

**Beatriz D'Agord Schaan
Maria Celeste O. Wender**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Cardiologia, Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul (BD'AS) e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (MCOW), Porto Alegre, RS.

*Recebida em 17/08/05
Aceita em 27/09/05*

SEMPRE QUE POSSÍVEL, as decisões clínicas (investigação e tratamento) devem ser baseadas em evidências de estudos que quantificaram seus benefícios, riscos e custos. A medicina baseada em evidências é o uso judicioso das melhores evidências atuais disponíveis para a tomada de decisões acerca do cuidado com os pacientes, o que exige mais do que entender a fisiopatologia da doença ou ter experiência clínica. O posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em relação à Terapia Hormonal da Menopausa (THM), publicado nos ABE&M de junho de 2005 (1), revisa em sua primeira parte, sucinta e criticamente, os últimos ensaios clínicos randomizados publicados na literatura a esse respeito.

No entanto, apesar do tema ser de grande magnitude e polêmica, as condutas sugeridas a seguir não são acompanhadas de seu grau de evidência, prática desejável em publicação cujo objetivo principal é orientar os endocrinologistas e médicos de outras especialidades afins que lançam mão desse tipo de literatura para determinação das suas condutas (2). Apesar de concordarmos com a possibilidade de que os vieses metodológicos descritos no referido posicionamento possam ter produzido resultados inesperados nos ensaios clínicos analisados, julgamos mais prudente que as orientações clínicas se acompanhem do grau de evidência disponível, sempre que possível:

1. Quanto ao uso de THM na prevenção da doença cardiovascular (DCV):

O papel da THM como prevenção primária cardiovascular utilizada desde a peri-menopausa ou pós-menopausa recente permanece não investigado, e enquanto não houver evidências disponíveis, a THM não deve ser indicada como prevenção primária (3) ou secundária (4) de doença coronariana (grau I).

2. Quanto à possível duração da THM:

Estudos observacionais e o WHI indicam que não há aumento de risco para câncer de mama quando os estrogênios são usados por período de tempo inferior a cinco anos (grau I). Entretanto, THM levou a um risco relativo de 1,26 a partir do quinto ano de uso (5,6). Apesar do risco atribuível à exposição (número de casos novos relacionado exclusivamente à THM) ser de 0,8 casos/1.000 mulheres/ano após 5 anos de uso, é recomendável informar às pacientes que a maioria dos estudos mostra um aumento no risco de câncer de mama após uso prolongado (mais do que 5 anos) de THM combinada (5). Por outro lado, o uso isolado de estrogênio por uma média de 6,8 anos não foi associado a aumento de risco de câncer de mama (RR 0,77) nas mulheres hysterectomizadas do estudo WHI (grau I) (7).

3. Quanto ao uso de androgênio no esquema de THM:

A associação de androgênios à THM pode se acompanhar de efeitos colaterais, os quais incluem hirsutismo, acne, disfunção hepática e alterações lipídicas, com alguma relação dose-dependente. Não existem apre-

sentações comerciais disponíveis cujas doses sejam adequadas às mulheres e não existem estudos realizados em longo prazo quanto à sua segurança, concluindo-se que as evidências para recomendação ao seu uso (exceto por curtos períodos) ainda são insuficientes.

4. Quanto ao uso de THM em pacientes com hipercolesterolemia:

A hipercolesterolemia deve ser manejada conforme os consensos da *American Heart Association*, os quais não consideram a THM como terapêutica, estando as estatinas priorizadas (8). Além disso, é necessário frisar os possíveis efeitos de elevação de triglicérides (atualmente considerados fator de risco independente para DCV) com o uso de estrogênio por via oral (aumento médio de 6,9%) (grau I) (3).

REFERÊNCIAS

1. Clapauch R, Athayde A, Meireles RMR, Weiss RV, Pardini DP, Leão LMSCM, et al. Terapia hormonal da menopausa: Posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em 2004. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005;49(3):449-54.
2. Osório-Wender M, Accetta SG, Campos LS. Climatério. **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª edição (capítulo 50), 2004. p.481-91.
3. Manson JE, Hsia J, Johnson KC, et al. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2003;349:523-34.
4. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998;280:605-13.
5. Colditz GA, Egan KM, Stampfer MJ. Hormone replacement therapy and risk of breast cancer: results from epidemiologic studies. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1473-80.
6. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
7. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1701-71.
8. Mosca L, Grundy SM, Judelson D, et al. Guide to preventive cardiology for women. AHA/ACC Scientific Statement Consensus panel statement. *Circulation* 1999;99:2480-84.

Endereço para correspondência:

Beatriz D'Agord Schaan
Unidade de Pesquisa, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul
Av. Princesa Isabel 370
90620-001 Porto Alegre, RS
Fax: (51) 3230-3600 r. 3777
e-mail: pesquisa@cardiologia.org.br / beatrizschaan@terra.com.br