

HERBERTH MARÇAL CHAVES MOREIRA

**CLIMATÉRIO, TRATAMENTO E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

HERBERTH MARÇAL CHAVES MOREIRA

**CLIMATÉRIO, TRATAMENTO E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador(a): Prof. Dra. Kátia Euclides de Lima e Borges

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

HERBERTH MARÇAL CHAVES MOREIRA

**CLIMATÉRIO, TRATAMENTO E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador(a): Prof. Dra. Kátia Euclides de Lima e Borges

Banca Examinadora

Prof.
Prof.
Prof.

Aprovada em Belo Horizonte _____ / _____ / _____

RESUMO

As reações emocionais ao climatério são diferentes entre as mulheres, que muitas vezes vivenciam esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos, entendendo-o

como o início de uma nova etapa. Atualmente, duas condutas são oferecidas aos ginecologistas como recursos terapêuticos para prevenir e tratar as doenças e os sintomas relacionados ao climatério, sendo eles: a terapia de reposição hormonal e o exercício físico. O presente trabalho tem por objetivo discutir esses recursos e a metodologia adotada para a discussão foi uma revisão bibliográfica realizada em livros e periódicos indexados no banco de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, BVS.

Portanto, embasado na prática clínica e na literatura médica, vislumbramos a importância da contribuição multidisciplinar dos profissionais de saúde na Atenção Básica e no SUS de maneira geral. Assim, com esta contribuição multiprofissional transmitimos a importância da rotina de hábitos saudáveis para essas mulheres nessa fase do climatério. Deve-se instruí-las para que procurem os serviços de saúde disponíveis em suas comunidades, para que criem o hábito de buscar essas informações junto aos profissionais mais adequados, bem como o de submeterem-se regularmente aos exames preventivos específicos de sua idade e à prática regular de exercícios físicos. Essas condutas certamente contribuirão para diminuir temores que porventura existam entre as mulheres quanto à entrada no climatério, como também para diminuir a incidência de doenças características dessa fase.

Palavras chave: climatério, menopausa, exercício físico, terapia de reposição hormonal, qualidade de vida.

ABSTRACT

Emotional reactions to the menopause are different for women, who often experience this period of asymptomatic or with symptoms unimpressive, considering it as the beginning of a new stage. Currently, two procedures are offered to gynecologists as therapeutic resources to prevent and treat diseases and symptoms related to menopause, they are: the hormone replacement therapy and exercise. This paper aims to discuss these resources and the methodology adopted for the discussion was a literature review of books and periodicals indexed in the database LILACS, SciELO, MEDLINE, VHL. Therefore, based on clinical practice and in medical literature, we glimpse the importance of the contribution of multidisciplinary health professionals in primary care in the SUS in

general. Thus, this input multi transmit the importance of routine healthy habits for these women at this stage of menopause. It should instruct them to seek health services available in their communities to create the habit of seeking this information with professionals best suited, and to undergo regular preventive exams specific to their age and regular physical exercise. Such conduct certainly help to reduce fears that may exist among women about to enter the menopause, but also to reduce the incidence of disease characteristics of this phase.

Keywords: menopause, menopause, exercise, hormone replacement therapy, quality of life.

SUMÁRIO

1 Introdução	8
2 Objetivo	9
3 Metodologia	9
4 Climatério	10
5 Terapia de Reposição Hormonal	14
6 Exercício Físico	22
7 Considerações Finais	31
8 Referências	32

1 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória como médico ginecologista, e ultimamente como generalista da Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde, e entendendo que a saúde da mulher é uma ação estratégica do SUS, observei que pouco se fala sobre climatério, de modo que as mulheres chegam a essa fase da vida com pouquíssimas informações a respeito; ficando sujeitas a dúvidas, temores e inseguranças que poderiam ter sido evitados se elas estivessem bem informadas sobre o assunto. O tema é de importância fundamental no que diz respeito à saúde física e emocional das mulheres, com possível repercussão entre elas e os outros membros de suas famílias.

O próprio termo climatério é quase desconhecido entre as mulheres, que costumam chamar o período de menopausa. Deve-se fazer a diferença entre essas ter, pois menopausa é a última menstruação da vida de uma mulher, e climatério é o termo para denominar o período que vai dos 45 aos 65 anos, aproximadamente, quando diminuem as atividades dos ovários. Assim, a mulher não entra na menopausa, e sim no climatério. (LORENZI, 2008)

As mulheres devem saber que nesse período ocorrerão alterações naturais em seus organismos e em suas vidas. Embora o climatério se caracterize por apresentar sinais físicos pois se aproxima o fim da capacidade reprodutiva da mulher, e também por alterações no corpo e estado emocional das mulheres — já que as transformações físicas influenciam funções do cérebro —, é preciso esclarecer certos pontos que costumam ser alvo de conjecturas e geram grandes inseguranças nas mulheres. Além disso, é importante ressaltar que os sintomas variam de mulher para mulher. (LORENZI, 2008)

Pode acontecer de algumas mulheres acreditarem que não mais engravidarão, e isso em função de seu ciclo menstrual ter se tornado irregular, o que pode resultar em uma gravidez indesejada. É aconselhável evitar a gravidez nessa fase, pois a partir de certa idade uma gravidez oferece muitos riscos para a mulher e para o feto.

Alguns sintomas do climatério podem ser bastante desconfortáveis, mas esse desconforto será tanto maior quanto maior for o desconhecimento que os acompanha. Por exemplo, se a mulher não sabe por que sofre de insônia em algumas noites, ela pode superestimar um sintoma que, com tratamento adequado, poderia ser superado sem maiores transtornos para a sua vida. Do mesmo modo, o ressecamento vaginal, que dificulta as relações sexuais, é um problema que pode ser facilmente contornado com procedimentos

recomendados pelos profissionais de saúde que estiverem orientando as mulheres (LORENZI, 2008)

2 OBJETIVO

Contribuir para a prática dos profissionais de saúde no campo da Saúde da Mulher.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em livros e periódicos indexados no banco de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE , BVS.

Como descritores de assunto, palavras e títulos foram utilizados os termos: climatério, menopausa, exercício físico, saúde da mulher, prevenção e promoção da saúde. Não houve definição de períodos específicos para a busca das informações.

4 CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Muitas mulheres acreditam que o climatério é uma doença ou mesmo um estado psicológico negativo que as acometerá a partir de determinado momento de sua vida adulta. Assim, o período torna-se uma ameaça, pois essas mulheres criam a falsa idéia de que suas vidas vão acabar porque não menstruam mais ou a de que não devem mais manter relações sexuais com seus companheiros porque não podem mais gerar filhos. Diversas mudanças fazem parte desse período, sendo que a menopausa, isto é, a última menstruação, é um evento muito significativo, tanto no que diz respeito à condição física como emocional da mulher (OLIVEIRA *et al*, v.II, 2000).

A fisiologia hormonal da mulher com seus hormônios, que são compostos químicos produzidos por glândulas e que se encontram em toda a extensão somática e circulam pelo corpo, normalmente usando a corrente sanguínea. Esses hormônios têm o potencial para alterar ou regular o funcionamento de outros órgãos e outras estruturas, e sua liberação de hormônios é uma das maneiras usadas pelas diferentes partes do corpo para se comunicar (MACHADO, 2000)

Os hormônios sexuais femininos importantes para a mulher são os estrógenos, a progesterona e a testosterona. Eles são sintetizados nos ovários, que são as glândulas sexuais que produzem os óvulos (PÉRET *et al*, 2007)

Essas glândulas sexuais ficam ativas durante o desenvolvimento do período fetal, quando estas mulheres ainda estavam no útero de suas mães, mas permaneceram frequentemente inativas durante a infância. Entretanto, na puberdade, por conta de alterações hormonais essas glândulas entram em ação produzindo o desenvolvimento e o desejo sexual, além das variações de humor que todos associamos a essa fase (RIBEIRO, 1981)

Os ovários produzem estrógeno e progesterona, assim como vários outros hormônios, de maneira cíclica, e os níveis desses hormônios se alternam com determinada época ciclo ovulatório (PÉRET *et al*, 2007)

O estrógeno é o principal hormônio feminino e é responsável pelo revestimento endometrial, por estimular o tecido glandular mamário e deixar a parede vaginal mais densa. Esse hormônio tem um papel essencial na composição óssea e acredita-se que se apresente como uma variável importante no sistema cardiovascular (PÉRET *et al*, 2007)

A progesterona, que é produzida pelo ovário somente durante a segunda metade do ciclo menstrual, fase lútea, prepara o revestimento do útero para que um óvulo possa ser implantado. Esse hormônio produz outros efeitos importantes em vários dos tecidos sensíveis ao estrógeno (OLIVEIRA *et al*, v.I, 2000)

A testosterona desempenha um papel no estímulo da libido, na motivação, no aumento da disposição e no desenvolvimento da massa muscular (BEREK, *et al*, 1998).

A manutenção do equilíbrio dos hormônios sexuais é dependente da glândula hipófise e dos ovários. A hipófise e os ovários se comunicam constantemente por seus respectivos receptores hormonais, e essa comunicação hormonal controla as alterações nos ciclos menstruais e a produção de óvulos. A hipófise produz o hormônio folículo estimulante (FSH) e o luteinizante (LH) que fazem um *feedback* com o ovário (BEREK, *et al*, 1998).

Os ovários na fase da menopausa interrompem a produção de óvulos e, conseqüentemente, a produção de seus hormônios sexuais. Entretanto, essa interrupção é gradativa. Na maioria das vezes quando as pacientes ultrapassam os 40 anos, produzem menos progesterona, o que pode levar a um aumento do volume ou da frequência de sua menstruação, dando início ao processo de "perimenopausa". A flutuação na produção de estrógeno e, posteriormente, a falta de estrógeno, são as principais causas responsáveis pelos desconfortos e preocupações com a saúde associadas à menopausa (BEREK, *et al*, 1998).

Assim, juntamente a esse processo, os níveis de estrógenos permanecem instáveis confundindo o termostato orgânico, causando instabilidade vasomotora, fazendo com que a paciente inicie os sinais e os sintomas como: as ondas de calor, o rubor facial, os calafrios e outros. Observa-se também, com a redução drástica dos níveis de estrógeno, alteração no ciclo do sono e uma redução do tônus muscular, principalmente na área pélvica (BEREK, *et al*, 1998).

No início do século XX, apenas 6% das mulheres atingiam a menopausa e estima-se que no ano 2025, 23% da população dos países desenvolvidos estarão com mais de 60 anos. (FAVARATO, 2001)

A menopausa, como fenômeno socializado e como tal compartilhado é um acontecimento que passa a ter visibilidade, sobretudo a partir do século XX. Historicamente, em todas as sociedades, a menopausa é considerada um "não evento", ou seja, socialmente é um acontecimento invisível. Em nenhuma cultura ou sociedade, existem ritos de passagens para essa fase como existem para outros acontecimentos da vida da mulher, como a menarca ou o rompimento do hímen (FAVARATO, 2001).

Paradoxalmente, a menopausa é vivida por algumas mulheres como um dos marcos mais visíveis e temíveis de suas vidas, pois têm que se deparar não só com questões relativas ao fim de sua vida reprodutiva, mas também com o envelhecimento e com inúmeras fantasias associadas ao fim de sua sexualidade e feminilidade

Nos países industrializados, em média, isso é vivido pelas mulheres de 50 a 52 anos, e um ou dois anos a menos em países em desenvolvimento. Calcula-se que, até o ano 2030, 1bilhão e 200 milhões de mulheres estejam vivendo a menopausa. Se for considerado o fato de que a expectativa de vida das mulheres até o século XIX era de 38 anos, pode-se dizer que a experiência da menopausa é um acontecimento quase que restrito às mulheres do século XX, bem como sua sistematização e medicalização (TRENCH, *et al*, 2005).

Assim, culturalmente, a menopausa representa um marco na determinação de mudanças na vida da mulher. No que diz respeito às doenças, destaca-se a doença cardiovascular que, de fato, é mais prevalente, quando comparada com a fase pré-menopausa. Estudos epidemiológicos demonstraram que com a idade, as mulheres apresentam aumento progressivo na incidência da Doença Isquêmica do Coração (DIC); assim, após a menopausa, o risco da DIC se eleva, aproximando-se ao dos homens em torno dos 65 anos (FAVARATO, 2001).

As reações emocionais ao climatério são diferentes entre as mulheres, que muitas vezes podem vivenciar esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos, entendendo-o como o início de uma nova etapa. Ou seja, entendendo-o como um amadurecimento existencial que lhes permitirão uma vida com maior segurança e confiança.

Outras mulheres porém vivenciam-no de forma negativa e apresentam vários sintomas e queixas psíquicas, destacando-se a irritabilidade, a ansiedade, a depressão e as disfunções sexuais (alterações do desejo, da excitação e do orgasmo). Observa-se que os sintomas são mais exacerbados em mulheres que perderam seu papel social e não redefiniram seus objetivos existenciais (GALVÃO, *et al*, 2007)

De outro lado, podemos facilmente identificar um traço que parece comum e presente em diferentes sociedades e épocas históricas: a valorização da mulher na fase reprodutiva e a sua desvalorização na fase não reprodutiva. (Héritier, 1996) aponta uma exceção, mostrando que na cultura dos Iroqueses (tribo indígena da América do Norte), de tradição matrilinear, as mulheres maduras dispunham de certos poderes consideráveis, em especial sobre as mulheres mais jovens; ressalta, porém, o fato de que tal poder não era extensivo aos homens, nem sequer igualitário (TRENCH, *et al*, 2005)

Na nossa cultura, historicamente, associa-se ao fim do ciclo reprodutivo das mulheres imagens, palavras, gestos que se mostram impregnados de conteúdos patológicos, negativos ou depreciativos. Algumas dessas imagens que constituem o repertório simbólico associado à mulher que está no climatério ou na menopausa, de tão esmaecidas, poderiam hoje ser alçadas à condição de mito, como a definição que se encontra em um tratado médico do século XVIII: "O climatério é um ano considerado supersticiosamente como azarado. Tempo enfermo para o temperamento e perigoso por suas circunstâncias. Se está climatérica quando se está de mau humor" (PALACIOS, 1996).

Menopausa é a soma de duas palavras gregas que significam basicamente mês e fim. A palavra climatério, do grego *Klimacter*, significa período crítico. Até finais da década de setenta utilizava-se a palavra climatério para designar o período que antecedia o fim da vida reprodutiva e menopausa para nomear o cessar definitivo do mêstruo. Em 1980, porém, um grupo científico de investigação da menopausa da OMS propôs uma padronização da terminologia, sugerindo que o termo climatério fosse abandonado e substituído por perimenopausa (TRENCH, *et al*, 2005)

Na prática, o que vemos é o uso indiscriminado dos dois termos. Em publicações antigas e quando dirigidas ao público leigo, tem sido uma constante, como a que encontramos em um almanaque publicado no início do século XX:

"Diga o que disser e faça o que fizer, há uma idade em que necessariamente a mulher, se não perde o seu sexo, deixa pelo menos de poder ser mãe. É uma lei da natureza a que não há de fugir por mais que se tente. A única coisa que sabíamos exatamente sobre o caso de declínio do vigor num certo período da vida - ou como se diz ainda, da "menopausa" - é que era certo e fatal. É pelos quarenta e cinco anos, aproximadamente, nos nossos climas, que se produz esta mudança. Algumas vezes esta mudança vem cedo, outras vezes vem tarde. Certas mulheres são "desfeminizadas" aos 35, 36, 38 anos. Outras não o são senão passados os cinquenta. Como explicar estas anomalias bizarras?" (ALMEIDA, 1930, p.153).

O climatério é um período de transição da etapa reprodutiva para não reprodutiva. Isso se relaciona a deficiência do hormônio estrogênio, que vai diminuindo nesse período. O climatério está dividido em três fases: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. A perimenopausa é um período que começa quando a mulher está com, aproximadamente, 45 anos, antes da parada definitiva da menstruação que já se apresenta irregular. E é nessa fase que surgem, progressivamente, alguns sintomas como: ondas de calor, suores abundantes, depressão, irregularidade menstrual e também alterações urogenitais (BEREK, *et al*, 1998).

Já a menopausa é a ausência de menstruação por um período de 12 meses consecutivos, em função da perda da atividade ovariana, que ocorre por volta dos 51 anos. E a terceira fase é a pós-menopausa. Essa fase acontece depois da parada menstrual definitiva e seguirá pelo resto da vida da mulher (BEREK, *et al*, 1998).

A mulher tende a sentir tontura, cansaço, suores noturnos, depressão, alterações do sono, as famosas ondas de calor, que chamamos de fogachos e a diminuição do desejo sexual. A pele se torna ressecada, tendo maior propensão a rugas e os cabelos e pêlos ficam quebradiços. Para além destas alterações de ordem físicas, o período pós-menopausa atingem o emocional feminino e refletem na sua rotina de vida. A mulher pode se sentir insatisfeita, não desejável e desmotivada nas relações sociais, familiares e íntimas (RIBEIRO, 1981)

Verifica-se que 75% da perda óssea acontecem em mulheres após a menopausa, justamente, por causa da redução do nível de estrógeno. A consequência desta perda óssea é a osteoporose que podem causar fraturas podendo acontecer com pequenos esforços ou mesmo espontaneamente (BEREK, *et al*, 1998).

Dessa maneira, a mulher para manter a sua saúde física e emocional, necessita repor aqueles hormônios que deixou de produzir e que até então lhe garantem saúde e vitalidade. A principal orientação médica para combater esses agravos seria o uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) (OLIVEIRA *et al*, 2000).

5 TERAPIAS DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Com o atual aumento da expectativa de vida nas sociedades contemporâneas, vale lembrar que as mulheres passam pelo menos um terço da vida no climatério. Dessa maneira, viver mais e com mais qualidade de vida significa passar pelo climatério sem tanto sofrimento; ou pelo menos, com redução significativa dos sintomas.

A partir do início do século XX, a medicina se apropria das questões associadas ao climatério de pelo menos duas maneiras: primeiramente, ao minimizar os problemas relacionados a essa fase da vida, e ao desenvolver técnicas que visam adiar ou eliminar a menopausa (RIBEIRO, 1981)

Dessa maneira, na segunda metade do século XX, predomina a visão intervencionista. Uma vez que o término da ovulação passa a ser considerado uma morte prematura da mulher e uma tragédia sob o ponto de vista da medicina moderna, é que se ganha um poderoso aliado: a Terapia de Reposição Hormonal (ALMEIDA, 1930, p.153)

São muitos os benefícios da TRH, entre eles estão: a redução dos calores, suores, depressão e mudanças de humor; a melhora do desejo sexual, a diminuição das desordens genitais, como a secura e o prurido vaginal, redução os distúrbios urinários como a urgência e a incontinência urinária, a diminuição de secura e o enrugamento da pele, a diminuição da perda óssea com prevenção da osteoporose (BEREK, *et al*, 1998)

Robert Wilson, em seu famoso livro, *Eternamente Feminina* (1966, p.20), promete com a TRH provocar uma verdadeira revolução biológica no organismo feminino. Ele convida todas as mulheres a participarem dessa aventura, pois em troca, nunca sofrerão a menopausa, e serão "eternamente femininas" ao desfrutarem da juventude eterna:

"Entre quase cem milhões de mulheres que vivem nos Estados Unidos de hoje, uma minoria selecionada, variando hoje entre seis a doze mil, constituem os baluartes de uma nova revolução sexual. Elas estão apontando o caminho de um desenho biológico novo para cada mulher. As mulheres deste grupo primeiro, sob o aspecto vital, são diferentes de qualquer outra mulher desde o alvorecer da raça humana: elas nunca

sofrerão a menopausa. Ao invés de serem condenadas a testemunhar a morte de sua própria feminilidade, durante os anos que deveriam ser os melhores, elas permanecerão integralmente femininas, física e emocionalmente, durante toda a sua vida. Talvez você tenha passado ao lado na rua ou as tenha visto no ônibus. Você poderá encontrá-las em uma festa, na igreja, ou no clube. Talvez uma delas trabalhe no seu escritório. Você não o saberá, a menos que conheça suas idades. Porém quando você encontrar uma mulher de 50 anos aparentando 30, ou uma mulher de 60 aparentando - e agindo- como aos 40, é provável que ela seja uma das privilegiadas que se beneficiarão das novas técnicas para evitar a menopausa". (WILSON, 1966, p.17-18).

Para que os hormônios sejam prescritos pelos médicos às mulheres, Wilson (1966, p.20) estabelece claramente a relação menopausa-patologia, e faz uma analogia entre a menopausa e o diabetes, dizendo que estrógeno representa para a menopausa o mesmo que a insulina para o diabetes:

"No decurso do meu trabalho, que se desdobrou durante quatro décadas e abrangeu centenas de casos clínicos cuidadosamente documentados, tornou-se evidente que a menopausa, longe de ser um ato do destino ou um estado de espírito - constituiu realmente uma moléstia de privação. Usando uma analogia grosseira, você poderá comparar a menopausa a uma doença semelhante à diabetes. Ambas são causadas pela falta de certa substância na química orgânica. Para curar o diabetes, suprimos a substância ausente com a insulina. Uma lógica similar pode ser aplicada à menopausa: os hormônios que faltam podem ser substituídos." (WILSON, 1966, p.20).

Embora esse novo conceito, comenta o autor, tenha sido aceito com ressalvas pela classe médica devido ao conservadorismo presente nessa profissão, ele defende que alguns princípios clínicos, acham-se firmemente estabelecidos e deverão ser aceitos; entre eles:

“A menopausa é curável”. Sob tratamento adequado, quase todos os sintomas cessam na grande maioria dos casos. As modificações físicas típicas da meia-idade podem ser anuladas e as funções sexuais podem ser restauradas e acompanhadas por uma aparência integralmente feminina. A única função que não pode ser restituída é a fertilidade. “A menopausa é perfeitamente prevenível. Nenhuma mulher precisa sofrer a menopausa, ou qualquer de seus sintomas, se receberem tratamento preventivo desde seu início” (WILSON, 1966, p.19-20).

A partir da década de 1970, não só os princípios clínicos de Wilson são aceitos como os medicamentos, tais como o etinil estradiol são apresentados na forma de comprimidos, adesivos e pomadas vaginais sob diferentes nomes fantasia (TRENCH, *et al*, 2005)

Paralelamente, são criadas associações de estudos como a *International Menopause Society*, fundada em 1976. As clínicas para o tratamento da menopausa se proliferam principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra, e as publicações científicas como a *Woman's guide to the menopause* (1978), dedicam-se a narrar tanto os resultados obtidos com os novos medicamento (TRENCH, *et al*, 2005).

O movimento feminista, que desde o seu início nos anos 60, nutre profundas suspeitas em relação aos esteróides, organizou-se e lançou, manifestos como *Woman and crises in sex hormones* de Barbara Seaman e a rede feminista denominada *National Women's Health Network*. Como resultado desse movimento social, conseguiu-se com êxito, obrigar as indústrias farmacêuticas a incluir uma relação de todos os efeitos colaterais e contra-indicações em todas as embalagens de hormônios de reposição colocados à venda (TRENCH, *et al*, 2005).

O discurso de Reitz sobre a reposição hormonal sintetiza a posição de algumas feministas da época:

"Não me disseram que minha produção de estrogênio continua embora eu não esteja mais produzindo óvulos. Deixam subtendido que esta produção para por completo, a fim de me venderem a terapia de reposição de estrogênio. Não vou me deixar enganar... Sei que mesmo sem a reposição de estrógeno as glândulas endócrinas vão regular a atividade hormonal e aumentar a produção de estrogênio. Os médicos não sabem como isso funciona ou que glândulas não identificadas também entram nesta atividade, mas conversam entre si e admitem que isto ocorre. Se o dinheiro reservado a pesquisas médicas que estudam o organismo masculino durante as viagens à lua tivesse sido usado em parte aqui mesmo, neste planeta, para conhecer o funcionamento do organismo feminino durante a menopausa, acho que teria sido mais bem empregado. Usar meu corpo para experimentos, brincar de adivinhação e ainda cobrar por isso? Jamais" (GREER, 1994, p. 32).

A partir da década de 1980 começam a ser publicados livros que buscam valorizar esse período e evidenciar o quanto essa fase pode ser rica e produtiva. Nesse enfoque, por exemplo, encontram-se os trabalhos de Mankovitz (1987) (TRENCH, *et al*, 2005) e o clássico de Germaine Greer (1994), *Mulher, Maturidade e Mudança*. Nesse último livro, Greer, polemiza com os livros de auto-ajuda, dirigidos à mulher de meia-idade, que tendem a afirmar que é desnecessária qualquer mudança nessa fase, que ela pode continuar o que sempre foi, a amante atraente e receptiva, e esposa dedicada, e profissional competente, sem

considerarem a possibilidade de que a mulher talvez esteja, de fato, farta de tudo isso (GREER, 1994).

Tomar ou não tomar hormônios é uma das questões fundamentais colocadas pelas mulheres que hoje se aproximam da menopausa. A polêmica se estende ao meio médico, e ocupa espaço na mídia, ao surgir depoimentos de profissionais francamente favoráveis à Terapia de Reposição Hormonal contrapondo aqueles profissionais radicalmente contra (BEREK, *et al*, 1998).

Em uma breve revisão bibliográfica sobre os benefícios da TRH serão vistas tanto pesquisas que associam ao uso da Terapia de Reposição Hormonal inúmeros benefícios, principalmente para prevenção de distúrbios vasculares (PSATY, *et al*, 1993), como as que negam tal relação (HEMMINKI, *et al*, 1997).

Pode-se encontrar as mesmas contradições em pesquisas que focalizam qualquer outra sintomatologia associada à menopausa, tais como osteoporose, ondas de calor, secura vaginal, depressão, declínio da sexualidade, etc.

A Organização Mundial de Saúde assim se manifesta a respeito:

"Nos países desenvolvidos é muito freqüente receitar estrogênio e progesterona às mulheres na menopausa. Considera-se que seu uso é indicado para dois fins distintos: o uso por curto prazo para alívio dos transtornos da menopausa (especificamente os sintomas vasomotores), e o uso prolongado com fins preventivos, principalmente das fraturas ósseas e das enfermidades cardiovasculares. Tanto os médicos como as potenciais usuárias dos hormônios deveriam compreender claramente a distinção entre fins terapêuticos em curto prazo e fins preventivos em longo prazo, e que os riscos e benefícios destes tipos de tratamento são muito distintos. Em alguns tratamentos preventivos de longa duração podem estar associados os aumentos de risco do câncer de endométrio e possivelmente câncer de mama". (OMS, 1996, p.91).

A reprodução, na imprensa de todo o mundo, de um artigo originalmente publicado no *Journal of the American Medical Associations* (JAMA) em julho de 2002, colocou em questionamento alguns dos benefícios atribuídos à TRH, especialmente em relação à possível prevenção de doenças vasculares e condições mentais. O estudo publicado no JAMA não só mostrou o contrário, como ainda indicou que as mulheres que utilizavam a reposição hormonal corriam um maior risco de desenvolver câncer na mama. À luz de tal fato, a prescrição e o uso da TRH foram repensados, tanto pelas mulheres como pelos especialistas da área (TRENCH, *et al*, 2005)

Na realidade, o que parece estar em pauta na recente construção do conhecimento sobre a menopausa não é mais a relação menopausa-patologia, até porque, ao que tudo indica, ela sempre foi conhecida, mas sim o estabelecimento de novo vínculo associativo: menopausa, hormônios e prevenção (TRENCH, *et al*, 2005)

Dessa forma, a prescrição de hormônios extrapolaria o tratamento exclusivo da sintomatologia para ser prescrito com o foco na prevenção das possíveis patologias associadas à menopausa, tais como: a osteoporose, os distúrbios cardíacos, o mal de Alzheimer. Ou seja, os hormônios passariam a ser indicados com objetivos profiláticos, e como uma espécie de antídoto contra o envelhecimento (TRENCH, *et al*, 2005)

A Terapia de Reposição Hormonal ou Terapia hormonal, apesar de estar sempre em estudo e suas descobertas serem ainda em algum sentido empíricas, bem como os seus efeitos colaterais, permanecem uma das abordagens mais polêmicas do controle dos sintomas da menopausa. Há dois tipos principais de TRH: a Terapia de Reposição Estrogênica (TRE) e a terapia de associação de estrógeno-progesterona. Outros hormônios menos utilizados na TRH incluem os andrógenos, especificamente a testosterona, e a deidroepiandrosterona (DHEA) (BEREK, *et al*, 1998)

Em 1940, cientistas descobriram como criar estrógeno que pudesse ser ingerido em forma de pílulas. O primeiro estrógeno ativado por via oral foi produzido a partir da urina de éguas grávidas, e por isso o nome do produto era Premarin® ("Mare" significa "égua" em Inglês). O Premarin® e outras formas de estrógeno se tornaram muito populares nas décadas de 50 e 60, pois, nesse período, apareceram relatórios afirmando que as mulheres que tomavam suplementação de estrógeno tinham riscos maior de contrair câncer do endométrio (uterino). Pesquisas adicionais revelaram que, ao balancear o estrógeno com um segundo hormônio, a progesterona ou uma "progestina" sintética, a combinação não causava câncer do endométrio (BEREK, *et al*, 1998)

Até a década de 80, a terapia de associação entre estrógeno e progestina era amplamente utilizada para controlar os sintomas da menopausa em mulheres que tinham útero, mas não era muito usada para tratar mulheres que passaram por histerectomia, já que não precisavam de proteção contra o câncer do endométrio. Naquela época, pensava-se que a terapia de associação poderia proteger as mulheres contra as doenças do coração e Alzheimer, mas isso nunca foi cientificamente provado (BEREK, *et al*, 1998)

Na década de 90, o governo federal brasileiro financiou testes clínicos para avaliar a segurança da TRH e o *Women's Health Initiative* realizou dois estudos: o estudo de reposição só com estrógeno com mulheres que passaram por histerectomia; e o outro de reposição de

estrógeno e progestina com mulheres que tinham útero. As conclusões de ambos os estudos mostraram que a TRH aumentava o risco de coágulos sanguíneos e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BEREK, *et al*, 1998)

O estudo realizado com o estrógeno não indicou aumento no risco de ataque cardíaco ou câncer colorretal e uma diminuição no risco de fraturas, mas os efeitos sobre o câncer de mama não se mostraram exatos (BEREK, *et al*, 1998)

O estudo entre a associação de estrógeno e progestina, no entanto, indicou um maior risco de ataque cardíaco e câncer de mama, e menor risco de câncer colorretal e fraturas. Como resultado dos estudos, a Administração de Alimentos e Drogas dos EUA (FDA) recomenda que seja prescrito a dosagem eficaz pelo menor tempo de uso; que seja receitado produtos tópicos para os sintomas vaginais; e que os medicamentos sem estrógeno tenham prioridade para o tratamento de mulheres com risco de osteoporose (BEREK, *et al*, 1998)

Atualmente, estão ganhando popularidade para combater de sintomas da menopausa a utilização de suplementos fitoterápicos que não necessitam de receita médica, contudo não há comprovação científica sobre o benefício desses nos sintomas da menopausa (BEREK, *et al*, 1998)

Hormônios denominados "bioidênticos" são quimicamente idênticos aos que o corpo humano produz, mas ainda demandam testes clínicos de longo prazo e em larga escala para avaliar a segurança desses produtos (OLIVEIRA, *et al*, 2000).

A administração do estrógeno pode ser ainda combinada com um outro hormônio: a testosterona. Embora seja no senso comum entendida como um hormônio masculino, a testosterona é produzida em pequenas quantidades nos ovários. A suplementação de testosterona tem se mostrado importante na sensação do aumento da libido, pois algumas mulheres percebem uma diminuição na libido e no bem-estar geral após a menopausa, e, mais especialmente, na menopausa cirúrgica. No entanto, os efeitos colaterais dessa combinação incluem pêlos faciais, perda da espessura do cabelo, acne e voz mais grave. Além disso, a maioria dos produtos disponíveis até o momento foi desenvolvida para homens, sem resultados de estudos de segurança de longo prazo sobre o uso da testosterona em mulheres (OLIVEIRA, *et al*, 2000).

Em síntese, identifica-se que a construção dos conhecimentos sobre a menopausa na última década pressupõe dois movimentos: o de associar-se a menopausa ao envelhecimento e simultaneamente possibilitar, pela intervenção hormonal, que tal associação seja desfeita.

Para que os hormônios sejam consumidos pelas mulheres na menopausa, não só as associações hormônios-rejuvenescimento e hormônios-prevenção deverão estar em constante

circulação no imaginário, como os médicos terão que ser parte integrante dessa cadeia associativa e constituir-se no mais importante vetor para sua disseminação. Nesse caso, é necessário que o médico extrapole o seu papel de prescritor legitimado e assuma também a função de imagem legitimadora dessa prática de consumo (TEMPORÃO, 1986).

Por outro lado, para que as mulheres compartilhem desse imaginário e sejam medicadas, além de apresentarem os sintomas associados à menopausa, outras condições mínimas também serão necessárias. A primeira diz respeito à disponibilidade de recursos financeiros para comprar o medicamento e a segunda condição, ainda que, em se tratando do Brasil, está estritamente associada à primeira, diz respeito ao direito a um acompanhamento médico sistemático, bem como acesso aos exames de controle sofisticados, como ultra-som e mamografia.

A construção dos conhecimentos sobre a menopausa e de sua medicalização, tal como ainda é disseminada pelo discurso médico, pelos laboratórios farmacêuticos, pela mídia segmentada e até mesmo por alguns segmentos do discurso feminista, tem como público alvo uma mulher social e economicamente diferenciada, intelectualmente refinada e com tempo e dinheiro disponíveis para cumprir os rituais de saúde que a elas são atribuídos como medidas complementares; nomeadamente, as longas caminhadas, os exercícios físicos, os cremes e vitaminas, alimentação balanceada, etc. Tal construção nega a diferença ao assumir o pressuposto de que as questões relacionadas à menopausa e ao envelhecimento se apresentam igualmente a todas as mulheres, independentemente das suas singularidades e inserção sócio-econômica e cultural (TRENCH, *et al*, 2005).

Paradoxalmente, é essa diversidade de discursos e de sentidos sobre o tema que possibilita que a menopausa possa ser constantemente redimensionada, pois se houvesse consenso ou unanimidade entre as diferentes falas, aí sim ela poderia ser considerada uma doença, pois dificilmente seria possível questionar a sua construção e relativizar a sua sintomatologia (TRENCH, *et al*, 2005).

Na atualidade, duas terapias são aceitas para se compensar essa perda hormonal natural das mulheres no climatério. Uma é a reposição pela medicação, como exposto ao longo deste capítulo, e a outra é a prática de exercícios físicos.

6 A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS NO CLIMATÉRIO

Nas últimas décadas, as mulheres têm contribuído nas mais diversas dimensões culturais ao transpor barreiras e ao quebrar paradigmas sociais. Assim, ela adquiriu, de forma

inequívoca, status social e profissional semelhante ao do homem. Houve uma maior busca pelos direitos femininos, na qualidade da vida afetiva, na melhoria da saúde, exploração da dimensão lúdica e um maior empenho na competitividade na e do mercado de trabalho, o que resultou no conjunto de sua emancipação (AMATUZZI, *et al*, 2004).

Atualmente, temos uma mulher mais atuante profissionalmente, mais independente, mais segura de si em antagonismo com o passado que tínhamos o sexo feminino totalmente dependente do masculino. As nossas avós zeladoras do lar e da integridade do núcleo familiar eram apesar de serem mantenedoras desse elo, subestimadas nas atividades extras domiciliares. Assiste-se essa mulher em franca evolução no contexto psicossomático, trabalhando fora de casa, estudando, indo a academias, dividindo com o homem ou mesmo arcando com o orçamento doméstico (AMATUZZI, *et al*, 2004).

Contudo, com a queda do estrogênio temos geralmente algumas sintomatologias que podem limitar as atividades rotineiras das mulheres menopausadas. A preocupação com a melhoria da qualidade de vida e saúde ao longo do processo de envelhecimento, tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. Em parte, isso ocorreu devido ao progressivo aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas e ao reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância dos sentimentos e percepções das pacientes sobre a sua doença, assim como pelo aumento da condição de se monitorizar seu bem-estar frente às medidas terapêuticas voltadas para o alívio da dor, da restauração das funções e na prevenção das incapacidades (AMATUZZI, *et al*, 2004).

No que tange ao climatério, vale lembrar a maior expectativa de vida da mulher brasileira, que ultrapassa em cerca de dez anos a dos homens. As mulheres com mais de 40 anos já correspondem a 32% do contingente populacional do Brasil, devendo sofrer um aumento de 11% até 2010. Conseqüentemente, espera-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços do país por mulheres com queixas relacionadas ao climatério (LORENZI, 2008).

Atualmente, a qualidade de vida na saúde, é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como em nível populacional (AMATUZZI, *et al*, 2004).

Dois aspectos são fundamentais nesse indicador: a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos relativos ao seu contexto de vida, ou seja, cada indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida, o que não pode ser feito por um observador externo. A segunda, a multidimensionalidade, por

sua vez, decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na qualidade de vida de um indivíduo (AMATUZZI, *et al*, 2004).

Como se pode observar, o tema qualidade de vida, em especial no climatério, pode ser visto pelos mais diversos olhares, seja da ciência, por meio de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, ainda pelas abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde (AMATUZZI, *et al*, 2004).

De uma forma mais focalizada observa-se que a qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Sobretudo, é soberana a competência dos profissionais de saúde no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem como amenizar a sintomatologia de suas doenças. Igualmente, no alívio da dor, no mal-estar e nos agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos, ou onde as intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (AMATUZZI, *et al*, 2004).

Nesse contexto, a preocupação com a qualidade de vida se apresenta na contra-mão da tendência moderna de tecnologização excessiva da Medicina, pois defende a questão da humanização, o que vai de encontro, com o proposto pelos inúmeros protocolos e consensos em relação ao climatério nessa era pós-WHI.

Atualmente, com o uso de tecnologias, tem havido uma importante redução da atividade física no trabalho, em casa e durante o lazer, ocasionando um estilo de vida sedentário para a maioria da população. Estudos epidemiológicos têm mostrado que os índices de sedentarismo são altos, independentemente do sexo e da faixa etária. (AMATUZZI, *et al*, 2004).

A Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME), em posicionamento oficial sobre o tema "Atividade Física e Saúde", entre outras recomendações, estabelecem que os profissionais da saúde devem combater a inatividade física, pelo estímulo ao aumento da prática de atividades físicas informais e formais. Mais especificamente sobre a saúde da mulher, a SBME recomenda o aumento da atividade física cotidiana, a inserção de exercícios físicos ou de práticas esportivas para ajudar no combate ao risco da doença arterial coronariana (SILVA, *et al*, 2006).

Segundo alguns autores as alterações hormonais que ocorrem no período da menopausa podem associar-se a algumas doenças que, aliadas às alterações da capacidade respiratória, ocasionadas pelo aumento da idade cronológica, podem contribuir ainda mais para a diminuição dos níveis de atividade física (SILVA, *et al*, 2006).

Estudo sobre a prevalência da inatividade física na população do Estado do Rio Grande do Sul verificou que a proporção de mulheres sedentárias entre 20 e 29 anos foi de 38%, aumentando de acordo com a faixa etária, chegando a 57% em mulheres acima dos 70 anos (SILVA, *et al*, 2006).

Considera-se o esporte e o exercício físico como atividades educacionais e, como tal, é parte integrante do desenvolvimento cultural e psicossocial da espécie humana. Assim, os profissionais de saúde têm a obrigação de defender junto aos órgãos governamentais o investimento nesse ramo de relevância para a melhoria da saúde do brasileiro (AMATUZZI, *et al*, 2004). Vários dos aspectos a serem discutidos neste trabalho dizem respeito ao exercício físico e seus treinamentos. No entanto, vale ressaltar que, mesmo em menor grau, esses conhecimentos são valiosos para a compreensão da associação entre as atividade física e a saúde das mulheres no climatério.

Assim, de forma diligente, abrangente e atualizada tentarei expor os objetivos e as finalidades que os diversos aspectos que cercam as atividades físicas no período de climatério. De forma mais específica os aspectos relacionados a fisiologia, e os possíveis benefícios como apoio para o tratamento dos sinais e sintomas que algumas mulheres apresentam nessa fase, já citados anteriormente.

O exercício físico atua estimulando a secreção de â-endorfinas hipotalâmicas, substâncias que promovem a sensação de bem estar e contribuem para a estabilização da termorregulação hipotalâmica. Logo, para que as mulheres possam ter uma sintonia melhor entre corpo e mente, resultando numa melhor qualidade de vida, nota-se a necessidade do exercício físico em sua vida diária

Cabe ao ginecologista dar atenção a essa nova mulher vigente do terceiro milênio, que apesar das alterações hormonais fisiológicas, busca sua integridade biopsicosocial para exercer e manter suas funções que atualmente são cruciais para sua sobrevivência social.

Por esse olhar, compete ao médico não apenas solicitar exames complementares e prescrever medicações para amenizar os sintomas, mas também orientar e estimular as mulheres na fase do climatério a manterem uma rotina de atividade física, para que possam ter uma boa qualidade de vida.

A atividade física provoca uma elevação do Hormônio adeno-corticotrófico- ACTH, conseqüentemente, da noradrenalina e dos corticóides, da testosterona, da prolactina, do GH e das endorfinas, ao mesmo tempo que diminui hormônio luteotrófico -LH, o hormônio folículo estimulante- FSH, aumentando os esteróides ovarianos e o TSH (BEREK, *et al*, 1998).

Para uma adequada função ovariana, é necessário um apropriado percentual de gordura corporal. Portanto, quando a mulher pratica o exercício físico de uma forma freqüente e continua, haverá benefícios endógenos naturais que aumentarão o estrogênio circulante o que conseqüentemente, diminui a sintomatologia do climatério (BEREK, *et al*, 1998).

Existe um consenso científico que a prática regular de exercício físico reduz o nível de ansiedade e da depressão e auxilia na estabilização da labilidade emocional. Uma única sessão de exercício aeróbico (como meia hora de caminhada, meia hora de natação ou hidroginástica, por exemplo) traz uma melhora significativa desses sintomas, que pode durar por volta de três horas (ZANESCO, *et al*, 2009).

É possível que o mesmo aconteça com exercícios anaeróbicos, mas, até o momento, isto não está comprovado. Falando-se não mais em uma única sessão de exercícios, mas em períodos mais prolongados de atividade física, também se encontra melhora. Um programa de exercícios aeróbicos moderados de 30 a 60 minutos por sessão ao longo de seis semanas, por exemplo, ajuda a melhorar a sintomatologia de depressão em mulheres climatéricas. No caso de mulheres sem sintomas depressivos ou ansiosos, foi verificado que um programa semelhante melhorou a percepção de bem estar, quando comparado com o período anterior ao início do programa (ZANESCO, *et al*, 2009).

Apesar dessa melhoria ser consistente, não se consegue mostrar que ela ocorra por um alívio de sintomas ansiosos ou depressivos. Expecula-se que a melhoria do bem estar pode estar associado, por exemplo, ao aumento da auto-estima, uma vez que não foram encontradas outras associações significativas (OLIVEIRA, *et al*, 2000).

A deficiência de estrógenos, como alterações do perfil lipídico, o ganho de peso e o sedentarismo são considerados os principais fatores para a maior prevalência de hipertensão arterial em mulheres no climatério. Na tentativa de reduzir a incidência da hipertensão arterial nessa população, diversas abordagens têm sido empregadas, porém, a maioria dos trabalhos mostra que, nesse momento, uma mudança de estilo de vida parece ser a melhor estratégia para o controle da hipertensão arterial e de seus fatores de risco nessa fase de vida da mulher - entre elas a prática de exercício físico regular (ZANESCO, *et al*, 2009).

O exercício físico contínuo, no qual a intensidade é mantida constante leve ou moderada, tem obtido benefícios sobre as doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas. A prescrição do exercício contínuo caracteriza-se por atividades de pelo menos 30 minutos, três dias por semana, numa intensidade de 50 a 70% da frequência cardíaca máxima. O exercício físico intermitente caracteriza-se por alterações em sua intensidade durante a realização do treinamento, podendo variar de 50 a 85% da frequência cardíaca máxima, durante dez minutos (AMATUZZI, *et al*, 2004)

Dentre as abordagens no estilo de vida, a prática do exercício físico tem importante papel, principalmente para mulheres no climatério, visto que, nessa fase, elas apresentam modificações antropométricas e bioquímicas que comprometem sobremaneira a qualidade de vida dessa população (ZANESCO, *et al*, 2009).

Considerando-se que as mulheres vivem mais do que os homens e a importância da qualidade de vida na longevidade, intervenções para reduzir a incidência de doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas nessa população passa a ser prioritárias na área de políticas públicas. Diversos trabalhos mostram que mudanças no estilo de vida são fundamentais para a manutenção da saúde da população em geral, sendo que a prática de atividade física regular é uma intervenção essencial na prevenção e no tratamento de diversas patologias, entre elas a hipertensão arterial, o diabetes mellitus tipo 2, as dislipidemias e a aterosclerose (ZANESCO, *et al*, 2009).

Estudos mostram outros benefícios do exercício físico regular no climatério, uma vez que estimula a síntese de óxido nítrico (NO) pelas células endoteliais levando a uma vasodilatação e, conseqüentemente, controlando a pressão arterial a médio e longo prazo. A produção aumentada de NO promove também efeitos antitrombóticos, prevenindo as doenças tromboembólicas e a aterosclerose, e isso se deve à inibição da agregação plaquetária pelo NO³ (ZANESCO, *et al*, 2009).

Além de estimular a produção de NO, o exercício físico promove também elevação da expressão de enzimas antioxidantes, como a SOD-1, aumentando a biodisponibilidade do NO para as células musculares lisas, promovendo melhor relaxamento da musculatura lisa vascular, e, conseqüentemente, reduzindo os valores de pressão arterial (ZANESCO, *et al*, 2009).

O efeito do estrogênio sobre o tônus vascular foi estudado, em modelos animais, de maneira exaustiva em diferentes artérias, como a coronária, a aorta, a mesentérica e as artérias cerebrais. Foi verificado que o endotélio vascular possui receptores para o estrogênio e que esse pode aumentar a liberação de fatores relaxantes derivados do endotélio, como o NO, bem

como aumentar sua biodisponibilidade para as células musculares lisas (ZANESCO, *et al*, 2009).

A ingestão de cálcio (1,5g/ dia) e prática de exercício físico são consideradas medidas de grande importância para a prevenção da osteoporose. A reposição de vitamina D também é benéfica, especialmente em mulheres após 70 anos de idade ou incapacitadas de se expor à luz solar. Por conseguinte, sabe-se que a carga mecânica é uma determinante de grande importância da massa, arquitetura e força estrutural dos ossos da mulher climatérica. Vários estudos demonstram o benefício osteogênico local durante o exercício físico

Na mulher menopausada a resposta óssea predominante aos exercícios físicos não é somente ao aumento do treino, mas também a redução da perda endosteal associada à remodelação. Esse achado é consistente com a teoria mecanostática que sugere a influência da distensão mecânica como fator de equilíbrio entre a absorção e formação óssea. Por consequência nos locais onde ocorre maior carga mecânica ocorre um balanço ósseo positivo, determinando a manutenção ou até mesmo uma leve elevação da massa óssea.

Embora a carga mecânica apresente um papel de destaque na manutenção óssea, as concentrações séricas de estrogênio e progesterona podem modular a resposta à carga mecânica aumentando a conservação e seu efeito osteogênico. Como se depreende, os distúrbios endócrinos previamente analisados têm uma íntima correlação com o metabolismo ósseo (MONTILLA, *et al* , 2004)

Em síntese, definida como uma perda prematura e/ou inadequada formação óssea, a osteoporose resulta em uma baixa massa mineral e deterioração da sua microarquitetura. Os níveis fisiológicos de estrogênio diminuem a velocidade de reabsorção óssea Assim, a osteoporose, um dos grandes problemas na mulher menopausada pode ser prevenido e até mesmo atenuado com a prática de exercícios físicos ou com a atividade esportiva (MONTILLA, *et al* , 2004)

Na prevenção da osteoporose o exercício físico age de forma benéfica na massa óssea, podendo ter um efeito osteogênico ao induzir o pico de massa óssea desde a adolescência e possibilitar a manutenção da saúde óssea mesmo após a menopausa. Fica evidente que exercícios que visam o acréscimo de massa livre de gordura e força muscular apresentam os resultados mais positivos sobre a densidade óssea em mulheres adultas (MONTILLA, *et al* , 2004)

É válido ainda salientar que as atividades físicas devem ser incentivadas desde a infância, possibilitando que durante a adolescência haja o melhor desenvolvimento ósseo possível. Deve-se dar atenção quanto à ingestão alimentar adequada, sobretudo de alimentos

ricos em cálcio e vitamina D, e às alterações hormonais, as quais podem tornar-se determinantes nas atividades físicas mais extenuantes.

O treino envolvendo elevado impacto gera respostas ósseas mais específicas e eficazes, sendo ainda importante salientar que para uma melhor preservação da saúde óssea parece que o mais indicado seria a combinação de treinos de fortalecimento muscular associados a exercícios que gerem maior sobrecarga corporal. Assim, percebe-se que o exercício físico age de maneira benéfica sobre a saúde óssea nas diferentes fases da vida das mulheres, sendo aliada ao acúmulo mineral ósseo e à manutenção da massa óssea e, portanto, constitui-se numa estratégia adequada para a prevenção da osteoporose (MONTILLA, *et al*, 2004).

Portanto, conclui-se que os benefícios do exercício físico da atividade física na mulher climatérica são importantes para a melhoria da qualidade de vida das mesmas, e que o esporte representa uma das oportunidades para a mulher nessa fase, em se fazer ouvir, ser vista, dizer presente, mostrar que existe. A vida é o movimento e a prática do esporte é o aperfeiçoamento do movimento em busca de um objetivo. Essa procura não proporciona apenas o aperfeiçoamento fisiológico e motor; atinge todos os aspectos necessários para o desenvolvimento humano, estimulando a cognição, ampliando os horizontes sociais e proporcionando experiências para atingir o equilíbrio emocional frente às dificuldades (AMATUZZI, *et al*, 2004)

Viver o esporte nesse período climatérico não significa apenas praticar, conviver com ele e estar atento ao seu entorno; significa aproveitar as lições da vida que ele proporciona. O exercício físico na menopausa continua sendo estudado por especialistas de todas as áreas de conhecimento, comprovando sua relevância na formação e no desenvolvimento da mulher. Mas será que existe um esporte específico para a mulher nessa fase? Durante algum tempo a natação a hidroginástica e a musculação foi assim considerada. Mesmo exigindo a participação dos membros inferiores e superiores esses exercícios como todos os outros esportes têm características específicas.

Da mesma forma que correr, caminhar e pedalar, nadar, fazer hidroginástica também pode fazer parte de um programa de condicionamento físico-mental. Julga-se que o importante para a mulher nessa fase é a prática do esporte ou do exercício físico com a prescrição de maneira individualizanda. Apesar da idéia de que o exercício físico habitual atua benéficamente na saúde, sabe-se que é preciso que esse tipo de exercício seja realmente praticado em quantidade, frequência e intensidade ideais para melhoria da aptidão física e promoção da qualidade de vida desta mulher climatérica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de contribuir para a prática na Atenção Básica e Saúde da Família e na expectativa de proporcionar uma melhor qualidade de vida na mulher climatérica, nós profissionais de saúde que especializamos na saúde da mulher menopausada, assumimos um novo modelo de tratamento multidisciplinar, no intuito de diminuir os desconfortos psicossomáticos que esta fase causa na mulher e, que, em outrora, sofria veladamente com esses sintomas impostos pela idade.

A mulher para manter a sua saúde física e emocional, necessita repor aqueles hormônios que deixou de produzir e que até então lhe garantem saúde e vitalidade. A principal orientação médica para combater os agravos associados ao climatério tem sido o uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH).

Atualmente, o que parece estar em pauta na recente construção da menopausa não é mais a relação menopausa-patologia, até porque, ao que tudo indica, ela sempre foi estabelecida, mas sim o estabelecimento de novo vínculo associativo: menopausa, hormônios e prevenção.

Contudo, é importante ressaltar que o exercício físico é um grande aliado para uma vida saudável, beneficiando não só a saúde física, como também a mental da mulher na fase do climatério.

Iniciando pelo coração, haverá uma melhora acentuada no tônus da musculatura cardíaca, proporcionando maior força de contração e, conseqüentemente, diminuição da frequência cardíaca, condicionando um menor trabalho para executar esforços semelhantes em comparação com o organismo de outras mulheres sedentárias. Também, acionando os dois corações periféricos, formados pela complexa rede arteriovenosa existente nas plantas dos pés, conseguimos melhora da força de impulsão periférica, diminuindo o tempo de retorno venoso. Além disso, o exercício físico intensificando o mecanismo de contração muscular e o uso das articulações aciona e dinamiza as ações venosa, arterial e linfática, com melhora global na circulação corporal.

No sistema excretor, com o auxílio da sudorese obtemos um importante aliado à função renal e conseqüentemente diálise, proporcionando uma atividade excretora mais eficiente. O exercício físico praticado de forma regular e na intensidade correta é capaz de produzir estabilidade hormonal, diminuindo os déficits metabólicos. Em mulheres climatéricas

obesas queima gordura excedente e, em diabéticas promove diminuição da necessidade da insulina exógena.

No sistema locomotor haverá uma melhora do tônus muscular e conseqüentemente melhor postura, aperfeiçoando ainda as trocas iônicas nos ossos mantendo o equilíbrio cálcio-fósforo.

Da mesma forma, é também beneficiada a atividade neuropsíquica. Nos sintomas vasomotores, o exercício físico atua diminuindo esta sintomatologia como as ondas de calor e rubor facial. Por conseguinte, no aparelho neuropsíquico a atividade física atua diminuindo a ansiedade, a depressão, e a insônia causadas pela menopausa, melhorando a auto-estima e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Apesar dos avanços nos conhecimentos clínico-científico sobre as terapias de reposição hormonal e do exercício físico como recursos terapêuticos para a prevenção e tratamento dos sintomas e agravos associados ao climatério, estudos mais consistentes necessitam ser desenvolvidos nesse campo.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. E. S. de; SOUZA, V. A. de. Amanack do Urudonal, 1930, p.153.

AMATUZZI, M. M.; CARAZZATO, J. G.; CAFALLI, F. A. S. Medicina do Esporte. São Paulo: Roca, 2004.

BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A. Novak/Tratado de Ginecologia. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998

FAVARATO, M. E. C. de S.; ALDRIGHI, J. M.. A Mulher Coronariopata no Climatério Após a Menopausa: Implicações na Qualidade de Vida. Revista da Associação Médica Brasileira, v.47, n.4, 2001.

GALVÃO, L. L. L. F. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério. Revista da Associação Médica Brasileira. v.53, n.5. São Paulo, 2007.

GREER, G. *Mulher, Maturidade e Mudança*. São Paulo: Augustus, 1994.

HEMMINKY, E.; MCPHERSON, K. Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *British Medical Journal*, p. 149-153, jul. 1997.

HÉRITIER, F. *Masculino Feminino, O pensamento da Diferença*. Lisboa: Instituto PIAGET, 1996

LEITÃO, M.B.; LAZZOLI, J.K.; OLIVEIRA, M.A.B.; NÓBREGA, A.C.L.; SILVEIRA, G.G.; CARVALHO, T.; *et al.* *Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde da mulher*. *Rev Bras Med Esporte* 2000; 6:215-20.

LORENZI, D. R. S. de. Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.30, n.3. Rio de Janeiro, março/2008.

MACHADO, L. V. *Endocrinologia Ginecológica*. Belo Horizonte: Medsi, 2000; p.175.

MONTILLA, R. das N. G.; ALDRIGHI, J. M; MARUCCI, M. de F. N. Relação Cálcio/Proteína da Dieta de Mulheres no Climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.50, n.1, São Pulo, 2004.

OLIVEIRA, H. C. de, *et al*, eds. *Tratado de Ginecologia da Febrasgo*, v.I e v. II, Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa*. Genebra, 1996 . (Série de Informes Técnicos, Nº 866)

PALACIOS, S. *Climatério y menopausa*. Madrid: Mirpal, 1996.

PÉRET, F. J. A., *et al*, eds. *Ginecologia e Obstetrícia: manual para concursos/TEGO*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PSATY, B. M. *et al.* A Review of the Association of Estrogens and Progestins with Cardiovascular Disease in Postmenopausal Women. *Archives of International Medicine*, v. 153, p.1421-1427, 1993.

RIBEIRO, E. da R. *Ginecologia Básica*. São Paulo: Sarvier, 1981.

SILVA, R. B. da; PAIVA, L. C.; NETO, A. M. D; BRAGA A.de A; MORAIS, S.S. Atividade Física Habitual e Risco Cardiovascular na Pós-Menopausa. *Revista da associação Médica Brasileira*, v.52, n.4. São Paulo, junho de 2006.

TEMPORÃO, J. G. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TRENCH B.; SANTOS C. G. do. Menopausa ou Menopausas?. *Revista Saúde e Sociedade* v.14, n.1, p.91-100, janeiro 2005. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v.14n1/10.pdf> >

WILSON, R. A. *Eternamente Feminina*. São Paulo: Edameris, 1966.

ZANESCO A.; RENATO Z. P. Exercício Físico e Menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.31, n.5. Maio de 2009.