



Guia da Menopausa

sétima edição

*Ajudando a mulher climatérica a tomar decisões informadas
sobre a sua saúde*

Traduzido pela SOBRAC – Associação Brasileira de Climatério

Este guia foi publicado pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS) para promover o entendimento das mudanças físicas e emocionais que acompanham a transição no decorrer da menopausa (climatério), assim como as questões de saúde que aparecem mais tarde na vida da mulher e que podem estar relacionadas à menopausa ou ao envelhecimento.

A NAMS reconhece que a menopausa é um evento complexo na vida de uma mulher, que não pode ser explicado facilmente somente pelos efeitos das mudanças nos níveis dos hormônios. Além disso, ainda há muito para aprender nessa área e diariamente surgem novas informações.

A NAMS tem um corpo de membros multidisciplinar, que inclui especialistas em menopausa de diversas áreas médicas. Por isso, é especialmente qualificada para fornecer informações precisas, equilibradas e objetivas sobre a menopausa. Entretanto, a NAMS reconhece que alguns especialistas têm opiniões divergentes. A NAMS espera que este *Guia da Menopausa* ajude as mulheres numa fase próxima da menopausa e nos estágios posteriores a tomar decisões conscientes sobre sua saúde.

Guia da Menopausa - 7ª Edição

ISBN 978-0-9701251-4-9

Copyright (c) 2012 da Sociedade Norte-Americana de Menopausa. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida de qualquer forma através de quaisquer meios, sejam eles eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópia, registros ou armazenamento em sistema de banco de dados, sem permissão por escrito da NAMS. Produzido nos Estados Unidos da América.

Sociedade Norte-Americana de Menopausa

5900 Landerbrook Drive, Sala 390 - Mayfield Heights, OH, 44124, E.U.A.

Tel: 440/442-7550 | Fax: 440/442-2660

E-mail: info@menopause.org | Web: www.menopause.org

A NAMS agradece à Dra. Tara Allmen, NCMP, e à Fundação Allmen pelo apoio a este Guia através de uma doação.

Prefácio

(versão traduzida para o português do Guia da Menopausa)

Através de uma parceria da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC) com a NAMS (Sociedade Americana de Menopausa), possibilitamos às mulheres climatéricas brasileiras mais uma fonte de informações importante sobre a sua saúde. Esperamos que sejam de grande contribuição para a nossa população feminina. Entretanto, lembramos que algumas peculiaridades descritas neste Guia se aplicam mais especificamente às mulheres americanas, que são diferentes das características das mulheres brasileiras.

Maria Celeste Osorio Wender

Presidente da SOBRAC 2012-2015



SOBRAC – Associação Brasileira de Climatério
Av. Indianópolis, 2700
CEP 04062-003 – São Paulo – SP
Fone: (11) 5584-6938
E-mail: sobrac@menopausa.org.br
Web: www.menopausa.org.br

Guia da Menopausa

sétima edição

Sumário

1 O que é a menopausa?	4
O que acontecerá com meu corpo durante a perimenopausa?	4
Os três estágios da menopausa	5
Como posso confirmar a menopausa?	7
2 Como o seu corpo muda	9
Mudanças na menstruação	9
Redução da fertilidade	13
Fogachos (calorões)	15
Sintomas vulvovaginais	21
Distúrbios do sono	25
Dor de cabeça	26
Alterações na memória e na concentração	28
Oscilações de humor, falta de energia, depressão e ansiedade	29
Função sexual	33
Preocupações urinárias	39
Outras mudanças possíveis	44
Ganho de peso	44
Dor nas articulações	46
Alterações na pele	46
Alterações no cabelo	48
Alterações oculares	49
Alterações dentárias e bucais	49
Alterações auditivas	50
3 O que é a menopausa precoce?	51
Considerações importantes sobre a saúde	51
Insuficiência ovariana primária	51
Menopausa induzida	52
Reações emocionais à menopausa precoce	55
4 Saúde na pós-menopausa	57
Doença cardíaca	57
Osteoporose	61
Diabetes	65
Câncer	67
5 Riscos e benefícios da terapia hormonal	74
6 Como alcançar um estilo de vida saudável	80

1. O que é a menopausa?

A menopausa é um acontecimento normal e natural. É definida como a última menstruação, geralmente confirmada após doze meses consecutivos sem a ocorrência de um período menstrual, a não ser que haja outras causas aparentes. A menopausa está associada ao funcionamento reduzido dos ovários que acompanha a idade e que resulta na diminuição dos níveis de estrogênio e outros hormônios. Ocorre, em média, por volta dos 51 anos, e marca o momento em que a mulher perde a capacidade de ter filhos. Para algumas mulheres, por diversos motivos, a menopausa acontece mais cedo.

A menopausa ocorre, em média, por volta dos 51 anos da idade e marca o momento em que a mulher perde a capacidade de ter filhos.

O que acontecerá com meu corpo durante a perimenopausa?

Durante a transição desde os anos reprodutivos, através da menopausa, até os estágios posteriores, a mulher passa por muitas alterações físicas, causadas tanto pela menopausa como pelo avanço da idade. Algumas alterações normais relacionadas à menopausa incluem fogachos (calorões), dificuldade para dormir e secura vaginal. As alterações que podem ocorrer como consequência da idade incluem diabetes, distúrbios da tireoide, apneia do sono (distúrbio respiratório, hipertensão arterial e aumento no risco de doença cardíaca e alguns tipos de câncer). Para mulheres com um estilo de vida pouco saudável, um alto nível de estresse, ou uma genética desfavorável, as alterações da menopausa e do avanço da idade podem ser particularmente desafiadoras.

Cada mulher passa pela menopausa de forma diferente. A resposta de uma mulher às alterações físicas podem ser semelhantes ou distintas da resposta vivida pela mãe ou pelas irmãs dessa mulher. As expectativas de cada mulher quanto a essa fase da vida também são importantes. A experiência da menopausa varia pelo mundo e entre grupos étnicos, o que sugere que a cultura e a genética influenciam a experiência. A mulher pode ver o fim da fertilidade como uma libertação das preocupações com controle de natalidade, ou pode lamentar pelo fim da sua

capacidade reprodutiva. Algumas mulheres terão sintomas incômodos, enquanto outras podem ter poucos ou, até mesmo, nenhum sintoma.

A experiência da menopausa varia pelo mundo e entre grupos étnicos, o que sugere uma influência da cultura e da genética.

Atualmente, a menopausa é mais bem compreendida e está sendo discutida mais abertamente do que nunca. Este livro engloba praticamente tudo o que você pode querer saber. Muitas mulheres enxergam a menopausa retrospectivamente como uma passagem para uma nova fase de suas vidas, na qual elas se sentem mais confiantes, poderosas, envolvidas e revitalizadas. A menopausa é um momento ideal para começar ou reforçar mudanças saudáveis em sua vida.

Os três estágios da menopausa

Aprenda mais sobre o que esperar durante a transição através da menopausa. Primeiro, alguns termos essenciais.

Perimenopausa é o intervalo de tempo (geralmente vários anos) antes da menopausa natural, quando têm início as alterações corporais.

Menopausa natural é a menopausa que ocorre naturalmente - geralmente por volta dos 51 anos - e não é provocada por nenhum tratamento médico ou cirúrgico. Geralmente, é confirmada após 12 meses sem menstruação.

Pós-menopausa é o período após a menopausa.

Veja a seção 3 para mais informações sobre menopausa precoce.

Perimenopausa

Os indícios físicos de que você está se aproximando da menopausa podem começar anos antes da menstruação final. Esse período, chamado de "perimenopausa" (ou seja, "por volta da

menopausa"), é o resultado de alterações nos níveis dos hormônios ovarianos no seu corpo. Os níveis de estrogênio diminuem, porém de forma irregular. Às vezes, eles podem ficar inclusive mais elevados do que quando você era mais jovem. Períodos menstruais irregulares, fogachos, secura vaginal, distúrbios do sono e oscilações de humor são sinais comuns e normais da perimenopausa. Nessa fase, as mulheres ainda podem engravidar, embora isso não seja frequente. Para as mulheres que não querem ficar grávidas, o uso de contraceptivos é aconselhável até um ano após a menstruação final.

Para as mulheres que não querem ficar grávidas, o uso de contraceptivos é aconselhável até um ano após a menstruação final.

Menopausa natural

A menopausa natural é o fim espontâneo e permanente da menstruação, não provocado por tratamento ou intervenção médica. Na América do Norte, a maioria das mulheres passa pela menopausa natural entre 40 e 58 anos de idade, com média de 51 anos. Algumas chegam à menopausa natural já aos 30 anos e, algumas poucas, somente após os 60. Atualmente, a maior parte das mulheres norte-americanas vive pelo menos um terço de sua vida no período pós-menopausa. As mulheres geralmente passam pela menopausa por volta da mesma idade em que suas mães ou irmãs passaram. As fumantes podem chegar à menopausa dois anos antes do que as não fumantes. Nenhuma correlação foi encontrada entre idade na menopausa e raça, idade na primeira menstruação e uso de pílulas anticoncepcionais ou medicamentos de fertilidade.

Pós-menopausa

A pós-menopausa é o período após a menopausa. Alguns sintomas relacionados à menopausa (como secura vaginal e fogachos) ainda podem ocorrer, pois o corpo está produzindo somente pequenas quantidades de estrogênio. Nessa época, aumenta o risco de doenças associadas ao nível baixo de estrogênio, incluindo osteoporose.

Como posso confirmar a menopausa?

Os sintomas mais comuns percebidos pelas mulheres na faixa dos 40 anos são mudanças na menstruação e o início de fogachos. Até o momento, não há um teste simples para prever ou confirmar a menopausa, mas as pesquisas continuam.

Os sintomas mais comuns percebidos por mulheres na faixa dos 40 anos são as mudanças na menstruação e o início de fogachos.

Durante a perimenopausa, os testes hormonais são muitas vezes de pouca valia porque os níveis hormonais mudam ao longo de um mesmo ciclo menstrual. Às vezes, os testes são feitos para checar níveis hormonais específicos, especialmente se existem problemas de fertilidade ou quando a menstruação é interrompida muito cedo. Isso pode ajudar as mulheres a tomarem decisões sobre começar ou ajustar medicações. Para algumas mulheres, pode ser aconselhável investigar outras causas que podem causar sintomas semelhantes aos da perimenopausa, como a doença da tireoide.

Hormônio folículo-estimulante

Às vezes, medem-se os níveis do hormônio folículo-estimulante (FSH) para confirmar a menopausa. Quando o nível de FSH no sangue da mulher é consistentemente elevado, ou seja, igual ou maior do que 30 mUI/mL, e ao mesmo tempo a mulher ficou sem menstruar durante um ano, geralmente se aceita que esta mulher chegou na menopausa.

Entretanto, uma única medição do nível de FSH pode ser enganadora na perimenopausa, já que a produção de estrogênio não diminui em ritmo constante de um dia para o outro. Em vez disso, tanto o nível de estrogênio quanto o de FSH podem variar bastante durante a perimenopausa. Uma única dosagem elevada de FSH não é suficiente para confirmar a menopausa. Mais ainda, um nível baixo de FSH em uma mulher com fogachos e menstruação alterada não elimina a probabilidade de perimenopausa. Ainda, se a mulher está usando determinadas terapias hormonais (como pílulas anticoncepcionais), o teste de FSH não é válido.

Teste de saliva

Alguns médicos recomendam testar a saliva da mulher para níveis de estrogênio ou outros hormônios. Os níveis hormonais na saliva não são precisos e não devem ser usados para avaliar ou tratar sintomas da menopausa.

Não é necessário medir nenhum nível hormonal, incluindo estrogênio ou FSH, para tratar sintomas da menopausa.

2. Como o seu corpo muda

As alterações da perimenopausa geralmente começam na faixa dos 40 anos e, em alguns casos, até mesmo na faixa dos 30. Muitos fatores contribuem para o grau de incômodo provocado por essas alterações, como outros fatores de estresse cotidianos que são comuns nas mulheres de meia-idade e os efeitos do envelhecimento. A maioria das alterações termina logo após a menopausa e não exige de tratamento. Entretanto, as alterações podem algumas vezes indicar outros problemas, como distúrbios da tireoide, depressão ou efeitos colaterais de medicamentos. Por isso, é importante comunicar qualquer alteração física para um profissional de saúde.

É importante comunicar qualquer alteração física para um profissional de saúde.

O desconforto relacionado à menopausa pode ser reduzido por mudanças no estilo de vida, como praticar exercícios, alterar a dieta, cuidar do peso e deixar de fumar. Um estilo de vida saudável pode contribuir muito para melhorar o bem-estar – não somente perto da menopausa, mas durante toda a vida. Algumas mulheres recorrem a tratamentos com medicamentos "sem receita" disponíveis em farmácias ou lojas de suplementos alimentares. Outras podem precisar de medicamentos com receita médica para aliviar os sintomas e reduzir o risco de doenças. As decisões acerca do tratamento são baseadas na gravidade dos sintomas, nos futuros riscos e no modo como a mulher encara a menopausa e o uso de medicamentos.

Muitas alterações físicas podem ocorrer por volta da menopausa. Essas alterações podem estar relacionadas à menopausa, ao avanço da idade ou a ambos. Nenhuma mulher vai passar por todas as alterações descritas a seguir, mas conhecer essas alterações ajuda a saber o que esperar.

Mudanças na menstruação

Durante os anos reprodutivos, dois hormônios produzidos pelos ovários - estrogênio e progesterona – têm um papel importantes no ciclo menstrual da mulher. Esses hormônios provocam um espessamento do revestimento do útero (endométrio), fazendo com que o endométrio se prepare para receber o óvulo fertilizado. Se um óvulo fertilizado não chega ao

útero, os ovários param a produção desses hormônios, o revestimento do útero é expelido, e a mulher menstrua. Cada mulher tem um padrão particular de menstruação.

À medida que a mulher se aproxima da perimenopausa, tornam-se comuns as mudanças no fluxo e na frequência menstrual. Algumas poucas mulheres simplesmente param de menstruar um dia e nunca mais têm outra menstruação. Entretanto, para cerca de 90% das mulheres, as mudanças no ciclo menstrual duram de 4 a 8 anos antes de a menstruação parar de vez. A maioria relata menstruações irregulares, causadas por produção errática de hormônios pelos ovários e ovulações (liberação de um óvulo) menos frequentes. Inicialmente, as mudanças nos ciclos menstruais podem ser sutis. A duração do ciclo geralmente diminui para menos do que os 28 dias usuais. O sangramento pode durar mais ou menos dias e o fluxo de sangue pode ser mais intenso, mais leve, ou apenas uma borra. Com uma perimenopausa mais avançada, é comum faltar alguns períodos menstruais, com um ciclo menstrual normal depois disso. Apesar da variedade possível de padrões menstruais, cada mulher sabe que, para ela, uma mudança ocorreu.

As mudanças no fluxo e na frequência menstrual são comuns à medida que você avança na perimenopausa,.

As mudanças menstruais variam na menopausa precoce, seja natural ou induzida.

Causas possíveis de sangramento uterino anormal durante a perimenopausa

Desequilíbrio hormonal. Sangramentos irregulares ou intensos podem ser causados por um desequilíbrio na produção de estrogênio e progesterona dos ovários. Outras anomalias hormonais, como nível baixo de hormônio tireoidiano, também podem causar mudanças na menstruação.

Contraceptivos hormonais. Muitos contraceptivos hormonais, geralmente indicados para controle de natalidade, podem estar associados ao sangramento irregular.

Gravidez. Pode haver sangramento uterino anormal durante uma gravidez normal, gravidez ectópica (gravidez desenvolvida em tuba uterina) ou ameaça de aborto.

Miomas. Esses tumores não cancerosos, que crescem no útero ou ao redor dele, são uma causa comum de sangramento uterino prolongado ou intenso. Às vezes, eles também podem causar

cólicas menstruais, dor nas costas, ou problemas na defecação ou micção. Embora a causa dos miomas seja desconhecida, o seu crescimento pode ser estimulado por picos de estrogênio na perimenopausa. Os miomas geralmente encolhem com a redução na produção de estrogênio após a menopausa, mas o uso de terapia hormonal pode impedir essa diminuição de tamanho.

Adeniose. Menstruações e cólicas intensas podem ocorrer quando o tecido da membrana que reveste o útero (endométrio) invade a musculatura uterina. Esses sintomas geralmente são resolvidos após a menopausa.

Anomalias no revestimento do útero. Extensões não cancerosas do endométrio (revestimento do útero), como pólipos ou hiperplasia (crescimento excessivo do endométrio), podem causar sangramento uterino anormal.

Câncer. Em casos raros, câncer no útero, na vagina ou no colo do útero pode causar sangramento vaginal anormal. A realização regular de exames pélvicos e teste Papanicolau pode diagnosticar essas doenças cedo o suficiente para permitir um tratamento eficaz.

Outras causas. Interferências na coagulação normal do sangue, por anticoagulantes, aspirina e óleo de peixe, podem causar sangramento uterino anormal. Outras doenças da vagina e do colo do útero, incluindo infecções, também podem ser a origem do sangramento, ao invés do próprio útero.

A mulher pode anotar seus períodos menstruais em um calendário para definir o que é um padrão normal ou anormal (no site da NAMS há um ótimo calendário menstrual em inglês, disponível em www.menopause.org/menocalendar.pdf). É necessário consultar imediatamente um profissional de saúde se houver algum dos seguintes sinais de sangramento anormal:

- Menstruações extremamente intensas, especialmente se o fluxo não costuma ser intenso
- Menstruações que durem mais de sete dias, ou com duração de dois ou mais dias a mais do que o normal
- Menstruações frequentes, com intervalos menores do que 21 dias entre o início de dois ciclos seguidos
- Escape ou sangramento entre menstruações
- Sangramento vaginal após relação sexual

Existem vários testes para identificar as causas do sangramento uterino anormal: exame da área pélvica com ultrassom comum ou com injeção de soro fisiológico; análise do tecido do

revestimento do útero com biópsia do endométrio; histeroscopia; ou dilatação e curetagem (D&C).

Opções de tratamento

Se a causa do sangramento anormal for hormonal, o sangramento pode ser regulado com um tratamento hormonal medicamente prescrito, como, por exemplo contraceptivos de baixa dose que contêm uma combinação de estrogênio e progesterona, somente progesterona, ou um dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU). Um agente não hormonal recentemente aprovado, chamado "ácido tranexâmico", age no fluxo sanguíneo para controlar o sangramento. Há casos em que a resolução do sangramento uterino anormal exige cirurgia. Por exemplo, miomas uterinos - uma causa comum de sangramento - às vezes são tratados com remoção cirúrgica ou por um procedimento que destrói o suprimento de sangue ao mioma. A abordagem depende do tamanho, da número e do local dos miomas, assim como da gravidade dos sintomas causados. Outro procedimento ambulatorio chamado "ablação endometrial" queima (cauteriza) o revestimento do útero para controlar o sangramento intenso. Em alguns casos, é necessário uma histerectomia (remoção do útero).

A menstruação para completamente quando você chega à menopausa.

Sangramento após a menopausa

A menstruação para completamente quando você chega à menopausa. Toda mulher com sangramento uterino após a menopausa deve consultar um profissional de saúde para excluir causas graves, como câncer. Usar uma combinação de terapia hormonal (TH) (estrogênio mais qualquer tipo de progestagênio) depois da menopausa para tratar os sintomas relacionados pode provocar sangramento; porém, isso geralmente não é um motivo de preocupação. Entretanto, mulheres que usam essa terapia devem relatar qualquer sangramento diferente do seu padrão normal.

Redução da fertilidade

Muitas mulheres no mundo todo estão esperando mais para tentar engravidar. Mas, conforme a idade avança, a fertilidade diminui. As mulheres nascem com 1 a 2 milhões de óvulos. Quando a menopausa se aproxima, restam somente cerca de 100 óvulos. Tanto a diminuição do número e da qualidade dos óvulos, como as mudanças uterinas relacionadas ao envelhecimento, contribuem para reduzir a fertilidade, antes dos sinais da perimenopausa se tornarem visíveis. Embora existam opções para aumentar a fertilidade em mulheres de meia-idade, esses métodos são muitas vezes caros, envolvem alguns riscos e nem sempre são bem-sucedidos. Além disso, a gravidez se torna mais arriscada para mulheres mais velhas em comparação às mais jovens. Os riscos incluem taxas mais altas de aborto espontâneo e anomalias genéticas nos bebês, assim como maior chance de problemas como diabete gestacional, hipertensão, natimortalidade e parto cesariano. Qualquer mulher que queira ser mãe a partir do final da faixa dos 30 anos ou depois deve consultar um médico especializado na saúde da mulher.

A menopausa sinaliza o fim da fertilidade natural e, para muitas mulheres, isso pode trazer uma sensação de liberdade. Anticoncepcionais não são mais necessários, e uma nova fase da vida começa. Porém, quando as mulheres passam pela menopausa precoce, o fim imprevisto da fertilidade pode ser bastante perturbador.

Controle de natalidade

Embora sejam menos férteis durante a perimenopausa, e mesmo que a menstruação se torne irregular, até a chegada da menopausa as mulheres ainda podem engravidar. A menopausa é confirmada após 12 meses consecutivos sem menstruação. As mulheres que não quiserem engravidar devem usar métodos de controle apropriados, principalmente porque a gravidez na meia-idade pode ter efeitos adversos para a saúde da mulher, que se estendem bem além dos anos reprodutivos.

Com base no histórico médico, estilo de vida e hábitos sexuais da mulher, os profissionais de saúde podem ajudar na escolha do melhor método anticoncepcional. São opções eficazes para as mulheres na meia-idade:

- Pílulas contraceptivas hormonais (pílulas anticoncepcionais), adesivos transdérmicos, e anel vaginal

- Progestina na forma de pílulas, implantes e injeções
- Dispositivo intrauterino com ou sem hormônios
- Esterilização com laqueadura das tubas uterinas para mulheres, ou vasectomia para homens

Outras opções incluem métodos de barreira (diafragma e esponjas com espermicida, espermicidas, camisinhas masculinas e femininas), mas precisam ser usados com cuidado para serem eficazes. O método comportamental (método de ritmo ovulatório e abstinência periódica) não é recomendado para mulheres na perimenopausa, pois a menstruação irregular dificulta a previsão do período fértil. O anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte) é uma opção quando ocorrem deslizes na contracepção, mas não é recomendado como método contraceptivo regular. Outras coisas a considerar:

- Além de evitar a gravidez, os contraceptivos hormonais trazem muitos benefícios para a saúde, incluindo ciclos menstruais mais regulares, menos sangramento menstrual (e, como resultado, redução da anemia por deficiência de ferro) e menos fogachos. Os contraceptivos hormonais mantêm a força óssea e diminuem o risco de câncer de ovário e de útero. Entretanto, nenhum desses métodos tem indicação aprovada pelo governo nos Estados Unidos.
- Somente um método contraceptivo – o uso de camisinha – fornece alguma proteção contra HIV (o vírus causador da AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
- Os contraceptivos hormonais são seguros para mulheres saudáveis acima de 35 anos, não fumantes e não obesas. As mulheres na perimenopausa não devem usar contraceptivos com estrogênio caso possuam histórico de câncer estrogênio-dependente, doença cardíaca, hipertensão arterial, diabetes, ou coágulos nas pernas ou pulmões.
- Os efeitos colaterais comuns incluem náusea e sensibilidade nos seios, o que tende a diminuir com o tempo. O uso de qualquer contraceptivo combinado de estrogênio-progestina resulta em sangramento uterino (como uma menstruação), mesmo após a menopausa, quando a menstruação normalmente para de acontecer. Entretanto, o uso de contraceptivos orais de ciclo prolongado resulta em sangramento menos frequente (a cada três meses).
- O uso de contraceptivos hormonais pode disfarçar os sinais da menopausa, fazendo com que seja difícil saber quando a menopausa ocorre. Isso não é um problema, a menos que a mulher esteja ansiosa para saber se passou pela menopausa.

- Alguns médicos recomendam a interrupção do uso de contraceptivos hormonais aos 51 anos, a idade média da menopausa. Entretanto, nem todas as mulheres terão chegado à menopausa nessa idade, e algumas ainda podem precisar de controle de natalidade por mais alguns anos.

Enquanto a mulher não tiver ficado sem menstruar por 12 meses consecutivos, a gravidez ainda pode ocorrer.

O que significa aprovação governamental?

Como parte do processo de aprovação dos medicamentos de prescrição médica nos Estados Unidos, o fabricante envia informações de estudos sobre algum produto em particular, que serve um para determinado problema, para um órgão chamado de Administração Federal de Alimentos e Medicamentos, conhecido como FDA. O FDA então avalia a eficácia do produto, a dosagem, os efeitos colaterais e possíveis riscos a longo e a curto prazo. Se o FDA conceder aprovação, o produto poderá ser oferecido no mercado norte-americano para as indicações para as quais teve o seu uso aprovado. Todas as informações e propaganda do fabricante sobre o produto devem estar de acordo com a informação de prescrição aprovação pelo FDA. Entretanto, depois que o medicamento está no mercado, médicos podem prescrevê-lo legalmente para indicações não aprovadas. Um exemplo é o uso de pílulas contraceptivas para tratar fogachos. Essa é uma prática médica comum. (O processo de regulação de medicamentos é parecido no Canadá, onde é órgão de regulamentação se chama “Direção de Produtos Farmacêuticos do Canadá”.)

Fogachos (calorões)

O sintoma mais comum relacionado à menopausa é o fogacho (calorões). Embora ainda não se saiba exatamente qual é a causa desse sintoma, acredita-se que os fogachos resultem de alterações no hipotálamo, a parte do cérebro que regula a temperatura corporal. O hipotálamo percebe que a mulher está quente demais e inicia uma sucessão de eventos para esfriar o corpo. As veias sanguíneas perto da superfície da pele se dilatam (se alargam) para deixar o sangue fluir mais e diminuir o calor do corpo. Em mulheres de pele clara, isso deixa o rosto e o pescoço vermelhos, afogueados. Também pode ocorrer suor, para esfriar ainda mais o corpo. Algumas

mulheres sentem batimentos cardíacos acelerados, conforme sua pulsação acelera. Os fogachos são muitas vezes seguidos por calafrios. Algumas mulheres sentem somente o calafrio.

Quando acontecem à noite, os fogachos podem interferir no sono, mesmo que não sejam fortes o suficiente para acordar você. Se você suar muito, o sintoma é chamado de "suores noturnos". Embora seja dito que a menopausa deixa a mulher irritável, são os distúrbios do sono que causam fadiga, o que certamente pode levar à irritabilidade.

A menopausa não é a única causa para os fogachos. Outras condições médicas, como doenças da tireoide, infecção, ou (raramente) câncer também produzem fogachos. Além disso, o uso de medicamentos como tamoxifeno para câncer, raloxifeno para osteoporose e alguns antidepressivos pode causar fogachos. As mulheres não devem presumir que os fogachos estão relacionados apenas à menopausa. As mulheres que têm fogachos mas que provavelmente não estão na menopausa, ou as mulheres têm também outros sintomas incomuns, devem consultar um profissional de saúde.

Mais de 75% das mulheres norte-americanas têm fogachos durante a perimenopausa. Mulheres cujos ovários tenham sido removidos, induzindo a menopausa cirúrgica, frequentemente têm fogachos intensos que começam logo após a cirurgia e duram mais tempo do que em mulheres que chegaram à menopausa naturalmente. Nos Estados Unidos, até 90% das mulheres que tiveram menopausa induzida cirurgicamente relataram fogachos, cerca de 25% mais do que com menopausa espontânea. Entretanto, com o tempo, a severidade e proporção dos sintomas se aproximam da experiência das mulheres que chegaram na menopausa espontaneamente. (Veja a seção 3 para mais informações sobre menopausa precoce.)

Os fogachos relacionados à menopausa geralmente seguem um padrão consistente, específico de cada mulher. Alguns fogachos são facilmente tolerados, outros são irritantes ou embaraçosos e alguns podem ser debilitantes. A maioria das mulheres vai ter fogachos durante 3 a 5 anos até que esse sintoma comece a diminuir. Enquanto algumas mulheres nunca terão fogachos, ou só têm esse sintoma por alguns meses, outras têm fogachos por muitos anos, até a faixa dos 70 anos ou mais. Um estudo recente sugere que quanto mais cedo começa o fogacho, mais tarde termina. Não há modo confiável para prever quando os fogachos vão começar – ou terminar.

Os fogachos geralmente aumentam com o estresse e podem estar associados a ansiedade e palpitações (batimentos cardíacos acelerados). A sensação inquietante que antecede um fogacho pode parecer um "ataque de pânico" em algumas mulheres.

Tratamento

Boas notícias! Muitas mulheres não vão precisar de nenhum tratamento para os fogachos.

Quando os fogachos são muito angustiantes, geralmente podem ser reduzidos ou interrompidos com uma ou mais opções listadas abaixo. A melhor escolha de tratamento depende do quanto os fogachos afetam a sua qualidade de vida, suas preferências e sua saúde em geral.

Mudanças no estilo de vida. Embora as abordagens a seguir não tenham sido foco de estudos científicos, elas não são prejudiciais, não custam nada e podem oferecer alívio para alguns fogachos.

- Identifique e evite as coisas que desencadeiam os fogachos em você. Esses itens podem incluir calor externo (como um quarto quente ou uso de secador de cabelo), estresse, bebidas quentes, comidas quentes ou apimentadas, álcool, cafeína e cigarro.
- Tente fazer meditação, yoga ou tai chi, qigong, *biofeedback*, visualização positiva, acupuntura, ou massagem.
- Tente manter o corpo fresco durante o dia e enquanto dorme.
 - Use roupas em camadas durante o dia e pijamas leves de algodão para dormir.
 - Use lençóis e roupas que absorvem a umidade da pele para a superfície do tecido, a partir de onde a umidade evapora.
 - Lave as mãos com água gelada quando sentir um fogacho para ter um refresco.
 - Mantenha um pequeno ventilador na sua escrivaninha e na sua mesinha de cabeceira.
 - Use roupa de cama em camadas que você pode ajustar facilmente durante a noite.
 - Mantenha uma bolsa térmica congelada debaixo do seu travesseiro e vire o travesseiro com frequência; assim, a sua cabeça vai estar sempre sobre uma superfície fria.
 - Deixe um copo de água gelada perto da cama para tomar um gole quando você acordar durante a noite.
 - Utilize técnicas para voltar a dormir (por exemplo, não fique deitada sem fazer nada. Levante e leia até o sono voltar).

- Quando o fogacho começa, faça uma respiração abdominal lenta e profunda, inspirando pelo nariz e soltando o ar pela boca.
- Tente perder peso – isso pode ajudar a aliviar os fogachos nas mulheres com sobrepeso.
- Tente meditar várias vezes por dia.

Remédios sem receita médica. Embora algumas mulheres relatem que certos remédios vendidos sem prescrição, como os suplementos alimentares, ajudam a aliviar os fogachos, a maioria dos estudos científicos não sustenta o uso dessas substâncias. Muitos especialistas acreditam que o alívio oferecido pelos suplementos se deve ao "efeito placebo". Demonstrou-se que os placebos (medicamentos inativos) fornecem alívio para uma grande variedade de sintomas. Isso vale para fogachos, que melhoram com o uso de placebos em 40 a 50% das vezes. A falta de regulamentação governamental para os suplementos alimentares é um motivo de preocupação.

Suplementos alimentares - Use com cautela

Os suplementos e os medicamentos que exigem receita médica têm muito em comum. Ambos são usados para melhorar a saúde. Mas, nos Estados Unidos, o FDA não utiliza regras diferentes para regulamentar os suplementos e os medicamentos de receita. No Canadá, todos os produtos naturais para saúde precisam passar por licenciamento. Além disso, falta para os remédios "naturais" comercializados nos Estados Unidos como suplementos alimentares (incluindo creme de progesterona tópico e outros tratamentos hormonais sem prescrição) um item existente nos medicamentos vendidos com receita – a bula com informações para o paciente. Esse documento, exigido pelo FDA para drogas de prescrição, fornece informações importantes sobre como usar a medicação com segurança, identificar os efeitos colaterais negativos e evitar possíveis interações perigosas com outros medicamentos.

Ao comprar suplementos, escolha marcas testadas em ensaios clínicos e use essas substâncias com cautela. Converse com um profissional de saúde sobre qualquer suplemento que deseje tomar.

Os remédios sem receita médica usados para aliviar os fogachos incluem:

- Isoflavonas (estrogênios fracos derivados de plantas), comumente encontradas em alguns alimentos de soja, mas também presentes em cápsulas de suplementos alimentares. Alguns estudos mostraram que as isoflavonas reduziram fogachos moderados, mas outros estudos não constataram nenhum efeito. Comer uma ou duas porções diárias de alimentos de soja pode trazer mais benefícios do que usar suplementos. O efeito sobre os fogachos, caso ocorra, pode demorar semanas. Há controvérsias sobre o uso de isoflavonas em mulheres que tiveram câncer de mama.
- Alguns estudos relataram redução nos fogachos com o uso de um suplemento alimentar em cápsula, produzido na Alemanha, que contém a erva cimicífuga racemosa. Entretanto, outros estudos não mostraram esse efeito positivo. A cimicífuga é usada como ingrediente em muitos produtos de venda livre para fogachos.
- Outros medicamentos vendidos sem receita e anunciados como alívio para os fogachos – inclusive creme de progesterona tópico e suplementos fitoterápicos contendo óleo de primula, dong quai, ginseng, alcaçuz ou salva – não foram eficazes em estudos científicos. Alguns desses medicamentos podem ter efeitos colaterais, ocasionalmente severos. (Veja também o site do Centro Nacional da Medicina Alternativa e Complementar nos Estados Unidos, em www.nccam.nih.gov.)
- A aplicação de géis refrescantes de venda livre durante os fogachos ajuda em alguns casos.

Terapias que exigem receita médica. Os seguintes medicamentos de prescrição são as opções mais eficazes para o alívio de fogachos moderados a severos. Nem todos são apropriados para todas as mulheres. Nenhum foi testado adequadamente em mulheres passando por menopausa precoce, seja natural ou induzida. Todavia, tradicionalmente, os profissionais de saúde indicam terapias testadas em mulheres mais velhas que estão chegando na menopausa para uso por mulheres na menopausa precoce.

- **Terapia hormonal sistêmica.** Muitos estudos documentaram que a TH sistêmica (distribuída pelo corpo através do sangue) é o tratamento mais eficaz para fogachos, frequentemente em doses mais baixas do que as usadas no passado. A TH sistêmica é a única terapia aprovada pelo FDA e pelo Ministério da Saúde do Canadá para tratamento de fogachos. Algumas mulheres sentem alívio em poucos dias, mas, na maioria dos casos, o efeito máximo só é alcançado após 6 a 12 semanas de uso, especialmente em doses mais baixas. Existem vários

tipos de produtos com estrogênio para a menopausa. As mulheres que usam TH para fogachos devem usar a menor dose eficaz pelo menor período de tempo possível, suficiente para fornecer alívio e evitar os riscos associados a altas doses e uso prolongado. As diretrizes atuais de prescrição também recomendam que o período mais seguro para uso da TH é perto da menopausa, por um período de somente 3 a 5 anos. As mulheres que fizeram uma histerectomia podem usar estrogênio com relativa segurança por 7 anos ou mais, se necessário.

- ***Outros medicamentos hormonais.*** Outras terapias hormonais de prescrição são, às vezes, usadas para tratar fogachos. Embora elas não tenham aprovação governamental para esse uso, algumas pesquisas documentaram o alívio dos fogachos em mulheres que utilizaram esses medicamentos ou medicamentos de prescrição que não tem uma indicação específica para esse fim. Por exemplo, uma mulher saudável e não fumante, na perimenopausa, pode usar uma pílula anticoncepcional que combina de estrogênio e progestina para aliviar fogachos, independentemente de precisar ou não de controle de natalidade. Algumas mulheres tomam o anticoncepcional continuamente (pulando a semana de placebo e iniciando os comprimidos ativos da próxima cartela) para evitar os sintomas que aparecem quando não tomam os comprimidos ativos. Opções hormonais para alívio de fogachos em mulheres que não podem usar estrogênio incluem contraceptivos de progestagênio, outros progestogênios, como acetato de medroxiprogesterona ou acetato de megestrol, e progesterona oral. Não há estudos sobre o efeito dos cremes tópicos de progesterona, manipulados por prescrição, sobre os fogachos. Lembre-se de que cada terapia possui riscos que devem ser levados em consideração.
- ***Medicamentos não hormonais.*** Em casos nos quais os hormônios não são uma opção, as mulheres podem escolher outros medicamentos não hormonais de prescrição. Novamente, não existe aprovação governamental desses medicamentos para o tratamento de fogachos, mas algumas pesquisas apoiam o seu uso. Entre eles estão incluídos: medicamento para tratar epilepsia e enxaqueca (gabapentina); medicamentos aprovados para tratamento de depressão (paroxetina, fluoxetina, venlafaxina, desvenlafaxina, escitalopram); e medicamentos usados no tratamento de hipertensão arterial (metildopa, clonidina). Relembrando, cada terapia tem seus riscos. Não se sabe exatamente o que funciona melhor para cada mulher; tampouco é possível prever se um medicamento irá funcionar quando outro não funciona.

- ***Olhando para o futuro.*** Estudos sobre novos medicamentos para fogachos estão em andamento. Há relatos sobre uma injeção de bloqueio nervoso que pode ajudar com os fogachos. Fique atenta.

Devido à relação dos fogachos com a temperatura corporal, um clima mais ameno ajuda a reduzir o tratamento. Não há consenso sobre o melhor jeito de interromper a TH. Alguns médicos preferem diminuir o seu uso lentamente, pois isso pode ajudar a evitar a volta dos fogachos, a qual pode ser severa. Deve-se interromper o uso de alguns medicamentos, como os antidepressivos, para evitar efeitos colaterais perigosos. Se os fogachos voltarem, a terapia pode ser retomada por um tempo. Até 40% das mulheres usando TH vão ter fogachos novamente depois de encerrarem o tratamento.

Algumas mulheres preferem interromper o uso de TH lentamente, o que pode ajudar a evitar um retorno dos fogachos.

Sintomas vulvovaginais

Durante a vida, pelo menos um terço das mulheres terão sintomas problemáticos na área vulvovaginal (lábios da vagina, vagina e área retal). O grau desses sintomas varia de levemente desagradável a debilitante. Os sintomas incluem corrimento vaginal, irritação, sensação de queimação, secura, coceira e dor (com ou sem atividade sexual).

Causas

As mulheres perto da menopausa não devem presumir que os problemas vulvovaginais resultam da redução de níveis de estrogênio. Os sintomas devem ser discutidos com um profissional de saúde. Todas as mulheres na menopausa e nos estágios posteriores devem passar por uma avaliação completa e regular da saúde vulvovaginal, independentemente de terem sintomas ou serem sexualmente ativas.

Há muitas possíveis causas para os sintomas vulvovaginais, incluindo:

- Infecções vaginais, como aquelas causadas por leveduras (fungos).
- Vaginose bacteriana, um crescimento excessivo de certas bactérias vaginais que causa corrimento e um odor desagradável.
- Infecções sexualmente transmissíveis, incluindo gonorreia, clamídia, herpes, verrugas, ou tricomoníase, os quais podem causar inflamação, corrimento, dor ou coceira vaginal.
- Condições da pele, como eczema ou líquen escleroso vulvar (pele escamosa e descamada nos genitais externos), as quais estão associadas a coceira e irritação.
- Algumas doenças, como a doença de Crohn, uma doença inflamatória intestinal.
- Radioterapia pélvica, que pode causar secura e irritação vaginal severa.
- Lesões nas fibras do nervo pélvico, as quais causam dor ou sensação de queimação na vulva (também conhecida como vulvodínia).
- Reações alérgicas às substâncias químicas contidas em sabonetes, banhos de espuma, espermicidas, camisinhas, sprays para a higiene feminina, ou tampões e absorventes.
- Irritações causadas por tampões ou dispositivos contraceptivos, como o diafragma ou o capuz cervical, que permanecem por muito tempo na vagina.

Além disso, a menopausa pode causar sintomas vulvovaginais. Entretanto, nem todas as mulheres desenvolvem os sintomas, ou, em outros casos, eles viram um problema somente anos depois da menopausa. Quando a mulher chega à menopausa, as quedas dos níveis de estrogênio podem causar o afinamento, a secura e a diminuição da elasticidade dos tecidos da vulva e do revestimento da vagina – uma condição conhecida como atrofia. As secreções vaginais diminuem, resultando em uma lubrificação reduzida. A perda de estrogênio também pode deixar a mulher mais suscetível às infecções vaginais.

Sem o devido tratamento, o problema pode piorar e os tecidos vaginais podem inflamar – uma condição chamada "vaginite atrófica". Quando estão frágeis, os tecidos vaginais ficam propensos a lesões, ferimentos e sangramentos durante a relação sexual ou o exame pélvico. A dor pode fazer com que a relação sexual deixe de ser mais prazerosa, ou até mesmo possível. Mesmo as mulheres que não são ativas sexualmente podem ter secura e coceira vaginal, e esses sintomas podem se tornar mais severos com o tempo.

Procedimentos cirúrgicos causadores da menopausa precoce provocam efeitos variados na vagina. Alguns não têm efeito direto, enquanto outros incluem a remoção de uma parte da parede vaginal ou envolvem uma reconstrução vaginal. (Veja a seção 3 para mais informações sobre menopausa precoce.)

Alguns medicamentos de quimioterapia podem irritar a vagina, deixando-a seca e inflamada. Além disso, infecções vaginais por fungos são comuns durante a quimioterapia, principalmente em mulheres tomando esteroides ou antibióticos fortes. Entretanto, existem tratamentos para esses problemas.

A radioterapia pélvica pode provocar coceira, sensação de queimação e secura vaginal. A vagina pode ficar sensível durante e após algumas semanas do tratamento. As paredes vaginais podem se tornar duras e fibrosas, perdendo a flexibilidade. A radioterapia pélvica pode tornar o revestimento vaginal mais fino, frágil e mais propenso a feridas e úlceras vaginais. A cicatriz vaginal da radioterapia pode encurtar a vagina, deixando a relação sexual dolorida e difícil. Antes de passar por cirurgia, quimioterapia, ou radiação, converse com algum profissional de saúde para saber como a cirurgia irá afetar sua vagina e o que pode ser feito para reduzir os efeitos.

Opções de tratamento

Existem diversos lubrificantes e hidratantes vaginais, não hormonais e de venda livre para o tratamento de secura vaginal. Lubrificantes vaginais à base de água reduzem a fricção e aliviam o desconforto durante a relação. Diferentemente dos lubrificantes, os hidratantes vaginais agem diretamente no tecido para aliviar a secura. As mulheres com irritação e sensação de queimação não limitadas à relação sexual podem preferir o uso de hidratantes. Os hidratantes também podem ajudar a prevenir infecções vaginais recorrentes.

Para a lubrificação, devem ser usados somente produtos especificamente produzidos para o uso vaginal. Muitas loções para mãos contêm álcool e perfume, o que pode irritar o tecido vaginal. Os produtos à base de óleo (vaselina e óleo infantil) também podem causar irritação, danificar camisinhas e diafragmas e aderir ao tecido vaginal, criando um ambiente propício para infecções.

O óleo de vitamina E é uma exceção, pois fornece lubrificação e alívio para coceira e irritação vulvovaginal sem efeitos colaterais.

Se a penetração vaginal é difícil, outras atividades sexuais como massagem, carícia prolongada e masturbação mútua ("sexo sem penetração") podem ser mais confortáveis e prazerosas. A estimulação sexual regular, que melhora o fluxo sanguíneo para a área genital, também ajuda a manter a vagina saudável. Alongar gentilmente a vagina por vários meses, com o uso de um dilatador vaginal noturno lubrificado, geralmente sob orientação de um ginecologista ou de um fisioterapeuta que possa repassar exercícios de músculo pélvico, pode tornar a relação sexual novamente confortável para muitas mulheres.

Duchas de vinagre ou culturas de lactobacilos ou iogurte aplicadas na vagina não são eficazes como hidratante, além de não serem substâncias recomendadas. Os comprimidos anti-histamínicos, geralmente usados contra alergia, provocam secura em todas as membranas mucosas, incluindo aquelas na parede vaginal e, se possível, devem ser evitados. Também não é aconselhável o uso de sabonete, óleo para banho e banho de espuma.

A secura e a atrofia vaginal que não obtêm alívio por lubrificantes ou hidratantes podem responder à terapia estrogênica (TE), considerando que a falta de estrogênio geralmente é a causa do problema. Está comprovado que o uso de TE restaura a espessura e a elasticidade dos tecidos vaginais, restaura um ambiente vaginal saudável e alivia a secura vaginal. A melhora ocorre geralmente após algumas semanas de tratamento, embora a melhora de alguns problemas mais graves possam levar meses. Todas as formas farmacêuticas de estrogênio são eficazes e aprovadas pelo governo para esse uso, tanto as sistêmicas como as não sistêmicas. Os produtos não sistêmicos incluem doses baixas de estrogênio, aplicadas diretamente na vagina, para minimizar riscos no nível sanguíneo e efeitos colaterais. A atrofia vaginal severa pode responder mais rápido ao tratamento com formas vaginais de estrogênio (cremes, comprimidos, anéis ou injetáveis) do que com pílulas ou adesivos transdérmicos. Deve ser tratada no início da menopausa para preservar a saúde vaginal.

Baixas doses de estrogênio vaginal (geralmente chamado de "estrogênio local") também podem ser adequadas para uso de longo prazo, já que a absorção na corrente sanguínea é mínima. Baixas

doses de TE vaginais podem ser uma opção para mulheres após o câncer de mama e de útero, embora os riscos e benefícios devam ser bem pesados em cada caso. Ao usar a TE, lubrificantes e hidratantes vaginais também podem ser usados conforme a necessidade. Se os tecidos foram restaurados a um estado mais saudável com o uso de estrogênio, a TH pode ser interrompida e, se necessário, podem ser usados somente lubrificantes e hidratantes não hormonais.

Para mais detalhes sobre sintomas vulvovaginais, veja o site da NAMS "Saúde sexual e Menopausa", em inglês, no endereço www.menopause.org/sex.aspx.

Distúrbios do sono

Algumas mulheres têm distúrbios do sono (insônia) por volta da menopausa, especialmente se as alterações hormonais provocam fogachos à noite. Você sabe que está dormindo o suficiente quando consegue ficar alerta durante as horas em que está acordada. A maioria dos adultos precisa de 6 a 9 horas de sono por noite. No geral, tanto mulheres quanto homens relatam um sono mais inquieto à medida que envelhecem.

Durante a perimenopausa, o seu sono pode ser interrompido pelos fogachos.

O tratamento dos problemas para dormir deve começar com uma boa "higiene do sono". Um horário regular para o sono é importante. Escolha uma hora para levantar, independentemente da hora em que for dormir, inclusive nos fins de semana. Evite refeições pesadas à noite e ajuste o nível de luz, barulho e temperatura (escuro, silencioso, fresco) do quarto. É importante que você se mantenha refrescada à noite. Evite edredons, circule o ar com ventilador, experimente lençóis e fronhas que são fabricados para manter você refrescada. As máscaras de dormir e os tampões de ouvido são bons recursos, de baixo custo. Evitar álcool, cafeína e nicotina durante o dia inteiro, e não apenas durante a noite, pode melhorar o sono e aumentar as horas dormidas. Exercícios diários também podem ajudar a aliviar a insônia, mas fazer exercícios antes de dormir pode ter o efeito contrário.

O quarto deve ser usado somente para dormir e para as atividades sexuais. Quem não consegue dormir em 15 minutos deve levantar, sair do quarto para se concentrar em atividades relaxantes em outro lugar e voltar para a cama só depois de sentir sono de novo.

Se não adiantar a mudança no estilo de vida, consulte um médico para discutir opções e para ter certeza de que a origem da insônia não é um distúrbio de sono, como anomalia na tireoide, alergias, anemia, pernas inquietas, depressão ou apneia do sono (problemas respiratórios). As mulheres que enfrentam problemas para dormir há muito tempo podem se beneficiar de um encaminhamento a uma clínica do sono.

Existem muitas substâncias que podem ser compradas sem receita para tratar a insônia, mas as informações sobre essas alternativas são limitadas. A erva valeriana teve resultados variados nos estudos (todos relataram seu cheiro desagradável) e possíveis efeitos colaterais. Outra planta medicinal, kava, foi relacionada a sérios danos no fígado e deve ser evitada. A melatonina é, às vezes, usada para insônia, mas geralmente não para uso diário. Pílulas para dormir prescritas pelo médico podem ser usadas para quebrar um ciclo de insônia, mas são melhores para soluções a curto prazo.

Embora a TH não tenha aprovação governamental para o tratamento da insônia, as pesquisas sugerem que essa terapia pode melhorar o sono em mulheres por volta da menopausa, provavelmente por reduzir fogachos e suores noturnos.

Existem evidências crescentes da importância do sono para uma boa saúde e um bom funcionamento diário. Se o seu sono é ruim, procure ajuda.

Dor de cabeça

Há vários tipos de dor de cabeça, assim como várias potenciais causas. As dores de cabeça podem ser provocadas por infecções, problemas dentários e ligados aos seios paranasais; por alergias ou por algumas comidas (queijo envelhecido, vinho tinto); jejum ou refeições puladas; muito ou pouco sono; mudanças emocionais (estresse, ansiedade, raiva, entusiasmo) e mudanças no ambiente (barulho, luzes brilhantes, ou mudanças no clima, pressão atmosférica ou altitude). Esses desencadeadores variam de pessoa para pessoa e podem afetar a mesma pessoa de maneiras diferentes.

Os estudos sugerem que os hormônios podem ter influência na enxaqueca. As mulheres que têm uma história de dores de cabeça nos períodos menstruais, ou durante o uso de contraceptivos hormonais, estão mais propensas a sentir dor de cabeça hormonal durante a perimenopausa. Dores de cabeças hormonais geralmente param quando a menopausa chega e os níveis hormonais passam a ficar consistentemente baixos. Entretanto, algumas mulheres podem continuar a ter dores de cabeça após a menopausa.

Anotar em um diário a ocorrência de dores de cabeça por algumas semanas pode ajudar a identificar os desencadeadores.

A maioria das dores de cabeça não necessita de tratamento, ou pode ser tratada com medicamentos sem receita. Entretanto, algumas dores de cabeça podem ser sérias. Qualquer um dos itens abaixo deve ser informado a um profissional de saúde:

- Ocorrência de uma nova “pior dor de cabeça da minha vida”
- Agravamento progressivo da dor de cabeça
- Dor mais intensa do que o usual
- Dor suficientemente forte para acordar você
- Dor de cabeça e pescoço rígido com febre alta
- Confusão, tontura ou fraqueza com a dor de cabeça
- Perda de visão com a dor de cabeça

Dores de cabeça mais sérias, incluindo enxaquecas, podem exigir medicamentos de receita médica.

A suspensão do uso de medicamentos para dor de cabeça com ou sem receita pode fazer as dores retornar. Se as dores de cabeça ocorrem mais de duas vezes por semana, pode ser útil o uso de medicações preventivas diárias.

Alterações na memória e na concentração

A memória e outras habilidades cognitivas (mentais) mudam durante a vida e diminuem com a idade. Não há evidência concreta da redução da memória ou outra faculdade cognitiva por causa da menopausa natural. Entretanto, dificuldade para lembrar das coisas ou para se concentrar são reclamações comuns durante a perimenopausa e nos anos que seguem a menopausa. Isso pode assustar as mulheres – elas podem achar que estão desenvolvendo problemas como a doença de Alzheimer ou outras demências (perda severa de capacidades intelectuais). Esse raramente é o caso. São necessárias mais pesquisas para determinar a causa dessas reclamações. Fogachos e problemas para dormir podem contribuir para as mudanças na memória e na concentração, assim como muitas fontes de estresse da meia-idade. A manutenção da atividade física, social e mental pode ajudar a prevenir a perda de memória.

A situação pode ser diferente para mulheres mais jovens que passaram por uma menopausa cirúrgica. Estudos pequenos mostraram que passar abruptamente pela menopausa traz mais efeitos adversos para a memória. A TH pode ajudar a manter as competências cognitivas, pelo menos a curto prazo. A quimioterapia pode causar efeitos colaterais cognitivos em algumas mulheres. A condição chamada *chemo brain* – ou “químio-cérebro” – alterações cognitivas resultantes da quimioterapia – está associada a lapsos de memória e dificuldade de concentração. As estratégias para lidar com essa condição envolvem diminuir a carga horária de trabalho, evitar múltiplas tarefas e criar listas de tarefas. O processo de recuperação após a quimioterapia pode levar algum tempo.

Manter a atividade física, social e mental pode ajudar a prevenir a perda de memória.

Às vezes, mulheres usam medicamentos que não exigem prescrição para melhorar a memória e outras competências mentais. Suplementos com a planta medicinal ginkgo não mostraram nenhum efeito na memória, pelo menos após os 60 anos. A maioria dos outros produtos também não teve a eficácia comprovada. As mulheres que estão preocupadas com o declínio de seu desempenho mental devem conversar com um profissional de saúde.

Oscilações de humor, falta de energia, depressão e ansiedade

As mulheres na perimenopausa às vezes relatam vontade de chorar, oscilações de humor, falta de energia, ansiedade, ataques de pânico e desânimo ou falta de coragem para enfrentar as coisas.

Das mulheres de meia-idade, 43% reclamam da falta de energia durante a transição da menopausa e dois anos após a menopausa. Alguns estudos mostraram que a menopausa pode contribuir para a depressão.

Não está claro se esses sintomas de humor estão relacionados ao declínio flutuante e permanente dos níveis hormonais do ovário; é verdade, contudo, que a falta de sono, associada a suores noturnos, frequentemente resulta em fadiga, irritabilidade e instabilidade emocional. Alterações hormonais abruptas durante a perimenopausa também podem piorar esses sintomas. Durante os anos reprodutivos, a maioria das mulheres acaba se acostumando com os seus ritmos hormonais. Na perimenopausa, esse ritmo muda, e as oscilações hormonais erráticas – mesmo que sejam normais – podem criar uma sensação de descontrole que pode ser desconcertante.

A depressão durante a perimenopausa é frequentemente associada ao histórico de depressão anterior (incluindo síndrome pré-menstrual e depressão pós-parto), a uma transição da menopausa mais longa ou a sintomas severos relacionados à menopausa, como fogachos. Tudo isso sugere uma vulnerabilidade às mudanças hormonais em algumas mulheres. Outras causas de distúrbios de humor durante a perimenopausa incluem distúrbios da tireoide, efeitos colaterais de medicamentos e fontes de estresse cotidianas.

Algumas mulheres podem enfrentar outros desafios na meia-idade, como problemas de relacionamento, divórcio ou viuvez, brigas com adolescentes, retorno de filhos adultos para casa, infertilidade indesejada e preocupações com pais idosos, além da carreira e problemas financeiros. O envelhecimento também pode ser difícil em uma sociedade que valoriza a juventude. As mulheres na meia-idade frequentemente passam por mudanças no autoconceito, na autoestima e na imagem corporal. Elas podem começar a pensar sobre o fato de serem mortais e sobre o significado ou o propósito de suas vidas.

Esse período pode ser uma oportunidade para transformações positivas e amadurecimento, mas algumas mulheres podem se sentir oprimidas, fora de controle, com raiva ou entorpecidas. Elas

podem procurar conforto no álcool ou nas drogas, piorando seus problemas. De fato, as mulheres são mais propensas que os homens a beber álcool como forma de lidar com humores melancólicos, perdas, divórcio ou a saída dos filhos.

Embora a maioria dos problemas psicológicos não seja causada pela menopausa, é compreensível que tais problemas possam surgir ou piorar nesse período. Apoio e encorajamento podem ajudar a mulher a prosperar novamente para viver anos que podem ser os melhores de sua vida.

Equilíbrio. A saúde emocional na perimenopausa exige a coordenação do cuidado pessoal, obrigações do trabalho e cuidado de outros. Muitas mulheres são capazes de identificar e descrever as fontes de tensão e sintomas de estresse, mas ainda podem achar difícil encontrar tempo para si mesmas. Reconhecer um problema é o primeiro passo para encontrar maneiras de lidar com ele. Embora muitas fontes de estresse não possam ser alteradas, existem estratégias de enfrentamento que podem ajudar as mulheres a encarar as dificuldades do cotidiano (veja o Quadro abaixo) e criar uma sensação renovada de autoconfiança, equilíbrio e harmonia.

Combatendo o estresse

- Participe de atividades divertidas.
- Converse com os amigos.
- Coma três refeições nutritivas por dia. Não pule refeições. Coma lanches saudáveis e crocantes, como maçãs, nozes e cenouras cruas.
- Concentre-se em dietas com pouca gordura, sódio, açúcar refinado, álcool e cafeína.
- Arranje tempo para exercícios diários.
- Encontre ou renove programas criativos ou atividades que satisfazem as necessidades mentais e espirituais.
- Aproveite as atividades de cuidado pessoal, como massagem, pedicuro ou banhos relaxantes.
- Experimente técnicas de redução de estresse e relaxamento, como respirações profundas e meditação.
- Durma o suficiente à noite.
- Ria o máximo que puder.
- Junte-se a um grupo esportivo.
- Se necessário, procure ajuda profissional.

Quando uma ajuda extra é necessária. Às vezes, as estratégias de enfrentamento e as mudanças no estilo de vida não são suficientes para aliviar os sintomas do estresse. Esses sintomas podem refletir um efeito colateral de medicamentos, podem ser um sintoma de outros problemas médicos ou podem ser resultado de depressão ou ansiedade clínicas. Um profissional de saúde pode ajudar a determinar a causa do estresse mental, avaliar as opções e receitar os tratamentos adequados. Por exemplo, os distúrbios de humor causados por problemas de sono resultantes dos fogachos geralmente melhoram quando os fogachos são tratados.

Durante a perimenopausa, quando os níveis hormonais estão erráticos, medicamentos hormonais como contraceptivos de baixa dose ou TH podem ajudar a estabilizar o humor . Isso pode acontecer com mulheres cujo humor foi afetado por flutuações hormonais quando mais jovens. Entretanto, não existem medicamentos hormonais para o alívio de sintomas psicológicos com aprovação governamental.

Algumas mulheres usam medicamentos vendidos sem receita médica para melhorar seu humor. Entretanto, é sempre recomendável consultar um profissional de saúde. Um nutriente, o ácido graxo ômega 3, funcionou para melhorar o humor em alguns estudos. Fontes alimentares desse nutriente incluem peixes gordurosos (como salmão ou trutas); existem também suplementos que contêm esse ácido.

Uma depressão e uma ansiedade mais severas exigem uma atenção especial.

- *Depressão clínica.* Uma mulher na perimenopausa frequentemente dirá que se sente "depressiva". É importante que um profissional de saúde diferencie uma sensação de desânimo de uma depressão clínica, condição associada a um desequilíbrio químico cerebral. Uma combinação de sintomas, como cansaço prolongado, perda de interesse em atividades normais, tristeza, irritabilidade, distúrbios do sono, agitação, mudança de peso e diminuição do desejo sexual por mais de duas semanas pode indicar que a mulher tem uma depressão clínica. As mulheres que já tiveram depressão no passado estão vulneráveis a tê-la novamente durante a menopausa. A quimioterapia também pode resultar em períodos temporários de depressão.

Em uma depressão severa, medicamentos antidepressivos podem ser receitados para corrigir o desequilíbrio químico. Embora várias semanas sejam necessárias para atingir a eficácia total do medicamento, a maioria das mulheres mostra uma melhora significativa com esses medicamentos, com relativamente poucos efeitos colaterais. O ganho de peso e a falta de libido são efeitos colaterais de antidepressivos, os quais são mais eficientes quando usados em conjunto com aconselhamento ou psicoterapia. A erva de São João, embora eficaz contra a depressão leve, não é eficaz contra a depressão clínica.

- *Ansiedade.* É um sentimento agitado de antecipação, pavor ou medo. Todas as pessoas sentem ansiedade em algum momento da vida. A menopausa não causa a ansiedade, mas as mulheres podem sentir mais ansiedade pelo modo como reagem às mudanças físicas e psicológicas durante a perimenopausa, junto com outras fontes de estresse da meia-idade. Embora a ansiedade geralmente se resolva sem tratamento, pode acompanhar ou ser um sinal de aviso para o transtorno do pânico. Os sintomas dos ataques de pânico incluem falta de ar, dor no peito, tontura, palpitações, ou sensação de estar fora de controle ou "enlouquecendo". Às vezes, os sentimentos inquietantes que precedem um fogacho podem desencadear um ataque de pânico.

A ansiedade pode estar relacionada à depressão. Existem muitos tratamentos para aliviar sintomas severos de ansiedade, incluindo medicamentos de receita médica, técnicas de relaxamento e redução de estresse, aconselhamento e psicoterapia.

Procure ajuda. Embora algumas pessoas se sintam constrangidas, ou até mesmo envergonhadas de revelar seus problemas mentais, ninguém deve sofrer em silêncio. Os profissionais de saúde estarão mais bem preparados para ajudar se possuírem o máximo de informação sobre o seu histórico pessoal e familiar. Consultá-los pode ser a medida certa, e pode servir para tranquilizar vocês.

Função sexual

Apetites e atividades sexuais são uma parte natural da vida. Muitas mulheres permanecem sexualmente ativas na pós-menopausa. No geral, o desejo sexual diminui com a idade em ambos os sexos, mas cada um é diferente. Embora algumas mulheres tenham uma diminuição do desejo sexual, poucas têm um aumento de interesse, e outras nem notam uma diferença. Entretanto, as pesquisas mostram que os problemas sexuais são comuns em homens e mulheres de todas as idades, sendo que as mulheres estão duas ou três vezes mais propensas a serem afetadas pela falta de desejo – uma realidade bastante comum em relacionamentos de longa data.

Menopausa e desejo sexual

A relação entre a menopausa e o desejo sexual continua a ser estudada. A produção reduzida de estrogênio do ovário na menopausa pode contribuir para fogachos e suores noturnos, perturbando o sono e diminuindo o interesse em sexo. A queda dos níveis de estrogênio também pode causar secura vaginal, tornando a relação sexual desconfortável. Ao mesmo tempo, a produção corporal de androgênios (especificamente, testosterona) diminui com a idade, possivelmente também diminuindo o desejo sexual. As mulheres que passam pela menopausa induzida, provocada pela remoção de ambos os ovários ou por quimioterapia, têm uma diminuição acelerada nos níveis de estrogênio e de testosterona. Isso pode ter um efeito mais negativo na função sexual do que a menopausa natural.

Embora algumas mulheres tenham uma diminuição do desejo sexual, poucas têm um aumento de interesse, e outras nem sentem diferenças.

Muitas mulheres se surpreendem ao saber que os androgênios, considerados principalmente hormônios masculinos, também são produzidos nas mulheres. Na verdade, os níveis de androgênios nas mulheres são cerca de 10% dos níveis nos homens. Nas mulheres, os ovários e a glândula suprarrenal acima do rim produzem androgênios, incluindo testosterona. Ovários envelhecidos produzem menos androgênios, começando aos 20 anos, sem diminuição abrupta na menopausa. Entretanto, as seguintes condições resultam em uma diminuição mais rápida dos androgênios: remoção cirúrgica ou danos em um ou ambos os ovários, problemas suprarrenais e hipofisários, algumas doenças crônicas, terapia com corticosteroides e contraceptivos orais e TH oral para menopausa.

Embora a remoção dos ovários ou os danos causados pela quimioterapia ou radiação possam causar uma diminuição nos níveis de androgênio, as mulheres continuam a produzir androgênios pela glândula suprarrenal. Além disso, os níveis de androgênio geralmente não estão relacionados à satisfação sexual. Muitas mulheres jovens na pré-menopausa, com altos níveis de androgênio, têm muitos problemas sexuais, enquanto mulheres mais velhas na pós-menopausa, com baixos níveis, permanecem bastante satisfeitas. Os principais fatores prognósticos de uma vida sexual satisfatória são a saúde física, o bem-estar psicológico e a qualidade do relacionamento – e não os níveis de androgênio.

As mulheres que passam pela menopausa precoce estão em uma idade em que o sexo pode ser frequente, por isso podem ficar mais perturbadas com as mudanças na função sexual do que as mulheres mais velhas. As mulheres que chegaram na menopausa podem ter medo de ficar menos atraentes para seus parceiros. As mulheres solteiras podem achar que será mais difícil encontrar um parceiro agora que alcançaram a menopausa. Além disso, as mulheres que passaram por tratamento de câncer têm outras preocupações físicas e emocionais que podem afetar o seu desejo sexual.

Outros fatores que afetam o desejo

As alterações hormonais são só uma parte de um conjunto complexo de fatores que influencia a função sexual na meia-idade e nos anos posteriores, independentemente de quando ocorreu a menopausa. Mudanças sociais, como filhos saindo de casa, a necessidade de cuidar da idade ou de pais doentes, ou uma "crise de meia-idade" do parceiro geralmente acontecem nesse momento da vida. Fadiga e estresse podem reduzir o desejo sexual. Algumas mulheres relatam dificuldade para se excitar ou atingir o orgasmo. Outros fatores influentes incluem mudanças na imagem corporal e na autoestima, assim como preocupações acerca do envelhecimento e sentimentos relacionados ao sexo fora do contexto reprodutivo. O interesse sexual após a menopausa também depende do nível de interesse sexual no passado e da importância da sexualidade para a mulher em sua juventude.

Frequentemente, um parceiro não está mais disponível nessa fase. Para as mulheres que estão em um relacionamento, o desejo sexual pode ser afetado por mudanças na aparência física do

parceiro. Uma diminuição simultânea pode ocorrer no desejo e no funcionamento sexual do parceiro. A comunicação (ou a falta dela) entre os parceiros pode afetar o modo como eles reagem às mudanças cotidianas. Para sentir o desejo sexual, um relacionamento amoroso é muito importante para a maioria das mulheres.

Problemas médicos também podem resultar na falta de desejo sexual. Por exemplo, condições que causam dor, fadiga ou uma capacidade reduzida de movimento (como artrite), e problemas com a saúde mental (como ansiedade e depressão) podem ter um efeito negativo no interesse e na resposta sexual. Alguns medicamentos têm efeitos colaterais, os quais podem interferir na função sexual, como anti-histamínicos (usado para tratar alergias) que causam sonolência ou secura das membranas mucosas, possivelmente incluindo o revestimento vaginal. Muitos medicamentos usados para tratar depressão interferem na excitação ou na resposta sexual. O abuso de substâncias (como álcool ou maconha) também pode prejudicar a função sexual e causar outros problemas na vida diária e de relacionamento.

A histerectomia geralmente não afeta a função sexual. Embora algumas mulheres notem uma mudança sutil nas sensações durante a relação sexual e/ou o orgasmo, a maioria tem melhoras na vida sexual após a histerectomia devido ao alívio de dor, do sangramento uterino e do medo de engravidar. As mulheres e seus parceiros precisam estar cientes de que a remoção do útero não significa a perda de desejo sexual e da feminilidade.

Compreender esses fatores, compartilhar as preocupações com um profissional de saúde e tirar proveito de intervenções disponíveis vai melhorar a satisfação sexual. A educação sexual não serve só para os jovens, pois a função sexual muda com a idade e a necessidade de informações acompanha essas mudanças.

Procure ajuda

Uma avaliação feita por um profissional de saúde pode ajudar a identificar muitas causas médicas ou psicológicas subjacentes da falta de desejo sexual. Muitas vezes, mudanças no estilo de vida, como exercícios, perda de peso, ou redução do consumo de álcool irão aumentar a satisfação sexual. Uma opção é mudar ou diminuir a dose de medicamentos associados a

problemas sexuais, especialmente os antidepressivos. Também é preciso identificar os problemas de saúde e da função sexual do parceiro.

A busca de opções

A função sexual não inclui somente o desejo sexual, mas também outros elementos, como a capacidade de atingir um orgasmo. Não importa qual seja a dificuldade na função sexual, os casais devem encontrar tempo para uma boa relação sexual. Inovar a relação, com um fim de semana fora, ou ter relação sexual em horários ou peças diferentes da casa, pode aumentar o interesse e a receptividade. Instrumentos ou "brinquedos" sexuais, como o vibrador ou o dildo, ou lubrificantes térmicos vaginais, podem melhorar o prazer sexual. Outras atividades podem receber mais destaque, como sexo oral, masturbação, massagem e carícias. A masturbação pode ser uma ótima opção para mulheres, com ou sem parceiros.

Embora muitas mulheres tenham dificuldade em conversar sobre seus problemas sexuais, os profissionais de saúde estão preparados para ajudar as mulheres a melhorar a saúde sexual depois de uma conversa franca sobre o histórico sexual e o estilo de vida. O aconselhamento pode facilitar o enfrentamento de problemas médicos, de relacionamento, ou familiares, e também pode melhorar a comunicação entre os parceiros. O encaminhamento para um terapeuta sexual certificado geralmente é benéfico e deve ser considerado como uma primeira intervenção para quase todos os problemas sexuais.

Embora muitas mulheres tenham dificuldade em discutir seus problemas sexuais, uma conversa franca com profissionais de saúde pode ajudar a melhorar a saúde sexual durante os anos próximos à menopausa.

Tratamentos medicamentosos. Infelizmente, ainda se sabe pouco sobre tratamentos medicamentosos para melhorar a função sexual da mulher. As terapias para melhorar o desejo sexual são limitadas.

- *Estrogênio.* Um lubrificante ou um hidratante vaginal que não exigem prescrição podem ser suficientes para mulheres com secura vaginal. Outras podem se beneficiar do uso de TE, usado em doses baixas, aplicadas diretamente na vagina, ou doses altas, tomadas

sistemicamente. A TE sistêmica afeta todo o corpo, fornecendo alívio não somente para a secura vaginal, mas também para fogachos e suores noturnos. Embora todos os produtos da TE melhorem a função sexual, porque restauram a lubrificação vaginal e reduzem o risco de uma relação dolorida, os seus efeitos em outros aspectos da função sexual, incluindo o desejo, são incertos.

- *Testosterona*. Não existem tratamentos de testosterona para problemas sexuais femininos aprovados nos Estados Unidos, mas estudos clínicos estão em andamento. Os produtos aprovados pela FDA para tratar deficiência de testosterona em homens podem ser prescritos sem aprovação para mulheres incomodadas com a falta de desejo sexual. Entretanto, eles devem ser usados em pequenas quantidades e com monitoramento dos níveis de testosterona no sangue por um profissional de saúde. As farmácias de manipulação pode fazer preparações de testosterona a partir da receita do profissional de saúde. Um tratamento popular, mas não testado, para a falta de desejo sexual é o uso de pequenas quantidades de compostos de 1 a 2% em pomada ou creme de testosterona, aplicadas nos braços e abdômen inferior.

Potenciais efeitos colaterais incluem um aumento de pelos faciais e corporais, acne, aumento do clitóris, mudanças indesejadas nos níveis de colesterol, diminuição permanente do tom da voz e variação de humor. Esses efeitos são menos prováveis caso os níveis de testosterona sejam mantidos no nível normal das mulheres. Efeitos colaterais parecidos com o efeito do estrogênio também são possíveis, pois o corpo converte androgênio em estrogênio. Os riscos a longo prazo do tratamento de testosterona são desconhecidos, mas podem incluir doença cardíaca e câncer de mama, similares aos riscos do tratamento de estrogênio a longo prazo.

- *Desidroepiandrosterona (DHEA)*. A DHEA, outro androgênio, é vendido sem receita médica nos Estados Unidos, mas não no Canadá. A DHEA é divulgada como tendo benefícios para a saúde, incluindo a melhora do desejo sexual. Entretanto, não existe evidência de que seja segura ou eficaz. Portanto, seu uso não é recomendado.

- *Sildenafil*. Os medicamentos indicados para tratamento da disfunção sexual em homens, como o sildenafil (Viagra ou outros), não se mostraram eficazes em mulheres, exceto nas mulheres com disfunção sexual relacionada ao uso de antidepressivos.

Proteção é essencial

Durante a perimenopausa e nos anos seguintes, as mulheres ainda devem se proteger contra as ISTs (às vezes chamada de “doenças sexualmente transmissíveis” ou DSTs). Entre elas estão sífilis, clamídia, gonorreia, herpes e verrugas genitais, hepatite B e C e HIV (o vírus da AIDS). O risco de ISTs é uma preocupação constante para mulheres sexualmente ativas que não mantêm um relacionamento longo e mutuamente monógamo. Mulheres sexualmente ativas com atrofia vaginal severa podem ter um risco maior de contrair DSTs, pois os tecidos delicados da vagina estão propensos a pequenos rasgos e cortes, os quais podem permitir a entrada de infecções no corpo. Seguir as instruções para um sexo mais seguro é importante para todas as mulheres, incluindo aquelas que fizeram uma histerectomia.

Instruções para um sexo mais seguro

- Escolha os parceiros cuidadosamente. Ter muitos parceiros aumenta o risco de contrair uma infecção.
- Converse sobre o histórico sexual com o parceiro; não deixe o constrangimento prejudicar a saúde.
- Insista sempre que o parceiro use camisinhas para o sexo genital, oral e anal, a não ser que o casal esteja em uma relação longa e mutuamente monógama e ambos tenham sido testados para ISTs. Nunca use produtos à base de petróleo para lubrificar a camisinha, pois eles podem danificar o preservativo.
- Faça exames físicos regulares, incluindo o teste Papanicolau e testes para identificar DSTs, se necessário.
- Se estiver exposta a uma DST, ou após a confirmação do diagnóstico, aconselhe seu parceiro sexual a consultar um profissional de saúde.

Embora as mulheres homossexuais tenham menos DSTs do que as mulheres heterossexuais, as DSTs podem ser transmitidas de mulher para mulher. Precauções adicionais incluem:

- Evitar a transferência de fluidos corporais, incluindo sangue menstrual e fluidos vaginais, a partir de cortes ou orifícios.
- Durante o sexo oral ou vulva-com-vulva, cubra a área vaginal da parceira com uma barreira de látex para evitar o contato com secreções vaginais.
- Evite compartilhar brinquedos sexuais e antes de trocar de usuário limpe-os em água quente com sabão ou use uma nova camisinha.

Seguir as instruções para um sexo mais seguro é importante para todas as mulheres, incluindo aquelas que fizeram uma histerectomia.

Para mais detalhes sobre mudanças na função sexual e tratamentos disponíveis, veja o site da NAMS "Saúde sexual e Menopausa", em inglês, no endereço www.menopause.org/sex.aspx.

Preocupações urinárias

Os sintomas urinários, incluindo incontinência (perda involuntária de urina), se tornam mais comuns com a idade. As mulheres são muito mais propensas a episódios ocasionais de perda involuntária de urina do que os homens. Esses sintomas podem ser parcialmente afetados pela menopausa. À medida que a menopausa se aproxima, e durante os anos seguintes, a falta de estrogênio pode causar o afinamento do tecido da uretra, a saída da bexiga. Com o envelhecimento, os músculos pélvicos ao redor da uretra podem enfraquecer. Como resultado, as mulheres estão mais propensas à incontinência urinária.

Os dois tipos mais comuns de incontinência urinária feminina são a incontinência urinária de esforço (ou estresse) ou de bexiga hiperativa. A incontinência de esforço é causada pelo enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico. O sintoma mais comum é a perda involuntária de urina após tossir, rir, espirrar ou levantar objetos.

A bexiga hiperativa é causada por uma musculatura excessivamente ativa ou irritada da bexiga. Os sintomas mais comuns são vontade súbita e urgente de ir ao banheiro com perda involuntária ocasional de urina.

A incontinência mista é quando a incontinência de esforço e a bexiga hiperativa acontecem simultaneamente.

A incontinência de esforço é mais comum durante a perimenopausa e pode piorar com a idade, mas a ocorrência da bexiga hiperativa aumenta nos anos após a menopausa. Além do envelhecimento e da possível diminuição dos níveis de estrogênio, outros fatores podem contribuir para a incontinência urinária:

- Ingestão de grandes volumes de líquidos ou beber tarde da noite – ou restrição do consumo de líquidos.
- Excesso de peso significativo.
- Irritação da bexiga devido ao cigarro ou consumo de determinados líquidos (como sucos cítricos ou cafeína).
- Alguns remédios receitados pelo médico, como diuréticos e alguns calmantes.
- Infecções na bexiga ou na uretra.
- Enfraquecimento do músculo, dos nervos e dos ligamentos pélvicos devido ao envelhecimento natural ou danos anteriores causados pelo parto, principalmente se foi necessário utilizar fórceps.
- Outras condições médicas, como derrames, diabetes e esclerose múltipla – uma doença do sistema nervoso.

Embora até 50% das mulheres de meia-idade sofram de incontinência urinária, menos da metade procura ajuda médica. Elas podem se sentir envergonhadas ou acreditar que o problema não pode ser tratado. Na realidade, tratamentos podem frequentemente reduzir ou curar completamente o problema. A incontinência não é uma consequência inevitável do envelhecimento.

Para diagnosticar o tipo e as causas da incontinência, o médico se informa sobre o histórico médico, realiza um exame físico e analisa a amostra de urina. Manter um diário urinário durante

uma semana pode trazer informações úteis (veja o Quadro abaixo). Outros exames de urina são necessários para determinar quais tratamentos serão mais benéficos.

Como manter um diário urinário

Por uma semana, anote o seguinte:

- O tipo, a quantidade e o horário da ingestão de líquidos.
- Quantidade e horário da micção.
- Qualquer urgência sentida antes de urinar.
- Quantidade da perda involuntária de urina – somente algumas gotas ou o suficiente para molhar ou encharcar a roupa íntima.
- Horário e tipo de atividade que levou à perda de urina.

Opções de tratamento

Atualmente, existem muitas maneiras de se tratar a incontinência urinária. A melhor opção depende do tipo e das causas da incontinência, do seu impacto na qualidade de vida e da saúde geral da mulher.

Como muitos métodos de tratamento para a incontinência demoram a fazer efeito, uma boa opção é usar algum tipo de proteção contra a perda de urina. Embora alguns absorventes íntimos funcionem para casos leves, eles são produzidos para absorver sangue, não urina. Portanto, sua capacidade de reter líquidos é bastante pequena. Eles podem transbordar facilmente e irritar a pele. A melhor opção é usar absorventes produzidos especialmente para incontinência urinária. Entretanto, o objetivo não é depender desses produtos, mas tratar os problemas mais profundos.

Incontinência de esforço. Não existe medicamento com aprovação governamental para tratar a incontinência de esforço. Estudos não mostram benefícios advindos da TE.

Esse tipo de incontinência urinária é muitas vezes melhorado com exercícios para o músculo do assoalho pélvico (exercícios de Kegel). Os exercícios envolvem séries repetidas de contração e relaxamento dos músculos que controlam o fluxo da urina, fortalecendo-os para sustentar melhor

a bexiga. Inicialmente, os exercícios podem ser feitos durante a micção para observar se as contrações param o fluxo de urina. Uma vez identificado os músculos corretos, não faça os exercícios durante a micção, pois pode resultar em retenção de urina. Contraia os músculos por três segundos e, então, relaxe. A frequência recomendada é de 10 exercícios, cinco vezes por dia. Os exercícios de Kegel podem curar mais de 50% dos casos de incontinência de esforço, mas devem ser praticados regularmente para terem algum efeito.

Os exercícios de Kegel podem curar mais de 50% dos casos de incontinência de esforço, mas devem ser praticados regularmente para ter algum efeito.

Bexiga hiperativa. Existem muitas terapias de receita médica com aprovação governamental para tratar a bexiga hiperativa, inclusive medicamentos direcionados aos receptores da bexiga para reduzir as contrações e acidentes com perda de urina. Também estão disponíveis medicamentos que ajudam a relaxar os músculos para que a bexiga possa se esvaziar de modo mais eficaz. Um profissional de saúde pode ajudar você a escolher a melhor opção.

Estratégias para lidar com a incontinência urinária

Evite irritar a bexiga. Determinadas comidas e bebidas podem irritar a bexiga, deixando-a hiperativa. Exemplos são chocolate, chá, café, refrigerantes, frutas cítricas, sucos de fruta, mel, açúcar, produtos à base de tomate, comidas apimentadas e álcool.

Não fume. É aconselhável que os fumantes larguem o cigarro, pois a nicotina pode irritar a bexiga.

Restrição de líquidos. Limite a ingestão de líquidos para aproximadamente um litro e meio (8 copos), mas não beba menos que isso, pois a concentração de urina pode irritar a bexiga e contribuir para a prisão de ventre. Beba líquidos entre 45 e 60 minutos antes de dormir.

Perda de peso. Para mulheres obesas, a perda de peso pode reduzir a incontinência em até 60%.

Boa higiene. Mantenha os órgãos genitais limpos. Evite contato com a urina por muito tempo.

Absorventes geriátricos. Com incontinência severa, use absorventes geriátricos ao invés de absorventes íntimos, pois eles absorvem mais e fornecem melhor proteção para a pele.

EXERCÍCIOS DE KEGEL. Exercícios dos músculos urogenitais ajudam na incontinência de esforço.

Cones vaginais. Os cones com formato anatômico mantidos na vagina podem ajudar a mulher a aprender quais músculos contrair e relaxar nos exercícios de Kegel.

Estimulação elétrica. Esse tratamento indolor conserva os músculos do assoalho pélvico envolvidos na micção.

Biofeedback. Essa técnica ensina a isolar e a controlar mentalmente a função corporal (nesse caso, a contrair os músculos do assoalho pélvico).

Micção cronometrada. Programe horários para ir ao banheiro, aumentando gradualmente o tempo entre as idas, treinando a bexiga a segurar mais e esvaziar menos.

Medicamentos. Existem muitas opções, dependendo da causa e do tipo de incontinência.

Cirurgia. Existem muitas soluções cirúrgicas disponíveis.

Outros problemas urinários comuns

Além da incontinência urinária, a infecção do trato urinário (ITU) e a incontinência fecal (perda involuntária de fezes) ocorrem em mulheres na meia-idade e nos anos posteriores.

ITU. A diminuição dos níveis de estrogênio pode aumentar o risco de ITUs. Sem estrogênio, a uretra encolhe, diminuindo a sua defesa contra bactérias, e a acidez saudável da vagina se transforma em um ambiente mais suscetível à infecção. O risco de ITU também pode aumentar com a incontinência urinária, devido ao uso prolongado de absorventes sujos, fornecendo um ambiente propício para o crescimento de bactérias.

Uma ITU também pode desencadear a incontinência urinária e a micção dolorosa. Essas infecções são tipicamente tratadas com antibióticos vendidos com receita médica. A TE vaginal mostrou-se eficaz na redução do risco de ITU recorrente. Estratégias para prevenir a ITU sem o uso de medicamento incluem:

- Urinar até 1 hora após ter vontade.
- Urinar antes e depois da relação sexual (e beber um copo d'água).
- Fazer a higiene da frente para trás, especialmente após a defecação, para evitar a propagação de bactérias.
- Trocar a roupa íntima diariamente.

- Usar roupa íntima com forro de algodão para minimizar a retenção de umidade.
- Evitar jeans e roupas apertadas (incluindo meia-calça), as quais retêm o calor e a umidade.
- Limitar o uso de banheiras e piscinas com muito cloro.
- Evitar papel higiênico perfumado, talcos e banho de espuma.
- Não usar produtos para a higiene feminina que irritam a uretra.
- Não consumir comidas e bebidas que irritam a bexiga, como café, chá e álcool.
- Beber suco de *cranberry* (oxicoco) para diminuir a ocorrência de ITUs.
- Evitar lavagem vaginal.

Incontinência fecal. Também chamada de incontinência anal, envolve a perda involuntária de fezes, sólidas ou líquidas, grave o suficiente para afetar a qualidade de vida. Isso acontece com até 11% das mulheres que apresentam incontinência urinária. A incontinência fecal ocorre a partir de um mau funcionamento dos nervos e músculos do assoalho pélvico. Mudanças no estilo de vida como maior ingestão de fibras, agentes antidiarreicos e exercícios para o assoalho pélvico podem ajudar. Programas especiais de fisioterapia, *biofeedback* e estimulação elétrica podem ajudar. Cirurgia é outra opção.

Outras mudanças possíveis

Mulheres na perimenopausa frequentemente relatam outras alterações que podem ou não ser atribuídas à aproximação da menopausa. Isso inclui ganho de peso, palpitações, dor na articulação e alterações na pele, nos olhos, no cabelo, no dente e na boca.

Ganho de peso

Mulheres nos seus 40 e 50 anos frequentemente ganham peso, e às vezes isso é atribuído à menopausa. O ganho de peso na meia-idade parece estar relacionado ao envelhecimento e ao estilo de vida, mas a menopausa também contribui para o problema. Estudos mostraram que os anos por volta da menopausa estão associados ao aumento da gordura na região abdominal, conhecida por aumentar o risco de doença cardiovascular. Estudos também mostraram que:

- Fatores comportamentais, diminuição de exercícios e aumento de consumo de álcool e comida, são mais prováveis de causar o ganho de peso do que a menopausa.
- A distribuição da gordura corporal muda com a idade - de "pera" (quadril e coxas largas) à "maçã" (cintura larga).
- Com a idade, a massa muscular diminui e a gordura aumenta. Embora essa alteração não aumente o peso (músculos pesam mais que gordura), o tamanho do corpo irá aumentar.
- A perda de massa muscular também diminui o índice de metabolismo e queima menos calorias, o que pode levar a um ganho de peso. Por outro lado, fazer exercícios aumenta a massa muscular, e por pesar mais que gordura o peso pode aumentar - mas será uma mudança saudável.
- Um peso alto pode contribuir para fogachos mais severos.
- Poucas horas de sono também podem contribuir para o ganho de peso.

No geral, na meia-idade são necessárias poucas calorias, pois as mulheres gastam menos energia nessa fase da vida. Independente do ganho de peso estar ligado à menopausa ou ao envelhecimento, estudos mostram que o ganho de peso por volta da transição da menopausa pode ser evitado pelo exercício e pela dieta - ao minimizar o ganho de gordura e manter o músculo, o tamanho corporal é reduzido e mais calorias são queimadas.

O ganho de peso por volta da menopausa pode ser evitado ao fazer exercício e dieta - ao minimizar o ganho de gordura e manter o músculo, o tamanho corporal é reduzido e mais calorias são queimadas.

A maioria das mulheres nos Estados Unidos e no Canadá estão acima do peso na meia-idade. Qualquer ganho de peso aumenta o risco de muitas doenças graves, incluindo diabetes, hipertensão, doença cardíaca, osteoartrite e alguns cânceres. A menopausa é o momento ideal para se focar na perda de peso. Consultar um profissional de saúde ajuda. Sistemas de gestão de peso também podem ajudar.

Dor nas articulações

Outra mudança notada com frequência na meia-idade é a dor nas articulações. Às vezes, as articulações estão doloridas ou rígidas pelo uso, mas deve-se consultar um profissional de saúde para excluir artrite, uma doença mais grave nas articulações. Osteoartrite, a forma mais comum de doença nas articulações, aumenta com a idade e afeta mulheres após a menopausa. Pesquisas importantes estão em andamento para esclarecer a relação entre hormônios e artrite.

Embora não exista cura para artrite, sentir dor e rigidez nas articulações não é inevitável. Exercícios podem manter a liberdade de movimentos. Manter um peso saudável irá ajudar com joelhos doloridos. Uma dor leve pode ser controlada com acetaminofen, mas dores mais graves podem exigir um medicamento anti-inflamatório como ibuprofeno, embora o uso de medicamentos anti-inflamatórios possa causar úlceras. Em alguns estudos, o uso a longo prazo de suplementos de glucosamina mostrou aliviar a dor nas articulações sem efeitos colaterais graves (embora mulheres com alergia à frutos do mar devam evitá-lo). Também estão disponíveis muitas prescrições de tratamento. O profissional de saúde pode recomendar o melhor tipo de exercício para ajudar a aliviar a dor e, se necessário, tratamentos medicamentosos.

Alterações na pele

A pele envelhecida passa por uma perda de colágeno e elasticidade, causando flacidez e rugas. A pele também se torna mais seca e frágil. Em fumantes, os efeitos do envelhecimento na pele são mais pronunciados. Fumantes de longa data possuem mais danos na pele, principalmente rugas por volta dos lábios e círculos escuros abaixo dos olhos. Manter a pele saudável é outro bom motivo para não fumar.

A exposição ao sol causa o envelhecimento da pele e é responsável por variações na pigmentação (cor da pele). Devido à maior suscetibilidade da pele envelhecida aos danos solares (incluindo câncer de pele), o uso de protetor solar é essencial. Para uma melhor proteção ultravioleta, as mulheres devem usar um protetor solar (FPS mínimo de 15) pelo ano inteiro. Entretanto, o protetor solar bloqueia a absorção de vitamina D, portanto, as mulheres podem precisar tomar suplemento de vitamina D para obter a quantidade recomendada. Evite o

bronzamento solar para garantir uma pele mais saudável e mais atrativa. Não existe um "bronzamento saudável" - uma pele bronzeada significa uma pele danificada.

Além de evitar o cigarro e a superexposição solar, outros hábitos saudáveis para a pele incluem evitar o estresse, fazer exercícios e dormir o suficiente. Beber bastante água ajuda a manter a pele hidratada. A maioria das pessoas não bebe água o suficiente e a ação diurética de líquidos como café, chá, refrigerantes e bebidas alcoólicas diminuem a hidratação. Para evitar uma pele seca, deve-se evitar banhos quentes com o uso de sabonete. O uso de óleo para banho ou loções hidratantes, aplicados imediatamente após o banho na pele molhada, ajuda a manter a pele hidratada e mais resistente aos danos.

Os hormônios são importantes para a saúde da pele. Níveis menores de estrogênio na menopausa contribuem para uma diminuição - mais acelerada nos anos seguintes à menopausa - de colágeno e espessura da pele.

Algumas mulheres terão acne por volta da menopausa, geralmente devido à alteração de equilíbrio entre os hormônios androgênio e estrogênio (os níveis de estrogênio diminuem mais que os de androgênio). Mulheres que tiveram acne na adolescência terão, na maioria dos casos, acne na meia-idade. Os efeitos do androgênio, mesmo nos níveis normais, podem aumentar mais a acne em mulheres adultas do que em adolescentes. A acne em adultos aparece mais na parte baixa do rosto, principalmente no queixo e no pescoço. A acne em adultos raramente responde às terapias para a acne em adolescentes (loções, sabonetes, antibióticos). O tratamento com contraceptivos orais pode ajudar, mas essa opção só é válida para mulheres saudáveis e não fumantes durante a transição da menopausa.

Algumas mulheres na perimenopausa relatam sensações irritantes na pele, variando de coceiras graves a sintomas invisíveis de "formigas caminhando sobre a pele". Essa condição, chamada de "formigamento" (derivada da palavra formiga, de origem grega), é difícil diagnosticar e mais difícil ainda de tratar. Não existem estudos científicos para instruir os médicos. Anti-histamínicos podem ajudar. Qualquer sinal da pele que mude deve ser investigado.

Alterações no cabelo

O envelhecimento aumenta a probabilidade do cabelo se tornar grisalho e mais quebradiço. Além disso, o crescimento excessivo de pelos (hirsutismo) pode ocorrer em áreas em que os folículos pilosos são sensíveis ao androgênio, como o queixo, o lábio superior e as bochechas. Acredita-se que essa condição se deve à mudança no equilíbrio entre os níveis de androgênio e estrogênio, associada a diminuição do estrogênio na menopausa. Frequentemente, mulheres relatam "pelos rebeldes" em seus queixos que parecem crescer bastante quase da noite para o dia, e outras mulheres notam o surgimento de uma penugem ("penugem de pêssego") em seus rostos.

A alteração no equilíbrio entre androgênio e estrogênio relacionada à menopausa também pode resultar em um efeito oposto - a queda de cabelo. Geralmente, há um componente genético na queda. Algumas mulheres na meia-idade observam uma queda ou afinamento de cabelo antes dos 50 anos. Embora a queda possa piorar com a menopausa natural, foi observado uma melhora em mulheres que passaram por uma menopausa cirúrgica, pois os níveis de androgênio diminuem após a remoção dos ovários. A queda de cabelo também pode estar associada a uma dieta exagerada, um estresse intenso ou prolongado, falta de ferro, algumas doenças (como o distúrbio da tireoide) e alguns medicamentos (como tratamentos para câncer e alguns medicamentos para colesterol alto e hipertensão arterial). Terapia com androgênio e alguns tipos de terapia com progestagênio podem resultar na queda de cabelo. Algumas mulheres também relatam a queda com o uso de TE, enquanto outras relatam que o estrogênio diminui a queda de cabelo.

Ter uma alimentação saudável, com suplemento multivitamínico diariamente, e evitar produtos químicos agressivos e exposição solar irão ajudar a manter o cabelo saudável. Para um hirsutismo leve (crescimento indesejado de pelo no rosto), os tratamentos incluem remoção de pelos com pinça, depilação com cera ou lâmina, clareamento, eletrólise e terapia a laser. O tratamento de hirsutismo severo ou da queda de cabelo pode ser mais desafiador, pois é difícil determinar suas causas. É aconselhável consultar um dermatologista.

Alterações oculares

Várias alterações oculares podem ocorrer durante períodos de níveis flutuantes de hormônios, como durante o ciclo menstrual, a gravidez e a perimenopausa. A visão pode ser levemente alterada. O formato dos olhos também pode mudar um pouco, tornando o uso de lentes de contato mais desconfortável e aumentando a necessidade de lentes para leitura.

Após a menopausa, algumas mulheres relatam olhos cronicamente secos e arranhados, geralmente com sensibilidade à luz, visão borrada, aumento de lágrimas, ou pálpebras inchadas ou avermelhadas - uma condição chamada "síndrome crônica do olho seco". Não está claro se essa condição está relacionada à falta de estrogênio. Parece duvidoso, visto que alguns estudos sobre TH mostram mais reclamações de olhos secos entre usuários de TH. Essa condição pode ocorrer em climas de ar seco, por causa de algumas doenças (como a síndrome de Sjogren) e do uso de alguns medicamentos (como antialérgicos e antidepressivos). Estão disponíveis tratamentos para ajudar a aliviar os sintomas, assim como uma crescente variedade de polímeros, géis e soluções para restaurar a qualidade e a quantidade de lágrimas. Pequenos tampões no canal lacrimal colocados por um oftalmologista (médico especializado nos olhos) estão disponíveis em uma grande variedade de formatos e tamanhos para conservar o volume de lágrimas e pode ser adequado em alguns pacientes. Um medicamento chamado ciclosporina A tópica também pode ser adequado para reduzir inflamações que contribuem para a secura dos olhos.

O envelhecimento aumenta os riscos de doenças oculares como catarata, glaucoma e degeneração macular. Consultas de revisão regulares ajudam a encontrar precocemente doenças oculares, quando os problemas são mais fáceis de tratar. É recomendado consultar um oftalmologista (médico especializado nos olhos) no caso de qualquer condição ocular grave.

Alterações dentárias e bucais

Com a idade vêm os problemas dentais, incluindo perda de dentes, necessidade de dentaduras, retração gengival, risco maior de danos aos tecidos gengivais, "queimação" na boca e na língua, sensibilidade ao quente e gelado e diminuição da densidade mineral óssea da mandíbula. Embora alguns desses problemas estejam relacionados à diminuição do estrogênio na menopausa, outras causas incluem idade avançada, ingestão inadequada de cálcio e de vitaminas, efeito colateral de medicamentos e condições médicas como anemia ou diabetes.

Fazer uma boa higiene bucal é extremamente importante. É recomendado escovar os dentes e passar fio dental diariamente, fazer consultas de revisões dentais regulares e limpeza profissional duas vezes ao ano.

Alterações auditivas

A transição da menopausa e os níveis reduzidos de estrogênio afetam o funcionamento do sistema nervoso, incluindo a audição. A deficiência auditiva aumenta após os 50 anos. Cerca de 25% dos indivíduos entre 51 e 65 anos têm a audição reduzida em pelo menos um ouvido e a perda auditiva objetiva é identificada em mais de 33% daqueles com 65 anos ou mais. Os sintomas da transição da menopausa podem agir como desencadeadores no declínio de audição relacionado ao envelhecimento em mulheres saudáveis, começando no ouvido esquerdo.

3. O que é a menopausa precoce?

Existem muitas maneiras pelas quais a mulher pode ter uma menopausa precoce. Ela pode passar pela menopausa naturalmente antes dos 40 anos, ou pode ter tido um tratamento ou um procedimento médico que tenha danificado ou removido seus ovários em qualquer idade. Esse tipo de menopausa precoce é chamado "menopausa induzida". Outro termo, "insuficiência ovariana primária" (IOP), é uma condição em que a ovulação pode ocorrer imprevisivelmente por anos, mas geralmente resulta em menopausa precoce. Cada condição será explorada nesta seção.

Considerações importantes sobre a saúde

Se a menopausa ocorre cedo, a mulher passará mais anos sem os benefícios da produção de estrogênio e estará mais propensa a ter alguns problemas de saúde mais tarde, como osteoporose e doença cardíaca. A menopausa precoce também pode causar uma angústia em mulheres que querem ter filhos. Abordar o impacto emocional da menopausa precoce e explorar opções para ter um filho, pode ser tão importante quanto reconhecer os problemas físicos.

Para informações completas sobre sintomas e tratamentos da menopausa, veja as seções 2, 4 e 5.

Insuficiência ovariana primária

A IOP é uma condição em que mulheres mais jovens (às vezes tão jovens quanto adolescentes) têm apenas algumas menstruações ocasionais ou nenhuma e maiores níveis de FSH, significando uma diminuição do número de óvulos em seus ovários. A gravidez é possível, pois a ovulação ainda pode ocorrer. Algumas mulheres com IOP têm sintomas típicos da menopausa, enquanto outras não têm. Algumas continuam com a menstruação normal, mas a menopausa precoce também é possível.

Considerando que a falta de estrogênio tem um efeito negativo sobre a densidade óssea e, possivelmente, sobre a função cerebral e sexual, deve-se primar pelo diagnóstico precoce. Mulheres com IOP devem conversar com seus médicos sobre apoio psicológico, opções para engravidar, preocupações sexuais e possíveis tratamentos.

Menopausa induzida

A menopausa induzida ocorre quando um tratamento médico como quimioterapia, radiação, ou cirurgia remove ou danifica seriamente ambos os ovários. Mulheres que passam pela menopausa induzida têm sintomas mais severos do que as mulheres que passam pela menopausa natural. E, por serem mais novas, não terão estrogênio por mais anos, portanto, precisarão da TH para tratar seus sintomas e diminuir o risco de perda óssea. Por outro lado, pelo fato da intervenção médica ter resolvido um problema grave de saúde, algumas mulheres se sentem melhor após a menopausa induzida.

A menopausa induzida ocorre quando os ovários estão danificados devido à cirurgia ou quimioterapia.

Menopausa precoce causada por cirurgia

A cirurgia causa a menopausa quando ambos os ovários são removidos (ooforectomia bilateral), às vezes, por causa de câncer, ou para evitar câncer em mulheres com alto risco de câncer de mama ou de ovário. Entretanto, os ovários podem ser removidos para tratar doenças não cancerosas como endometriose, miomas, ou infecção, como doença inflamatória pélvica. Nesses casos, a decisão de remover os ovários depende da severidade da doença e da idade da mulher. A mulher deve conhecer todas as suas opções antes de remover os ovários. Um único ovário saudável geralmente produz hormônio suficiente para evitar a menopausa precoce.

Efeitos colaterais. As mulheres que passam pela menopausa cirúrgica não têm a transição gradual da perimenopausa. A menopausa ocorre imediatamente. Essas mulheres geralmente têm sintomas mais severos, como fogachos e secura vaginal intensos.

Embora a remoção do útero (uma histerectomia) não provoque a menopausa se os ovários foram deixados no lugar, o sangramento menstrual e a fertilidade acabam. Mesmo que os ovários permaneçam, uma histerectomia pode resultar no fim da produção de estrogênio dos ovários em uma média de 2 a 3 anos antes do normal. Essas mulheres ainda passam pela perimenopausa conforme os ovários produzem gradualmente menos estrogênio. Pela falta de menstruação, mulheres sem útero não conseguirão notar as mudanças na menstruação e não saberão quando a perimenopausa começou ou terminou.

Sexualidade. Para a maioria das mulheres, a função sexual é a mesma, ou até melhor, após uma histerectomia, principalmente se a cirurgia foi feita por causa de miomas, endometriose, ou outro problema que causava sangramento ou dor intensa. Como os ovários são a fonte de estrogênio e de androgênio, algumas mulheres notam uma diminuição no desejo sexual após a remoção dos dois ovários na histerectomia, mas a maioria não nota essa diminuição. Embora algumas mulheres percebam uma mudança sutil na sensação durante a relação sexual ou o orgasmo, isso não afeta o prazer sexual.

Menopausa precoce causada pela quimioterapia

A quimioterapia é um tratamento medicamentoso forte para tratar câncer, geralmente usado com radioterapia, cirurgia, ou ambos. É projetada para circular pelo corpo e destruir células cancerosas que se espalharam pelo corpo a partir do local original do câncer. Infelizmente, também pode danificar as células saudáveis. As células do sistema reprodutivo, incluindo os ovários, podem ser danificadas pela quimioterapia. Os ovários danificados podem ficar sem óvulos saudáveis ou incapazes de produzir hormônios.

Efeitos colaterais. Mulheres com mais de 40 anos têm mais chances de terem os ovários danificados e sofrerem de infertilidade pela quimioterapia. Mulheres submetidas ao tratamento de câncer podem sofrer uma série de efeitos colaterais, incluindo fadiga extrema, náusea, secura vaginal e queda de cabelo.

Sexualidade. Não é fácil para a mulher sentir desejo sexual quando ela não se sente bem. Além disso, alguns medicamentos da quimioterapia irritam a vagina, deixando-a seca e inflamada. Mudanças temporárias de peso durante a quimioterapia, assim como queda de cabelo e outras mudanças físicas, podem desfavorecer a imagem corporal da mulher, deixando-a desconfortável com relação à intimidade. Muitas mulheres continuam tendo uma vida sexual satisfatória após a quimioterapia, mas isso exige um acompanhamento com profissionais de saúde para tratar os sintomas, incluindo fogachos e secura vaginal. A produção de androgênio dos ovários após o tratamento dependerá do dano causado pela quimioterapia. Em muitos casos, os relacionamentos adquirem um novo significado após um diagnóstico de câncer. Os parceiros podem se sentir mais próximos e sentir mais conforto e prazer a partir de todos os tipos de intimidade física.

A baixa produção dos níveis de androgênio dos ovários após o tratamento dependerá do dano causado pela quimioterapia. Entretanto, se os níveis de androgênio decaem significativamente, as mulheres podem sentir uma falta de desejo sexual, embora ainda consigam obter prazer através do toque. Em alguns casos, a intimidade adquire um novo significado. Os parceiros podem se sentir mais próximos e sentir prazer e conforto no toque e no abraço.

Menopausa precoce causada pela radiação pélvica

A radioterapia usa partículas ou ondas de alta energia para danificar as células cancerosas e impedi-las de crescer. É um tratamento comum para câncer e pode ser usada sozinha ou com quimioterapia, com outro tratamento medicamentoso, ou com cirurgia. Diferente da quimioterapia, que expõe o corpo inteiro aos agentes anticancerígenos, a radioterapia afeta somente a área sendo tratada. Algumas células normais perto do tumor também podem ser afetadas pela radiação.

A radioterapia na área pélvica é o tipo de radiação mais propenso a causar a menopausa induzida, pois é onde estão localizados os ovários. Entretanto, durante alguns tipos de radiação os ovários podem ser protegidos. Além disso, doses mais baixas de radiação podem danificar temporariamente os ovários, mas os períodos menstruais e a fertilidade podem voltar.

A radiação pélvica pode causar a menopausa induzida, pois é onde os ovários estão localizados.

Efeitos colaterais. Com a menopausa induzida pela radiação pélvica, as mulheres perdem a sua fertilidade natural, passam por sintomas relacionados à menopausa e estão mais suscetíveis à osteoporose. Os efeitos colaterais variam consideravelmente, dependendo do tipo e da quantidade de radiação sendo usada. Mulheres que necessitam de quimioterapia ou radiação devem conversar com um profissional de saúde sobre suas preocupações antes do tratamento. Às vezes, o medo dos efeitos colaterais pode ser pior que os próprios efeitos, portanto, saber o que esperar pode ajudar.

Sexualidade. Durante a radiação pélvica, algumas mulheres são aconselhadas a não terem relações sexuais. Entretanto, a maioria das mulheres pode voltar a fazer sexo em algumas

semanas após o tratamento. Às vezes, as mulheres e seus(suas) parceiros(as) descobrem uma nova intimidade conforme continuam a encontrar prazer em toques, abraços e atividades não sexuais até (e após) a volta da relação sexual. Assim como na quimioterapia, a extensão do dano no ovário causado pela radiação determina se o ovário continuará a produzir níveis baixos de androgênio.

Planejamento da fertilidade para a menopausa induzida

Antes de passar por qualquer tratamento que possa induzir a menopausa, as mulheres devem considerar seus desejos de serem mães. Opções disponíveis incluem coletar os óvulos durante a fertilização *in vitro* (FIV) e congelar óvulos fertilizados ou embriões para uso posterior. Se a mulher poderá se beneficiar dessas opções dependerá de vários fatores, incluindo:

- Idade
- Saúde em geral
- Tipo de tratamento ou cirurgia
- Orçamentos e recursos disponíveis para o tratamento de fertilidade

Antes de passar por qualquer tratamento que possa induzir a menopausa, considere seu desejo de ser mãe.

Mulheres sexualmente ativas devem usar contraceptivos durante os tratamentos de câncer, pois a menopausa pode não ocorrer por meses após o tratamento.

Reações emocionais à menopausa precoce

As emoções causadas pela menopausa precoce variam bastante. Preocupações acerca da imagem corporal, sexualidade e infertilidade podem aumentar, assim como a sensação de estar envelhecendo prematuramente. Para mulheres jovens que passam pela menopausa induzida - especialmente devido a tratamentos para doenças sérias e fatais - esses sentimentos podem ser intensificados. Essas mulheres também devem lidar com as condições subjacentes que induziram a menopausa.

A saúde emocional e a saúde física estão fortemente relacionadas. Problemas físicos podem provocar uma angústia emocional, a qual pode dificultar a capacidade do corpo de se recuperar e permanecer saudável. Mulheres que sofreram menopausa precoce por causa de tratamentos médicos ou cirúrgicos provavelmente terão preocupações diferentes daquelas que passaram por uma menopausa precoce, como:

- Medo do retorno da doença.
- Medo da morte.
- Medo de sentir dor ou desconforto relacionado à doença ou ao tratamento.
- Sentimentos relacionados à falta de informação ou "muita informação".
- Sensação de perda e luto por partes corporais removidas durante a cirurgia.
- Não sentir-se atraente por causa das mudanças cirúrgicas.
- Perda de controle relacionada à doença, tratamentos, efeitos colaterais e hospitalização.
- Culpa pelos membros da família que têm que lidar com a doença.
- Constrangimento pela queda temporária de cabelos, causada pela quimioterapia.
- Ressentimento com as pessoas por não terem que lidar com um problema tão sério e culpa por sentir tal ressentimento.
- Apreensão quanto à função sexual, intimidade e relacionamentos (medo de rejeição).
- Desesperança, sensação de estar vivendo no limbo e incerteza quanto ao futuro após o final do tratamento de câncer.

As mulheres que passam pela menopausa induzida pela cirurgia também podem enfrentar dor e ansiedade relacionada a tratamentos adicionais, como a quimioterapia.

Opções de tratamento

Os tratamentos para os sintomas da menopausa aparecem nas seções 3 e 5.

4. Saúde na pós-menopausa

Nos anos da pós-menopausa, as mulheres sentem os efeitos físicos do envelhecimento e também podem ser afetadas pelas mudanças hormonais da menopausa. Elas podem enfrentar problemas sérios de saúde, como doença cardíaca, diabetes, osteoporose e câncer. Avaliar os seus riscos para essas doenças o mais cedo possível permite que você tome providências para preveni-las.

Doença cardíaca

Muitas mulheres pensam na doença cardíaca como uma doença masculina. Na verdade, doenças cardíacas e do sistema circulatório (doenças cardiovasculares) são a principal causa de morte em mulheres com 65 anos ou mais e a segunda principal causa em mulheres com 45 a 64 anos.

Mulheres morrem mais de doença cardíaca do que homens, talvez pelo fato de que a doença cardíaca seja frequentemente detectada em estágios avançados nas mulheres, pois seus sintomas podem ser diferentes dos homens.

Estudos encontraram vários fatores que aumentam o risco de doença cardíaca em mulheres.

Fatores que aumentam o risco de doença cardíaca em mulheres

- Idade
- Histórico familiar: pai ou irmão que tiveram um ataque cardíaco antes dos 55 anos; mãe ou irmã que tiveram um ataque cardíaco antes dos 65 anos; parente próximo que teve um derrame
- Raça/etnia negra
- Fumante
- Sedentarismo
- Peso 20% acima do ideal
- Cintura com mais de 88 cm
- Hipertensão arterial
- Níveis altos de colesterol ou de triglicérideo
- Estresse
- Diabetes
- Menopausa precoce, principalmente antes dos 35 anos

Como manter o coração saudável

Embora alguns fatores de risco para a doença cardíaca não possam ser alterados, outros podem ser evitados:

Não fume. Fumantes têm mais probabilidade de ter um ataque cardíaco do que não fumantes. Mas há boas notícias. Quando uma mulher para de fumar, não importa por quanto tempo ou quanto ela fumou, o seu risco de ter uma doença cardíaca diminui rapidamente. Existem muitos outros motivos para não fumar - incluindo mais energia, uma aparência melhor e um menor risco de osteoporose e câncer de colo de útero, de pulmão, de boca e de garganta. Para uma ajuda em largar o cigarro, visite <http://www.smokefree.gov/>.

Mulheres morrem mais de doença cardíaca que homens, pois a doença é muitas vezes detectada em estágio avançado nas mulheres.

Controle a pressão arterial. A hipertensão (hipertensão arterial) é definida como uma pressão arterial maior que 140/190 mm Hg. O melhor é manter a pressão abaixo de 120/180. Mesmo que a pressão esteja somente um pouco mais alta, o risco de derrame ou ataque cardíaco pode duplicar. A hipertensão arterial se torna mais comum conforme a mulher envelhece – mais de 50% das mulheres acima de 55 anos são afetadas, especialmente mulheres negras. O exame regular de pressão arterial é importante, pois a hipertensão arterial raramente causa sintomas visíveis pelo paciente.

A hipertensão arterial pode ser controlada com:

- Controle de peso
- Uma dieta alimentar mais saudável
- Ingestão limitada de sal e álcool
- Exercícios regulares
- Redução de estresse

Controle o colesterol. Níveis altos de colesterol no sangue podem causar o acúmulo de placas de gordura no interior das artérias. Essa condição é chamada "aterosclerose" (endurecimento das

artérias). As placas diminuem ou bloqueiam totalmente o fluxo sanguíneo. Se isso acontecer em um vaso sanguíneo no coração, pode ocorrer um ataque cardíaco. Se isso acontecer em um vaso sanguíneo no cérebro, pode ocorrer um derrame.

Deixar os níveis de colesterol em níveis normais tem um grande impacto na doença cardíaca:

- Mantém o colesterol total abaixo de 200 mg/dL (5,17 mmol/L)
- Mantém os níveis altos do colesterol "bom" (lipoproteína de alta densidade, HDL) em pelo menos 50 mg/dL (1,29 mmol/L)
- Mantém os níveis baixos do colesterol "mau" (lipoproteína de baixa densidade, LDL) menor que 100 mg/dL (2,59 mmol/L)

Controle os triglicerídeos. A maioria das gorduras no sangue é triglicerídea. Um nível saudável menor que 150 mg/dL (1,69 mmol/L) geralmente pode ser obtido ao:

- Limitar o consumo de álcool
- Evitar comidas com gordura e açúcar
- Exercitar-se regularmente
- Manter o peso sob controle
- Não fumar

Previna o diabetes. Pessoas com diabetes (altos níveis de açúcar no sangue) estão até quatro vezes mais propensas a desenvolver doença cardíaca do que pessoas sem diabetes. A diabetes adulta é basicamente o resultado da obesidade.

Exercite-se regularmente. Um estilo de vida sedentário é quase tão prejudicial para a doença cardíaca como fumar, pois geralmente significa uma circulação sanguínea ruim e um peso maior. Atividades físicas regulares mostraram uma redução do risco de ataques cardíacos em mulheres. As mulheres devem fazer pelo menos 30 a 60 minutos de exercícios aeróbicos de intensidade moderada (por exemplo, uma caminhada rápida) na maioria dos dias.

Mantenha o peso saudável ou perca peso. Mulheres que mantêm o seu peso em níveis saudáveis têm 50% a menos de risco de doença cardíaca. Mulheres muito acima do peso podem reduzir os riscos ao perder apenas 10% de seus pesos.

Melhore a nutrição. Escolha uma dieta alimentar que inclui:

- Uma variedade de frutas e vegetais
- Grãos
- Produtos lácteos ou com soja de baixa ou sem gordura
- Peixe
- Legumes
- Fontes de proteína com baixa gordura saturada e trans (como aves, carnes magras e alimentos de origem vegetal)

Evite comidas que têm uma grande quantidade de:

- Colesterol
- Gorduras saturadas e trans
- Sal (limitar o sal pode ajudar a controlar a hipertensão arterial)

Além disso, sempre modere com o álcool. O vinho tinto tem sido associado à diminuição do risco de doença cardíaca. Saiba mais sobre mulheres e álcool em

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womensfact/womensfact.htm>.

Reduza o estresse. O estresse aumenta os riscos de doença cardíaca e muitos outros problemas de saúde. Exercício, meditação e técnicas de relaxamento podem ajudar a reduzir o estresse.

Se você tem alto risco de doença cardíaca, consulte seu médico sobre tomar pequenas doses de aspirinas diariamente. Estudos descobriram que pequenas doses diárias de aspirina (81 mg) diminuem o risco da mulher, caso ela tenha um alto risco de doença cardíaca e mais de 65 anos. Entretanto, não ingira aspirina diariamente se você não está em risco para doença cardíaca, considerando que isso pode causar outros problemas como hemorragia interna e derrame.

A terapia hormonal não previne doença cardíaca. Uma vez pensou-se que todas as TH diminuía o risco de doença cardíaca, principalmente porque diminuía os níveis de colesterol. Entretanto, estudos recentes mostraram que alguns tipos de TH aumentam o risco de doença

cardíaca, coágulos e derrame. Além disso, a idade em que a mulher começa a TH parece fazer diferença. Alguns estudos mostraram benefícios para o coração quando os hormônios são iniciados perto da menopausa (5 anos ou menos). As recomendações governamentais atestam que o estrogênio não deve ser usado para prevenir doença cardíaca. Mulheres que já tiveram doença cardíaca não devem iniciar a TH.

Osteoporose

A osteoporose na pós-menopausa é uma condição na qual os ossos se tornam frágeis e com maiores riscos de fraturas. A força óssea e o risco de fratura dependem da qualidade e da densidade mineral óssea (DMO).

Fratura de compressão na espinha é o tipo mais comum de fratura pela osteoporose. A maioria não causa sintomas visíveis. Entretanto, mulheres com múltiplas fraturas na espinha ou com fraturas recentes e graves podem ter uma dor crônica nas costas. Em casos graves, as mulheres podem perder um pouco da estatura ou desenvolver uma curvatura na parte de cima das costas (corcunda). Fraturas de quadril relacionadas à osteoporose, embora menos comuns que as fraturas na espinha, são mais graves.

Os ossos crescem durante a infância e a adolescência, alcançando o ponto máximo (pico de massa óssea) entre os 20 e 30 anos. Então, há uma estabilização da massa óssea até a meia-idade, quando uma perda óssea gradual ocorre nas mulheres e nos homens. Por volta da menopausa, as mulheres têm uma perda óssea maior de cerca de 2% ao ano, por 3 a 5 anos. Após esse período de perda acelerada, a perda óssea diminui de 1 a 1,5% por ano. Aos 80 anos, muitas mulheres perderam 30% de seus picos de massa óssea.

O risco de osteoporose aumenta se a mulher não teve produção óssea suficiente em seus anos de crescimento ou se ela sofreu uma perda óssea maior do que o normal na fase adulta. Porém, outros fatores também aumentam o risco de ossos fracos, incluindo hereditariedade (a maior influência), falta de exercício, tabagismo e algumas condições e tratamentos médicos. (Veja Quadro.)

O envelhecimento é a principal causa para a diminuição da força óssea. Mulheres passando pela menopausa precoce, natural ou induzida, têm maiores riscos para ossos enfraquecidos do que mulheres da mesma idade que não chegaram à menopausa. Entretanto, aos 70 anos, quando as fraturas são mais prováveis de acontecer, ambos os grupos sofrem os mesmos riscos.

Os maiores fatores de risco de fraturas pela osteoporose

- Idade avançada
- Baixa densidade mineral óssea
- Fraturas anteriores (menos crânio, osso facial, tornozelo, dedo e dedo do pé) durante a fase adulta
- Histórico de fratura de quadril dos pais
- Peso abaixo de 57,7 kg
- Tabagismo (qualquer quantidade)
- Muito pouco cálcio e vitamina D na dieta alimentar
- Mais de duas bebidas alcoólicas por dia
- Uso de certos medicamentos sob prescrição (como esteroides por mais de três meses)
- Aumento no risco de quedas (devido à visão deficiente, ao equilíbrio ruim, à tontura por medicação, etc.)

Avaliação

Todas as mulheres na pós-menopausa devem ser avaliadas por um profissional de saúde para fatores de risco para osteoporose e fraturas e sinais de perda óssea. Dor prolongada e severa no meio das costas é, possivelmente, um sinal de fraturas na espinha pela osteoporose. Outros sinais podem ser mudanças no formato da espinha e perda de estatura. Embora seja normal perder estatura durante o envelhecimento, a maioria dos especialistas concorda que uma perda de 3,8 cm ou mais deve aumentar o cuidado para a osteoporose. Porém, esses sinais podem ocorrer sem a osteoporose. São necessários mais testes para fazer um diagnóstico.

Embora a perda de força óssea seja, principalmente, devida ao envelhecimento, níveis mais baixos de estrogênio também podem ser uma das causas.

A ferramenta Avaliação do Risco de Fratura (FRAX) calcula a probabilidade de uma mulher ter em 10 anos uma fratura de quadril e a probabilidade de em 10 anos ter uma fratura maior pela osteoporose (espinha, antebraço, quadril, ou ombro). Se disponíveis, os resultados da densidade óssea podem ser incluídos, mas não é necessário um teste para a densidade óssea. Qualquer mulher que esteja na menopausa pode calcular o seu risco de ter fraturas após os 40 anos. Visite o site da FRAX em www.shef.ac.uk/FRAX, selecione *calculation tool* e a localização geográfica e siga as instruções.

O raio X padrão não consegue diagnosticar a osteoporose a não ser que uma grande quantidade óssea tenha sido perdida. Medir a DMO é a melhor maneira para estimar a força óssea e prever o risco de fratura. Embora existam vários testes para medir a DMO, a absorciometria de feixe duplo de energia (DEXA) é o melhor, pois expõe a mulher a somente 10% da radiação usada em raios X peitorais. A DEXA é a melhor para diagnosticar a osteoporose, pois mede a coluna, o quadril e a DMO de todo o corpo, os locais importantes de fraturas pela osteoporose. O ultrassom, o qual não exige radiação, mede a densidade óssea em locais periféricos do corpo, como o pulso ou calcânhar. Pode ser usado para prever o risco de fratura; entretanto, não pode ser usado para diagnosticar osteoporose ou para acompanhar os efeitos do tratamento. (Veja Quadro abaixo.)

Definições da densidade óssea medidas pelo teste DEXA

Normal:	Escores T acima ou igual a -1,0
Osteopenia:	Escore T entre -1,0 e -2,5
Osteoporose:	Escores T abaixo ou igual a -2,5

As mulheres geralmente questionam como e quando fazer uma medida da DMO. A NAMS recomenda o teste de DMO para dois grupos: todas as mulheres na pós-menopausa com 65 anos ou mais; e todas as mulheres na pós-menopausa com causas médicas para a perda óssea ou com pelo menos um dos fatores de risco para fraturas:

- Fumante
- Peso abaixo de 57,7 kg
- Ingestão excessiva de álcool
- Artrite reumatoide

- Histórico de fratura de quadril dos pais
- Fraturas após a menopausa (menos crânio, osso facial, tornozelo, dedo e dedo do pé)

A DMO não precisa ser testada frequentemente, pois a densidade óssea diminui somente cerca de 1 a 1,5% por ano. Para a maioria das mulheres na pós-menopausa que não estão sendo tratadas para osteoporose, fazer o teste da DEXA novamente não é útil até terem se passado de 3 a 5 anos. No tratamento para osteoporose, só é necessário checar a densidade óssea uma vez de 1 a 2 anos após o início da medicação para garantir que está estabilizado. Não é necessário repetir os testes se a mulher está indo bem com a medicação.

Prevenção de osteoporose

O principal objetivo do tratamento para osteoporose é prevenir fraturas ao parar ou diminuir a perda de massa óssea, mantendo a força e minimizando os fatores que contribuem para quedas e fraturas. Embora as fraturas pela osteoporose ocorram, geralmente, mais tarde (82 anos é a média para fratura de quadril e início dos 70 anos, para a espinha), é importante identificar cedo a saúde óssea. A menopausa é o momento certo para se informar sobre a saúde óssea.

Mudanças no estilo de vida e tratamentos sem prescrição. Ter um estilo de vida saudável - incluindo não fumar, exercícios regulares e ingestão adequada de cálcio e vitamina D - pode diminuir a perda óssea nos primeiros anos da pós-menopausa e reduzir o risco de fraturas. Ingerir uma quantidade suficiente de cálcio e vitamina D também é essencial quando se está tomando alguma medicação prescrita para osteoporose.

Se a mulher não está ingerindo cálcio suficiente a partir de sua alimentação, é recomendável tomar um suplemento.

A queda causa quase 90% das fraturas por osteoporose, portanto, é importante reduzir os riscos de quedas. Algumas maneiras de preveni-las:

- Uma boa iluminação, principalmente em degraus e escadas
- Remover obstáculos do caminho
- Usar tapetes antiderrapantes no chão e no chuveiro
- Instalar barras de apoio no chuveiro

- Reduzir ou interromper o consumo de bebidas alcoólicas ou uso de medicamentos que podem causar tontura

Tratamento para osteoporose. Vários tipos de medicamentos eficazes para os ossos estão disponíveis. Os profissionais de saúde podem determinar o tipo indicado para cada mulher. Pode ser necessário o uso a longo prazo, pois a perda óssea geralmente volta após o final do tratamento. Entretanto, estudos não avaliaram a segurança ou a eficácia de tratamentos usados por muitos anos. É recomendado reavaliar os objetivos do tratamento e a escolha de medicamentos de tempos em tempos. Tenha em mente que manter um estilo de vida saudável para os ossos irá melhorar os resultados dos tratamentos prescritos.

Veja o site da NAMS para mais informações sobre medicamentos sob prescrição para o manejo da osteoporose, acesse www.menopause.org.

Diabetes

Mulheres com diabetes possuem níveis excessivos de açúcar (glicose) no sangue. Seus corpos podem não produzir insulina suficiente, o hormônio que controla o açúcar no sangue, ou a pessoa está muito acima do peso para ser capaz de produzir insulina. O diabetes é diagnosticado caso o nível de glicemia de jejum esteja acima de 126 mg/dL (7,0 mmol/L).

O diabetes aumenta o risco de doença cardíaca de duas a quatro vezes, além do aumento de risco com a idade. Mesmo quando os níveis da glicose sanguínea estão sob controle, o diabetes aumenta o risco de ataque cardíaco e derrame. O diabetes também está associado a maiores riscos para outros problemas de saúde, incluindo perda de visão, falência renal, câncer de útero, colelitíase, dano no nervo (às vezes acarretando uma amputação) e menopausa precoce. Entretanto, a maioria das pessoas com diabetes consegue viver bastante com um acompanhamento médico apropriado e hábitos saudáveis.

Conforme as pessoas envelhecem, elas estão mais propensas a desenvolver o tipo mais comum de diabetes – diabetes tipo 2, também chamada de diabetes do adulto. O diabetes não tem cura, o

melhor é tentar preveni-lo. Um estilo de vida saudável e um peso adequado pode prevenir a maioria dos casos de diabetes tipo 2.

Um estilo de vida saudável e um peso adequado pode prevenir a maioria dos casos de diabetes tipo 2.

A maioria dos fatores de risco para o diabetes tipo 2 pode ser controlada. A obesidade é o fator número um, responsável por 80 a 95% do aumento dramático do diabetes tipo 2 nos países desenvolvidos. A obesidade é definida como um índice de massa corporal (IMC) de 30 ou mais, um cálculo baseado no peso em quilogramas e altura em metros ao quadrado (kg/m^2). Por exemplo, uma mulher é considerada "obesa" quando ela mede 1,63 m e pesa 79 kg ou mais - ou quando ela mede 1,73 m e pesa 89 kg ou mais. A definição de "sobrepeso" é um IMC de 24 a 29. Uma calculadora de IMC pode ser encontrada em www.nhlbisupport.com/bmi.

O excesso de gordura corporal limita a capacidade da insulina de controlar o açúcar no sangue (resistência à insulina). Também é significativo o modo como a gordura está distribuída. A concentração de peso em volta do abdômen e na parte superior do corpo (corpo com formato de maçã, ao invés de pera com quadris largos) está associada a resistência à insulina e o diabetes, como também a doença cardíaca. Cerca de todos os fatores de risco para a doença cardíaca também são fatores de risco para o diabetes tipo 2.

Os fatores de risco não controláveis para diabetes tipo 2 incluem: idade avançada, histórico familiar de diabetes, histórico pessoal de diabetes gestacional (diabetes diagnosticado na gestação), raça/etnia não caucasiana e menopausa.

Mulheres com fatores de risco devem ser testadas para diabetes por volta da menopausa. Um teste de glicose deve ser considerado para todas as mulheres com 45 anos e para aquelas com o IMC de 25 ou mais com outros fatores de risco para diabetes. Mulheres com diabetes são fortemente recomendadas a consultar um profissional de saúde para controlar a doença. Dieta, exercício e controle de peso são importantes para todas as mulheres com alto risco de ter ou que já tem a doença. Mulheres com sobrepeso podem melhorar o controle de açúcar no sangue ao perder peso. Medicamentos também podem ajudar a controlar o açúcar no sangue.

Câncer

A menopausa não aumenta os riscos de câncer, mas a probabilidade do surgimento de muitos cânceres aumenta com a idade, portanto as mulheres na pós-menopausa devem saber sobre os cânceres mais comuns que podem afetá-las. Alguns tipos de tratamentos usados para tratar os sintomas da menopausa podem influenciar no risco da mulher ter alguns tipos de câncer.

Todos os anos, milhares de mulheres são curadas do câncer e as diagnosticadas atualmente têm melhores chances de viver por mais tempo do que no passado. Na América do Norte, cerca de duas a cada cinco mulheres diagnosticadas com câncer irão viver cinco anos após o diagnóstico. Mais mulheres estão reduzindo os riscos ao se informarem e escolherem um estilo de vida saudável.

Os tipos mais comuns de câncer em mulheres estão apresentados nas seções abaixo:

Câncer de mama

O câncer de mama é o câncer mais temido pelas mulheres, talvez pelo fato de ser o câncer mais comumente diagnosticado em mulheres na meia-idade. Muitas dessas mulheres viram familiares ou amigas passarem pelo tratamento de câncer de mama ou perderam pessoas amadas para a doença. O medo não está relacionado somente à possibilidade de morrer, mas também aos efeitos da cirurgia de mama na imagem corporal e à preocupação constante com o retorno do câncer.

O câncer de mama é a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres na América do Norte (depois do câncer de pulmão). Felizmente, o percentual de morte do câncer de mama começou a decair nos últimos anos. Agora, cânceres menores em estágios pouco avançados podem ser detectados mais cedo com a mamografia. As estatísticas dos EUA mostram que se o câncer de mama for detectado antes de se espalhar pelo corpo, o índice de sobrevivência de 5 anos é de 95%, uma melhora enorme dos 80% dos anos 1950. A mesma melhora na sobrevivência de câncer tem ocorrido nas mulheres canadenses. Vários fatores de risco para câncer de mama foram identificados (veja Quadro abaixo). Apesar do aumento de riscos com o histórico familiar de câncer de mama, a maioria surge em mulheres sem histórico familiar. Estudos mostraram que mulheres obesas com câncer de mama têm mais probabilidade de falecer por causa da doença.

Fatores que aumentam o risco de câncer de mama

- Idade avançada; quase metade dos casos ocorre com mulheres de 65 anos ou mais.
- Histórico pessoal ou familiar de câncer de mama, de ovário, de útero, ou de cólon.
- Puberdade precoce ou menopausa tardia (após os 55 anos).
- Nenhum filho ou primeiro após os 30 anos.
- Tecido mamário denso na mamografia.
- Histórico de biópsias mamárias, especialmente se o resultado foi hiperplasia atípica (a biópsia não aumenta o risco de câncer).
- Estar com o peso 20% acima do ideal após a menopausa.
- Consumir mais do que uma dose de bebida alcoólica por dia.
- Falta de exercício.
- Alimentação com poucas verduras e legumes e frutas.
- Tratamento de radiação para outros cânceres.
- Uso de TH com estrogênio-progestagênio na pós-menopausa.
- Nunca ter amamentado.

Papel da TH. Não existem estudos que fornecem respostas sobre o papel da TH e o risco de câncer de mama em mulheres que passaram pela menopausa precoce, espontânea ou induzida. Entretanto, para mulheres que passaram pela menopausa espontânea na idade certa, dados atuais ligam um aumento de risco de câncer de mama e o uso de TEP, principalmente após vários anos de uso. Mulheres sem útero, que usam somente TE, podem não ver um aumento de risco de câncer de mama por muitos anos (15-20 anos). O uso de TH por pouco tempo durante a perimenopausa, para tratar os fogachos e outros sintomas relacionados à menopausa, não parece aumentar o risco de câncer de mama. Produtos de TH para a menopausa não são aconselháveis para mulheres que têm ou tiveram câncer de mama.

Diagnóstico precoce. Considerando que os fatores de risco para câncer de mama não podem ser alterados, o diagnóstico precoce é a melhor estratégia. Quando a mulher alcança a vida adulta, é recomendado um autoexame mamário mensal e um exame anual por um profissional de saúde durante as consultas de revisão. Se for encontrado algo incomum, como um nódulo ou uma secreção no mamilo, a mamografia (raio x do seio) e uma consulta com um médico são

apropriados. Entretanto, as recomendações para a frequência de mamografias variam. A mulher deve fazer uma mamografia antes de iniciar a TH e anualmente enquanto usar TH.

A eficácia das mamografias em identificar câncer de mama é afetada por vários fatores. Por exemplo, altos níveis hormonais causam uma aparência mais "densa" (ou nebulosa) nos seios na mamografia, dificultando a interpretação do exame. Em mulheres antes da menopausa, quando os níveis hormonais estão altos, as mamografias são mais difíceis de interpretar e mostram resultados falsos positivos. A TH também faz com que os seios pareçam mais densos na mamografia. Mulheres com mama fibrocística (nodular e sensível) ou implantes mamários também têm seios mais densos, tornando mais difícil a avaliação da mamografia. Às vezes, o ultrassom é usado para acompanhar resultados suspeitos da mamografia. A ressonância magnética (RM) é uma técnica de seleção de imagem que pode ajudar mulheres com risco alto para câncer de mama.

A mamografia é recomendada antes e após o início da TH.

Embora a maioria dos nódulos não seja câncer, todos devem ser examinados, mesmo que a mamografia tenha sido negativa. Uma biópsia (pequena amostra de tecido) pode ser necessária para excluir câncer.

Câncer de endométrio (uterino)

O câncer pode se desenvolver no revestimento do útero, chamado de "endométrio". Menos de 3 em cada 100 mulheres após os 50 anos de idade desenvolverão câncer de endométrio. Um número ainda menor vai morrer por essa causa.

Fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de endométrio incluem: uso de estrogênio sem progestagênio; uso de tamoxifeno (para o tratamento de câncer de mama); início da menstruação antes dos 12 anos e menopausa após os 51 anos; ovulação irregular durante os anos menstruais (excluindo a gravidez e a lactância); esterilidade ou nunca ter estado grávida; obesidade; diabetes; doença da vesícula biliar; e, talvez, hipertensão arterial e câncer de colo hereditário. Gestação anterior e uso de contraceptivos orais fornecem uma proteção contra o câncer de endométrio.

Exames anuais pélvicos são recomendados para todas as mulheres. Se a mulher tem fatores de risco para câncer de endométrio, incluindo sangramento anormal uterino sem explicação, também é recomendado uma biópsia do endométrio. O Papanicolau, o qual é bastante eficaz para diagnosticar o câncer de colo do útero, não é um teste seguro para câncer de endométrio. O ultrassom transvaginal e a histerossonografia (um ultrassom do útero, às vezes com o útero preenchido de soro fisiológico) estão sendo usados por alguns médicos para determinar a espessura do endométrio e procurar por câncer de endométrio e outras causas de sangramento na pós-menopausa ou sangramento uterino anormal.

Papel da terapia hormonal. O uso de estrogênio sem progestagênio - também chamada de TE "isolada" - por 3 anos ou mais foi associado ao aumento de câncer de endométrio. Acrescentar o tipo e a quantidade certa de progestagênio ao estrogênio pode reduzir os riscos para o mesmo nível das mulheres que não tomam hormônios. Como resultado, muitos especialistas recomendam às mulheres com útero o uso de progestagênio com TE. Cremes para a pele de progesterona não protegem o útero contra câncer.

Câncer do colo do útero

A menopausa e a TH não foram ligadas ao aumento de câncer do colo do útero (abertura para o útero dentro da vagina). As principais causas do câncer do colo do útero são tipos específicos de papilomavírus humano (HPV), uma infecção adquirida, principalmente, pela relação sexual. Mulheres que começaram a ter relações sexuais cedo ou que tiveram muitos parceiros sexuais têm um maior risco de câncer do colo do útero. Entretanto, uma mulher pode estar infectada com HPV mesmo que ela tenha somente um parceiro sexual caso esse parceiro seja portador da infecção HPV. A infecção pode estar associada a tumores benignos (não cancerosos) na área genital, chamados de "verrugas genitais" ou "condiloma". A maioria das mulheres e homens que possuem o vírus não apresentam sinais ou sintomas da infecção do HPV.

O percentual de morte por câncer de colo do útero caiu drasticamente entre mulheres brancas e negras nos Estados Unidos e no Canadá, mas ainda permanece um problema sério. Se diagnosticado cedo, o câncer de colo do útero invasivo é altamente tratável.

Principalmente, infecções de HPV são comuns em mulheres saudáveis e sexualmente ativas e raramente resultam em câncer do colo do útero. A evolução da infecção do HPV para câncer pode ser impulsionada por muitos fatores, como tabagismo, má nutrição e um sistema imunológico fraco (como a infecção do HIV). Uma vacina para prevenir tipos de câncer relacionados à infecção do HPV foi aprovada para o uso em adolescentes nos Estados Unidos e no Canadá. Estudos estão no caminho para determinar se a vacina beneficiará mulheres mais velhas. Enquanto isso, mulheres na meia-idade que planejam fazer sexo com novos parceiros devem usar camisinhas para se protegerem contra o vírus e outras ISTs.

O Papanicolau é um teste de triagem para detectar mudanças anormais nas células do colo do útero. Às vezes, a mulher precisará de um exame de maior alcance no colo de útero através de um instrumento chamado "colposcópio" e uma biópsia do tecido anormal.

Mulheres sem fatores de risco para o câncer do colo do útero, que tiveram três exames Papanicolau normais consecutivamente, podem ser testadas com menos frequência, mas devem continuar a fazer exames pélvicos e mamários anualmente. Se o Papanicolau mostrar anormalidade ou se a mulher tem um histórico de câncer ou um sistema imunológico fraco, o teste pode precisar ser mais frequente.

Mulheres que fizeram uma histerectomia geralmente não precisam fazer o Papanicolau, a não ser que o útero tenha sido removido por causa de câncer do colo do útero ou neoplasias, ou se ela tem um histórico de exposição ao DES (dietilestilbestrol, hormônio prescrito entre 1938 e 1971 para prevenir abortos e outros problemas relacionados à gravidez). Se o colo do útero não foi removido durante a histerectomia, a mulher ainda precisa fazer o teste Papanicolau regularmente.

Câncer de ovário

Mulheres americanas e canadenses têm uma incidência baixa de câncer de ovário. O câncer de ovário é o oitavo câncer mais comum e a quinta causa de morte. Quando diagnosticado cedo, 94% das mulheres sobrevivem por, pelo menos, 5 anos. Mas somente 15% dos casos são diagnosticados cedo.

O risco de câncer de ovário não é afetado pela menopausa, mas o risco aumenta com a idade, principalmente em mulheres sem filhos ou com histórico familiar de câncer de mama ou de ovário. As mulheres têm um risco mais baixo de câncer de ovário se elas já tiveram uma gestação, usaram pílulas contraceptivas, ou fizeram uma laqueadura das trompas (fechamento cirúrgico das tubas uterinas ou "ligamento" para prevenir uma gravidez). Alguns estudos sugerem que o uso de TH pode aumentar ligeiramente o risco de câncer de ovário.

Nenhum teste de triagem satisfatório para câncer de ovário está disponível. Um ultrassom transvaginal e um hemograma para o marcador tumoral CA 125 têm sido usados para testar mulheres com alto risco de câncer de ovário, mas estudos não acharam benéfica essa abordagem, não a recomendando. Para ajudar a detectar mudanças nos ovários, um exame pélvico anual é recomendado.

Por causa do risco de câncer de ovário, alguns profissionais de saúde defendem a remoção dos ovários quando uma histerectomia é realizada, especialmente se as mulheres estão próximas da menopausa. A remoção dos ovários resulta na menopausa cirúrgica, portanto, essa decisão deve ser tomada após uma discussão aprofundada sobre os prós e contras. A remoção dos ovários após a gestação é recomendada para mulheres que possuem um gene de alto risco para câncer de ovário (BRCA1).

Câncer de pulmão

O câncer de pulmão passou o câncer de mama como o líder na causa de morte por câncer em mulheres norte-americanas e o número de casos continua a aumentar. Essas estatísticas alarmantes refletem o número crescente de mulheres que fumam cigarros, o fator de risco mais importante no desenvolvimento da doença. Infelizmente, não há um teste de triagem eficaz para câncer de pulmão.

De todos os fatores de risco relacionados ao estilo de vida que podem ser prejudiciais, parar de fumar tem o maior impacto na redução de mortes por câncer de pulmão. A exposição passiva ao cigarro também apresenta riscos para a saúde.

Câncer de cólon e reto

Depois do câncer de mama e de pulmão, o câncer colorretal é a causa mais comum de morte por câncer nas mulheres norte-americanas e canadenses. Inclui cânceres do cólon (a parte mais baixa do intestino grosso) e do reto (a parte do intestino grosso entre o cólon e o ânus). Mais de 90 % dos casos de câncer de colorretal acontecem aos 50 anos ou mais. Outros fatores de risco que a mulher não pode alterar incluem: histórico familiar de câncer de colorretal, ter tido pólipos colorretais ou doença inflamatória intestinal.

As mulheres podem diminuir os riscos de câncer de colorretal ao parar de fumar, fazer exercícios, ter uma alimentação saudável (com muitas frutas e vegetais e pouca gordura), ingerir cálcio, ou tomar diariamente aspirina ou um medicamento anti-inflamatório não hormonal (como ibuprofeno).

O câncer de cólon geralmente começa como pólipos pré-cancerosos no cólon e pode ser prevenido na detecção e remoção dos pólipos. Quando o câncer de colorretal é descoberto precocemente, 90% dos pacientes tratados sobreviverão, no mínimo, 5 anos. Entretanto, somente 39% dos cânceres de colorretal são descobertos nesse estágio, principalmente porque as pessoas não fazem uma colonoscopia. Mulheres com um risco médio de câncer de colorretal devem iniciar as avaliações aos 50 anos.

As diretrizes dos EUA para a avaliação de mulheres com risco médio incluem: teste anual para sangue em fezes (chamado de "teste do sangue oculto nas fezes") mais uma sigmoidoscopia flexível (teste para ver dentro do reto e do cólon mais baixo) a cada 5 anos; duplo contraste para enema baritado a cada 5 anos; ou uma colonoscopia (a qual vê o cólon inteiro, incluindo áreas além do alcance do sigmoidoscópio) a cada 10 anos. As diretrizes canadenses ainda estão sendo desenvolvidas. A colonoscopia é a melhor opção.

5. Riscos e benefícios da terapia hormonal

Por ser um assunto polêmico, a NAMS incluiu esse capítulo separado para discutir os riscos e benefícios da terapia hormonal (TH). Outras opções de tratamento, além da TH, são discutidas ao longo desse livro.

Por que usar a terapia hormonal?

A TH é o único tratamento para o alívio de sintomas da menopausa aprovado pelo governo nos Estados Unidos e no Canadá. Esses sintomas, causados por níveis mais baixos de estrogênio na menopausa, incluem fogachos, problemas para dormir e secura vaginal. A TH também é aprovada para a prevenção de osteoporose. Desde a publicação dos resultados do estudo da Iniciativa da Saúde das Mulheres (Women's Health Initiative - WHI), os médicos, geralmente, prescrevem doses muito mais baixas de TH por um período muito mais curto (3 a 5 anos). (Veja Quadro abaixo para mais informações sobre WHI.)

Os três tipos de TH

- **Terapia estrogênica (TE).** O estrogênio é o hormônio que fornece o alívio mais eficaz para os sintomas da menopausa. A TE é prescrita para mulheres que fizeram uma histerectomia.
- **Terapia estroprogestagênica (TEP).** O progestagênio é acrescentado a TE para proteger as mulheres com úteros contra o câncer de endométrio (uterino), o qual pode ser causado pelo uso único de estrogênio.
- **Terapia hormonal (TH).** A TH é um termo que engloba a TE e a TEP.

Dois modos gerais de usar TH

- Doses sistêmicas são absorvidas no sangue em níveis altos o suficiente para terem efeitos significativos em todas as partes do corpo. São necessárias doses sistêmicas de estrogênio para tratar fogachos. Elas estão disponíveis em comprimidos orais, anel vaginal, adesivo transdérmico, gel, emulsão, spray, ou injeções e podem ser usadas para tratar fogachos e suores noturnos, sintomas vaginais e prevenção de osteoporose.

- Baixas doses locais de estrogênio aplicadas diretamente na vagina tratam sintomas vaginais, como secura e dor durante a relação sexual. Estão disponíveis como cremes, anel, ou comprimidos vaginais.

Atuais práticas de prescrição

As mulheres devem usar a dose mais baixa que melhor trate seus sintomas. Os médicos sabem agora que o risco-benefício da TH é melhor para mulheres que começam perto da menopausa (geralmente entre 50-59 anos) e menos favorável para aquelas que começam muito depois da menopausa e com a idade avançada.

Mulheres com menopausa antes dos 40 anos, que não têm riscos altos para câncer de mama e doenças cardiovasculares, são aconselhadas a tomar TH até a idade normal da menopausa. Por volta dos 50 anos, elas podem reavaliar a necessidade de continuar com a terapia.

Quem não deve usar a terapia hormonal?

A TH não é uma boa opção para todas as mulheres. Para algumas, os riscos se sobrepõem aos benefícios, portanto, é aconselhável uma escolha cuidadosa com o médico. As diretrizes governamentais indicam que, no geral, mulheres com as seguintes condições não devem usar TH:

- Câncer de mama
- Câncer de endométrio
- Sangramento uterino sem explicação
- Doença hepática
- Histórico de coágulos
- Doença cardiovascular (incluindo doença cardíaca e derrame)

Tabagismo

Embora o consumo de cigarros não proíba o uso de TH, fumantes são recomendadas a parar de fumar antes de iniciar a TH.

Câncer

Geralmente, a TH não é uma opção para mulheres tratadas para câncer de mama ou câncer do endométrio. Porém, terapias não hormonais estão disponíveis para tratar fogachos e secura vaginal. Baixas doses locais de estrogênio para tratar o desconforto na relação sexual são uma opção, mas devem ser discutidas com um oncologista antes do uso. (Veja a seção 6 para mais informações sobre mudanças no estilo de vida.)

Efeitos colaterais

Às vezes, as mulheres sofrem efeitos colaterais quando começam uma TH. Abaixo, sintomas e efeitos colaterais que devem ser discutidos com um médico caso ocorram:

- Sangramento uterino
- Sensibilidade e dor na mama
- Náusea
- Inchaço abdominal
- Retenção de líquido em braços e/ou pernas
- Visão embaçada
- Dores de cabeça
- Tontura
- Mudanças de humor

Efeitos colaterais recorrentes após o término da TH

Parar a TH pode resultar na volta, temporária, de fogachos. Especialistas não chegam a um consenso sobre a melhor maneira de parar a TH. Diminuir gradualmente a dose pode ser útil, embora isso não tenha sido provado. A secura vaginal, geralmente, volta após o término da TE vaginal local.

Como lidar com os efeitos colaterais

Existem várias estratégias para diminuir os efeitos colaterais indesejáveis da TH. Muitos efeitos colaterais são temporários, então, a não ser que eles sejam graves, espere três meses de terapia para ver se o mal-estar acaba. Diminuir a dose ou trocar o tipo de estrogênio ou progestagênio pode reduzir os efeitos colaterais.

Pesando os riscos e benefícios

Não há como garantir a melhor qualidade de vida possível por volta da menopausa e nos anos posteriores. Cada mulher é única e deve pesar seu desconforto com seu medo e os riscos e os efeitos colaterais do tratamento.

Profissionais de saúde mudaram seus conceitos sobre o uso de TH conforme mais estudos foram feitos. Especialistas concordam que ainda há muito a se aprender, embora estudos como a Iniciativa da Saúde das Mulheres (WHI) forneceram muitas informações.

Muitos fatores farão parte da decisão sobre usar um determinado produto hormonal para o alívio de sintomas - sua idade, sua saúde subjacente, suas preferências, opções de tratamento disponíveis e o custo do produto. Os benefícios potenciais se sobrepõem aos riscos potenciais? Somente após examinar e entender a sua própria situação, e após consultar um médico, a mulher poderá fazer a melhor escolha de tratamento. Como novas terapias e diretrizes estão disponíveis, e o corpo muda com o tempo, deve ser feita uma reavaliação e ajuste de tratamento.

Os benefícios

Centenas de estudos clínicos mostraram que a TH sistêmica (pílula, adesivo transdérmico, gel, ou spray) ajuda as condições da meia-idade como fogachos, secura vaginal, suores noturnos e osteoporose. Alguns estudos também mostram benefícios para o humor, memória e doença cardíaca. Com esses benefícios vem uma melhora no sono, na relação sexual e na qualidade de vida.

Muitos fatores afetarão a decisão de escolher um determinado produto de TH - sua idade, os riscos, suas preferências, opções disponíveis e custo.

Os riscos

A maior preocupação acerca da segurança hormonal é o uso a longo prazo da TH sistêmica (pílula, adesivo transdérmico, gel, ou spray). A preocupação acerca do risco de câncer de mama é a campeã. Entretanto, a maioria dos riscos de câncer de mama com TH está associada ao progestagênio, e não somente ao estrogênio, mas todas as mulheres com útero devem tomar os

dois hormônios. A TH tem sido associada a doença cardíaca, derrame e coágulos principalmente em mulheres mais velhas (acima de 60 anos). Por isso, é recomendado o uso da menor dose eficaz pelo menor período de tempo (preferencialmente menos de cinco anos). A TE local para problemas vaginais apresenta poucos riscos, mesmo quando usada a longo prazo ou iniciada anos após a menopausa.

O estudo Women's Health Initiative

O WHI foi o maior e mais duradouro estudo clínico de mulheres na pós-menopausa usando TH. Às 27.000 mulheres foi prescrito TE, TEP, ou placebo por 5 a 7 anos. Os principais resultados foram publicados em 2002 e em 2004. Os pesquisadores pretendiam comprovar que os hormônios preveniam condições crônicas de envelhecimento nas mulheres, incluindo doença cardíaca. Em vez disso, descobriram que os hormônios produzem um misto de riscos e benefícios. Entretanto, os últimos dados do WHI sugerem que os riscos da TH variam de acordo com a idade da mulher (mais seguro se iniciada até cinco anos após a menopausa) e, no geral, a TH é mais benéfica para mulheres mais jovens sem útero usando somente estrogênio. Como resultado das descobertas do WHI em 2002, a FDA dos EUA e o Ministério da Saúde do Canadá exigiram que todos os produtos com estrogênio tivessem uma caixa preta na embalagem para alertar sobre os riscos da TH. Embora somente dois produtos tenham sido estudados na WHI, todos os produtos de TH, incluindo hormônios bioidênticos e manipulados, supostamente possuem riscos similares.

Hormônios "bioidênticos" manipulados

Para os cientistas e profissionais de saúde, os hormônios bioidênticos são aqueles quimicamente idênticos aos hormônios produzidos pelas mulheres (principalmente nos ovários, como estrogênio e progestagênio) durante os anos reprodutivos. Mas não é necessário manipular um produto hormonal para ser bioidêntico ou natural. Existem hormônios bioidênticos já disponíveis em medicamentos sob prescrição, testados e aprovados pelo governo.

Os hormônios manipulados são feitos de hormônios comprados de um laboratório com fabricação nos Estados Unidos ou importado de outros países, porém foram identificados riscos. Embora os "princípios ativos" sejam aprovados pelo governo, as misturas não são. Nenhum

estudo rigoroso foi conduzido para provar se esses produtos são seguros. E existe pouca supervisão para qualidade, pureza e consistência.

Além disso, os métodos de preparação variam de acordo com a farmácia e com o lote. Os hormônios manipulados podem aliviar sintomas da menopausa, mas devem ser usados somente por mulheres que não podem usar preparações aprovadas e que aceitam os riscos de usar produtos não testados.

6. Como alcançar um estilo de vida saudável

Existem muitas maneiras de deixar o estilo de vida mais saudável durante os anos por volta da menopausa. Se presenteie com os seguintes itens:

- Consultas regulares de revisão.
- Exercícios regulares.
- Uma dieta alimentar nutritiva.
- Um peso corporal saudável.
- Redução do estresse.
- Não fumar.

Adotar hábitos saudáveis pode resultar em melhorias significantes na saúde e na longevidade. Embora seja difícil largar os hábitos não saudáveis de muitos anos, vale o esforço.

Faça consultas de revisão regularmente.

Consultas regulares de revisão podem identificar condições de saúde que precisam de atenção. Por exemplo:

- Mamografias regulares são importantes para mulheres acima de 40 anos (e mais cedo caso tenham um histórico familiar de câncer de mama).
- O teste de Papanicolau também é recomendado, mesmo após a menopausa.
- A medida de estatura identifica a perda de estatura, um possível sinal da osteoporose.
- A triagem do cólon deve iniciar aos 50 anos (mais cedo caso tenha histórico familiar de câncer de cólon).
- Testes de sangue, urina e outros para várias doenças, como diabetes, doença cardíaca e doença da tireoide.

As consultas de revisão também são bons momentos para reforçar o plano de saúde com o médico, incluindo mudanças no estilo de vida. A seguir, uma tabela para lembrá-la de quando fazer alguns testes:

Testes de triagem para mulheres com 50 anos ou mais

	50-64 anos	65 anos ou mais
Saúde óssea:		
Densidade mineral óssea (DMO)	Converse com um profissional de saúde se você tem riscos altos para osteoporose.	Pelo menos uma vez. Converse com um profissional de saúde sobre mais um teste.
Diabetes:		
Exame de glicose sanguínea ou hemoglobina A _{1c}	Regularmente após os 45 anos e a qualquer idade, se acima do peso com fatores de risco adicionais.	Regularmente após os 45 anos e a qualquer idade, se acima do peso com fatores de risco adicionais.
Saúde da mama:		
Mamografia (raio X da mama)	A cada 2 anos a partir dos 50 anos. Converse com um profissional de saúde.	A cada 2 anos a partir dos 74 anos. Converse com um profissional de saúde.
Exame clínico de mama	Anual.	Anual.
Saúde do colorretal (1 a 3 métodos):		
Colonoscopia, teste de sangue oculto nas fezes, ou sigmoidoscopia	Aos 50 anos, converse com um profissional da saúde sobre o teste recomendado.	Converse com um profissional de saúde.
Saúde geral:		
Revisão completa, incluindo peso e estatura	Converse com um profissional de saúde sobre a frequência.	Converse com um profissional de saúde sobre a frequência.
Saúde do coração:		
Exame de pressão arterial	Se normal (abaixo de 120/180), pelo menos 2 vezes ao ano.	Se normal (abaixo de 120/180), pelo menos 2 vezes ao ano.
Teste de colesterol	Regularmente se tem risco de doença cardíaca. Converse com um profissional de saúde.	Converse com um profissional de saúde.
Saúde reprodutiva:		
Teste de Papanicolau (câncer de colo do útero)	A cada 3 anos se os resultados foram normais em 3 anos seguidos.	Converse com um profissional de saúde. Mulheres acima de 70 anos podem parar se os resultados foram normais em 3 anos seguidos e sem nenhuma anormalidade por 10 anos.
Exame pélvico	Anual.	Anual.
Teste para infecção sexualmente transmissível (IST)	Os parceiros devem ser testados para ISTs, incluindo HIV, antes de iniciar uma relação sexual.	Os parceiros devem ser testados para ISTs, incluindo HIV, antes de iniciar uma relação sexual.

Adaptado do Departamento de Saúde e Serviços Humanos na Saúde das Mulheres dos Estados Unidos, no site www.womenshealth.gov.

Não fume

O uso de tabaco, de algumas substâncias ilegais e consumo excessivo de álcool e cafeína contribuem para uma saúde ruim de muitas formas, sem mencionar a saúde das pessoas que moram com você. Sem dúvida alguma, fumar cigarros é a causa de doença e morte prematura mais evitável. Alguns danos do consumo de tabaco:

- Aumenta consideravelmente o risco de doença cardíaca e pulmonar e osteoporose
- Aumenta o risco de muitos tipos de câncer, incluindo câncer de pulmão e câncer de colo do útero
- Enruga a pele
- Duplica o risco da doença de Alzheimer
- Provoca a menopausa até 2 anos mais cedo que em mulheres não fumantes

Muitas mulheres largam o cigarro com sucesso, geralmente após várias tentativas, então não pare de tentar. Vários produtos de nicotina de venda livre (disponíveis como gomas de mascar, pastilhas, spray nasal, ou adesivos transdérmicos) e pelo menos uma prescrição de antidepressivo são aprovados pelo governo para ajudar a largar o vício. Grupo de apoio e hipnose são outras opções. O profissional de saúde pode sugerir uma variedade de alternativas com prescrição para ajudá-la a largar o cigarro. A combinação de mudanças comportamentais e medicamento sob prescrição parece ser a abordagem mais eficaz.

Largar os hábitos não saudáveis de muitos anos pode ser difícil, mas vale o esforço.

Exercite-se regularmente

Um exercício adequado é a parte mais importante do cotidiano. O sedentarismo é um fator de risco para muitas doenças graves. Algumas atividades que ajudam o coração, os ossos, os músculos, o equilíbrio, o peso corporal, o humor e uma sensação de bem-estar são:

- Caminhada rápida
- Corrida
- Aeróbica
- Dança
- Tênis
- Musculação
- E muito mais

O exercício regular é um poderoso remédio para muitas queixas da meia-idade:

- Melhora o sono
- Faz com que o corpo produza mais endorfina e serotonina, os quais reduzem pensamentos negativos e sentimentos depressivos
- Ajuda a prevenir ou alterar condições graves como doença cardíaca, diabetes e osteoporose

Como começar

Primeiro, desenvolva um plano prático de exercícios variados. Seja criativa. Depois, comprometa-se ao plano por vários meses. Até lá, os benefícios físicos e mentais terão sido visíveis. Encontrar maneiras de fazer do exercício uma parte permanente do cotidiano ajudará a garantir um futuro mais saudável.

Existem vários tipos importantes de exercícios:

- *Exercício aeróbico* é um programa aeróbico moderado de, pelo menos, 30 minutos de exercícios diários com um ótimo efeito na saúde do coração e do pulmão. Uma caminhada rápida de 30 minutos é um bom exercício aeróbico.
- *Exercícios de levantamento de peso*, assim como caminhada rápida ou exercícios com peso para reforçar o músculo, podem atrasar ou prevenir a perda óssea. Na juventude, o exercício de levantamento de peso aumenta a massa óssea; em uma idade mais avançada, pode ter um pequeno impacto na desaceleração da perda óssea.
- *Exercícios de flexibilidade*, como yoga ou alongamento, ajudam a manter a função muscular e articular conforme você envelhece. Esses exercícios também melhoram o equilíbrio, o qual pode diminuir os riscos de fraturas causadas por quedas.
- *Exercícios de tonificação* para o assoalho pélvico, costas e ombros podem ajudar a preservar a tonicidade e prevenir o relaxamento pélvico (gotejamento e incontinência) e deterioração da postura.

Um profissional de saúde ou um preparador físico pode ajudá-la a decidir como começar.

Caminhar regularmente ou fazer outra atividade física com marido, parente, ou amigo irá ajudá-la a continuar o exercício e também fornece benefícios sociais.

Tenha uma dieta alimentar nutritiva.

"Você é o que você come" pode parecer gasto, mas é a verdade. Uma dieta balanceada com pouca gordura saturada e carboidratos simples (farinha refinada, doces, batatas, arroz branco) e com muito grão integral, frutas, legumes (feijão) e vegetais; com água, vitaminas e minerais é vital para uma boa saúde. A proteína deve ser ingerida através de feijões, carnes e peixes magros, laticínios (se não for intolerante à lactose) e ovos. A não ser que a mulher tenha uma condição que exija um plano alimentar especial, a alimentação diária na menopausa e nos anos seguintes deve consistir em:

- Aproveitar a comida, mas comer devagar e menos.
- Comer porções menores (tente usar um prato menor).
- Preencher metade do seu prato com frutas e vegetais.
- Evitar comidas processadas.
- Entre os grãos que comerá, selecionar, pelo menos, a metade de grão integral.
- Trocar os produtos laticínios para sem ou com baixa gordura (1%).
- Escolher comidas com menos sódio (compare marcas de sopas, pães e comidas congeladas e compre aqueles com a menor quantidade de sódio).
- Beber água em vez de bebidas açucaradas.
- "Beliscar" pequenas porções de 2 a 4 hora todos os dias.
- Comer quando estiver com fome, até não ter mais fome, mas ainda não estiver cheia.

Suplementos

Geralmente, a nossa dieta diária não está bem balanceada e pode não conter todos os ingredientes necessários para uma boa saúde. Se isso se aplica a você, você pode se beneficiar de suplementos diários multivitamínicos e minerais de boa qualidade. Após a menopausa, a maioria das mulheres não precisa de suplementos com ferro, pois não há mais perda de ferro pelo sangramento menstrual. Durante a perimenopausa, quando a menstruação é intensa, um suplemento de ferro pode ajudar a evitar a anemia.

Cálcio. O cálcio é um nutriente muito importante para as mulheres na menopausa e nos anos posteriores. É essencial para manter os ossos fortes, mesmo quando um medicamento sob

prescrição também está sendo usado para prevenir ou tratar a osteoporose. Conforme a mulher se aproxima da menopausa, a massa óssea cai devido à diminuição dos níveis de estrogênio, portanto, consumir cálcio adequadamente é muito importante. A maioria das mulheres na América do Norte consome cerca de 700 mg de cálcio por dia, mas o consumo diário recomendado é de, aproximadamente, 1.200 mg por dia. Essa quantidade pode ser consumida a partir de alimentos e/ou suplementos.

Fontes alimentares são a melhor maneira para consumir cálcio:

- Produtos laticínios como leite, queijo e iogurte são ótimas escolhas. Um copo de leite ou uma porção de outro produto laticínio fornece cerca de 300 mg de cálcio.
- Produtos reduzidos ou com pouca gordura contém mais cálcio do que porções de produtos laticínios com muita gordura.
- Produtos não laticínios fonte de cálcio incluem vegetais de folha verde, alguns tipos de nozes (como a amêndoa), alguns feijões e salmão e sardinhas enlatadas (somente se as espinhas forem consumidas).
- Muitos alimentos cálcios-fortificantes também estão disponíveis, como sucos de frutas e cereais.

As mulheres com doença renal devem consultar um profissional de saúde antes de tomar cálcio. Se a mulher é intolerante à lactose, ou tem uma dieta sem lactose, ela precisará de mais suplementos ou produtos sem lactose para consumir o cálcio necessário, ou tomar comprimidos de lactase com produtos alimentares. *O carbonato de cálcio* é mais bem absorvido com a comida; *o citrato de cálcio* pode ser ingerido com a comida ou de estômago vazio. Muitos suplementos de cálcio são combinados com vitamina D para uma melhor absorção.

Vitamina D. A vitamina D, assim como o cálcio, é um nutriente essencial para a saúde óssea. A exposição solar permite que a pele faça a absorção necessária para o corpo, mas o protetor solar e/ou viver em climas mais frios com menos sol pode dificultar esse processo. Geralmente, outras fontes de vitamina D são necessárias. Existem poucas comidas que contém vitamina D, como peixes oleosos (salmão, truta) e leite enriquecido com vitamina D e suco de laranja.

Mulheres na meia-idade devem ingerir entre 800 e 1.000 unidades internacionais (UI) de vitamina D por dia. Tomar suplementos multivitamínicos de qualidade geralmente atende a necessidade diária de 400 UI, embora algumas mulheres possam precisar de mais.

Mantenha um peso corporal saudável.

Estar acima do peso aumenta o risco de doença cardíaca e outras condições graves como diabetes e artrite. A cintura e o estômago são os locais mais perigosos de acumular gordura corporal, para a saúde do coração.. Geralmente, mulheres na meia-idade ganham cerca de 1 kg por ano devido à desaceleração do metabolismo e por serem menos ativas nessa idade. Pense sobre o quanto você come ou se exercita para alcançar um equilíbrio para um peso saudável. Manter o peso em um nível saudável é um projeto para a vida toda, especialmente quando se come com pressa e em restaurantes. Quando a dieta e o exercício não são suficientes para controlar o peso, grupos de apoio ou programas de controle de peso podem ajudar. Intervenções cirúrgicas estão disponíveis para problemas de peso mais graves.

Ser muito magra também não é saudável. Mulheres na pré-menopausa que exageram na dieta ou no exercício podem ficar tão magras a ponto de a menstruação parar temporariamente. Esse período temporário de baixo estrogênio aumenta o risco de osteoporose mais tarde. Mais especificamente, mulheres com menos de 57,7 kg apresentam um risco mais elevado de osteoporose. O melhor é manter um peso saudável.

Reduza o seu estresse

Estresses prolongados podem ter um impacto grave na saúde e mulheres na meia-idade enfrentam várias fontes de estresse, algumas pela primeira vez. Maneiras para reduzir o estresse:

- Exercite-se, principalmente com treinos vigorosos que provoquem a transpiração.
- Respire profunda e lentamente pelo nariz para aumentar o relaxamento. Isso também pode reduzir fogachos.
- Experimente meditação, yoga, ou massagem.
- Tome banhos relaxantes.
- Encontre tempo para relaxar todos os dias. As mulheres devem cuidar de si mesmas, assim como cuidam dos outros.

Uma lista mais completa sobre estratégias para combater o estresse pode ser encontrada na página 30.

Quando uma ajuda extra é necessária

Muitas mulheres passam pela menopausa com poucos problemas. Para a maioria, os distúrbios desaparecem com o tempo e podem ser controlados por mudanças no estilo de vida. Algumas mulheres por volta da menopausa sentem alívio dos sintomas com remédios sem prescrição. Outras podem precisar de tratamentos sob prescrição para seus sintomas. Mulheres por volta da menopausa e nos anos posteriores se beneficiarão em consultar um profissional de saúde regularmente para garantir que estão bem informadas.

Um médico com interesse e especialidade em tratar a menopausa pode oferecer um tratamento especial para mulheres com sintomas problemáticos ou riscos extras de saúde.

Pesquisas estão sempre fornecendo novas informações e novas compreensões sobre nossos corpos e sobre os tratamentos que usamos. As recomendações podem mudar com o tempo.

A lição é que uma boa saúde exige muito trabalho. Tratamentos sob prescrição e de suplementos funcionam melhor com mudanças no estilo de vida. "A mudança" é outro nome para a menopausa - mudar nosso estilo de vida faz a diferença entre sobreviver e prosperar durante a passagem pela meia-idade.

Os mitos e fatos da menopausa

Mito: A menopausa é uma doença ou uma condição médica.

Fato: A menopausa é um evento normal e natural pelo qual todas as mulheres passam, se viverem tempo suficiente. Cada mulher passa pela menopausa de forma única. Algumas mulheres têm problemas com fogachos ou outro sintomas, enquanto outras têm poucos ou nenhum sintoma.

Mito: As mulheres não engravidam na perimenopausa.

Fato: As mulheres na perimenopausa não estão totalmente protegidas de uma gravidez indesejada até que alcancem a menopausa (1 ano após a última menstruação). Portanto, aquelas que não desejam engravidar devem usar contraceptivos.

Mito: Todas as mudanças corporais pelas quais as mulheres passam na meia-idade se devem à menopausa.

Fato: A maioria das mudanças corporais na meia-idade, como ganho de peso, afinamento do cabelo e perda do tônus muscular é causada pelo envelhecimento ou pelo envelhecimento com a menopausa.

Mito: Hormônios preparados em farmácia de manipulação são mais seguros e eficazes do que as terapias hormonais aprovadas pelo FDA.

Fato: Não há evidências científicas, nem boas nem ruins, sobre os efeitos de hormônios preparados em farmácia de manipulação. Como os métodos de preparação variam de uma farmácia para outra, as quantidades de medicação podem ser diferentes, dependendo da receita.

Mito: Pouco se pode fazer para prevenir a osteoporose.

Fato: Exercícios de levantamento de peso, assim como caminhada rápida ou exercícios com peso para reforçar a musculatura, podem atrasar ou prevenir a perda óssea.

Mito: A menopausa vai acabar com as minhas habilidades mentais.

Fato: A memória e outras habilidades mentais mudam ao longo da vida. O envelhecimento está associado a um declínio no desempenho, mas não há evidências concretas de que essas habilidades diminuam por causa da menopausa.



Sociedade Norte-Americana de Menopausa
5900 Landerbrook Drive, Sala 390
Mayfield Heights, OH, 44124, EUA
Tel: 440/442-7550
Fax: 440/442-2660
E-mail: info@menopause.org
Web: www.menopause.org

Este guia, desenvolvido sob a direção da Comissão de Educação do Consumidor da Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), fornece informações gerais atuais, mas não aconselhamentos médicos específicos. Este livro não tem a intenção de substituir a opinião de um profissional de saúde.

Copyright (c) 2012 por Sociedade Norte-Americana de Menopausa
Todos os direitos reservados.
Produzido nos EUA, 2012

