

Cuidados de saúde à mulher no climatério e menopausa – um desafio para a Medicina Familiar

LEONOR PRATA*

O climatério – o período de vida da mulher que acompanha o declínio da função ovárica – assumiu, nas últimas décadas, uma importância crescente.

O relevo que a sociedade e a Medicina actualmente lhe atribuem, resulta de vários factores: a expressão numérica das mulheres que se encontram nesta fase da vida; a expectativa que estas têm, em relação ao modo como convivem com as mudanças que nessa altura sofrem; a evidência científica, que mostra, inequivocamente, que, muito embora seja um fenómeno natural, a menopausa marca o início de uma fase de instalação de alguns factores de risco, que têm tradução, posteriormente, em problemas de saúde, com um impacto significativo.

De facto, o aumento da esperança média de vida, que ocorreu em todo o mundo, leva a que, actualmente, uma mulher possa passar um terço, ou até, metade da sua vida, no climatério.

Os problemas resultantes da carência estrogénica estão, actualmente, bem identificados. Capazes de influenciar vários órgãos e sistemas, a diminuição

dos seus níveis séricos pode ser responsável por uma perda da qualidade de vida, percebida, individualmente, por cada mulher.

Algumas das consequências da menopausa têm, ainda, um impacto global significativo, em termos de morbidade e mortalidade: é o caso das doenças cardio-vasculares, a principal causa de morte na mulher pós-menopáusicas, ultrapassando as neoplasias, e da osteoporose, um determinante fundamental das fracturas osteoporóticas, que afecta quatro vezes mais as mulheres, que os homens. Estes problemas são responsáveis, em todo o mundo, por elevados custos sociais e económicos, decorrentes de hospitalizações, das complicações resultantes, das limitações que induzem e da perda da qualidade de vida, para a doente e, nalguns casos, para os seus cuidadores.

Ao mesmo tempo que a ciência identificou os problemas de saúde que acompanham o climatério, foi, também, descobrindo possibilidades terapêuticas para os mesmos e, em alguns casos, possibilidades de prevenção.

Em muitas sociedades, as mulheres passaram a ter expectativas diferentes sobre esta fase da sua vida. O conceito de fenómeno natural, sobre o qual não era necessário intervir, foi ultrapassado e a aceitação de muitas das suas

**Assistente de Clínica Geral
Centro de Saúde da Reboleira – Extensão Damaia
Amadora*

consequências diminuiu. Surgiu o desejo de minimizar alguns dos sintomas e sinais, resultantes da falência ovárica, como os sintomas vasomotores, as alterações da pele ou as alterações genito-urinárias.

Assim, a atitude, por parte das mulheres e por parte dos profissionais de saúde, em relação aos problemas do Climatério tornou-se mais interventiva e mais medicalizada.

O momento actual é, no entanto, propício a fazer uma reflexão sobre as possibilidades terapêuticas de que já se dispõe e sobre as suas indicações.

A maior controvérsia encontra-se na Terapêutica Hormonal de Substituição (THS). De facto, alguns estudos recentes (cuja leitura se recomenda), como o HERS^{1,2}, HERS II³, ERA⁴ e WHI⁵, vieram levantar algumas interrogações, sobre a segurança (do ponto de vista da neoplasia da mama e das doenças cardiovasculares) e as indicações da THS (em particular na prevenção de doença).

É importante que os médicos tenham conhecimento dos resultados dos estudos que vão sendo publicados, para poderem tomar decisões fundamentadas e para poderem esclarecer as mulheres a quem prestam cuidados.

A abordagem dos problemas da mulher no Climatério, deverá ser global e individualizada.

É necessário considerar, para cada mulher, os factores de risco para as doenças desta fase e identificar os seus problemas de saúde. Ao intervir, deverá fazer-se uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas, tendo em atenção a evidência científica existente. A utilização da THS deverá obedecer a uma cuidadosa avaliação dos riscos e benefícios, para cada caso, e a uma partilha de decisões com a mulher. Deve ser feita uma reavaliação periódica de toda a situação.

Habitado, como está, a uma abordagem contínua e global das pessoas a seu cargo, conhecedor da sua história

clínica e capaz de gerir vários problemas de saúde em simultâneo, o Médico de Família está numa posição privilegiada para intervir, activamente, na promoção da saúde das mulheres no Climatério.

Até há poucos anos, esta era uma área da Medicina, em que intervinham, sobretudo, as especialidades hospitalares. Actualmente, contando, sempre que necessário, com a colaboração de outras especialidades, o Médico de Família pode prestar, com naturalidade, os cuidados de saúde adequados à mulher nesta fase da vida.

Assim, na impossibilidade de abordar todos os temas de uma área tão vasta, como a dos problemas resultantes do climatério, optou-se, na preparação deste dossier, por o restringir a uma breve revisão sobre a fisiopatologia da menopausa e ao tratamento dos assuntos objecto de maior controvérsia, ou que se referem a problemas com grande impacto, individual ou social.

O primeiro artigo faz uma revisão sobre a fisiopatologia da menopausa e do climatério. Salienta-se que o diagnóstico da menopausa é eminentemente clínico, dispensando, salvo situações específicas, o pedido de exames complementares de diagnóstico, como os doseamentos hormonais. É, ainda, feita uma breve revisão sobre as consequências da privação estrogénica nos vários órgãos. Muito embora sejam aspectos geralmente bem conhecidos, são de salientar alguns.

O aumento de peso e a alteração na distribuição da gordura corporal (com aumento da adiposidade abdominal), que ocorrem nesta fase da vida, contribuem, ainda mais, para o aumento do risco cardiovascular. Os estudos efectuados não concluíram, no entanto, que o aumento ponderal decorra da carência estrogénica: os aspectos ligados aos estilos de vida parecem ser determinantes⁶. Assim, o ganho de peso não deve ser encarado como uma inevi-

tabilidade e deve ser alvo da intervenção médica necessária (diagnóstico, aconselhamento, terapêutica), para diminuir a sua instalação.

Embora, classicamente, se associe à perimenopausa, a instalação de humor depressivo, estudos efectuados na comunidade não mostraram um aumento da depressão, em relação com a redução dos níveis de estrogénios⁶. A insónia parece ter relação directa com os estrogénios, que actuam, provavelmente, em áreas reguladoras do sono⁶; os sintomas vasomotores também contribuem para a perturbação do sono, e, ainda, para o cansaço, irritabilidade e alterações da concentração e memória.

Assim, ao controlar os sintomas vasomotores, a THS pode melhorar alguns destes problemas. O médico não deve, no entanto, esquecer, que esta é, também, uma fase de transição no ciclo de vida, com mudanças a vários níveis e deve estar atento à instalação de patologia psiquiátrica, que deve ser prevenida e tratada adequadamente.

As alterações genito-urinárias podem ser responsáveis por uma perda da qualidade de vida. É o caso da incontinência urinária ou das dificuldades sexuais, resultantes da atrofia genital. Estas devem, no entanto, ser activamente pesquisadas pelo médico, pois, observamos, na prática clínica, que muitas mulheres ainda não abordam, espontaneamente, estas questões.

O segundo artigo aborda a osteoporose (OP). Há alguns aspectos importantes a referir.

A prevenção da OP começa na infância, na construção de um bom capital ósseo e prolonga-se pela vida. Quando a mulher atinge a menopausa, devem ser cuidadosamente avaliados os factores de risco para OP e instituídos os procedimentos preventivos adequados. A rápida perda de massa óssea, nos anos após a menopausa, reforça a importância de uma adequada vigilância médica.

A exclusão de causas secundárias de OP, no climatério, não deve ser esquecida.

A utilização da densitometria óssea tem crescido muito. Determina a densidade mineral óssea (DMO), o parâmetro que melhor se correlaciona com o risco de fractura. No entanto, para tirar o melhor partido deste exame, é necessário ser criterioso e procurar alguns critérios indicativos de uma execução técnica correcta.

Assim, o local escolhido para a sua realização, depende do objectivo: se se pretende avaliar a perda de massa óssea, pouco tempo após a menopausa, o local escolhido para análise, deve ser a coluna lombar, pois o osso trabecular é o mais precocemente atingido.

Se se quer analisar a perda do osso cortical, que afecta as mulheres mais idosas, a densitometria deve ser feita a nível do colo do fémur.

A análise da massa óssea no rádio distal, está indicada quando se pretende avaliar a perda de osso trabecular, mas a existência de patologia da coluna, diminui a validade das determinações aí efectuadas.

A avaliação do risco fracturário de um determinado local anatómico, é melhor efectuada com uma determinação nesse local, mas a avaliação global do risco de fractura, pode ser feita, com fiabilidade, em qualquer local anatómico. O colo do fémur parece, no entanto, ser o local mais rentável. Tem valor preditivo para a ocorrência de fracturas do fémur, mas também vertebrais e do rádio. Alguns autores sugerem, assim, que, nas idades avançadas, se faça, apenas, a análise da DMO pela densitometria do fémur⁷.

Na utilização da densitometria, importa, ainda, não esquecer, que a sua repetição muito precoce pode não ter interesse.

De facto, se se pretende avaliar os resultados de uma terapêutica, é necessário conhecer o período de tempo ao

fim do qual esse fármaco induziu alterações quantificáveis da massa óssea. Com intervalos muito curtos, de um ano ou menos, pode não ser possível garantir que uma variação observada possa ser devida à terapêutica; pode resultar, apenas, do coeficiente de variabilidade que cada aparelho sempre apresenta, na precisão dos seus resultados. Este dado não é, em Portugal, fornecido nos relatórios dos exames.

Depois de estar em curso uma terapêutica crónica anti-osteoporótica, com boa aderência da mulher, não existem recomendações consensuais sobre o intervalo a que a densitometria deve ser repetida ao longo dos anos. O bom senso clínico pode ajudar a tomar decisões a este respeito.

Os resultados da densitometria também podem variar, em função da marca do aparelho, devendo as mulheres ser encorajadas a fazer o exame sempre no mesmo local. A utilização de resultados seriados, feitos em aparelhos de marcas diferentes, pode induzir o médico em erro, se não aplicar as fórmulas de conversão das unidades de DMO⁷.

A qualidade da densitometria da coluna lombar depende, ainda, da existência da patologia da coluna: as alterações da estática, a patologia degenerativa e as fracturas prévias podem falsear os resultados. Assim, se necessário, deve ser pedido um estudo radiológico prévio.

No caso da densitometria da anca, o posicionamento correcto do membro, com o apropriado grau de rotação da anca são fundamentais; se, de exame para exame, a imagem da zona do fémur que foi estudada, apresentar diferenças, é de esperar que haja variação na DMO, dependente, apenas, deste facto. As medições efectuadas nas várias áreas do colo do fémur, também não devem apresentar, entre si, variações superiores a 0,5 desvios padrão. Se isso acontecer, pode existir patologia

subjacente ou uma execução técnica deficiente.

Assim, tendo em conta todos estes aspectos, na avaliação, através de densitometria, dos efeitos de um tratamento, deve considerar-se significativo um aumento de 5% na DMO na coluna lombar e de 8% no colo do fémur.

Quanto à terapêutica da osteoporose, as alternativas são, actualmente, mais numerosas e permitem uma melhor adaptação do tratamento ao perfil de cada mulher, com bons resultados.

A calcitonina continua a ser uma opção, em particular no controle da dor, quando há uma fractura vertebral, mas na dose de 200 U/dia. Independentemente da eficácia de estrogénios, bifosfonatos ou moduladores selectivos dos receptores dos estrogénios, não se deve esquecer a suplementação com cálcio e vitamina D, no tratamento da osteoporose das mulheres idosas (os idosos apresentam uma absorção intestinal diminuída de cálcio, com conseqüente aumento da reabsorção óssea). A associação de cálcio e vitamina D aumenta a DMO total em idosos e diminui o risco geral de fractura⁸. O aconselhamento sobre as medidas gerais, para prevenção das quedas, quando existe risco fracturário, é fundamental. Finalmente, refira-se que as tiazidas diminuem a excreção urinária de cálcio.

O terceiro artigo aborda a incontinência urinária. A perda involuntária de urina constitui uma doença crónica, com repercussão na higiene e na qualidade de vida da mulher. Embora, em alguns aspectos, a incontinência urinária não tenha, directamente, a ver com a carência estrogénica, é um problema com elevada prevalência na fase do climatério. O Médico de Família deverá estar preparado para fazer a identificação do problema e a sua abordagem diagnóstica. São importantes uma história clínica cuidadosa e alguns testes simples, executáveis no gabinete de consulta para a orientação no diag-

nóstico diferencial. Alguns exames complementares de diagnóstico são de fácil acesso em ambulatório e o Médico de Família pode, também, instituir alguns tratamentos.

Sítios de interesse:

- www.socimenopausa.pt (Sociedade Portuguesa de Menopausa)
- www.menopause.org (Sociedade Norte-americana de Menopausa)
- www.the-bms.org (Sociedade Britânica de Menopausa)
- www.emesonline.org (Sociedade Europeia de Menopausa e Andropausa)

Referências Bibliográficas

1. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. 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.
2. Simon JA, Hsia J, Cauley JA, Richards C, Harris F, Fong J, Barrett-Connor E, Hulley SB. Postmenopausal hormone therapy and risk of stroke: the Heart and Estrogen /progestin Replacement Study (HERS). Circulation. 2001; 103:638-42.
3. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen / progestin Replacement Study follow-up (HERS II). JAMA. 2002; 288:49-57.
4. Herrington DM, Reboussin DM, Brosnihan KB, Sharp PC, Shumaker SA, Snyder TE, et al. Effects of estrogen replacement on progression of coronary-artery atherosclerosis. N Engl J Med. 2000; 343: 522-9.
5. S/A. Design of the Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study. Control Clin Trials. 1998; 19:61-109.
6. Dell DL, Stewart, DE. Menopausa e Humor. Postgrad Med (Ed. Port). 2001;16(4);13-22.
7. Leitão, R. Guia Prático sobre a Osteoporose. PCC, The Netherlands, Setembro de 2001.
8. McGarry, KA, Kiel, DP. Osteoporose após a menopausa. Postgrad Med (Ed Port). 2001; 16 (4): 53-64.

Endereço para correspondência:

Leonor Prata
Centro de Saúde da Reboleira
Extensão Damaia
Praceta Conde da Lousã – Damaia
2700 - Amadora