

TERAPIA HORMONAL

José Carlos Menegoci*

Desde que foi primeiramente instituída por Wilson, na década de 60, a Terapia Hormonal (TH) na pós-menopausa tem sido motivo de controvérsias.

Naquela época foi relacionada ao aumento das taxas de câncer de mama e de endométrio, causados por doses e hormônios sintéticos inadequados.

Revivida na década de 80, com hormônios naturais e doses adequadas, passou a ser aceita pela influência benéfica dos estrogênios, principalmente sobre os desagradáveis sintomas da pós-menopausa e, ainda, sobre o sistema nervoso central, pele, tecido ósseo, pele, mucosas e endotélio dos grandes vasos. Reduzindo ou eliminando os fogachos e a depressão, atuando nos sistemas urinário e genital, evita os fenômenos atroficos, a osteoporose e, acreditam alguns, a morte precoce por infarto do miocárdio e acidente cerebrovascular. A TH poderia influenciar a memória e o comportamento depressivo e até mesmo evitar ou retardar a evolução da doença de Alzheimer. Todos estes efeitos poderiam proporcionar melhor qualidade de vida, evitando perda de funções.

Um estudo denominado WHI (Women's Health Initiative) constatou aumento do risco de câncer de mama, de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e tromboembolismo venoso entre pacientes que usaram dose única diária oral de estrogênios conjugados eqüinos (0,625 mg) e acetato de medroxiprogesterona (2,5 mg). Na verdade, este estudo ministrou a mesma associação medicamentosa a todas as pacientes, independente das particularidades de cada caso, pacientes estas cuja idade média era de cerca de 63 anos, mas que incluiu pacientes de até 80 anos. Não é comum que

pacientes em faixa etária tão avançada façam uso de TH, sabendo-se também que é maior a incidência de câncer de mama e de doença cardiovascular com o aumento da idade.

Há muito se sabe sobre o aumento do risco de câncer de mama entre usuárias de TH e que este risco depende do tempo de uso dos medicamentos. Considerou-se que os resultados do estudo se restringem a esse regime terapêutico, não invalidando outras associações medicamentosas em outras dosagens e por outras vias.

Existem, sem dúvida, muitos benefícios decorrentes da TH e a maioria dos ginecologistas concorda em não se condenar todas as formas de tratamento com base em um único estudo. Existem estudos que apontam benefícios nas mesmas áreas em que o estudo WHI encontrou os malefícios referidos acima.

Os fatos demonstram que a TH deve ser individualizada para cada paciente, dentro de suas características. Havendo controle dos sintomas, e cumpridos os objetivos iniciais, a longo prazo pode-se recorrer à hormonioterapia sistêmica com baixa dosagem de hormônios esteróides sexuais ou à terapia estrogênica tópica vaginal para reduzir a atrofia urogenital. Moléstias como a osteoporose, podem ser tratadas com outros fármacos, como os bisfosfonatos. O uso de tibolona ou de moduladores seletivos dos receptores estrogênicos, como o raloxifeno, têm mínima ação sobre o endométrio e a mama. A manutenção de regime dietético apropriado, privilegiando a ingestão de cálcio, acompanhado de adequada atividade física diária, podem contribuir para manter a qualidade de vida da paciente na pós-menopausa, ensejando uma velhice ativa e feliz.