

A mulher climatérica

Geraldo G. Gomes da Silveira¹

RESUMO

O autor faz uma revisão sobre os diversos aspectos envolvidos na abordagem clínica do climatério. É enfatizado o papel do exercício, salientando que os dados da literatura, relacionando a atividade física com a síndrome climatérica, são, muitas vezes, oriundos de estudos com importantes falhas metodológicas.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Osteoporose. Exercício.

ABSTRACT

Climacteric women

The author reviews many aspects that involve the clinical approach of climacteric women. Emphasis is placed on exercise practice and on the fact that inconsistent results in the literature regarding physical activity and climacteric syndrome may result from inadequate assessment measurements.

Key words: *Climacterium. Menopause. Osteoporosis. Exercise.*

Climatério é o período na vida da mulher caracterizado pela diminuição da função ovariana. Não tem limites precisos quanto ao início e ao término. Ocorre, devido à insuficiência hormonal, uma série de alterações no organismo feminino, entre elas a menopausa, que é o fim das menstruações. Há, portanto, climatério pré e pós-menopáusicos.

O aumento da expectativa de vida e o papel social e profissional que a mulher conquistou nos últimos anos fizeram com que este período, ocorrendo em plena vida produtiva, merecesse muita atenção, tornando-se necessários o seu entendimento e o seu manejo adequado¹.

É o climatério uma fase fisiológica pela qual as mulheres passam entre a quinta e a sexta décadas de vida. No entanto, os níveis de estrogênio podem tornar-se tão baixos a ponto

de causar uma série de sinais e sintomas característicos (quadro 1).

Nesta época a mulher está mais suscetível ao desenvolvimento do câncer genital e mamário².

DISTÚRBIOS METABÓLICOS NO CLIMATÉRIO

– Metabolismo ósseo

O osso é um tecido vivo complexo que está em constante processo de remodelamento, pois coexistem áreas de formação e de reabsorção.

Em geral a massa óssea é determinada principalmente por três fatores: herança genética, estímulos mecânicos e agentes humorais (hormônios, vitaminas e minerais)³.

A falta de estrogênio pode afetar a homeostase óssea, fazendo predominar a reabsorção, pelo aumento da atividade dos osteoclastos. Os ossos ficam, também, mais sensíveis ao hormônio das paratiróides (PTH), resultando em maior catabolismo⁴. Parece ser, ainda, o hipo-estrogenismo responsável pela diminuição da dihidroxilação da vitamina D ao nível renal (o que diminui a absorção intestinal de cálcio) e pela redução da quantidade de calcitonina liberada pela tireóide⁵. Assim, mulheres que ficam carentes de estrogênio podem apresentar densidade óssea diminuída (osteopenia). Em casos extremos, pequenos traumas são capazes de provocar fraturas, caracterizando, então, a osteoporose⁶.

A osteoporose é a enfermidade óssea mais frequente no mundo ocidental⁷. Nos Estados Unidos constitui importante

QUADRO 1

Sinais:

- Diminuição dos níveis séricos de estrogênio;
- Aumento dos níveis séricos das gonadotrofinas (LH e FSH);
- Alterações no metabolismo dos lipídios;
- Atrofia geniturinária e mamária;
- Diminuição da elasticidade e da umidade da pele;
- Perda de massa óssea.

Sintomas:

- Fogachos ou calorões (fenômenos vasomotores que predominam na parte superior do tórax, cabeça e pescoço);
 - Queixas urinárias (polaciúria, incontinência,...);
 - Queixas genitais (dispareunia, prurido,...);
 - Alterações psíquicas (labilidade emocional, ansiedade, depressão,...).
-

1. Médico, Especialista em Medicina do Exercício.

problema de saúde pública, tendo o país gasto, no ano de 1995, aproximadamente 13,76 bilhões de dólares com fraturas osteoporóticas⁸. Mais de 1,5 milhão de norte-americanos sofrem tais fraturas a cada ano⁹.

Os locais mais comumente fraturados na osteoporose pós-menopáusia são: rádio distal (fratura de Colles), corpos vertebrais e fêmur proximal¹⁰.

Inúmeros fatores estão relacionados a maior risco de osteoporose (quadro 2), sendo o reconhecimento dos mesmos fundamental na prevenção da patologia¹¹.

Diagnóstico: Uma história completa da paciente é obrigatória no início da investigação. A osteoporose deve ser detectada em fase incipiente, o que se consegue através da densitometria óssea, exame que deverá ser feito periodicamente após a menopausa². Classicamente o diagnóstico de osteoporose é determinado quando ocorre uma fratura por trauma de baixa intensidade ou quando a biópsia óssea é conclusiva⁴. Porém, o diagnóstico nesta fase é tardio, perdendo-se, assim, a oportunidade de prevenir a doença, o que deve ser feito através da identificação dos fatores de risco e das alterações ósseas precursoras².

Os modernos aparelhos de densitometria conseguem prever o risco de fraturas, de acordo com a massa mineral óssea encontrada, determinando, desta forma, o diagnóstico densitométrico da osteoporose¹². A densitometria permite, também, controlar a velocidade da perda óssea após a menopausa¹³.

Tem sido estudada a possibilidade de rastrear as alterações ósseas através de análises laboratoriais. As medidas urinárias da relação cálcio/creatinina e hidroxiprolina/creatinina parecem estar elevadas nos casos de alta remodelação (perda rápida); no entanto, apresentam-se normais na remodelação lenta. Ultimamente tem-se buscado a identificação da reabsorção óssea pela dosagem da fosfatase ácida tartarato-resistente plasmática; bem como da piridinolina (Pyr) e da deoxipiridinolina (D-Pyr) urinárias¹¹.

QUADRO 2

Fatores de risco:

- Sexo feminino;
- Idade > 50 anos;
- Pequenas e magras;
- Brancas e orientais;
- Menopausa precoce;
- Corticoterapia crônica;
- Baixa ingestão de cálcio;
- Alta ingestão de proteínas;
- Tabagismo;
- Consumo de álcool;
- Consumo de café;
- Sedentarismo;
- Nuliparidade;
- Hereditariedade;
- Outros.

- Metabolismo lipídico

Após a menopausa os níveis plasmáticos de colesterol tendem a elevar-se. Ocorrem também alterações em relação às frações LDL (que aumenta) e HDL (que diminui)¹⁴. Esta variação no perfil lipídico parece ter relação direta com a carência hormonal. A incidência de infarto do miocárdio é, antes dos 50 anos, muito maior no sexo masculino. Após esta idade, tende a igualar-se em ambos os sexos¹⁵. Mulheres jovens submetidas à ooforectomia bilateral apresentam, também, um risco aumentado de doença cardiovascular¹⁶.

Parece, portanto, que a função ovariana protege a mulher, proporcionando uma vantagem, às pré-menopáusicas, em relação ao sexo masculino¹.

Sugere-se que a insuficiência hormonal pós-menopáusia possa causar repercussões omníscas sobre diversos fatores relacionados com a doença cardiovascular. Investigam-se alterações no perfil lipídico e lipoprotéico, no metabolismo dos carboidratos, na pressão arterial sistêmica, no sistema de coagulação, nas prostaglandinas e no metabolismo do tecido conjuntivo¹⁷.

ORIENTAÇÃO MÉDICA

As pacientes climatéricas devem ser tranqüilamente ouvidas e criteriosamente examinadas. São mulheres que apresentam queixas físicas e psicológicas variadas, em geral relacionadas com a queda dos níveis hormonais. Os sinais e sintomas apresentados no quadro 1 caracterizam a fase. Devemos lembrar, também, conforme referido anteriormente, da elevada incidência de certos tumores e de doenças clínicas neste período². O quadro 3 mostra, de maneira simplificada, os quesitos fundamentais da consulta médica no climatério.

Complementam a consulta alguns exames subsidiários (quadro 4).

TERAPÊUTICA

Para mulheres que apresentam sinais e/ou sintomas de carência hormonal (quadro 1) deve-se considerar a possibilidade de hormonioterapia.

QUADRO 3

Consulta médica no climatério:

- Detecção de carências hormonais;
- Controle dos fogachos;
- Abordagem da síndrome psicológica;
- Detecção da perda óssea;
- Detecção de alterações no perfil lipídico;
- Abordagem de doenças próprias da idade;
- Diagnóstico de tumores e de lesões pré-malignas;
- Orientações dietéticas;
- Orientação para atividade física;
- Avaliação da necessidade de reposição hormonal.

QUADRO 4

Exames subsidiários:

- Mamografia;
- Ultra-sonografia abdominal e pélvica transvaginal;
- Densitometria óssea;
- Citopatológico do colo uterino;
- Laboratoriais (hemograma, glicemia de jejum, perfil lipídico, cálcio, fósforo, dosagens hormonais, qualitativo de urina,...).

Preferem-se, para este fim, estrogênios naturais (conjugados equínos, valerianato de estradiol, estradiol,...), que podem ser usados por via oral ou parenteral (transdérmica, vaginal,...)¹⁸.

Progestogênios devem ser associados por, pelo menos, 12 dias ao mês, desfazendo, assim, o risco de hiperplasia endometrial e câncer de endométrio provocado pelo estrogênio¹⁹. Esta associação faz com que muitas mulheres voltem a menstruar periodicamente, fenômeno que desagrada algumas².

Indicações, drogas, posologias e vias de administração para a hormonioterapia devem ser avaliadas individualmente, para que possamos beneficiar ao máximo nossas pacientes com um mínimo de efeitos adversos.

Algumas condições podem contra-indicar a reposição hormonal. São elas: gestação, sangramento uterino anormal não investigado, distúrbio tromboembólico ativo, tromboflebite ativa, neoplasia estrogênio-dependente, doença hepática aguda, entre outras²⁰.

O PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO

Há uma relação inversa entre o exercício praticado regularmente e todas as causas de morte na mulher pós-menopáusia²¹. Vários trabalhos têm demonstrado o efeito benéfico do exercício na prevenção primária, secundária e terciária de diversas patologias, como hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, diabetes, osteoporose, entre outras²²⁻²⁵. São relatados também os benefícios do exercício sobre os fogachos e a depressão psíquica no climatério²⁶.

Os reais efeitos do exercício físico na hipertensão arterial sistêmica não estão ainda completamente determinados. Parecem ser as atividades dinâmicas e aeróbias, praticadas com regularidade, capazes de melhorar os níveis tensionais. A literatura, no entanto, tem apresentado dados conflitantes. A maioria dos estudos realizados até o momento possui falhas metodológicas importantes, prejudicando, assim, a validade dos resultados²⁷. É consensual, porém, que o exercício, usado como adjuvante no manejo da hipertensão, diminui o risco de cardiopatia isquêmica²⁸.

A atividade física tem papel estabelecido na prevenção da isquemia miocárdica, fornecendo proteção, principalmente através da elevação da HDL²⁶. Este efeito é especialmente necessário no climatério, pois a falta de estrogênio altera

negativamente o perfil lipídico e, nos esquemas atuais de reposição hormonal, os benefícios da estrogênio-terapia sobre os lipídios plasmáticos são anulados pelos progestogênios¹⁹.

O exercício físico é também um importante protetor dos ossos. Preserva a massa óssea tanto por ação direta do impacto sobre o esqueleto, como por ação indireta, pelo aumento da força muscular. Tende a ser a massa óssea proporcional à força muscular, pois a maior tração, exercida por músculos mais fortes, serve de estímulo à mineralização dos ossos²⁸.

Muito tem-se questionado sobre qual seria o melhor trabalho físico para a prevenção da osteoporose. Deve-se ter em mente que o principal efeito do exercício nos ossos, assim como nos músculos, é localizado²⁹. Por isso, para beneficiar os diversos segmentos, faz-se necessário um trabalho físico completo. Preferência tem sido dada aos exercícios resistidos dinâmicos²⁸.

As falhas metodológicas de diversos estudos realizados com exercícios físicos têm dificultado muito a instituição dos mesmos por colegas de outras áreas. Esperamos, para um futuro próximo, trabalhos capazes de fornecer evidências clínicas e epidemiológicas suficientes para que o exercício possa ser, definitivamente, aceito como um importante recurso na assistência às mulheres climatéricas.

REFERÊNCIAS

1. Badalotti M. Prevenção dos distúrbios do climatério. In: Poli & Silveira: Ginecologia preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994:105-35.
2. Silveira GP, Silveira GG. Orientação médica no climatério. *Jornal AMRIGS* 1993;6:17-8.
3. Curiel MD. Fisiopatología de la osteoporosis postmenopáusia. In: Palacios S. *Climaterio y menopausia*. Madrid: Mirpal, 1993:119-28.
4. Castro JAS. Osteoporose na menopausa: conceitos e conduta preventiva. In: Almeida AB. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993:145-52.
5. FEBRASGO. Efeito dos hormônios e alterações no metabolismo ósseo e esqueleto. In: *Climatério: Manual de Orientação*, 1995:37-43.
6. Riggs BL, Melton LJ. Medical progress: involutional osteoporosis. *N Engl J Med* 1986;314:167-86.
7. Palacios S. Epidemiología, clínica, diagnóstico y screening de la osteoporosis postmenopausica. In: Palacios S. *Climaterio y menopausia*. Madrid: Mirpal, 1993:129-36.
8. Eis SR. Gastos com o tratamento de fraturas por osteoporose nos EUA. Relatório da N.O.F. em 1995. *JBMR* 1997:1.
9. Riggs BL, Melton LJ. The prevention and treatment of osteoporosis. *N Engl J Med* 1992;327:620-7.
10. Cummings SR, Black DM, Rubin SM. Lifetime risk of hip, Colles' or vertebral fracture and coronary heart disease among white postmenopausal women. *Arch Intern Med* 1989;149:2445-8.
11. Szejnfeld VL, Lima GR, Agra E. Osteoporose no climatério. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. *Menopausa*. São Paulo: Rocca, 1995:189-211.
12. Nordin BEC. The definition and diagnosis of osteoporosis. *Calcif Tissue Int* 1987;40:57-8.

13. Johnston Jr CC, Slemenda CW, Melton LJ. Clinical use of bone densitometry. *N Engl J Med* 1991;324:1105-9.
14. Kannel W, Hjortland MC, Mcnamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. *Ann Intern Med* 1976;85:447-52.
15. Peral JH, Muñoz EV. Climaterio: modificaciones lipídicas y riesgo cardiovascular. In: Palacios S. *Climaterio y menopausia*. Madrid: Mirpal, 1993:147-65.
16. Rosenberg L, Hennekens CH, Rosner B, et al. Early menopause and risk of myocardial infarction. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:47-51.
17. FEBRASGO. Doença cardiovascular e TRH. In: *Climatério: Manual de Orientação*, 1995:44-51.
18. Wehba S, Fernandes CE, Aldrighi JM. Estrogênios e seus receptores: farmacologia, indicações e contra-indicações. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. *Menopausa*. São Paulo: Rocca, 1995:287-94.
19. Sá MFS, Pinheiro SB. Progestagênios e seus receptores: farmacologia, indicações e contra-indicações terapêuticas. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. *Menopausa*. São Paulo: Rocca, 1995:277-85.
20. Krahe C, Guaragna KBA. A terapia de reposição hormonal no climatério. In: Almeida AB. *Climatério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993: 161-71.
21. Kushi LH, Fee RM, Folsom AR, et al. Physical activity and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 1997;277:1287-92.
22. Paffenbarger RS, Jung DL, Leung RW, Hyde RT. Physical activity and hypertension: an epidemiological view. *Ann Med* 1991;23:319-27.
23. Blair SN. Physical inactivity and cardiovascular disease risk in women. *Med Sci Sports Exerc* 1996;28:9-10.
24. Solomon CG. Diabetes mellitus and risk of cardiovascular disease in women. *Med Sci Sports Exerc* 1996;28:15-6.
25. Smith EL, Gilligan C, McAdam M, et al. Deterring bone loss by exercise intervention in premenopausal and postmenopausal women. *Cacif Tissue Int* 1989;44:312-21.
26. Lopes CMC, Halbe HW. Músculo e gordura no climatério. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. *Menopausa*. São Paulo: Rocca, 1995:73-9.
27. Fuchs FD, Moreira WD, Ribeiro JP. Eficácia anti-hipertensiva do condicionamento físico aeróbio: uma análise crítica das evidências experimentais. *Arq Bras Cardiol* 1993;61:187-90.
28. Silveira GG. A importância do exercício físico no climatério. Porto Alegre: VIII Congresso Sul-Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 1996.
29. Cidade PR, Silveira GG. A influência do esporte unilateral nos diâmetros ósseos e perímetros musculares. São Paulo: XX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, 1996.