. B. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. **Revista de atenção primária à saúde**, v. 14, n. 3, p. 356-359. Set. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/14737-Texto%20do%20artigo-62484-1-10-20111217.pdf> . Acesso em: 1 jul. 2022.

RAMOS, C. S.; MADEIRA, K. **Impacto na qualidade de vida de mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal**. jul. 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/7915>. Acesso em: 13 out. 2022.

SANT'ANNA, M. F. B.; PAULA, C. F. B.; MENDONÇA, R. C. H. R.; BECCARIA, L. M.; CONTRIN, L. M.; WERNECK, A. L. Taxa de morbimortalidade entre homens e mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1151917/e53001-taxa-de-morbimortalidade-diagramado-port.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

SILVA, V. Y. N. E; PEREIRA, A. M. O.; PEREIRA, I. M. O.; PEREIRA, M. G.; ESPÍRITO-SANTO, L. F.; KASHIWABARA, T. G. B. Climatério e terapia de reposição hormonal - uma revisão de literatura. **Revista UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.05-08 (Out - Dez 2013). Disponível em: <https://revista.uninga.br> . Acesso em: 11 ago. 2022.

SMELTZER BGB. BRUNNER & SUDDART: **Tratado de enfermagem medico cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Doenças cardiovasculares**. 29 ago. 2012. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/campanhas/pdf/folder-dmc2012.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, s. 4, set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/J9pQBbtX8gfhXFTGgSRBpTz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2022.

_____. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. v. 93, supl. 2, p. 179-264, 2009 Disponível em: http://publicacoes.cardio.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA – SBHCI. **Infarto fulminante** – A menopausa pode ser um fator de risco! 08 dez. 2017. Disponível em: <https://publico.sbhci.org.br/infarto-fulminante-a-menopausa-pode-ser-um-fator-de-risco/>. Acesso em: 19 jul. 2022.

STEFANINI, E.; MATSUSHITA, A. M.; GIL, M. A. **Síndromes coronarianas agudas:** angina instável e infarto agudo do miocárdico. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2009.

TAMANAHA, S.; ALDRIGHI, J. M. S. R.; PRADO, R. A. A. Sensibilidade e especificidade da histerossonografia nas afecções endometriais em mulheres assintomáticas pós-menopausa. **Rev Assoc Med Bras.** v. 50 , n. 4, p. 427-32, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/JhMyhKf97fHYZ6KnxG35Psb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2022.

TATEIVA, R. A. R. F. **Perfil epidemiológico dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio em homens por região de Santa Catarina.** 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Roberta-Fruscalso.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

VARELA, R.; SALEMA, E. B.; BARTILOTTI, C. B. Infarto agudo do miocárdio em mulheres. **Revista Digital**, v. 12, n. 110, jul. 2017. Disponível em: <HTTPS://efdeportes.com/efd110/infarto-agudo-do-miocardio-em-mulheres.htm>. Acesso em: 22 jul. 2022.

WANNMACHER, L.; LUBIANCA, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais . **Evidências atuais.** v. 1, n. 6, maio 2004. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_TRH_0504.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

ZAHAR, S. E. V.; ALDRIGHI, J. M.; NETO, A. M. P.; CONDE, D. M.; ZAHAR, L. O.; RUSSOMANO, F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v. 51, n. 3, p. 133-8, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/rd45TXf5S5YcRk38wPbhRsd/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.