

A DÚVIDA DO GINECOLOGISTA: PRESCREVER OU NÃO HORMÔNIOS NA MULHER NO CLIMATÉRIO?

A importância médico-social do atendimento da mulher no climatério (período de vida dos 40 a 65 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde) é condição impar, pois em nenhum período na história da humanidade tivemos uma mudança tão grande na expectativa de vida, com tanta possibilidade de envelhecer com qualidade e participando ativamente na sociedade. Este fato, associado ao aumento da população feminina por grupo etário, faz com que este período constitua nos dias atuais prioridade em saúde pública.

A etiopatogenia do climatério é complexa; embora envolva todo o eixo hipotálamo hipófise ovário, a estrutura mais relevante nesse processo é o ovário. Nele ocorre progressivamente a diminuição dos folículos e os remanescentes tornam-se refratários às gonadotrofinas. Esta diminuição leva ao declínio progressivo dos estrogênios e da inibina e por mecanismo de retroação observa-se elevação progressiva das gonadotrofinas FSH (hormônio folículo estimulante) e LH (hormônio luteinizante), na tentativa de manter a foliculogênese, as quais atuando sobre o estroma do ovário, fazem com que haja maior produção de androgênios (testosterona e androstenediona). Estes androgênios, juntamente com os produzidos pelas adrenais nos tecidos periféricos através da aromatase, são convertidos em estrona, principal hormônio da mulher no climatério. Algumas mulheres conseguem assim o seu equilíbrio endócrino, principalmente as que têm boa alimentação desde a infância, praticam esportes e estão bem realizadas do ponto de vista emocional e social¹.

No entanto, de 30% a 40% das mulheres não conseguem manter o equilíbrio endócrino e sofrem as consequências da diminuição progressiva dos estrogênios apresentando: disfunções menstruais, sintomas vasomotores, distúrbios psicológicos, alterações cognitivas, mudanças tróficas, perda óssea, doenças cardiovasculares, necessitando de terapia hormonal.

TERAPIA HORMONAL

Quando a rainha Elizabeth I, que viveu 70 anos no século XVI, procurou ajuda para seus sintomas, os médicos da corte não estavam preparados para o tratamento de mulheres no climatério, pois o número de mulheres nesta faixa etária era pequeno, não se sabia os mecanismos que causavam a menopausa e os hormônios não eram conhecidos.

Foi Doggs, em 1833, quem admitiu a possível participação dos ovários no fenômeno da menstruação, comprovando que a castração feminina levaria à atrofia uterina e perda da menstruação. A partir desta constatação, uma série de descobertas ocorreu, como o isolamento da foliculina em 1923, da estrona em 1929, um ano após do estriol, seguido do estradiol (1933), da progesterona (1937), do dietilestilbestrol (1938) e da comercialização dos estrogênios equinos conjugados (1942). Com a disponibilidade dos produtos comerciais e com os trabalhos mostrando os efeitos positivos dos hormônios, a terapia hormonal continuou a ser difundida cada vez mais de tal maneira que, em

1995, tornou-se uma panacéia com efeitos benéficos no alívio dos sintomas, profilaxia das doenças metabólicas, sem efeitos colaterais e boa adesão.

Como em medicina o que é feito sem critério, sem individualização, não tarda a aparecer efeito colateral, a terapia hormonal culminou com trabalhos apontando risco aumentado para doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda, tromboembolismo e câncer de mama^{2,3,4}.

Com tantas informações divergentes, tantas críticas à terapia hormonal, como fica a posição do ginecologista?

O correto é a individualização das mulheres, orientação sobre os cuidados gerais (alimentação, atividade física)^{5,6}, tratar quem precisa, quem apresenta os sintomas da deficiência estrogênica, sempre após anamnese, exame físico geral, ginecológico e exames laboratoriais que afastem doenças sistêmicas e o câncer^{7,8,9}. Observar sempre a via de administração, dar a dose e o esquema hormonal adequado para cada paciente¹⁰.

Em síntese os esquemas terapêuticos devem ser isentos de risco e individualizados permitindo que a mulher tenha melhor condição de vida no seu processo biológico do envelhecimento.

ANGELA MAGGIO DA FONSECA¹
VICENTE RENATO BAGNOLI¹
WILSON MAÇA YUKI ARIE²

1. Livre-docente em Ginecologia e Professores associados do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, São Paulo, SP
2. Doutor em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, São Paulo, SP

Referências

1. Zahar SEV, Aldrighi JM, Neto AMP, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(3):133-8.
2. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T; HERS Research Group I. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. Obstet Gynecol. 2001;97(1):116-20.
3. WHI-Women's Health Initiative. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-33.
4. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone: replacement therapy in the Million Women Study. Lancet. 2003;362(9382):419-27.
5. Moriyama CK, Oneda B, Bernardo FR, Cardoso CG Jr, Forjaz CL, Abrahão SB, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the effects of physical exercises and estrogen therapy on health-related quality of life in postmenopausal women. Menopause. 2008;15(4):613-8.
6. Silva RB, Paiva LC, Neto AMP, Braga AA, Morais SS. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(4):242-6.
7. Margarido PFR, BagnoliVR, Fonseca AM. TRH e trombofilia: qual a importância. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(1):9-10.
8. Pires ALR, Neto AHF, Aoki T, Aldrighi JM. Como abordar sangramentos recorrentes na pós-menopausa com espessura de endométrio normal. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(3):194-5.
9. Fonseca AM, Aldrighi JM. Terapêutica de reposição hormonal nas mulheres com problemas clínicos. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(2):30.
10. Fonseca AM, Bagnoli VR, Aldrighi JM, Junqueira PAA. Esquemas de terapia de reposição hormonal. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(2):98.