

ENDOBOOKS LIVRO 03

ENDOCRINOLOGIA FEMININA

O cuidado com a saúde hormonal das mulheres, da puberdade à menopausa



VITAMINA[®] | CONTEÚDO QUE FAZ BEM À SAÚDE

POR
Dra. Iza Roza Machado, Dr. Lucas Bandeira Marchesan e
Departamento de Endocrinologia Feminina, Andrologia e Transgeneridade

ENDO**B**OOKS

LIVRO 03

ENDOCRINOLOGIA FEMININA

O cuidado com a saúde hormonal das mulheres,
da puberdade à menopausa

Por **Dra. Iza Roza Machado, Dr. Lucas Bandeira Marchesan e**
Departamento de Endocrinologia Feminina, Andrologia e Transgeneridade

Realização



Produzido por



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Machado, Iza Roza

Endocrinologia feminina [livro eletrônico] : o cuidado com a saúde hormonal das mulheres, da puberdade à menopausa / Dra. Iza Roza Machado, Dr. Lucas Bandeira Marchesan, Departamento de Endocrinologia Feminina, Andrologia e Transgeneridade. -- São Paulo : Vitamina Conteúdo, 2026.

eBook

ISBN 978-65-981293-8-5

1. Endocrinologia 2. Hormônios femininos
3. Menopausa 4. Menstruação 5. Metabolismo
6. Metabolismo - Distúrbios 7. Puberdade
8. Saúde da mulher I. Marchesan, Lucas Bandeira.
II. Departamento de Endocrinologia Feminina,
Andrologia e Transgeneridade. III. Título.

26-399517.0

CDD-616.4

Índices para catálogo sistemático:

1. Endocrinologia e metabologia clínica : Medicina
616.4

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB -
SP-010133/O

EXPEDIENTE



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia

DIRETORIA

Presidente
Neuton Dornelas Gomes

Presidente Eleita
Karen Faggioni de Marca

Secretária Executiva
Flávia Coimbra Pontes Maia

Tesoureiro Geral
Fábio Ferreira Moura

Diretora Científica
Marise Lazaretti Castro

Diretor de Comunicação
Clayton Luiz Dornelles Macedo

COMUNICAÇÃO

Coordenadora
de Comunicação
Tábhata Moretzsohn

AUTORES COLABORADORES

**Dra. Iza Roza
Machado**

**Dr. Lucas Bandeira
Marchesan**

DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA FEMININA, ANDROLOGIA E TRANSGENERIDADE

Coordenadora
Dra. Tayane Muniz Fighera

Subcoordenadora
Dra. Poli Mara Spritzer

Diretor
Dr. Alexandre Hohl

Diretora
Dra. Elaine Maria Frade Costa

Diretor
**Dr. Fábio Vasconcellos
Comim**

Diretor
**Dr. Marcelo
Fernando Ronsoni**

Diretora
**Dra. Thyciara
Fontenele Marques**



CONTEÚDO QUE
FAZ BEM À SAÚDE

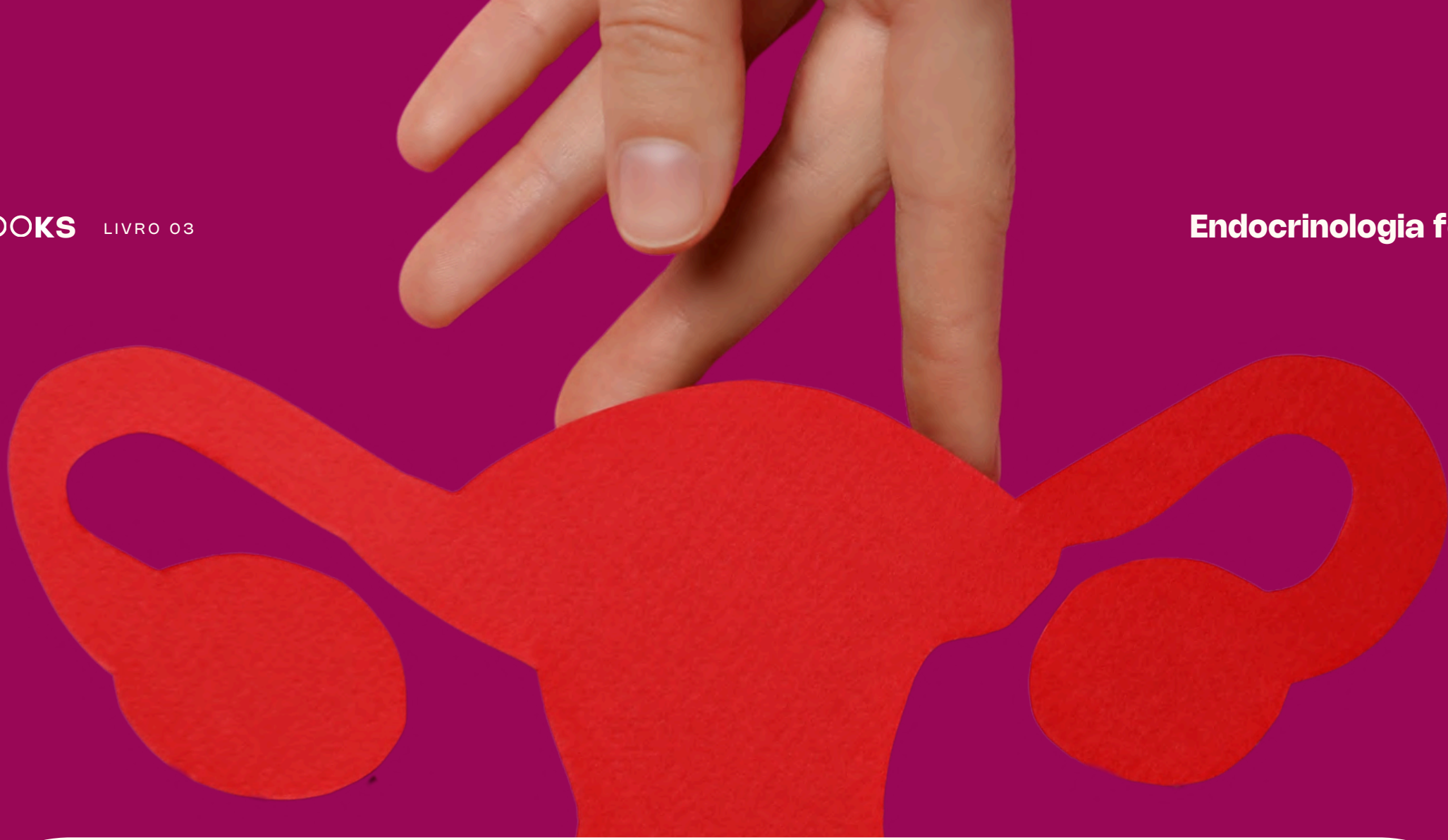
Direção e texto
Lúcia Helena de Oliveira

Design gráfico
Ariel Bertholdo

Direção de arte e projeto gráfico
Guilherme Freitas

Revisão
Lívia Teixeira

© As imagens e ilustrações utilizadas são da biblioteca de elementos
do Canva Pro (pesquisas realizadas em junho de 2026)



Índice

01

Introdução

Cuidando do equilíbrio do organismo da mulher em todas as suas fases

02

Ciclo menstrual

Entenda a gangorra do estrogênio e da progesterona

03

Puberdade

Tudo o que acontece com os hormônios da menina nesse período de transição

04

SOMP

Fique por dentro da síndrome ovariana metabólica poliendócrina

05

Contracepção

Para cada perfil de paciente, existe um método capaz de atender suas necessidades

06

Menopausa

O que muda quando a idade reprodutiva da mulher termina?

07

Terapia de reposição hormonal

Para quem é indicada? Quando? Como? Vamos tirar as principais dúvidas

01

Introdução



O QUE É ENDOCRINOLOGIA FEMININA?

Na medicina, a endocrinologia é a especialidade que cuida do equilíbrio do organismo, ao avaliar o seu metabolismo, isto é, a maneira como todo o conjunto está funcionando e, em especial, as mensagens enviadas pelas glândulas endócrinas por meio de seus hormônios para os diversos órgãos e tecidos.

Nesse universo vastíssimo, existem endocrinologistas metabologistas que se dedicam à saúde das mulheres, desde o momento em que as meninas apresentam as transformações da puberdade, passando por toda a idade reprodutiva até a menopausa. E, se a gente pensar, essas fases são orquestradas pelos dois hormônios sexuais femininos, o **estrogênio** e a **progesterona**.

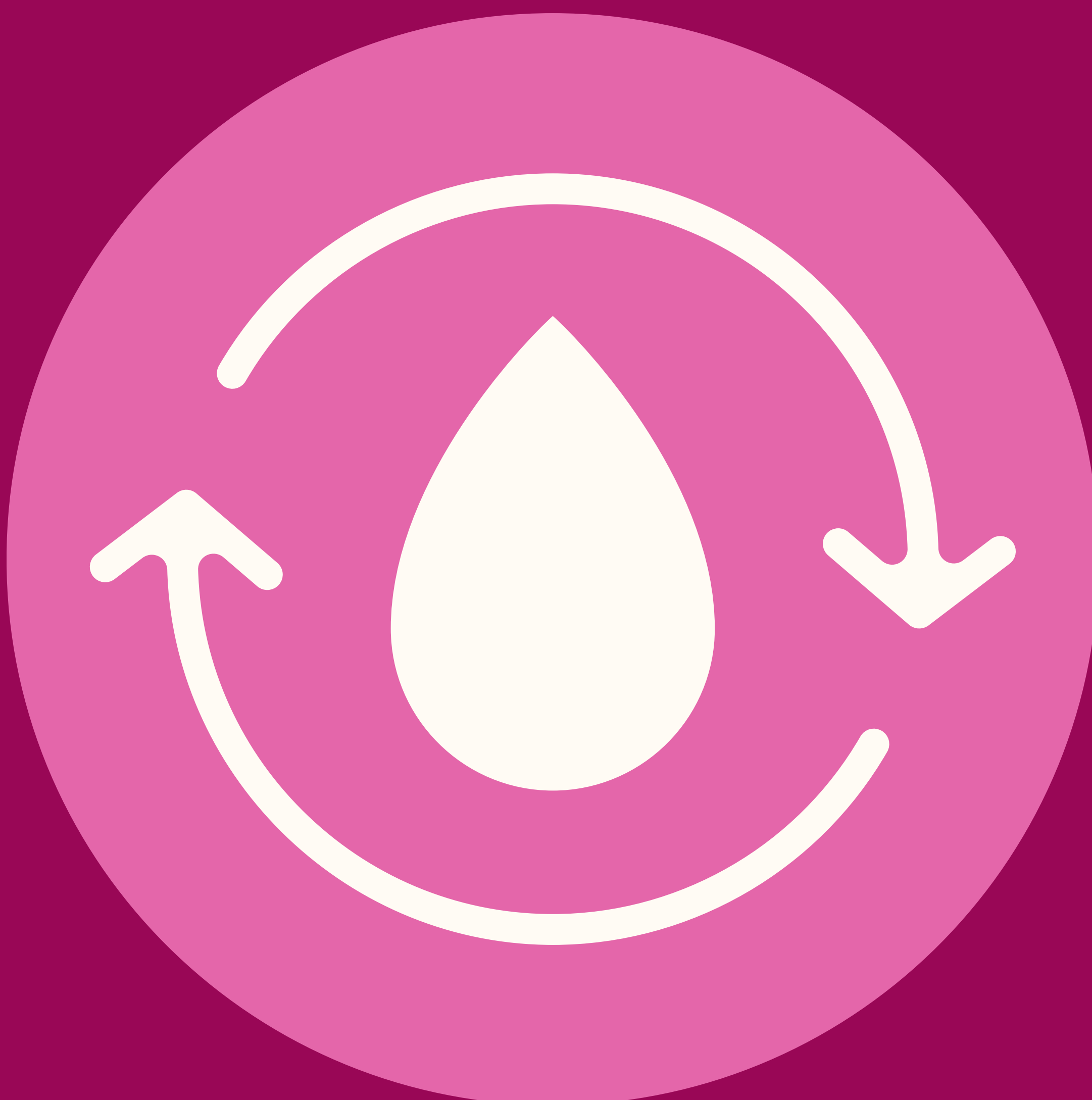
Qualquer disfunção que desestabilize a produção dessa dupla é investigada e tratada por esses especialistas. Eles são capazes de entender, por exemplo, tudo o que pode desregular o ciclo menstrual, como a SOMP, a síndrome ovariana metabólica poliendócrina, que é o novo jeito de a gente chamar a síndrome dos ovários policísticos. Podem orientar a escolha de um método contraceptivo ou examinar o que estaria por trás da diminuição da libido feminina. Sem contar todas as questões relacionadas ao climatério e à menopausa, que são muitas!

Estes, por sinal, são alguns dos assuntos que vamos explicar um pouco melhor nas próximas páginas para que você compreenda o que fazem os médicos na área endocrinologia feminina e por que toda mulher mereceria ser acompanhada por um profissional assim ao longo de sua vida.



02

Ciclo menstrual

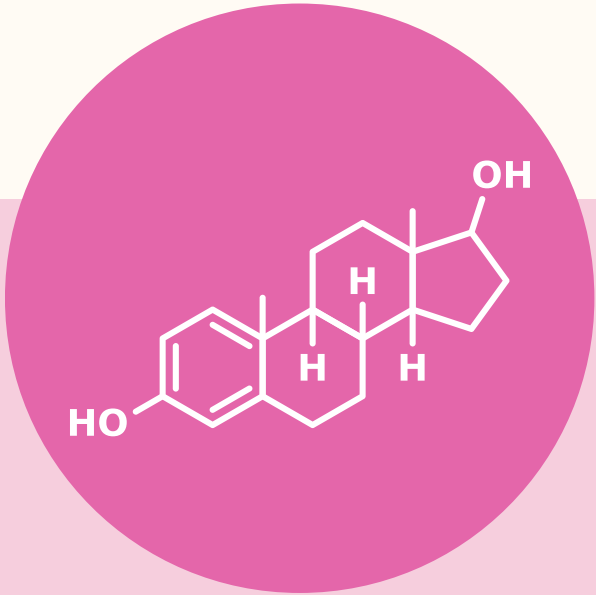


A GANGORRA DO ESTROGÊNIO E DA PROGESTERONA

As mulheres têm uma inegável peculiaridade: diferentemente dos homens, que produzem quase a mesma quantidade de testosterona ao longo do mês, nelas os hormônios sexuais são produzidos de maneira cíclica. Ou seja, estrogênio e progesterona não se encontram na mesmíssima proporção.

A cada mês, os ovários se concentram, primeiro, em liberar o estrogênio e, em uma segunda fase, começam a secretar a progesterona. O nome entrega o grande papel desse hormônio: ele é pró-gestação, ou seja, age para favorecê-la. Como? Preparando o endométrio, o revestimento interno do útero, para aninhar um possível embrião.

No entanto, se por acaso toda a trabalhadeira para amadurecer um folículo e deixar um óvulo pronto para a fecundação tiver sido em vão— ou seja, se não ocorrer uma gestação naquele período —, a progesterona cai. Com a sua queda, os preparativos para receber o embrião no útero são cancelados e vem a menstruação. Então, de novo, o estrogênio começa a subir. Inicia-se, assim, mais um ciclo.

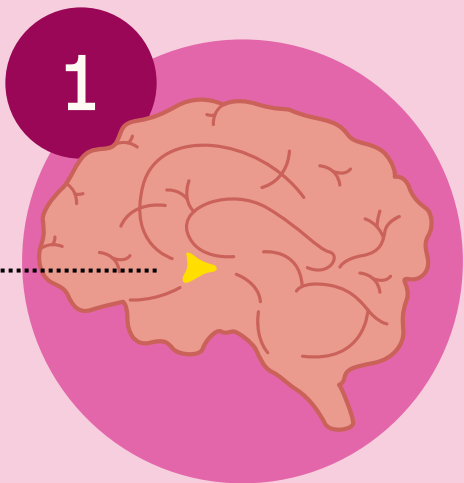


ESTROGÊNIO OU ESTRÓGENO?

Nos dicionários, os dois nomes são considerados sinônimos. Mas, cá entre nós, estrogênio é o hormônio produzido naturalmente pelo organismo da mulher, também conhecido por **estradiol**. Já o termo “estrógeno” pode englobar as formas sintéticas dessa substância.

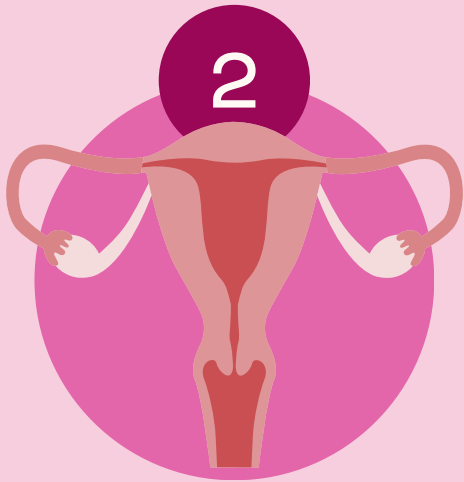
A LINHA DE PRODUÇÃO

Como o organismo feminino obtém seus hormônios sexuais.



No cérebro

Bem no centro dele, próxima à sua base, há uma região chamada **hipotálamo**, que participa do controle de várias coisas, como a fome, a sede e a temperatura do corpo. Mas, aqui, o que interessa é saber que, entre outras tarefas fundamentais, o hipotálamo secreta, em pulsos, uma substância chamada **GnRH**, ou **hormônio liberador de gonadotrofinas**.



O GnRH

“**Gonadotrofina**” já diz tudo: o nome significa “algo que estimula as gônadas”, que, no caso das mulheres, são os **ovários**. E o GnRH não vai longe para liberar a secreção das tais gonadotrofinas...



Hipófise

Essa glândula minúscula, mas poderosa, fica logo abaixo do hipotálamo, pendurada nele. Ao receber o aviso do GnRH, ela passa a produzir dois hormônios que seguem pela corrente sanguínea até chegar ao mesmo destino. Estamos falando de:

LH, hormônio luteinizante.
FSH, hormônio folículo estimulante.



Ovários

Eles são o endereço onde os dois hormônios produzidos pela hipófise devem chegar. O **FSH** vai estimular os **folículos**, microscópicas bolsas que guardam os óvulos ainda imaturos. Já o **LH** irá disparar a produção dos **hormônios sexuais femininos**. Porque, sim, os ovários também são a “fábrica” do **estrogênio** e da **progesterona**.



TUDO O QUE O ESTROGÊNIO FAZ

A primeira coisa de que todo mundo se recorda: o estrogênio é responsável por aqueles caracteres sexuais femininos que surgem quando a menina entra na puberdade, como o desenvolvimento das mamas, o crescimento de pelos no púbis e nas axilas, o alargamento da bacia e o maior acúmulo de gordura na região dos quadris, das nádegas e das coxas, que criam as curvas associadas às formas femininas, lembrando o desenho de uma pêra.

Mas a ação desse hormônio sexual feminino não se limita às aparências. Na verdade, ele atua no organismo feminino da cabeça aos pés. A seguir, vamos dar alguns bons exemplos.

No cérebro

Sabia que, em várias regiões cerebrais, encontramos receptores onde o estrogênio se encaixa? E, ao se ligar em receptores dos neurônios, ele participa da cognição, favorecendo a memória e a aprendizagem. Também ajuda a regular o humor, a temperatura do corpo e o sono. Aliás, por isso mesmo é que, na menopausa, sua falta leva algumas mulheres a experimentarem irritabilidade, fogachos e insônia.

Na pele

Esse hormônio influencia na produção do colágeno e nos processos de hidratação natural do tecido cutâneo.

No esqueleto

O estrogênio é importantíssimo para a saúde dos ossos que, afinal, estão em

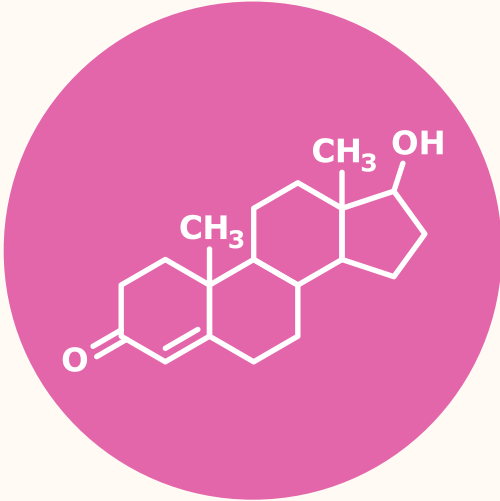
eterna reconstrução, perdendo tecido e colocando tecido novo no lugar. No caso, o hormônio feminino faz com que a velocidade da perda não seja maior que a da reposição.

No sistema cardiovascular

Digamos que o relaxamento das paredes das artérias se torna mais fácil na presença do estrogênio. Esse hormônio também ajuda a conter a inflamação nos vasos. Isso é ótimo porque a inflamação é uma peça-chave na formação das temidas placas, capazes de obstruir perigosamente a passagem do sangue. Para completar esse combo, o estrogênio dá uma mãozinha para o fígado retirar da circulação o LDL, apelidado de colesterol ruim, ao mesmo tempo em que ajuda a elevar os níveis do HDL, o colesterol bom. Por todo esse pacote, o coração agradece.

Na vagina

O estrogênio não só mantém a espessura e a elasticidade da mucosa vaginal, como cria um ambiente mais amigável para lactobacilos, que deixam o pH local mais ácido, diminuindo a vulnerabilidade a infecções, inclusive urinárias.



E A TESTOSTERONA?

Ela também tem o seu valor para a saúde feminina: para começo de conversa, por servir de matéria-prima para o organismo produzir estrogênio, como explicado no quadro acima. Além disso, a testosterona colabora para uma boa lubrificação vaginal, ajuda a manter a massa muscular e tem um certo papel na cognição.

Mas fique claro: o organismo feminino não precisa de muito para que isso aconteça da melhor maneira possível. Quantidades relativamente ínfimas de testosterona já dão conta de tudo. Daí que não existe — reforçamos, não existe! — a menor necessidade de dosar esse hormônio em mulheres, desconfiando que ele esteja insuficiente.

Na verdade, é o contrário: a dosagem de testosterona só é recomendada quando o endocrinologista metabologista suspeita que ela possa estar alta demais, acarretando sintomas como aparecimento de pelos grossos no rosto, no peito ou nas costas, acne intensa, queda expressiva de cabelos, ausência de menstruação e outros.

03

Puberdade



TEMPO DE TRANSIÇÃO

Você, talvez, já ouviu que os hormônios sexuais femininos aparecem em cena quando a garota entra na puberdade. Mas esta não é exatamente a história.

Desde muito cedo, o estrogênio desempenha um papel importante na vida de uma menina. Muito cedo mesmo: no segundo trimestre de gestação, quando é produzido principalmente pela placenta, esse hormônio cria o ambiente ideal para a formação dos folículos nos ovários do embrião. O processo é tão intenso que, lá pela 5ª semana de gestação, existem de 6 a 7 milhões desses folículos. É o seu auge. Ao nascer, porém, a menina só terá 1 milhão ou 2 milhões deles. E, ao chegar na puberdade, restarão uns 300 mil ou 500 mil.

Talvez se pergunte: e quando a menina chega à puberdade, afinal? Engana-se quem acha que a **primeira menstruação**, chamada de **menarca**, seria esse marco. Na verdade, ela **fecha o período de transição puberal**, que se inicia antes, quando a hipófise passa a liberar aquela sua dupla de hormônios, o LH e o FSH, ordenando que os ovários comecem a produzir estrogênio e progesterona. Isso, no entanto, nunca acontece de uma hora para outra.

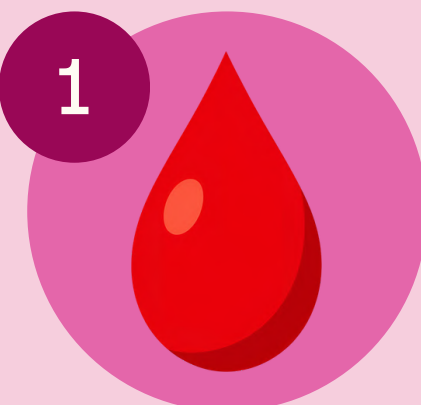
Existe um período de adaptação da própria hipófise, sem contar que a resposta ovariana também leva um tempo para amadurecer. Daí que é normal, principalmente no primeiro ano após a menarca, que a menina tenha ciclos irregulares. Por exemplo, ela pode ficar meses sem menstruar e, depois, ser surpreendida pela menstruação novamente.

Nos primeiros anos após a primeira menstruação, ou menarca, é esperado que o ciclo seja irregular. E não há nada de errado com isso. Nessa fase, as meninas podem ter ciclos mais longos, durando uns 45 dias. Só depois de uns três anos é que eles passam a ter a duração normal de uma mulher adulta, que costuma ser de 21 a 35 dias.

FASE DE ADAPTAÇÃO

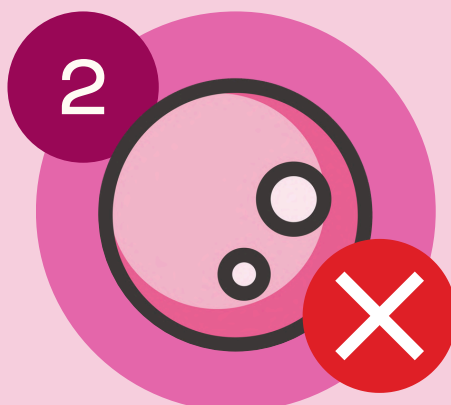
Por que, na menina que mal entrou na puberdade, a menstruação parece atrasar quase sempre?

1



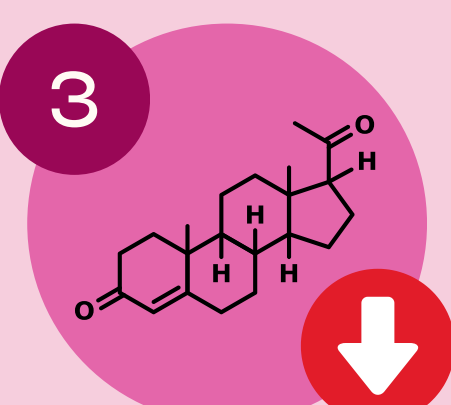
Nos primeiros meses após a menarca, é como se o estímulo hormonal para amadurecer o folículo ainda não estivesse completo.

2



Os ciclos, então, podem ser **anovulatórios**. Ou seja, a garota talvez nem chegue a ovular.

3



Como não existe ovulação, a produção de **progesterona**, marcando a segunda metade do ciclo, **deixa a desejar**.

4



Portanto, por causa da falta de progesterona, a **parede interna do útero não é preparada direito** para receber um embrião. E a menina, naquele mês, fica sem menstruar.



O PRIMEIRO SINAL DA PUBERDADE

De repente, pela camiseta, dá para ver, insinuando-se, um pequeno inchaço na região da aréola: é o **broto mamário**, o primeiríssimo sinal visível da puberdade.

O broto mamário costuma despontar entre os 8 e os 13 anos e muitas vezes é acompanhado de uma aceleração do crescimento, de um odor diferente vindo das axilas e do surgimento de pelos pubianos.

A transição puberal começa com o aparecimento do broto mamário e termina com a chegada da primeira menstruação, o que demora cerca de dois anos e meio.



PUBERDADE PRECOCE OU ACELERADA?

A família deve buscar a avaliação de um endocrinologista metabologista quando a menina apresenta o tal broto mamário **antes dos 8 anos**. Pode ser que seu eixo hormonal tenha sido acionado cedo demais.

Também existem casos em que a faixa de idade da transição puberal é aquela esperada, mas problema é que tudo parece acontecer muito rápido, indo do broto mamário à primeira menstruação em cerca de um ano. Casos assim também merecem o olhar de um especialista.

Uma das preocupações é que, se a menina libera estrogênio antes do tempo ideal, isso apressa o **fechamento das placas de crescimento**, que são regiões cartilaginosas nas extremidades dos ossos longos, responsáveis por espichá-los na medida em que vão sendo substituídas por tecido ósseo.

Às vezes, os pais ficam até felizes, notando que a filha parece uma mocinha ou que é a mais alta da sala de aula. Não sabem que, na realidade, isso ocorre por causa do estrogênio disparado em um tempo inadequado e que a garota talvez pare de crescer logo em seguida, ficando mais baixinha que a população em geral no final das contas.

Sem conhecimento disso, a família pode procurar o endocrinologista metabologista mais tarde, quando já não existe tanta janela de oportunidade para esse especialista ajustar o relógio da puberdade, digamos assim.



A menina com puberdade precoce ou acelerada acaba perdendo estatura final, podendo ficar com 1,40 ou 1,50 metro na vida adulta. Outro problema que ninguém deveria se esquecer é o impacto psicológico de ter um corpo na puberdade em uma mentalidade de criança.



QUANDO TUDO ATRASA

O outro extremo é o da menina que **completa 13 anos sem progredir na transição puberal**. Isso também merece uma boa investigação médica.

Uma das possíveis causas que deve ser afastada é a **insuficiência ovariana prematura**, quando os ovários da garota deixam de produzir os hormônios sexuais. É como se tivessem se aposentado décadas antes de ela se tornar uma mulher na menopausa.

Nessas meninas, a quantidade de folículos nos ovários — que naturalmente diminuiria com o tempo, só que em um ritmo lento —, começa a despencar rapidamente. Com isso, a gente também vê a derrocada dos hormônios sexuais femininos, como fosse uma menopausa acontecendo aos 14, 16, 20 anos de idade.



QUANDO PROCURAR O ESPECIALISTA?

Guarde o seguinte: a puberdade tem um intervalo de tempo relativamente restrito para acontecer. Logo, o endocrinologista metabologista deve ser procurado se ela começa antes ou depois da hora — isto é, antes dos 8 ou depois dos 13 anos — ou, ainda, se tudo parece se desenrolar rápido ou lento demais, tendo como referência aqueles dois anos e meio de duração da transição puberal.

Vale reforçar que a menina já deve estar sendo acompanhada pelo pediatra e que as consultas com esse especialista precisam ser mantidas. A ideia é somar forças. Aliás, é o pediatra que geralmente percebe se há uma alteração inicial no processo da puberdade e encaminha a paciente para o endocrinologista metabologista.

04

SOMP



A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS MUDOU DE NOME

Recentemente, surgiu um consenso: a síndrome dos ovários policísticos passou a se chamar **síndrome ovariana metabólica poliendócrina**, ou **SOMP**, para simplificar. Os ovários continuam no centro dessa condição, mas há um reconhecimento de que ela é uma doença mais complexa do que se imaginou no passado, com vários fatores por trás, incluindo disfunções em outras glândulas. Daí o termo “poliendócrina”.

De 8% a 13%

Esta é a prevalência de SOMP encontrada na população feminina ao redor do mundo. A doença pode se manifestar em mulheres de diversas idades, da adolescência à menopausa. E ela é crônica, exigindo acompanhamento pelo resto da vida.

TRÊS CRITÉRIOS PARA FLAGRAR A SOMP

É preciso preencher pelo menos dois deles para receber o diagnóstico.

1. Crescimento excessivo de pelos

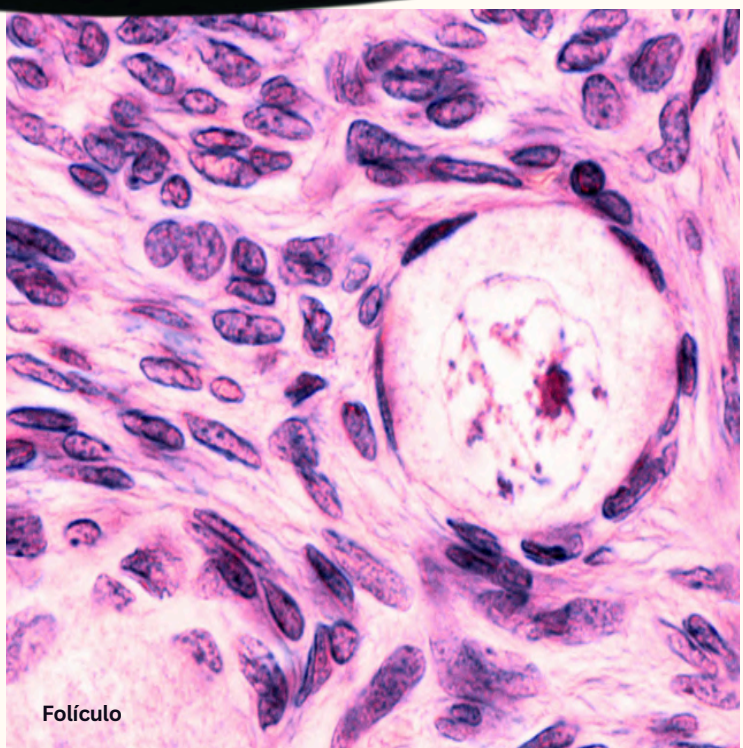
E, no caso, a **pilificação segue um padrão masculino**. Ou seja, ela ocorre em regiões onde as mulheres geralmente não têm pelos, como no queixo, no tórax e por todo o abdômen.

2. Menstruação irregular

Nas mulheres com SOMP, **a frequência do ciclo menstrual é menor que 21 ou maior que 35 dias**. Mas, aqui, vale a seguinte ressalva: lembre-se que existe um período após a primeira menstruação, a menarca, em que a menina pode ter ciclos irregulares e isso é fisiológico. O endocrinologista metabologista é que saberá avaliar.

3. Presença de foliculos nos ovários

Eles podem ser revelados pela imagem do ultrassom, quando o médico visualiza em torno de vinte cistos que não ultrapassam 9 milímetros de tamanho. Se não é possível enxergá-los com nitidez, o especialista pode usar uma estratégia diferente durante o exame, que é medir o volume ovariano. Para completar, é possível solicitar, ainda, a dosagem do hormônio antimülleriano (AMH). É que níveis mais elevados dele estão associadas à SOMP.



O QUE É UM FOLÍCULO

Todos os meses, o organismo feminino recruta alguns folículos nos ovários. Eles vão crescendo, ficando com pouco mais 1 milímetro, até que um deles libera o óvulo que estava guardado em seu interior. É a tal da **ovulação**. Os outros folículos, então, murcham e desaparecem.

Mas nada disso acontece direito quando existe a SOMP: Por que razão? Uma das hipóteses aponta para um desequilíbrio entre o LH e o FSH, os dois de hormônios secretados pela hipófise. Por causa desse desbalanço, **os folículos começariam a crescer, mas não chegariam a amadurecer** para um deles soltar o óvulo. Todos parariam no meio do caminho. Permaneceriam crescidos e cheios de líquido, dando aquela aparência micropolicística aos ovários.

Para descartar outras possibilidades

Mesmo quando a mulher preenche dois dos três critérios que sugerem a SOMP, o médico toma o cuidado de fazer o que chama de diagnóstico diferencial. Isto é, ele checa se a paciente não teria outros problemas causando tudo aquilo.

Talvez o crescimento de pelos em um padrão mais masculino resultaria de excesso de testosterona. Por isso, o endocrinologista metabologista avalia se não há uma **hiperplasia adrenal congênita**, na forma não clássica, provocada por uma alteração genética que não costuma se manifestar quando a menina é muito pequena e, sim, da adolescência em diante. Devido a essa alteração, as glândulas suprarrenais produzem quantidades maiores de androgênios.

Por sua vez, a irregularidade menstrual pode

ser provocada por disfunções na tireoide, quando essa glândula produz hormônios em excesso (**hipertireoidismo**) ou em quantidade insuficiente (**hipotireoidismo**). Os ciclos também se tornam irregulares se há um quadro chamado **hiperprolactinemia** e a hipófise — sim, a mesma glândula responsável pelo LH e pelo FSH — libera doses exageradas do hormônio prolactina.

Estas são apenas as suspeitas mais comuns que o endocrinologista metabologista precisa excluir antes de confirmar que é, de fato, um caso de SOMP. Existem outras condições, mais raras, que precisam ser igualmente afastadas, como a **síndrome de Cushing**, que leva a uma quantidade excessiva de cortisol circulando pelo corpo.

DEPOIS QUE A SOMP É CONFIRMADA

Não existe uma medicação aprovada única e exclusivamente para tratar pacientes com SOMP. Por isso, o médico prescreve remédios que costumam ser usados para outros fins, mas que são estudados em mulheres com essa condição.



• Pílula anticoncepcional combinada

Ela tem esse nome por combinar a função dos dois hormônios sexuais femininos. Um deles seria o estrogênio em uma de suas formas sintéticas, como o **etinilestradiol**.

Essa substância é bastante potente naquilo a que um contraceptivo se propõe, que é inibir a ovulação, mas também aumenta de maneira considerável a **proteína SHBG** (sigla para “sex hormone-binding globulin” ou “globulina que se liga aos hormônios sexuais”). Ela é encarregada de transportar a testosterona para cima e para baixo no organismo.

Existe um detalhe curioso: uma vez que pega essa “carona” na SHBG, a testosterona não fica tão disponível para agir nos tecidos, pois quem faz isso é o hormônio livre, que não está ligado a nada. Logo, como a quantidade disponível de testosterona livre diminui, a tendência é de haver uma redução dos sintomas relacionados ao seu excesso.

O segundo componente da pílula anticoncepcional combinada, é a versão sintética da progesterona. Ela é importante porque protege o endométrio, a parede interna do útero.

Entenda: a pílula já está fornecendo estrogênio que, entre outras coisas, provoca a proliferação das células que formam esse revestimento uterino. Por outro lado, por causa da própria SOMP, a mulher muitas vezes está com amenorreia, ou seja, fica sem menstruar. Portanto, esse revestimento está só acumulando células, sem descamar, o que pode favorecer um câncer a longo prazo, depois de muitos e muitos anos. Mas a progesterona na pílula combinada atenuaria esse risco, ao contrabalançar o efeito tanto do estrogênio que está composição do remédio, quanto do que está sendo produzido naturalmente pelo organismo feminino.



• Antiandrogênicos

Existem medicamentos capazes de se encaixar no receptor da testosterona, ocupando o que seria o seu espaço. Então, mesmo que esse hormônio sexual masculino esteja um pouco aumentado, ele não terá como agir, feito uma chave que não encontra a sua fechadura.

Um dos remédios mais usados nessa estratégia é a **espirolactona**, um diurético com efeito anti-hipertensivo, que, de quebra, é capaz de bloquear os receptores do hormônio masculino. A mulher com SOMP, então, pode parar de ver aquele crescimento indesejável de pelos no rosto, por exemplo.



• **Medicamentos contra a obesidade**

Felizmente, hoje existem remédios eficazes e seguros para tratar essa doença complexa, que abre o caminho para diversos problemas no organismo. E um dos problemas é este: a obesidade, especialmente aquela em que a gordura se concentra na região do abdômen, piora o quadro de SOMP.

Uma das razões é que ela leva a uma enxurrada de substâncias inflamatórias, as chamadas citocinas. E, até por causa disso, as células passam a resistir à ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas que, normalmente, deveria fazer a glicose presente na circulação entrar nas células do corpo para abastecê-las de energia.

Muitas pacientes com SOMP apresentam o que os médicos chamam de acantose nigricans, o escurecimento da pele em determinadas regiões, especialmente nas dobras. Ela é uma pista clássica de que aquela pessoa pode ter resistência à insulina.



O ELO ENTRE SOMP, OBESIDADE E SAÚDE DO CORAÇÃO

O problema é que o pâncreas tenta compensar a situação. Como? Liberando mais e mais insulina. Isso acontece com cerca de oito em cada dez mulheres com SOMP. A ironia é que os ovários são uma espécie de exceção, isto é, ao contrário do que ocorre em outros órgãos, eles não passam a oferecer resistência a esse hormônio e até entendem sua dosagem aumentada como um incentivo para incrementar a produção de androgênios, isto é, de hormônios sexuais masculinos.

Portanto, ao evitar tudo isso, o tratamento da obesidade acaba melhorando demais os sintomas da SOMP. Com uma vantagem que deve ser valorizada: diminuindo o acúmulo de gordura no corpo, ele também protege o coração. Pois pouca gente sabe, mas a SOMP é capaz de aumentar o risco cardiovascular.



A SOMP não é uma mera questão de menstruação irregular. Ela predispõe a um maior risco de infarto, AVC (acidente vascular cerebral) e outras doenças cardiovasculares.

• **Sensibilizadores de insulina**

Quando o médico confirma que uma mulher com SOMP apresenta resistência à insulina, muitas vezes não basta prescrever pílula anticoncepcional combinada, por exemplo. Ele cogitará o uso de medicamentos capazes de diminuir essa resistência e, no caso, a **metformina** usada no tratamento do diabetes *mellitus* costuma ser uma escolha muito comum. O objetivo, no caso, é reduzir os riscos para o coração.

Para as mulheres que desejam ter filhos, há estudos bastante interessantes sugerindo que a metformina seria capaz, inclusive, de aumentar as taxas de ovulação em pacientes com SOMP.



OVÁRIOS E SAÚDE CARDIOVASCULAR

Se você comparar duas mulheres com o mesmo peso , uma com SOMP e outra sem, o risco cardiovascular será maior na primeira. E ele precisa ser avaliado.

A própria resistência à insulina cria um ciclo pernicioso, deixando o organismo mais inflamado. E a inflamação não poupa as artérias. Aliás, o perfil lipídico, isto é, de gorduras no sangue, tende a ser pior em mulheres com SOMP, quando a gente as compara com pacientes sem essa condição: o HDL, conhecido pelo apelido de “colesterol bom” costuma cair.

A mulher com sobrepeso e obesidade que tem SOMP e deseja ter filhos precisa entender que diminuir o acúmulo de gordura aumentará as suas chances de engravidar e, mais do que isso, sua gestação terá tendência a ser mais tranquila, com menor ameaça de diabetes gestacional, parto prematuro e outras complicações.



05

Contracepção



UM MÉTODO CONTRACEPTIVO PARA CHAMAR DE SEU

Quando uma paciente conversa com o endocrinologista metabologista sobre contraceptivos, a primeira coisa que ela precisa entender é o intuito dessa prescrição. A finalidade pode ser a mais óbvia: evitar uma gestação. Mas talvez, além disso (ou em vez disso), a ideia seja controlar a síndrome ovariana metabólica poliendócrina, ou SOMP, ou até mesmo aliviar a dor menstrual. Existem, enfim, outras situações em que um método contraceptivo hormonal pode ser bem-vindo.

Além do objetivo de cada mulher, existem informações que contam muito: essa paciente é jovem e saudável ou ela já tem algumas comorbidades? Ela tem vontade de usar algum método específico? Enfim, é preciso fazer uma série de considerações.

O EXEMPLO DAS ADOLESCENTES

A gente sabe que, na adolescência, as garotas costumam ter maior dificuldade de adesão ao tratamento: elas podem engolir a pílula anticoncepcional em um dia e se esquecer dela no outro.

Em casos assim, é possível cogitar medicamentos de longa ação, como **implantes contraceptivos** que são seguros e que fazem efeito por até três anos. Aliás, o horizonte promete novas opções capazes de agir por cerca de cinco anos. E existe a alternativa de indicar um **dispositivo intra-uterino, o famoso DIU hormonal**, que libera pequenas doses diárias de hormônio para evitar a gestação. Este exemplo é só para você entender que o comportamento e o contexto de cada mulher precisa ser considerado.



Sempre é bom lembrar que o contraceptivo pode evitar uma gravidez, mas não protege contra infecções sexualmente transmissíveis. Para diminuir o risco de doenças transmitidas pelo sexo, o uso de preservativos continua imprescindível.

MULHERES COM ALTO RISCO DE TROMBOSE

Algumas comorbidades exigem um cuidado especial na hora de escolher o contraceptivo. E a facilidade para formar trombos nos vasos é uma delas, que merece destaque.

Às vezes, isso acontece por causa de alguma condição genética, daí a importância de o médico saber se há casos de trombose na família. O especialista ainda fica atento se a mulher está com mais de 35 anos, é fumante ou se ela tem obesidade.

Tudo isso aumenta a probabilidade de o sangue formar coágulos por qualquer bobagem, que são os tais trombos. Entre os perigos, eles podem bloquear a circulação das pernas, quadro que é chamado de trombose venosa profunda, ou viajar para os pulmões, impedindo a passagem do sangue para ser oxigenado.

Por isso, **mulheres com alto risco de trombose não podem usar anticoncepcionais com estrogênio.** É que esse hormônio sexual feminino

estimula o organismo a produzir determinadas proteínas chamadas fatores de coagulação. O nome já diz tudo. E, de quebra, o estrogênio diminui a atividade de substâncias que o próprio corpo produz para dissolver coágulos.

Para essas mulheres, a **melhor opção são métodos baseados em progesterona ou até mesmo o DIU**, já que a liberação de hormônio, no caso dele, é mais localizada, além de ser um progestagênio.

OS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

A seguir, uma breve explicação sobre cada um deles.

• **Pílula combinada**

Ela junta estrogênio e progesterona. Por causa desse primeiro componente, como você acabou de ver, não é uma boa escolha para mulheres com risco de trombose.

Já para quem tem muita **cólica e ciclo menstrual irregular**, bem como **SOMP**, essa opção pode ser excelente. O único aspecto complicado é que a pílula precisa ser tomada diariamente no mesmo horário. Ou seja, é um método que funciona bem para mulheres disciplinadas.

• **Minipílula**

Ela só contém progestagênio. O hormônio impede a ovulação e ainda deixa o endométrio, o revestimento interno do útero, bem fininho, um tanto inóspito para o embrião que tente se abrigar ali. É uma **boa opção para mulheres com risco de trombose** e também para as que estão **amamentando**.

No entanto, a minipílula também pede disciplina. A mulher deve engoli-la todo dia, no mesmo horário. E um aviso: algumas pacientes têm pequenos escapes de sangue.

• **Anticoncepcional transdérmico**

Trata-se de um adesivo que, através da pele, manda hormônios de forma contínua diretamente para a corrente sanguínea. Precisa ser trocado a cada semana. É uma alternativa a mais **para as mulheres que costumam se esquecer do comprimido** e, também, para aquelas que se submeteram à **cirurgia bariátrica**, as quais podem não absorver toda a dosagem de hormônio contida no contraceptivo oral, correndo o risco de o remédio perder eficácia.



• **Implante**

Colocado sob a pele, geralmente no braço, um pequeno bastão flexível vai liberando progestagênio ao longo de três anos. É mais um método que pode ser apresentado às **mulheres com alto risco de trombose**.

• **DIU hormonal**

O especialista apto a instalar esse dispositivo em formato de “T” dentro do útero é o ginecologista. Uma vez ali, ele começa a liberar progestagênio por um tempo prolongado, às vezes maior que três anos.

• **Contraceptivo injetável**

As injeções são mensais ou trimestrais. A combinação de estrogênio e progestagênio ou só o progestagênio são formuladas de tal maneira que os hormônios são liberados aos poucos, garantindo a ação prolongada.

• **Anel contraceptivo**

Pequeno e flexível, esse anel é introduzido pela própria mulher na vagina, onde libera continuamente doses baixas de hormônios.



É importante ponderar sobre os valores de cada método durante a consulta. Eles podem pesar no bolso e na decisão.

OS MÉTODOS NÃO HORMONAIS

Nem toda estratégia contraceptiva tem hormônio.

• **DIU de prata ou de cobre**

Implantado no útero, ele libera íons de mineral, tornando o ambiente hostil para os espermatozoides e para a eventual chegada de um embrião. Para algumas mulheres, a vantagem está na durabilidade: os DIUs não hormonais duram de cinco a dez anos.

• **Preservativo**

Embora ótimo para evitar uma IST (infecção sexualmente transmissível), como método contraceptivo a coisa muda de figura. Ora, sempre existe a possibilidade de a camisinha estourar e a gravidez acontecer. Pensando em contracepção, isso torna o uso de preservativo uma escolha bem menos eficaz que as outras, apresentadas até aqui.

CUIDADO COM A TABELINHA!

Criar uma tabela com base na data da última menstruação para tentar não fazer sexo na semana em que a ovulação supostamente estaria ocorrendo não é uma boa ideia. Tanto que não é recomendada na prática clínica. O cálculo dá errado muitas vezes.

No entanto, ainda há mulheres apelando para a tabelinha, especialmente após uma gestação, sem saber que existem contraceptivos que podem ser usados nesse período. O risco, então, é de uma gravidez seguida de outra, justamente o que elas queriam evitar.

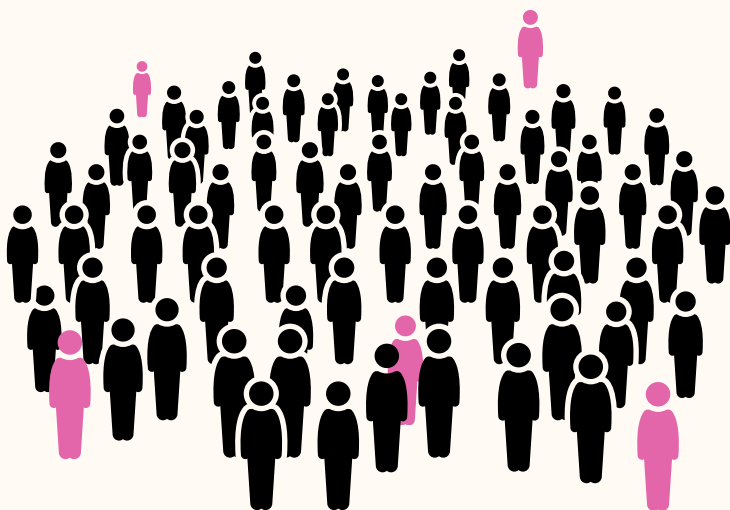
A existência de várias alternativas de métodos contraceptivos na prateleira é algo para celebrar. Considerando o perfil da paciente, o médico pode apresentar as opções mais seguras dentro do que ela precisa e espera.

RISCO DE CÂNCER DE MAMA?

O medo de os métodos hormonais aumentarem a ameaça de tumores mamários ainda ronda a cabeça de algumas mulheres. Mas o que existe de evidência sobre isso são estudos mais antigos que observaram um ligeiro aumento na incidência desse câncer entre as usuárias desses contraceptivos.

No entanto, hoje o que se acredita é que esse aumento era observado simplesmente porque as mulheres que usam um método anticoncepcional vão mais ao médico e, desse modo, fazem mais exames, tendo maiores chances de, no rastreamento, flagrar tumores.

Uma coisa é certa: nas pacientes que enfrentam ou que já tiveram câncer de mama, aí sim, os métodos hormonais devem ser evitados. É que os hormônios favorecem o crescimento de um tumor já existente.



4 ou 5 casos para cada 10 mil mulheres
Esta é a incidência de complicações pelo uso de pílula anticoncepcional. Ou seja, ela é muito pequena. Os comprimidos contraceptivos são uma das medicações mais seguras que existem, usados há mais de 60 anos. Aliás, a pílula evoluiu ao longo desse tempo, contendo doses cada vez mais baixas de hormônios, mas mantendo a eficácia nas alturas.

06

Menopausa



QUANDO A IDADE REPRODUTIVA TERMINA

Já parou para pensar na definição de menopausa? O nome já diz muita coisa: “meno”, vem de menstruação. Logo, é quando a menstruação entra em pausa. Ou melhor, cessa. Na medicina, só dá para a gente dizer que a mulher entrou nessa fase olhando para trás e perguntando: ela já está há um ano sem menstruar?

Guarde esta: o médico afirma que a mulher está na menopausa após um ano da última menstruação. Não existe um diagnóstico clínico, ele não pede exames para saber se a paciente está ou não está na menopausa, salvo em situações especiais. Portanto, no fundo não faz muito sentido a mulher marcar uma consulta só para descobrir quando ela entrará na menopausa ou se já está nela, embora isso aconteça com bastante frequência.

Até dá para entender a angústia: é que antes de ficar um ano sem menstruar, ela passa por um período de transição, em que a menstruação não cessa totalmente. Mas pouco se esclarece sobre isso.

Aquele ciclo que normalmente ia 21 a 35 dias começa a durar 40 dias ou mais. A mulher pode menstruar em dois meses seguidos e, depois, ficar três meses sem sinal de que a menstruação vai descer.

Só dizemos que uma mulher está na menopausa quando já faz um ano desde que ela menstruou pela última vez.



PERIMENOPAUSA: O PERÍODO ANTES E DEPOIS DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO

Lembra-se dos folículos que surgem nos ovários do bebê ainda na barriga da mãe e que vão diminuindo de quantidade com o correr do tempo desde então? Pois bem: quando a mulher chega aos seus 50 anos, mais ou menos, sua reserva ovariana já está muito baixa. Estima-se que só lhe restam cerca de mil folículos.

Mil folículos parece bastante, porém esse número é pequeno para garantir uma produção de hormônios sexuais femininos suficiente para levar a todos os eventos do ciclo menstrual. Quando chega esse momento, a mulher está na perimenopausa. “Peri”, do grego, quer dizer “ao redor de”. Portanto, essa é a fase ao redor da menopausa.

Mas atenção! Ao contrário do que muitos falam por aí, a perimenopausa não é a etapa que antecede a menopausa. Em geral, ela vai de uns dois anos antes a cerca de dois anos depois da última menstruação.

Na perimenopausa, a liberação de estrogênio e progesterona não cai de maneira abrupta. Vai diminuindo gradativamente tal qual a quantidade de folículos. Por causa da produção intermitente de hormônios sexuais é que a gente vê a instabilidade dos ciclos. E, claro, em um belo dia não haverá mais folículos para que esses ciclos continuem acontecendo.

Nesse período em torno da menopausa, a diminuição gradativa do estrogênio e da progesterona não afeta apenas a menstruação. Outras alterações podem ser observadas no corpo:

- **Ondas de calor:** também chamadas de fogachos, elas podem começar antes de a menstruação cessar.
- **Distúrbios do sono:** eles também podem surgir nessa fase, em parte pelas ondas de calor, quando irrompem em plena madrugada e a mulher acorda empapada de suor, e em parte porque, no cérebro, as áreas envolvidas no eixo hormonal feminino também têm a ver com o sono.
- **Dores articulares,** que chamamos de artralgias. Elas podem ser um sinal sutil da perimenopausa. E ocorrem, entre outras coisas, porque o estrogênio ajuda na produção do líquido sinovial, que lubrifica as juntas. Daí que, quando os níveis desse hormônio diminuem, muitas vezes a mulher sente estalidos, certa rigidez e dor nas articulações

- **Olho seco:** isso porque os hormônios sexuais femininos participam da regulação das glândulas que produzem a lágrima.

- **Mudanças de humor e depressão:** elas tendem a aparecer ou a se intensificar, especialmente em mulheres que já tinham predisposição a esses transtornos.

A perimenopausa costuma durar em torno de quatro anos, embora isso possa variar um pouco de mulher para mulher. Esse tempo vai desde uns dois anos antes da última menstruação, período chamado de perimenopausa precoce, até cerca de dois anos depois, que seria a perimenopausa tardia.

E O QUE SERIA O CLIMATÉRIO?



O conceito de climatério se confunde um pouco com o de perimenopausa. E dá para entender o porquê:

- quando o médico fala em **perimenopausa**, ele está pensando em um **intervalo temporal**, isto é , um período antes e depois da última menstruação que aquela mulher teve na vida.
- o climatério, por sua vez, é **quando a perimenopausa chega com toda aquela série manifestações**, como distúrbio do sono, olho seco, dor articular, ondas de calor...

Endocrinologia feminina



GANHO DE PESO

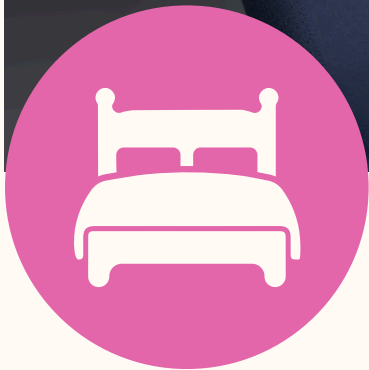
Na cabeça das pessoas, engordar alguns quilos é algo tão associado à menopausa que merece uma explicação à parte.

Antes de mais nada, a gente deve lembrar que o próprio processo de envelhecimento pode levar ao ganho de peso tanto nas mulheres quanto nos homens. Então, quando uma paciente na perimenopausa ou na menopausa nota que está acumulando mais gordura no corpo, precisamos diferenciar o que é provocado pela alteração em seu padrão hormonal e o que vem do fato de ela estar simplesmente envelhecendo, como qualquer pessoa. **O que se pode atribuir à menopausa, em si, é um ganho de 1 kg e 1,5 kg de peso**, de acordo com os estudos.

Isso, porém, não quer dizer que a forma do corpo feminino fique igualzinha à de sempre, pois o que muda na menopausa, na verdade, é a **distribuição da gordura**. Ela parece trocar de endereço: aquela gordura que antes ficava mais nos quadris passa a se concentrar na região abdominal. O corpo, então, fica com um desenho mais androide, isto é, masculino, proporcionalmente com menos volume nos quadris e com a barriga mais saliente.

Esse novo jeito de distribuir a gordura corporal é que deve ser atribuído à variação hormonal dessa fase na vida da mulher. E se, por acaso, devido ao processo de envelhecimento ou de outras questões, ela começa a engordar demais, a tendência de essa gordura ficar no abdômen gera nos endocrinologistas metabologistas uma preocupação que não é estética: eles olham com muito mais atenção para o que chamam de **risco cardiometabólico**.

Estudos mostram que o ganho de peso causado diretamente pela menopausa fica entre 1 kg e 1,5 kg, não mais do que isso. O que muda pra valer é a distribuição da gordura que, com a queda dos hormônios sexuais femininos, começa a se concentrar mais na barriga.



A DOR NA HORA DO SEXO

Esse desconforto estraga-prazeres, que os médicos chamam de **dispaurenia**, costuma aparecer um pouco adiante, depois de um tempo desde que o estrogênio começou a ficar em falta.

A queda nos níveis desse hormônio provoca várias **alterações na mucosa vaginal**. A mulher logo percebe que ela se torna mais seca, **sem tanta lubrificação**. Além do ressecamento, **o fluxo sanguíneo fica reduzido e o tecido torna-se mais fino e rígido**, sujeito a **fissuras**, machucados microscópicos que surgem durante a relação e que causam a sensação de ardência.

Para completar, o próprio **canal vaginal, que já está menos lubrificado, vai perdendo elasticidade**, o que pode dificultar o sexo com penetração. Com o tempo, todas essas mudanças levam à **atrofia vaginal**.



PARA PROTEGER O CORAÇÃO

O problema da gordura abdominal é que ela não fica sob a pele e, sim, instalada entre as vísceras. Além de ser inflamatória, têm vocação para se infiltrar em órgãos, inclusive no coração.

Mas a boa notícia é que essas alterações na distribuição da gordura podem ser evitadas ou, ao menos, atenuadas. Vários estudos que acompanharam mulheres fisicamente ativas na perimenopausa e na menopausa mostram que elas melhoraram a distribuição da gordura, a qual ficou menos acumulada na região do abdômen.

Isso é ótimo! Afinal, a diminuição dos hormônios sexuais, por si só, já tinha deixado o coração feminino mais vulnerável. Se você comparar homens com mulheres antes da menopausa, verá que eles têm muito mais doença cardiovascular do que elas. No entanto, com a entrada delas na menopausa, o risco dos dois sexos empata. Um dos motivos é essa redistribuição da gordura.

A IMPORTÂNCIA DE MANTER OS MÚSCULOS

Além de redistribuir a gordura, a redução do estrogênio favorece a perda de massa muscular. E hoje não faltam artigos científicos sérios mostrando o papel dos músculos para viver a maturidade da maneira mais saudável possível.

Este é mais um motivo para o endocrinologista metabologista incentivar a prática de exercício físico e, muitas vezes, encaminhar a paciente na menopausa para uma orientação nutricional que garanta matéria-prima (leia, proteína) para a musculatura.

De novo, vale lembrar que a menopausa acontece paralelamente ao envelhecimento, quando todos, homens e mulheres, já tendem a ficar com menos massa muscular

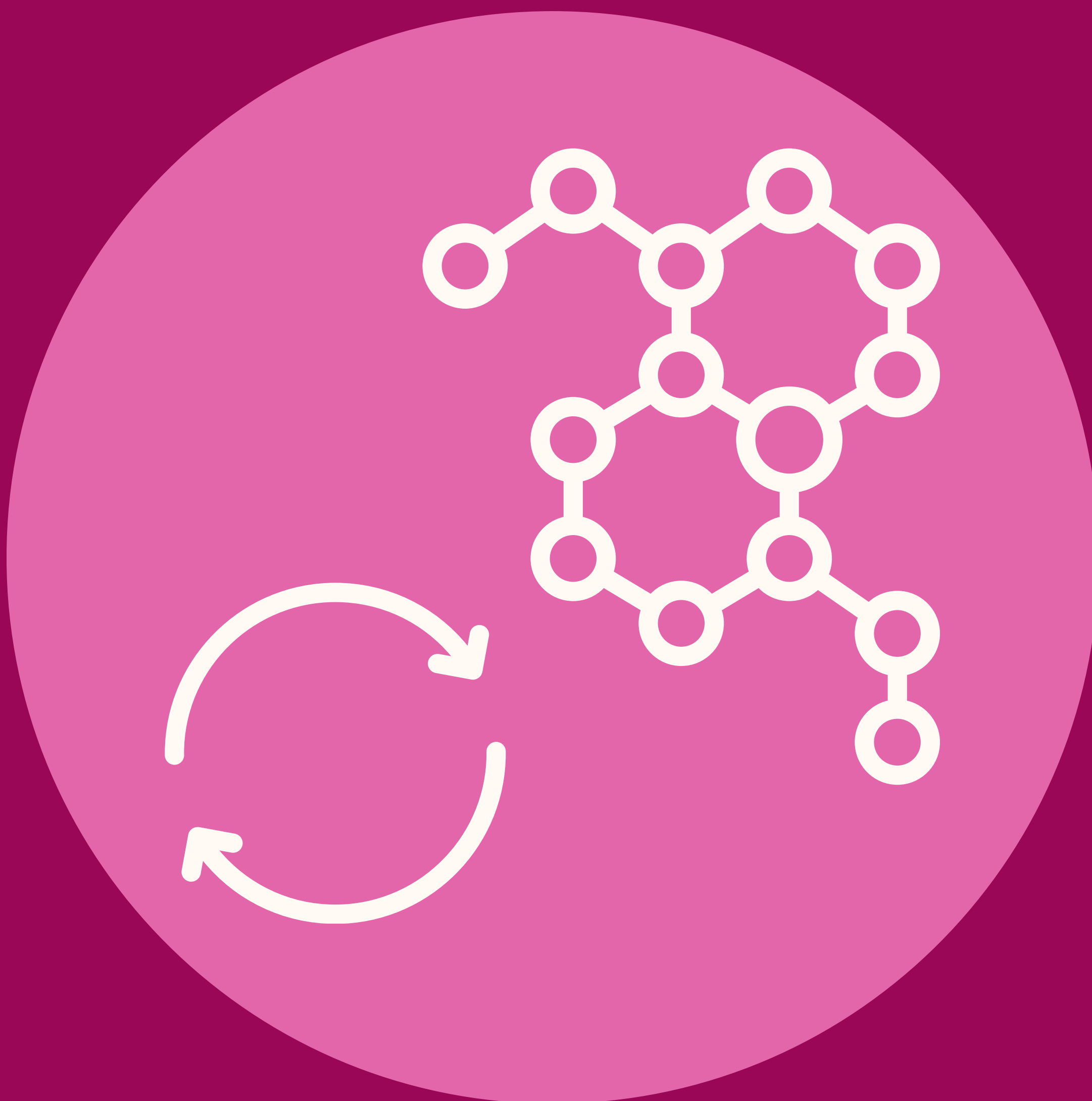
Ora, se alguém perde músculo — que é um tecido metabolicamente mais ativo e que, portanto, consome mais calorias —, ela tende a engordar. E, ao engordar por causa da idade, as mulheres na menopausa passam a estocar mais gordura na barriga, aumentando uma série de riscos para a saúde. O coração, aliás, que o diga! Tudo está interligado.



A dispaurenia pode atrapalhar, inclusive, a libido. Afinal, a mulher passa a ter receio de sentir dor na hora agá

07

Terapia de reposição hormonal



QUANDO A MULHER DEVE REPOR SEUS HORMÔNIOS SEXUAIS?

De acordo com a *FDA (Food and Drug Administration)* nos Estados Unidos, existem quatro situações em que a reposição de hormônios sexuais femininos é indicada. No Brasil, seguimos os mesmos critérios. Veja a seguir quais seriam essas indicações:

1. Sintomas vasomotores

Entre eles, o mais comentado é o **fogacho**, aquela sensação de calor intenso que surge do nada, principalmente no peito, no pescoço e no rosto, deixando a face afogueada. Muitas vezes, quando a onda de calor vai embora, vêm os calafrios.

Outro sintoma vasomotor é o **suor noturno**: a mulher acorda no meio da noite com a roupa molhada de tanto transpirar.

Segundo as diretrizes, a reposição hormonal deve ser cogitada quando esses sintomas são de moderados a severos. Diga-se: antes, o quadro só era considerado severo quando ocorriam sete ou mais episódios desses sintomas por dia. Hoje, já não é bem assim. A pergunta que os médicos fazem é: eles estão atrapalhando, ou não, a qualidade de vida?

Vamos imaginar um exemplo: pode existir uma mulher que seja despertada por ondas de calor três vezes por noite, em vez de sete, mas isso já é suficiente para ela acordar se sentindo um trapo, ainda mais se precisa ser muito produtiva logo no período da manhã, ao chegar no trabalho. Portanto, ponderar sobre detalhes da rotina da paciente é mais importante do que somar a quantidade de episódios.



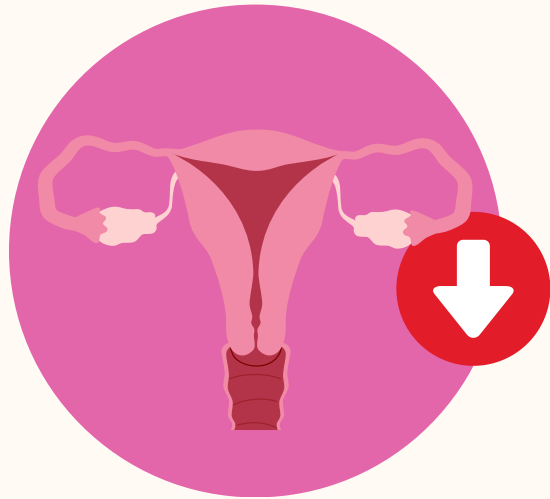
2. Insuficiências ovarianas

Quando esgotam-se os folículos capazes de garantir os ciclos menstruais, a gente fala em insuficiência ovariana. Ela é **prematura** quando acontece **antes de a mulher completar 40 anos**. Mas, se ocorre **entre os 40 e os 45 anos** de idade, é tida como **precoce**. Menos mal.

A insuficiência ovariana precoce também tem alguns efeitos ruins, mas eles não são tão graves, claro, quanto nos casos prematuros. Afinal de contas, essa mulher já iria entrar na menopausa dali a uns cinco anos. Logo, seria uma espécie de ligeira antecipação, causada geralmente por fatores genéticos.

Ainda assim, é fundamental cuidar dessas pacientes. Isso porque, ao longo da vida, elas ficarão mais tempo na menopausa e, sendo assim, poderão ter uma **perda óssea maior**, já que o estrogênio é importante para a saúde dos ossos.

Nelas, outras alterações também são comuns: **o colesterol e a pressão arterial costumam ser mais altos**, por exemplo. Daí que o endocrinologista, metabologista avalia tudo para ver se a entrada um pouco mais cedo na menopausa não seria apenas a ponta de um *iceberg*, feito um marcador, revelando outros fatores capazes de predispor a problemas mais sérios de saúde.



De todo modo, esse grupo, o das mulheres com insuficiência ovariana precoce, talvez seja o que mais se beneficie com a terapia de reposição hormonal, desde que, claro, não exista nenhuma contraindicação para esse tratamento.

O quadro de insuficiência ovariana prematura é diferente. E vamos esclarecer: aqui, não estamos falando de mulheres jovens que precisaram fazer cirurgia para retirar os ovários e, sim, daquela **menina que fez 15 anos e nunca menstruou**. Ela tem o que se conhece por amenorreia primária.

Lembra que falamos que não se faz exame para saber se uma mulher madura, por volta dos 50 anos, está na menopausa? Essa menina, porém, é exceção. Ela precisa realizar exames para comprovar se, apesar de tão jovem, já não está na menopausa.



POR TRÁS DOS CASOS PREMATUROS

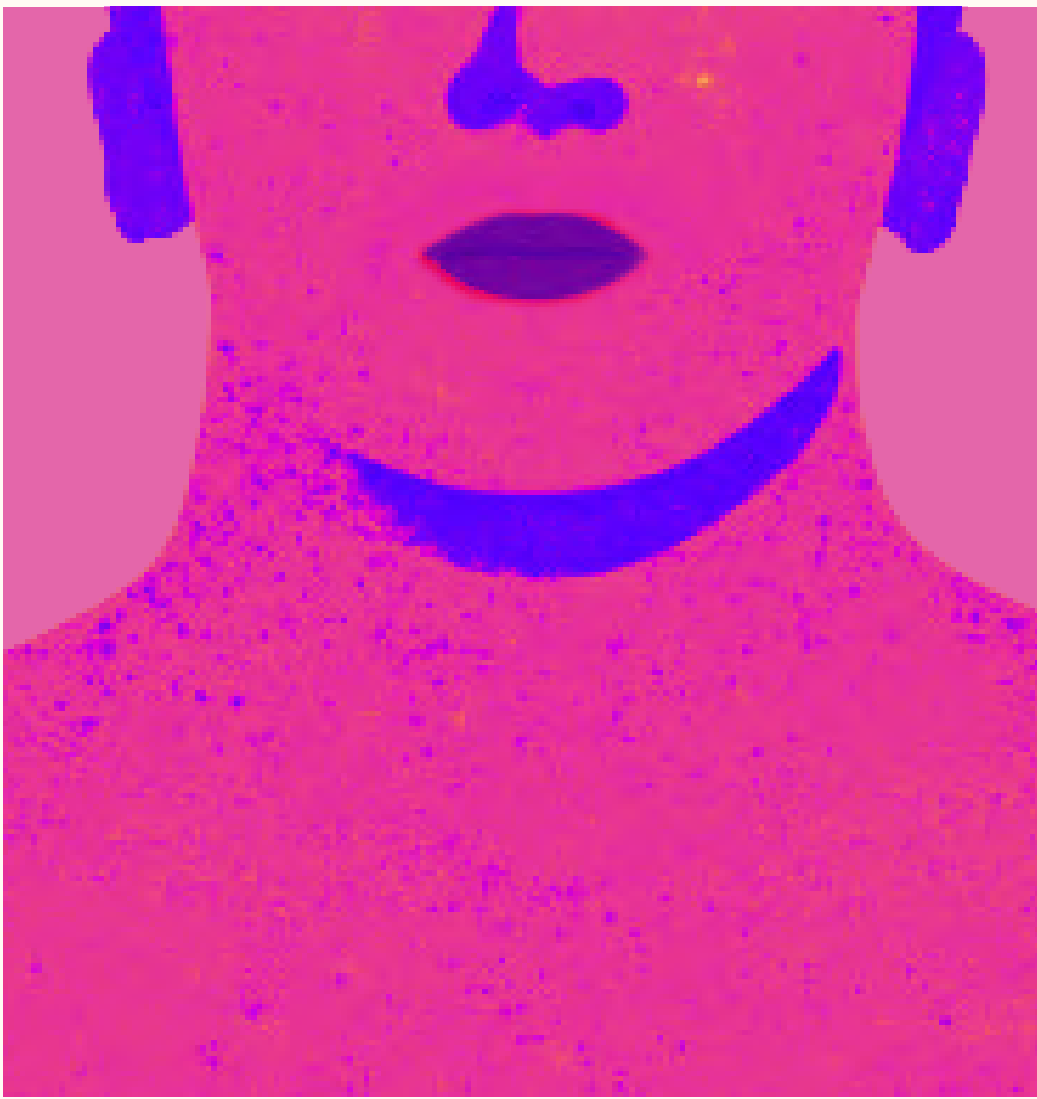
A insuficiência ovariana prematura é patológica. E é lógico que precisamos investigar o que existe de errado por trás. Ninguém fica sem menstruar ou para de menstruar aos 20 anos sem um motivo importante.

Algumas causas são óbvias: por exemplo, a menina que precisou fazer **radioterapia na região da pelve** para tratar um tumor. É sabido que, dependendo do tipo e da dose, a radioterapia nessa região pode provocar falência ovariana. Isso porque o ovário é um tecido extremamente sensível. Seus folículos podem não suportar o tratamento e morrer ao serem irradiados. Sendo assim, não haverá produção de hormônios sexuais femininos.

Outra possibilidade é a jovem ter **síndrome de Turner**, uma doença genética rara que afeta apenas meninas. Suas células, ou algumas de suas células, perdem o cromossomo X ou uma parte dele.

Acontece que os ovários precisam de dois cromossomos X perfeitos e ativos para se desenvolverem corretamente. Sem isso, a menina com síndrome de Turner perde seus folículos aceleradamente. Aos 13, 14 anos, ela já tem uma reserva ovariana tão baixa que acaba entrando na menopausa.

Outra condição genética capaz de estar por trás de uma insuficiência ovariana prematura é a **síndrome do X frágil**. Ela é causada pela mutação em um gene localizado justamente no cromossomo X e pode afetar os dois sexos, provocando danos neurológicos. Nas mulheres, essa síndrome também leva a um esgotamento rápido dos folículos.





TRATAMENTO NÃO É OPCIONAL

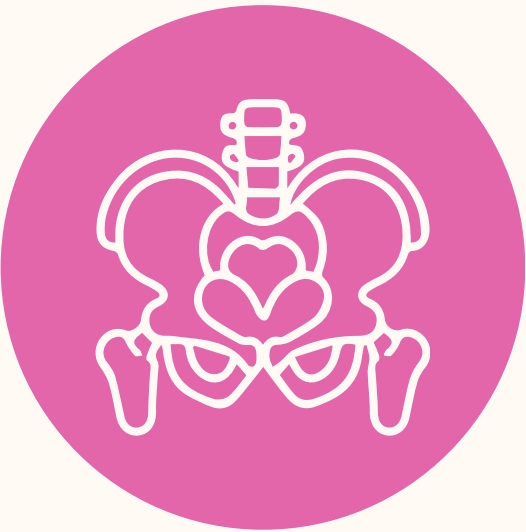
As jovens com insuficiência ovariana prematura precisam de terapia de reposição hormonal de fato. É diferente do que os médicos têm chamado de terapia hormonal da menopausa, justamente para diferenciar desses casos em que é necessário imitar a produção dos ovários na juventude.

Essas garotas **devem ser tratadas independentemente de qualquer sintoma**, a não ser que exista uma contraindicação muito forte, como certos distúrbios capazes

de favorecer trombos na corrente sanguínea. E veja que muitas vezes, mesmo assim, os médicos procuram ajustar a dose ou usar hormônio na forma de adesivos ou de géis, que não passam tanto pelo fígado e nem aumentam tanto o risco de trombose, combinando estrogênio com progesterona.

A progesterona, no caso, reduz os efeitos da ação do estrogênio, que estimula a proliferação das células do endométrio. Desse modo, ela evita um aumento no risco de câncer de útero.

Nos casos de insuficiência ovariana prematura, é preciso repor os hormônios tentando imitar a dose que os ovários produziram, independentemente de a jovem se queixar, ou não, de qualquer sintoma.



3. Prevenção de perda de massa óssea

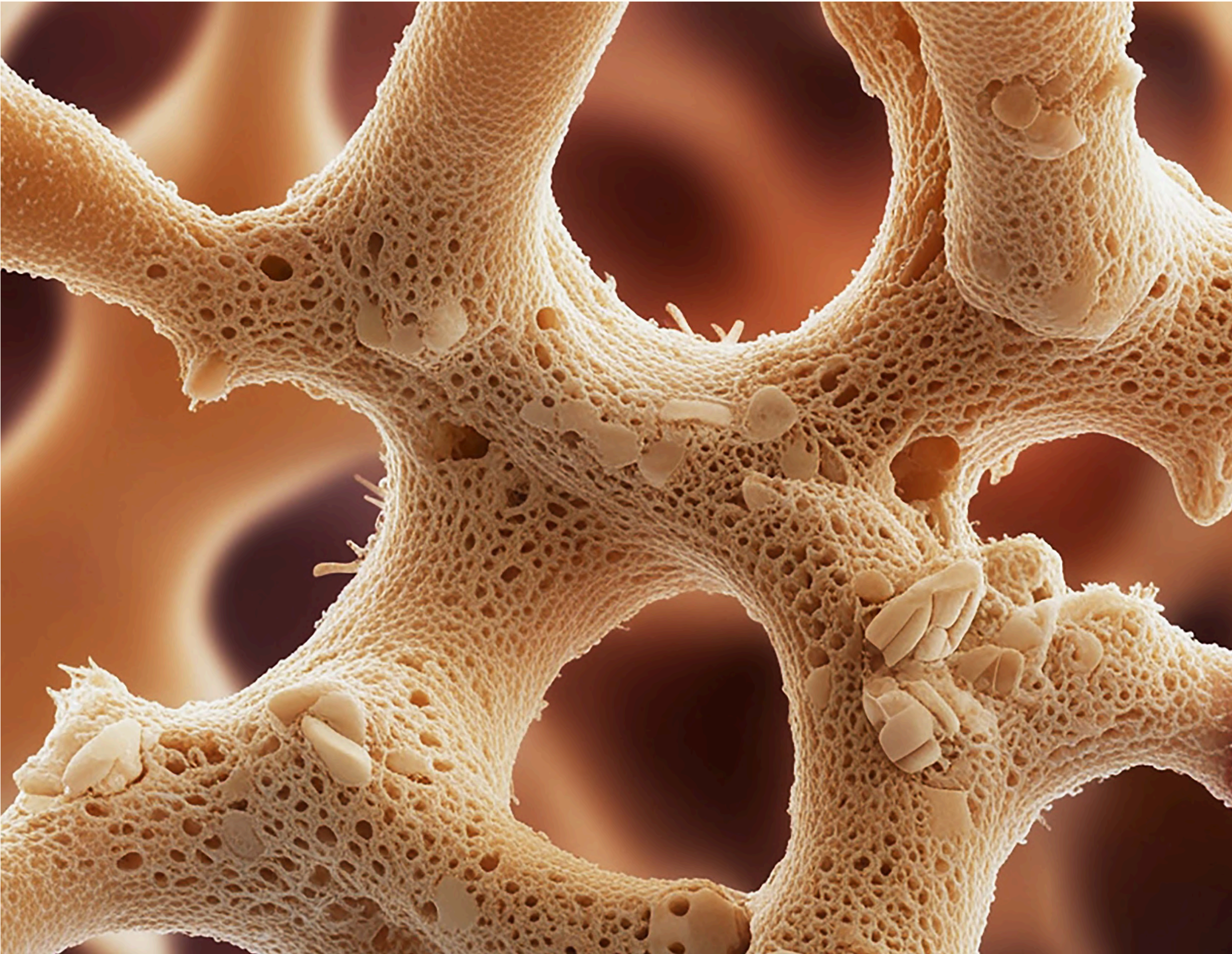
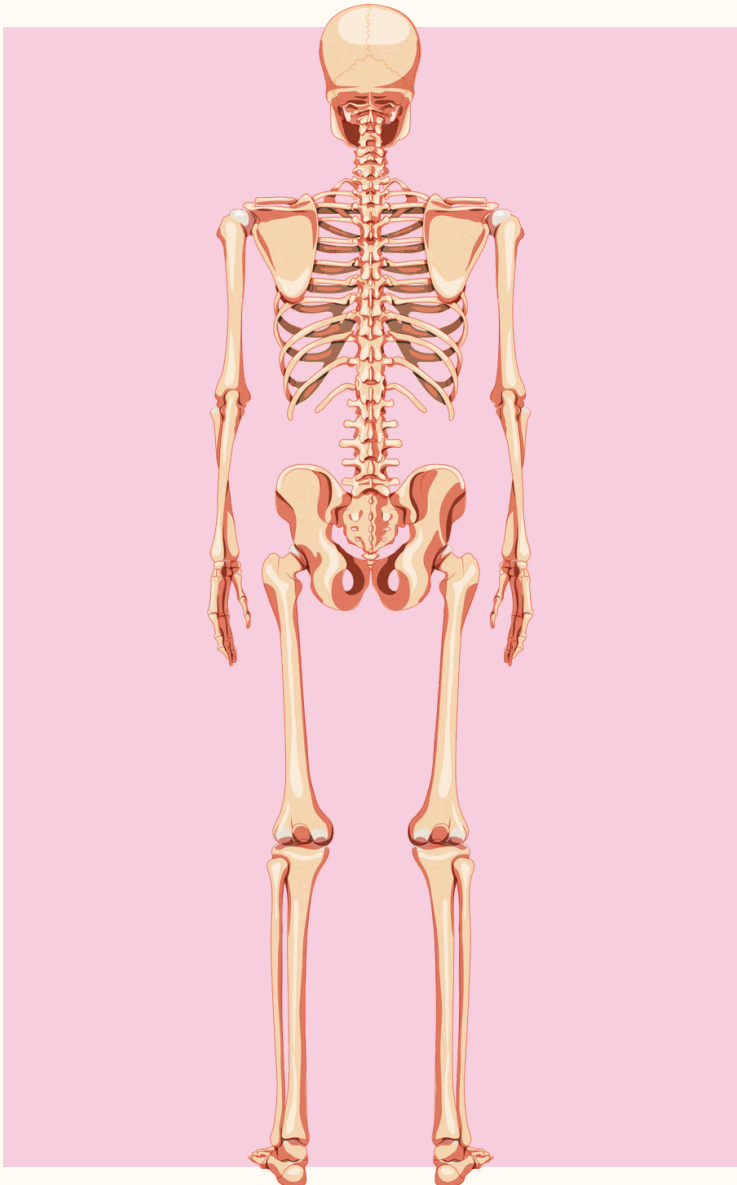
Há quem diga que essa terceira indicação é discutível. Afinal, a medicina conta com outros caminhos, não hormonais, para evitar a perda de massa óssea. Na consulta, eles também precisam ser apresentados para que a mulher possa participar da escolha.

Além disso, a perda de massa óssea acontece com qualquer mulher em algum grau e não seria o caso sugerir reposição

hormonal para toda a população feminina, certo? Aí vem a pergunta: então, quem mereceria essa indicação?

Para encontrar a resposta, a saída é seguir alguns critérios. Por exemplo, a reposição hormonal pode ser uma boa estratégia para aquela mulher que, com a diminuição do estrogênio, corre o risco de perder muito mais massa óssea do que esperado. E como dá para saber quando é o caso? Investigando, por exemplo, se a mãe ou outras familiares tiveram uma fratura de fêmur quando ainda estavam na casa dos 60, 70 anos.

Outra informação importante é saber se a própria paciente precisou usar corticoides por tempo prolongado para tratar uma doença reumatológica, uma vez que essa medicação fragiliza o esqueleto e que essa vulnerabilidade óssea deverá se acentuar na menopausa.

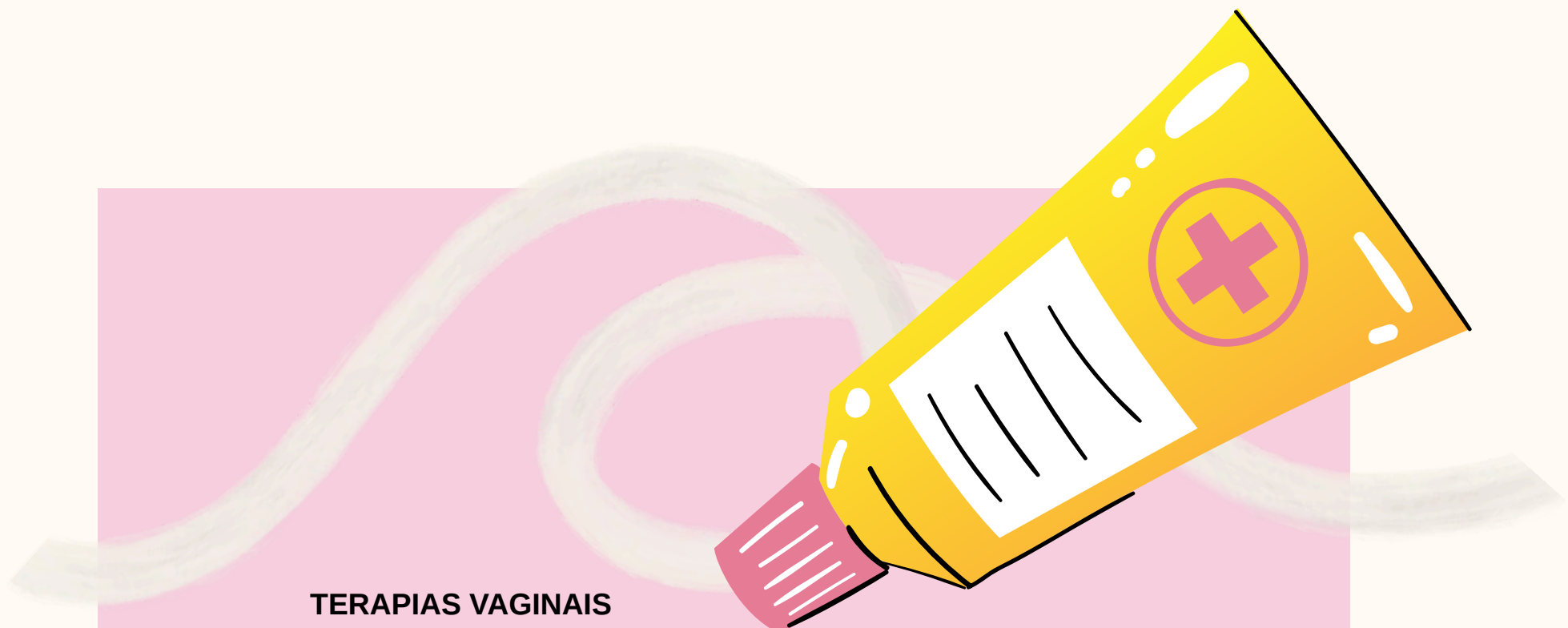


4. Síndrome genitourinária

Ela não costuma aparecer logo de cara e, sim, mais tardiamente, algum tempo após a entrada na menopausa. A mulher, então, pode notar que deixa **escapar urina**. Isso acontece por alterações na motilidade do trato urinário inferior.

Ora, a bexiga, a uretra e a musculatura do assoalho pélvico têm uma grande concentração de receptores de estrogênio. Por isso, seu funcionamento às vezes é afetado com a falta desse hormônio sexual feminino. Resultado: a mulher pode apresentar os tais escapes. A própria **atrofia vaginal** agrava o quadro e ainda é capaz de provocar desconforto durante as relações sexuais.

O problema pode responder tanto ao tratamento sistêmico quanto com aplicação tópica de hormônio.



TERAPIAS VAGINAIS

Os cremes com estrogênio formulados para serem usados diretamente na vagina são bastante seguros. Inclusive, de maneira muito individualizada, é possível considerar esse tratamento em mulheres que tiveram câncer de mama. Isso porque, aplicado assim, a quantidade de hormônio que passa para a corrente sanguínea é realmente mínima.

Esses cremes vaginais só deixam de ser recomendados quando a mulher sente irritação local por causa de algum componente da fórmula ou na presença de lesões no endométrio, o revestimento uterino, antes de saber se elas seriam, ou não, pré-cancerosas.



QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES

Existem situações em que a mulher não deve mesmo fazer a terapia de reposição hormonal.

- **Doença no fígado descompensada:** se a paciente tem **cirrose hepática**, especialmente nos estágios mais avançados, ou **insuficiência hepática**. A terapia de reposição hormonal, então, não será para ela.
- **Alto risco cardiovascular:** para avaliar isso, o médico olha para os exames e lança mão de alguns escores.
- **Tumores malignos sensíveis a hormônios:** se a paciente já teve um desses cânceres, como o de mama, a contraindicação é absoluta.
- **Sangramento uterino inexplicado** é mais um motivo para não cogitar a reposição.



UM ESTUDO QUE AINDA DÁ NO QUE FALAR

Se os médicos conhecem tão bem as indicações e as contraindicações da terapia de reposição hormonal da menopausa, por que ainda existem tantas mulheres com pulgas atrás das orelhas?

Uma das razões é que muitas delas, ao buscarem informações sobre o tema na internet, encontraram dados de um grande estudo iniciado ainda em 2002: o *Women's Health Initiative* ou simplesmente *WHI*. Ele merece respeito, mas também exige algumas boas ponderações.

Realizado pelos *National Health Institutes*, nos Estados Unidos, seus investigadores começaram a acompanhar mais de 161 mil mulheres de 50 a 70 anos na menopausa, entre as quais 27.347 fizeram terapia de reposição hormonal. Parte delas continua sendo acompanhada até os dias de hoje!

Entre as que usaram hormônios, aquelas que tinham útero receberam uma combinação de estrogênio e progesterona, justamente porque esse segundo hormônio protegeria as células do endométrio. Já as pacientes que, por algum motivo, tinham feito histerectomia, isto é, retirado o útero, receberam somente estrogênio. Ora, não fazia sentido usar progesterona para proteger um órgão que não estava mais ali.

As dúvidas começaram quando turma que usou a combinação de estrogênio e progesterona teve de interromper o tratamento alguns anos depois. Motivo: os pesquisadores notaram que essas mulheres tiveram mais câncer de mama e mais doença cardiovascular.

A divulgação desse dado fez com que milhões de pacientes ao redor do mundo, com medo, também largassem a terapia de reposição. E a coisa só piorou quando, um tempo adiante, viu-se que as participantes do *WHI* que só usaram estrogênio tinham mais AVC (acidente vascular cerebral). Os pesquisadores interromperam o tratamento delas também.



Mas vamos às ponderações:

- 1.** o estrogênio era de origem equina, filtrado a partir da urina de éguas. Ou seja, nada parecido com o que os médicos prescrevem hoje.
- 2.** A forma da progesterona também era bastante antiga. A medroxiprogestona mexia com os receptores de corticoides, provocava retenção de líquido, escapes de sangue e outros efeitos adversos.
- 3.** O mais importante: o estudo tratou mulheres com média de idade acima de 60 anos, mais de dez deles já na menopausa.

O que ninguém conta direito: o *WHI* teve uma reanálise. E, quando os pesquisadores observaram os efeitos da reposição hormonal em mulheres de 50 a 55 anos, que viviam há cinco ou, no máximo, dez anos na menopausa, o benefício cardiovascular apareceu.

É por isso que, em geral, os médicos indicam só iniciar a reposição antes de a mulher completar 60 anos de idade e com menos de dez anos de menopausa.

Talvez, com as versões atuais de hormônios — como a progesterona micronizada natural no lugar da tal medroxiprogestona —, os resultados seriam diferentes, mostrando uma segurança muito maior. No entanto, os estudos sobre isso ainda são pequenos, de maneira que, por cautela, os médicos preferem se pautar pelas evidências científicas do *WHI*.



Pensando na saúde cardiovascular, a partir de dez anos de menopausa, a vantagem de iniciar a terapia de reposição hormonal fica perdida. Por isso, os médicos não prescrevem o tratamento após esse tempo, exceto em casos muito bem conversados com a paciente sobre riscos e benefícios.



QUANDO, AFINAL, COMEÇAR?

Um ponto que vale a pena reforçar: **a mulher não precisa estar há um ano sem menstruar, já na menopausa, para começar a reposição hormonal.** A terapia pode ser iniciada antes, na perimenopausa, para aliviar sintomas que eventualmente ela venha apresentando.

Outro esclarecimento fundamental: **o limite de 60 anos ou dez anos de menopausa é para começar o tratamento, e não necessariamente para mantê-lo.** Se a paciente tem baixo risco cardiovascular, faz exercício físico, vive com a pressão arterial sob controle e níveis de colesterol e outros lipídeos normais, a ideia de prolongar a terapia pode ser avaliada.

Passado um bom tempo, o médico pode ainda discutir a saída de trocar os comprimidos de hormônio por géis e adesivos transdérmicos ou, quem sabe, lançar mão de novas medicações não hormonais para combater sintomas desagradáveis, como as ondas de calor, caso tenham persistido por todo esse período.



AI, QUE CALOR!

Em 20% das mulheres, os fogachos não desaparecem nos primeiros anos da menopausa. Elas continuarão sentindo ondas de calor pelo resto de vida e irão precisar de algum tratamento para tentar amenizá-las.

Infelizmente, muitas aguardam pelo fim desse sintoma, ouvindo falar que é passageiro, e perdem a janela de oportunidade para iniciar a reposição hormonal, terapia capaz de levar a uma redução de 70% a 90% dos episódios de fogachos.

Hoje existem medicações não hormonais que também podem ter bons resultados, com uma redução em torno de 50% ou 60% desse sintoma.

Já chás e outras saídas naturais, que dizem conter fito-hormônios, geralmente têm efeito placebo e, por causa dele, até 30% das pacientes sentem melhora. Mas isso está mais na cabeça delas do que nas evidências científicas.

Perder o excesso de peso ajuda a amenizar as ondas de calor. Afinal, a gordura é um isolante térmico. Não à toa, os fogachos tendem a ser mais intensos nas mulheres com sobrepeso e obesidade.



E AQUELA BARRIGUINHA?

Atenção, repor hormônios não é tratamento para perder peso, nem para mudar a distribuição da gordura do corpo, embora ela possa melhorar ligeiramente.

O que dá bons resultados, nesse sentido, é aliar o tratamento à prática de atividade física.

A FALÁCIA DE “REPOR” TESTOSTERONA

Basta chegar a menopausa e a mulher, que sempre produziu doses baixíssimas de testosterona, ouve a história de que precisa repor esse hormônio sexual masculino.

Sempre é bom repetir: **não se indica a dosagem de testosterona para mulheres, muito menos o uso de hormônio sexual masculino para fins estéticos**, achando que ele diminuiria a gordura e aumentaria a massa magra.

Esse é um engano perigosíssimo para a saúde. Em doses acima daquelas encontradas no corpo feminino, a testosterona causará aumento irreversível do clitóris, engrossamento da voz, acne, queda de cabelos e, pior, elevação do risco cardiovascular.

O médico só irá indicar esse hormônio para a paciente em um quadro muito específico: a síndrome do desejo sexual hipoativo, uma queda drástica da libido.

O diagnóstico é feito por meio de um questionário validado por cientistas. Quando, ao respondê-lo, a paciente preenche os critérios, o médico pode fazer um teste terapêutico com a testosterona, na forma de gel, em uma dose extremamente baixa.

Se, depois de uns seis meses, isso não funcionou — porque não funciona para toda e qualquer mulher com síndrome do desejo hipoativo —, o tratamento é imediatamente interrompido. Já quando há resposta, o uso de testosterona é mantido por até dois anos, não mais do que isso.

Hoje a mulher vive mais de trinta anos depois de entrar na menopausa. É justo, então, então, que aproveite plenamente toda a riqueza e as possibilidades dessa fase, procurando um endocrinologista metabologista para cuidar do equilíbrio de seu organismo.

O recado, aliás, vale também para mulheres de outras faixas etárias, ainda mais em uma época com tanta desinformação nas redes sociais.

Que esta iniciativa da SBEM sirva para neutralizar essa onda, explicando em uma linguagem acessível algumas das principais questões do público feminino no que diz respeito aos seus hormônios.



ENDOBOOKS



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia

