

TRATAMENTO DO CLIMATÉRIO: DECISÃO MÉDICA E OPÇÃO DA PACIENTE

MENOPAUSE TREATMENT: MEDICAL DECISION AND PATIENT OPTIONS

Priscilla Cassiollatto¹ e Brigitte Rieckmann Martins dos Santos²

¹ Farmacêutica – Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

² Biomédica, doutora em Ciências, docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

RESUMO

O climatério é definido como o intervalo de tempo que compreende a transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo, acompanhado, freqüentemente, por determinados sintomas, como fogachos, sudorese noturna, insônia, secura vaginal e desconfortos associados à deficiência estrogênica. A terapia de reposição hormonal (TRH) surgiu com o propósito de aliviar os sintomas, agir preventivamente e reduzir o aparecimento de doenças cardiovasculares e osteoporose, sendo realizada com estrógeno, progesterona e/ou sua associação. Porém, a segurança da TRH ficou abalada após a publicação do estudo realizado pelo *Women's Health Initiative* – WHI, segundo qual os riscos da administração desses hormônios excederam seus benefícios, surgindo, então, um aumento do interesse pelas terapias alternativas. Diante da evidente polêmica existente acerca da TRH, vai-se abordar sobre a repercussão do climatério e da terapia hormonal na saúde da mulher, enfatizando a importância do diálogo permanente entre médico e paciente na tomada da decisão quanto à conduta terapêutica mais adequada.

Palavras-chave: menopausa, terapia reposição hormonal, osteoporose.

ABSTRACT

Observational results studies suggest that hormonal replacement therapy (HRT) provide variety health benefits for menopausal women, reducing osteoporosis incidence, cardiovascular risks, depression, stroke and colon cancer. However, to confirm these findings, the *Women's Health Initiative* (WHI) study, revealed that risks overweight the benefits, increasing the risk of breast cancer, cardiovascular disease, stroke and pulmonary embolism. Afterward, many women and doctors have revised their opinions about the use of HRT. Currently, HRT is prescribed to relief vasomotor symptoms, vaginal atrophy, to preserve bone density, to get better well-being and sexuality. The decision to use HRT by women, is influenced by the physicians' recommendation, by her individual risks of diseases, her values, menopausal symptoms and life style. Considering the evident controversy about the HRT, based on a bibliography revision, relevant aspects should be considered by doctors and patient about hormonal replacement therapy during the decisions-make to the best therapeutic procedure.

Keywords: menopause, estrogen replacement therapy, osteoporosis.

INTRODUÇÃO

A população idosa em todo o mundo, não só nos países desenvolvidos, mas também no Brasil, está aumentando e, com isso, as doenças crônico-degenerativas vêm substituindo as doenças infecciosas frequentes na população jovem. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios mostra que o número de idosos no Brasil é de, aproximadamente, 17 milhões, correspondendo a 9,8% de toda a população. A expectativa de vida ao nascimento é de 71,7 anos, ou 9,1 anos a mais do que em 1980 (PASSOS, ASSIS & BARRETO, 2006). Por isso, além de investigar e determinar como a população está envelhecendo, também é importante estudar a qualidade do envelhecimento e as intervenções capazes de causar impacto para um processo de envelhecimento mais saudável (JÓIA, RUIZ & DONALISO, 2007). Em 1990, havia 467 milhões de mulheres com 50 anos ou mais. Para o ano de 2030, estima-se que este grupo passe para 1,2 milhões de mulheres (MATURANA, TRIGOYEN & SPRITZER, 2007).

Embora a idade da menarca venha diminuindo, a da menopausa parece manter-se constante ao redor dos 50 anos (MATURANA, TRIGOYEN & SPRITZER, 2007; MAMERI FILHO *et al.*, 2005; GIACOMINE & MELLA, 2006). Assim sendo, as mulheres vivem, hoje, em média, um terço ou mais de suas vidas após a menopausa, a qual é caracterizada por alterações fisiológicas e comportamentais, resultantes da deficiência de estrógeno, podendo ser assintomática ou sintomática (ZAHAR *et al.*, 2005).

A terapia de reposição hormonal (TRH) surgiu com o propósito de aliviar e de agir preventivamente nos sintomas, além de reduzir o aparecimento de doenças cardiovasculares e de osteoporose. A TRH é realizada com suplementação de estrógeno, progesterona e/ou sua associação, sendo também indicada para o tratamento de manifestações vasomotoras e de atrofia vaginal. Entretanto, optar pela terapia de reposição hormonal passou a ser um desafio médico na área de saúde da mulher, principalmente após a publicação de que os riscos da reposição hormonal podiam exceder seus benefícios, levando ao aumento da prevalência de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e tromboembolismo venoso, porém com redução do risco de câncer de cólon e de fraturas. Já quanto ao câncer de mama, o risco da doença variou em razão do tempo de duração da terapia (VIGETA & BRÉTAS, 2004; WANNMACHER & LUBIANCA, 2004; BORRELLI & ALMEIDA, 2005). Diante da

evidente polêmica existente em relação à TRH, serão apresentados, na forma de revisão bibliográfica, aspectos relevantes a serem considerados tanto pelo médico como pela paciente, durante a tomada de decisão quanto à conduta terapêutica mais adequada.

FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO

O climatério caracteriza-se por mudanças endócrinas, em função da atividade ovariana, e pelo declínio da fertilidade, tempo em que a mulher passa do período reprodutivo para o não-reprodutivo, além de mudanças clínicas conseqüentes às alterações no ciclo sexual e de uma variedade de sintomas que caracterizam a síndrome climatérica (ZAHAR *et al.*, 2005).

A menopausa está associada à interrupção da menstruação, resultante da perda da função folicular ovariana, que pode ser diagnosticada laboratorialmente pelos sinais de hipoestrogenismo e níveis séricos elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH) (acima de 40 UI/ml) (GIACOMINE & MELLA, 2006). O FSH é o hormônio-chave para o crescimento folicular. À medida que diminui a reserva folicular, os seus níveis basais se elevam (MEDEIROS & MEDEIROS, 2007). Fisiologicamente, com o crescimento folicular, as células do folículo produzem estrógeno e, depois, estrógeno e progesterona, com a formação do corpo lúteo. Além de exercerem função primária como reguladores do sistema reprodutivo, os hormônios sexuais femininos atuam como importantes moduladores em diferentes tecidos não-sexuais, como do sistema esquelético, do sistema nervoso central e do sistema cardiovascular (DANTAS, 2005).

A fertilidade nas mulheres diminui durante a quarta década da vida, período associado a importantes modificações na secreção de gonadotrofinas (GnRH), que é estimulada pelos esteróides sexuais. A velocidade de consumo folicular ovariano é maior na segunda década de vida, estando associada à elevação do FSH. Esta aceleração no consumo folicular parece ser conseqüência de modificações no hipotálamo e no sistema nervoso central (SNC), relacionadas à idade (MEDEIROS & MEDEIROS, 2007).

REPERCUSSÕES DO CLIMATÉRIO

O climatério representa a fase de transição, que se inicia no final da menacma, definida como período de maior capacidade reprodutiva, e se estende até a

senilidade. Pode ser observado em cerca de 50% a 70% das mulheres, e é definido como o intervalo de tempo que compreende a transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo, acompanhado, freqüentemente, por sintomas como fogachos, sudorese noturna, insônia, secura vaginal e desconforto, associado à deficiência estrogênica (COBIN *et al.*, 2006). Os mecanismos fisiopatológicos do seu desenvolvimento não são completamente conhecidos. Sabe-se, porém, que alterações dos níveis de estrogênio, oriundas do declínio da função ovariana, são importantes, mas não suficientes para o seu desenvolvimento. Os calores noturnos, por sua vez, constituem uma causa comum de insônia em mulheres na menopausa, levando a um prejuízo sociofuncional significativa e afetando sua qualidade de vida (SOARES, 2006).

A incidência de doenças cardiovasculares aumenta drasticamente com o envelhecimento, sendo processadas de maneira diferente entre os gêneros. A morbimortalidade tem maior incidência após a menopausa e em mulheres jovens com perda da função gonadal (especialmente, se for pós-cirúrgica). A partir da sétima década, ocorre uma diminuição do predomínio de eventos no gênero masculino e, após os 85 anos, a incidência passa a ser maior nas mulheres. Comparando-se mulheres da mesma idade em pré e pós-menopausa, observa-se que as do segundo grupo apresentam duas vezes mais doenças cardiovasculares. Esses dados podem pressupor um papel protetor da ação estrogênica ovariana junto aos vasos sanguíneos. É evidente que outros fatores de risco, tais como tabagismo, dislipidemia, história familiar pregressa e hipertensão arterial, poderão somar-se, levando ao aumento dos riscos para as doenças cardiovasculares (BORRELLI & ALMEIDA, 2005).

A deficiência estrogênica é considerada como um dos principais fatores de risco para osteoporose em mulheres (COSTA *et al.*, 2003). Na menopausa, ocorre aumento da remodelação e redução da formação óssea, o que conduz a uma perda de massa óssea. Nesta fase, os ovários tornam-se inativos, com liberação mínima ou nenhuma de estrogênio, coincidindo com a baixa absorção de cálcio pelo intestino, devido à produção de calcitonina, hormônio que inibe a desmineralização óssea (GIACOMINE & MELLA, 2006).

O sistema nervoso central é um dos principais tecidos-alvo de esteróides sexuais, que agem modulando a síntese, a liberação e o metabolismo de determinados neuropeptídeos e neurotransmissores,

pela ativação ou inibição de algumas enzimas que atuam sobre a síntese de neurotransmissores, entre eles acetilcolina, catecolaminas e serotonina (SILVA & SÁ, 2006). Estudos em seres humanos, particularmente aqueles realizados em mulheres menopausadas que se submetem ao tratamento estrogênico, têm oferecido subsídios para essas assertivas e identificado situações nas quais as alterações no humor e na cognição estão acompanhadas por alterações na função serotoninérgica e no *status* hormonal. Entretanto, a comprovação do papel dos esteróides sexuais no tratamento clínico e na prevenção das desordens neuropsiquiátricas não está bem estabelecida (AMIN & CANLI, 2005).

Para Dantas *et al.* (2005), o estrogênio pode promover efeitos benéficos indiretamente, diminuindo os níveis de colesterol total, aumentando os níveis de HDL ou agindo diretamente no tecido vascular, modulando as funções do músculo liso e do endotélio, e diminuindo das placas de ateroma. Considerando que esses fatores são determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sua redução pode traduzir-se em grande impacto em termos de eventos cardiovasculares (BORRELLI & ALMEIDA, 2005).

O hipoestrogenismo também pode ser notado na pele que, naturalmente, já sofre impactos decorrentes do envelhecimento cronológico, da exposição à luz solar e de outros fatores ambientais e endógenos (STRUTZEL *et al.*, 2007). Para Simões *et al.* (2005), a deficiência estrogênica resultaria na redução do conteúdo de colágeno e glicosaminoglicanas, que colaborariam para menor concentração de água e elasticidade da pele.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Na sociedade pós-moderna, a mulher que ultrapassou a fase reprodutiva é retratada com a imagem em que a juventude, a vitalidade, a atratividade e a sexualidade são mantidas através da promoção de ações de saúde, como o estímulo à atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, o controle do peso corporal e campanhas antitabagísticas, entre outros (VIGETA & BRÉTAS, 2004).

Já a terapia de reposição hormonal (TRH) surgiu com o propósito de aliviar os sintomas e de agir preventivamente, reduzindo, assim, o aparecimento de doenças cardiovasculares e de osteoporose. A TRH é realizada com estrogênio, progesterona e/ou sua associação, sendo indicada para o tratamento de manifesta-

ções vasomotoras, de atrofia vaginal, para a preservação da massa óssea e melhora do bem-estar e da sexualidade (MAMERI FILHO *et al.*, 2005). Esta recomendação também é preconizada pelo Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia, da Sociedade Brasileira de Endocrinologia Metabólica – SBEM (CLAPAUCH *et al.*, 2005). Entretanto, apesar de conhecidos os efeitos benéficos da reposição hormonal, aproximadamente 70% das mulheres cessam o tratamento após o primeiro ano. Uma das principais causas da baixa aderência é o sangramento irregular, além de mastalgia, náusea, cefaléia, ganho de peso e retenção hídrica, mais o medo do câncer (GIACOMINE & MELLA, 2006).

O uso da TRH para o tratamento dos sintomas vasomotores de moderados a graves, o tratamento da atrofia vaginal (como *secura* e queimação) e a prevenção da osteoporose para pós-menopausadas foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA), porém somente quando o risco de osteoporose superar os riscos da terapia hormonal (COBIN *et al.*, 2006).

No entanto, a segurança da TRH para as mulheres ficou abalada após a publicação dos resultados e a interrupção do estudo americano realizado por pesquisadores do *Women's Health Initiative* (WHI), onde os riscos excederam os benefícios (ALLISON, M.A. & MARSSON, 2006). Neste estudo, observou-se um aumento significativo do risco de doença arterial coronariana, de acidente vascular cerebral e de tromboembolismo venoso. Observou-se, porém, um decréscimo significativo do risco de câncer de cólon e do risco total de fraturas. Quanto ao câncer de mama, verificou-se relação de risco em razão do tempo de duração da terapia (VIGETA & BRÊTAS, 2004).

Na Inglaterra, a partir da publicação do WHI, as prescrições da terapia hormonal caíram de 6,3 milhões, em 2001, para 3,8 milhões, em 2004 (MENON *et al.*, 2007), e muitas mulheres optaram pela não-aceitação da TRH convencional, passando a exigir terapias alternativas para o controle de seus sintomas (CARROLL, 2006).

REPOSIÇÃO HORMONAL E O SISTEMA CARDIOVASCULAR

Durante o processo de envelhecimento, as mulheres sofrem alterações no perfil metabólico, que resultam em modificações na composição e na distribuição do tecido adiposo, o que favorece não somente

o aumento ponderal, como também a progressão de eventuais processos ateroscleróticos e de diabetes tipo II (LEHWUDRE *et al.*, 2007). A maior predisposição de ganho ponderal após a menopausa parece não ser decorrente apenas da deficiência estrogênica, que estaria implicada na modificação da distribuição da gordura corporal, mas principalmente pela ingestão de alimentos em níveis superiores às necessidades energéticas nesta faixa etária, pela redução do metabolismo basal e pela tendência ao sedentarismo, decorrentes do próprio processo de envelhecimento (LORENZI *et al.*, 2005).

Após a publicação dos estudos que não confirmaram os efeitos cardioprotetores da terapia de reposição hormonal, ocorreram significativas mudanças na sua prescrição para o tratamento e a prevenção de doenças cardiovasculares (PETTE *et al.*, 2007). O risco de doença cardiovascular por dislipidemia pode ser melhor dimensionado por meio da quantificação das lipoproteínas, oposto aos métodos convencionais. Assim, tornou-se necessário criar outras estratégias para favorecer alterações no perfil lipídico e diminuição do risco de doenças cardiovasculares em mulheres pós-menopausadas (DANTAS, 2005). Níveis elevados de colesterol, juntamente com hipertensão arterial, representam mais que 50% do risco atribuível para doença coronária. Indivíduos hipertensos beneficiam-se incontestavelmente da redução dos níveis de colesterol, sendo que as intervenções terapêuticas para reduzir conjuntamente a hipertensão arterial e o colesterol são capazes de diminuir a morbidade e a mortalidade em diversas condições de risco (BAIGENT *et al.*, 2005).

REPOSIÇÃO HORMONAL E O CÂNCER DE MAMA

O efeito da terapia hormonal sobre o epitélio mamário é pouco conhecido, principalmente pela dificuldade de se estudar a glândula mamária normal. Consideram-se três mecanismos responsáveis pelo estímulo carcinogênico dos estrogênios na mama: (a) atividade hormonal mediada pelo receptor, a qual estimularia a proliferação de células, resultando em maior número de oportunidades para acumular danos genéticos; (b) ativação metabólica mediada pelo citocromo P450, a qual levaria a efeitos genotóxicos diretos pelo aumento da taxa de maturação; e (c) indução direta da aneuploidia pelo estrogênio. Dados recentes mostram que a estrogenerapia isolada não

aumentaria o risco de câncer de mama em mulheres pós-menopausadas, enquanto que a terapia combinada, ou melhor, a estrogenoprogestativa, aumentaria o risco em 26%, quando comparada ao grupo placebo (ELIAS *et al.*, 2006). Para Grand *et al.* (2007), a administração por dois anos de doses ultra baixas de estradiol por via transdérmica melhorou a densidade óssea, foi segura para o útero e não aumentou a densidade mamária entre as mulheres tratadas.

REPOSIÇÃO HORMONAL E O CÂNCER DO ENDOMÉTRIO

Em 1970, estudos apontavam um aumento na incidência de câncer do endométrio em mulheres que administravam estrógeno isolado, passando a administrá-lo associado ao progesterona (HICKEY, DAVI & STURDEE, 2005). Por outro lado, estudos recentes indicaram que o progesterona aumenta o risco de câncer de mama e a incidência de infarto, neutralizando os efeitos benéficos do estrógeno no coração e nos níveis das lipoproteínas lipídicas (CHENG *et al.*, 2007). Alguns estudos epidemiológicos e experimentais, ao avaliarem os efeitos isolados do progesterona, têm demonstrado que este hormônio, por sua vez, não exerce efeito no sistema cardiovascular, tampouco parece interferir nos efeitos promovidos pelo estrógeno (DANTAS, 2005). Para Wood *et al.* (2007), a administração de progesterona previne a hiperplasia e o câncer do endométrio em mulheres pós-menopausadas.

REPOSIÇÃO HORMONAL E O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

A terapia de reposição estrogênica foi proposta como ação preventiva da doença de Alzheimer (DA), com base nos mecanismos neuroprotetores demonstrados *in vitro* e em modelos animais (FORLENZA, 2005). Estudos iniciais, em pequenos grupos de pacientes, sugeriram que a reposição hormonal, por pequeno período de tempo, pode exercer efeito benéfico sobre a cognição (COBIN *et al.*, 2006). Contudo, os resultados dos estudos maiores e randomizados em pacientes com DA derrubaram o entusiasmo inicial. Em estudo prospectivo multicêntrico de sete anos de duração, realizado nos Estados Unidos (*Women's Health Initiative Memory Study*), o tratamento hormonal combinado (estrogênio e medroxiprogesterona) foi comparado com a reposição estrogênica isolada. Os resultados foram altamente negativos no que se refere

à suposta proteção dos estrogênios contra a DA: a reposição estrogênica simples não diminuiu o risco de demência ou de transtorno cognitivo leve, e o tratamento combinado resultou em aumento risco de ambas as condições (FORLENZA, 2005).

REPOSIÇÃO HORMONAL E O SISTEMA UROGENITAL

A reposição de estrógenos tem se mostrado útil no controle de ressecamento da mucosa vaginal e da dispareunia, ambos associados à deficiência hormonal na menopausa. Ensaios clínicos evidenciaram melhora significativa da lubrificação vaginal com a administração de estrógenos, independentemente da via empregada. A administração vaginal de estrógeno é eficaz e acarreta menos efeitos adversos (WANNMACHER & LUBIANCA, 2004). Segundo Nachtigall *et al.* (2005), a terapia combinada entre estrógeno e progesterona, em baixas doses, é capaz de aumentar as células superficiais e melhorar a atrofia urogenital. Porém, quando a atrofia urogenital e a uretrite são os únicos sintomas observados, o interesse pelo tratamento local tem sido maior.

REPOSIÇÃO HORMONAL E A PELE

A estrogoterapia feita de acordo com os esquemas prescritos para mulheres climatéricas pode atuar como preventivo das alterações da pele, tendo em vista que há estudos demonstrando a existência de receptores para estrógeno na pele (FERNANDES, BARACAT & LIMA, 2004). Para Simões *et al.* (2005), a terapia estrogênica, além de elevar o conteúdo de colágeno na pele, eleva a concentração de mucopolissacarídeos ácidos e do ácido hialurônico, mantendo as funções do epitélio e aumentando, de forma significativa, a espessura da pele, sua hidratação e elasticidade.

INDIVIDUALIZAÇÃO E ESCOLHA DO ESQUEMA TERAPÊUTICO

A partir do exposto, conclui-se que tanto esquemas quanto tipos de associações, dosagens e, até, vias de administração devem ser amplamente discutidas e avaliadas com a paciente para a obtenção dos benefícios, minimização dos efeitos adversos e boa adesão ao tratamento (CLAPAUCH *et al.*, 2005).

Para Cobin *et al.* (2006), o estrogênio deve ser usado isoladamente nas mulheres hysterectomizadas, nas menores doses eficazes para o objetivo a que se destine, podendo também ser associado a androgênios, se necessário. Os andrógenos têm efeito anabolizante importante, melhorando a força muscular e o dinamismo das pacientes, sendo este um fator que afeta negativamente a qualidade de vida, sobretudo na pós-menopausa. As mulheres que receberam reposição androgênica perceberam importantes mudanças no nível de energia e na disposição para o trabalho, melhorando também a libido (MAMERI FILHO *et al.*, 2005).

Para a prevenção da hiperplasia endometrial e do câncer, resultante da ação da terapia estrogênica em mulheres pós-menopausadas, administra-se o progesterona. Uma variedade de progesteronas sintéticas vem sendo aprovada para este propósito, como o acetato de medroxiprogesterona (WOOD *et al.*, 2007).

As vias de administração que podem ser utilizadas para a TRH são oral, transdérmica e de aplicação local. A primeira necessita de maiores doses de hormônios, pois estes são metabolizados na parede do trato gastrointestinal e no fígado, pelo efeito de primeira passagem, resultando na perda de, aproximadamente, 30% de sua atividade e no estímulo das proteínas e enzimas hepáticas (HURD, 1998). Além disso, a terapia oral produz efeito maior no aumento do HDL, diminuição do LDL, aumento dos níveis de triglicerídeos, como também estimula a produção de angiotensinogênio, o que pode resultar em aumento da pressão arterial e das proteínas transportadoras de hormônios sexuais. Por outro lado, a via transdérmica necessita de doses menores que a terapia oral, pois sua absorção é alta e não sofre inativação hepática (GIACOMINE & MELLA, 2006).

O FDA aprovou três formulações para a reposição estrogênica local: cremes, tabletes e anéis. Todos os tratamentos com estrogênio local têm mostrado não apenas diminuir a dispareunia, mas também parecem melhorar a função sexual, como o orgasmo, provavelmente devido ao aumento da fluidez sanguínea no local (NACHTIGALL *et al.*, 2005). Além disso, a reposição estrogênica vaginal tem ajudado a prevenir infecções do trato urinário em mulheres com atrofia urogenital (LEONG, ERICKSON & PEES, 2005).

A mulher na menopausa que experimenta ondas de calor e suas cascatas de sintomas associados pode apresentar melhora de seus aspectos emocionais se estes forem aliviados pela TRH. A prescrição de antidepressivos ou tranquilizantes não surte efeitos

benéficos. Portanto, se a mulher não tem sintomas de deficiência estrogênica, mas apresenta sintomas emocionais ou físicos, a TRH não trará resultados favoráveis ao seu estado emocional (PEDRO *et al.*, 2002).

Não existe esquema de reposição hormonal que possa ser considerado definitivo e aplicável a todas as pacientes no climatério. Cada um deles apresenta vantagens e desvantagens. Portanto, recomenda-se um esquema inicial individualizado para cada paciente, mas não definitivo, permitindo ajustes, ao longo do tratamento, dos possíveis efeitos colaterais ou da baixa adesão da paciente ao tratamento (FERNANDES, BARACAT & LIMA, 2004).

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Com o surgimento da polêmica a respeito da TRH, cresceu o interesse voltado à efetividade e à segurança das terapias alternativas de reposição hormonal para o tratamento dos sintomas menopausais, tais como os vasomotores e o transtorno do sono (CHENG *et al.*, 2007).

Determinadas terapêuticas já possuem sua comprovação no tratamento da insônia, podendo ser utilizados nessa fase da vida, incluindo o uso de hipnóticos não-benzodiazepínicos para aquelas pacientes que não desejam ou não podem fazer uso da terapia hormonal, técnicas cognitivo-comportamentais, onde são produzidas mudanças objetivas e subjetivas no padrão do sono, além de tratamentos alternativos (SOARES, 2006).

A soja e seus componentes têm merecido destaque cada vez mais evidente. Somente três de oito estudos sobre os componentes da soja (fitoestrógenos e isoflavona) demonstram efeitos benéficos (LEONG, ERICKSON & PEES, 2005). Para Lehwudre *et al.* (2007), 70mg/dia de isoflavona combinada com um programa de exercícios aeróbicos promove uma melhora significativa na composição corporal, influenciando no risco cardiovascular em mulheres pós-menopausadas. Han *et al.* (2002) observaram elevação dos níveis de estrógeno após o tratamento com isoflavona na dose de 100mg/dia.

Outra substância, a *Black cohosh* (*Cimicifuga racemosa*), tem eficácia comprovada no tratamento de sintomas vasomotores, além de promover melhoras no sono. O seu uso, no entanto, não é isento de efeitos colaterais, tais como dores gastrointestinais e reações alérgicas (CARROLL, 2006).

De acordo com Lorenzine *et al.* (2006), a atividade física regular deve ser considerada como alternativa de tratamento na menopausa, uma vez que contribui para a preservação da massa muscular e para a flexibilidade articular, reduzindo a intensidade dos sintomas somáticos e levando a uma sensação de maior bem-estar. Além disso, alivia ondas de calor, melhora o humor, aumenta a densidade óssea mineral, diminui a frequência cardíaca de repouso, melhora o perfil lipídico e normaliza a pressão arterial.

DECISÃO DO MÉDICO E DA PACIENTE

Na sociedade pós-moderna, enfoca-se a menopausa como uma etapa da vida em que a juventude, a vitalidade, a sexualidade e a atratividade podem ser mantidas mediante condutas de promoção de saúde, através do estímulo aos exercícios físicos, ajuste de hábitos alimentares, controle do peso, evitando o tabagismo entre outros. Essas mudanças nos hábitos de vida são tão úteis quanto a reposição hormonal (VIGETA & BRÊTAS, 2004).

O papel do médico na TRH é vital, pois ele deve atuar como facilitador na formação de decisões clínicas, especificamente no diálogo com as pacientes sobre os riscos e benefícios da TRH (ROSENFELD, 2007).

Para Vigeta & Brêtas (2004), o princípio de que o uso da TRH deveria ser aplicado em toda mulher na perimenopausa e na pós-menopausa deveria deixar de existir. Para os autores, é preciso que se faça uma análise cuidadosa individual dos riscos e benefícios, esclarecendo a mulher sobre a terapia a que se vai submeter.

Quanto à decisão da mulher em usar a TRH, vários aspectos devem ser considerados como responsáveis pela decisão, haja vista que é um processo completamente influenciado pela recomendação do seu médico, pelo risco individual de doenças, pelas atitu-

des frente à menopausa e à própria TRH, aos valores, aos sintomas menopausais e ao meio ao qual a mulher pertence (WANNMACHER & LUBIANCA, 2004). Para Légaré & O'Connor (2003), a fim de que seja adotada a melhor decisão, é necessário que o médico pergunte às pacientes seus valores e expectativas, exponha os riscos e benefícios da terapia, as opções disponíveis, assegurando-se de que tenham compreendido o problema e as alternativas de tratamento, incentivando-as a participar do processo de decisão, o que poderá levar à maior satisfação por parte da paciente.

CONCLUSÕES

É espantoso observar que a menopausa não tem sido tratada com a mesma importância que as doenças de prevalência elevada, como as cardiovasculares, o *Diabetes Mellitus* e outras. Pouco se sabe sobre a sua prevalência, como também não são encontradas definições quanto à população mais susceptível. São escassas as informações sobre os fatores de risco ou as medidas de alívio não-farmacológicas. As medidas de avaliação de saúde e bem-estar nessa faixa etária devem identificar tanto sintomas quanto seu impacto na qualidade de vida.

O uso da terapia medicamentosa na TRH deve ser individualizado e criterioso, pois sabe-se que todas as medicações apresentam riscos e benefícios. Muitas medicações disponibilizadas no mercado são utilizadas como terapia padrão, sem uma análise formal do risco-benefício. A escolha sobre o uso ou não da TRH, por curto ou longo prazo, deve ser analisada, levando-se em consideração aspectos biopsicossociais, além dos metabólicos, como risco cardiovascular, hipertensão e densidade óssea, entre outros. Portanto, cabe ao médico a decisão terapêutica, mas jamais de forma unilateral, porque devem ser considerados aspectos como valores e expectativas em relação à menopausa pela paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLISON, M.A. & MARSSON, J.E. Is age at initiation of hormone therapy a key determinant of coronary heart disease outcomes? *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 6(7): 329-331, 2006.
- AMIN, Z. & CANLI, T. Effect of estrogen-serotonin interactions on mood and cognition. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Review*, (4): 43-58, 2005.
- BAIGENT, C.; KEECH, A.; KEARNEY, P.M.; BLACKWELL, L.; BUCK, G.; POLLICINO, C. et al. Cholesterol Treatment Trialists – CIT. Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 366: 1.267-78, 2005.
- BORRELLI, C.L. & ALMEIDA, P.G. Doenças cardiovasculares e as terapias de reposição hormonal. *Hipertensão*, 8(3): 91-94, 2005.
- CARROLL, D.G. Nonhormonal therapies for hot flashes in menopause. *Am Fam Phys*, 2006; 73(3): 457-467. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20060201/457.html>>.
- CHENG, G.; WILCZEK, B.; WARNER, M.; GUSTAFSSON, J.A. & LANDGREN, B.M. Isoflavone treatment for acute menopausal symptoms. *Menopause*, 14(3): 1-6, 2007.
- CLAPAUCH, R.; ATHAYDE, A.; MEIRELLES, R.M.R.; WEISS, R.V.; PARDINI, D.P.; LEÃO, L.M.C.S.M. et al. Terapia hormonal da menopausa: posicionamento do departamento de endocrinologia feminina e andrologia da SBEM em 2004. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49(3): 449-454, 2005.
- COBIN, R.H. et al. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. *AACE Menopause Guidelines*, Endocr. Pract., 12(3): 317- 337, 2006.
- COSTA, L.P.; HOROVITZ, A.P.; SANTOS, A.O.; CARVASAN, G.A.F. & PINTO NETO, A.M. Prevalência da osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação destes fatores clínicos e reprodutivos. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 25(7): 507-512, 2003.
- DANTAS, A.P.V. Ações cardiovasculares dos hormônios femininos. *Hipertensão*, 8(1): 86-90, 2005.
- ELIAS, S.; DARDES, R.C.M.; KEMP, C.; LOGULLO, A.F.; HEINKE, T.; BARACAT, E.C. et al. Estudo piloto dos efeitos da terapia hormonal sobre o tecido mamário normal de mulheres após a menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(11): 658-63, 2006.
- FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C. & LIMA, G.R. *Climatério: manual de orientação*. 2004. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>.
- FORLENZA, O.V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3): 137-148, 2005.
- GIACOMINE, D.R. & MELLA, E.A.C. Reposição hormonal: vantagens e desvantagens. *Ciência, Biologia e Saúde*, 27(1): 71-92, 2006.
- GRAND, D.; VITTINGHOFF, E., LIN, F.; HANES, V.; ENSAUD, K.; HABEL, L.A. et al. Effect of ultra-low-dose transdermal estradiol on breast density in postmenopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 14(3): 1-6, 2007.
- HAN, K.K.; SOARES JR., J.M.; HAIDAR, M.A.; GIRÃO, M.J.B.C.; NUNES, M.G.; LIMA, G.R. et al. Efeitos dos fitoestrógenos sobre alguns parâmetros clínicos e laboratoriais no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(8): 547-52, 2002.
- HICKEY, M.; DAVI, S.R. & STURDEE, D.W. Treatment of menopausal symptoms: what should we do now? *Lancet*, 36: 409-421, 2005.
- HURD, W.W. Menopausa. In: BEREK, J.S.; ADASHI, E. & HILLARD, P.A. *Novak – Tratado de Ginecologia*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 695-716.
- JÓIA, L.C.; RUIZ, T. & DONALISO, M.S. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1): 131-8, 2007.
- LÉGARÉ, M. & O'CONNOR, A. Decisions about hormone replacement therapy. Whose responsibility are they? *Canadians Family Physician*, 2003.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Disponível em: <<http://www.cfpc.ca/cfp/2003/Feb/vol49-feb-editorials-1.asp>>.
- LEHWUDRE, M.A.; LORD, C.; KHALIL, A. & DIONNE, I.J. Effect of 6 months of exercise and esoflavone supplementation on clinical cardiovascular risk factors in obese postmenopausal women: a randomized, double-blind study. *Menopause*, 14(04): 1-6, 2007.
- LEONG, S.L.; ERICKSON, D.R. & PEES, R.C. Hormonal replacement therapy: the right choice for your patient? *Journal Pharmacy Practice*, 54(5): 428-436, 2005.
- LORENZI, D.R.S.; BARACAT, E.C.; SACILOTO, B. & PADILHA JR., I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(5): 312-317, 2006.
- LORENZI, D.R.S.; BASSO, E.; FAGUNDES, P.O. & SACILOTO, B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(8): 479-84, 2005.
- MAMERI FILHO, J.; HAIDAR, M.A.A.; SOARES JR., J.M. & BARACAT, E.C. Efeitos da associação estro-androgênica em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(3): 118-124, 2005.
- MATURANA, M.A.; TRIGOYEN, M.C. & SPRITZER, P.M. Menopause, estrogens, and endothelial dysfunction: current concepts. *Clinics*, 62(1): 77-86, 2007.
- MEDEIROS, S. F. & MEDEIROS, M. M. W. Y. Modificações dos níveis de gonadotrofinas durante a vida reprodutiva. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100008&lng=pt&nrm=iso>.
- MENON, U.; BURNELL, M.; SHARMA, A.; MHARAJ, A.G.; FRASER, L.; RYANA, A. et al. Decline in use of hormone therapy among postmenopausal women in the United Kingdom. *Menopause*, 14(3): 1-6, 2007.
- NACHTIGALL, L.; NACHTIGALL, M.; GOREN, J. & LOWMSTEIN, J. Update on vaginal atrophy. *The North American Menopause Society*, 17-19, 2005.
- Disponível em: <http://www.menopausegmt.com/issues/14-05/MMI4-5_VaginalAtrophy.pdf>.
- PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.D. & BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: a estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(1): 35-45, 2006.
- PEDRO, A.O.; PINTO NETO, A.M.; PAIVA, L.C.; OSIS, M.J. & HARDY, E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, 36(4): 484-90, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000700005&lng=pt&nrm=iso>.
- PETTE, K.K.; KRISKA, A.M.; JOHNON, B.D.; CONROY, M.B.; MACKAY, R.H.; ORCHARD, T.V. et al. The relationship between physical activity and lipoprotein subclasses in postmenopausal women: the influence of hormone therapy menopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 14(1): 115-122, 2007.
- ROSENFELD, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 437-442, 2007.
- SILVA, A.C.J.S.R. & SÁ, M.F.S. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2): 60-67, 2006.
- SIMÕES, M.L.P.B.; ZIMMERMANN, E.; DAHER, T.S.; BORSATO, K.S. & NORONHA, L. Efeitos da terapia hormonal na cicatrização de anastomoses de cólon. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(3): 237-242, 2005.
- SOARES, N.C. Insônia na menopausa e perimenopausa – características clínicas e opções terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2): 103-109, 2006.
- STRUTZEL, E.; CABELLO, H.; QUEIROZ, L. & FALCÃO, M.C. Análise dos fatores de risco para o envelhecimento da pele: aspectos gerais e nutricionais. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 22(2): 139-45, 2007.
- VIGETA, S.M.G. & BRÊTAS, A.C.P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6): 1.682-1.689, 2004.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WANNMACHER, L. & LUBIANCA, J.N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. 2004; 1(6): 1-6. Disponível em: <<http://actionmailing.com.br/farma/arquivos/reposicao.pdf>>.

WOOD, C.E.; WARE, R.L.S.; TSONG, Y.; REGISTER, T.C.; LEES, C.J. & CLINE, M. Effects of estradiol with oral intravaginal progesterone on risk markers

for breast cancer in a postmenopausal monkey model. *The Journal of the North American Menopause Society*, 14(4): 1-9, 2007.

ZAHAR, S.E.V.; LDRIGHI, J.M.; PINTO NETO, A.M. CONDE, D.M.; ZAHAR, L.O. & RUSSOMANO, F. Qualidade de vida em usuárias e não-usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(3): 113-8, 2005.

Endereço para correspondência:

Rua Santo Antonio, 50 - CEP 09251-160 - São Caetano do Sul - SP - Brasil.

E-mail: brigitterie@yahoo.com.br.