



TRATAMENTO PARA DISLIPIDEMIA DURANTE A MENOPAUSA: UM ESTUDO DE REVISÃO

Joanda Paolla Raimundo e Silva¹; Felipe Oliveira Barbosa²; Joanilda Paolla Raimundo e Silva³; Francisca Sabrina Vieira Lins⁴

1 Universidade Federal da Paraíba, joandapaolla.1@gmail.com

2 Universidade Federal de Campina Grande, felipeoliveira321@gmail.com

3 Universidade Estadual da Paraíba, joanylda_raimundo@hotmail.com

4 Universidade Federal da Paraíba, sabrina@ltf.ufpb.br

INTRODUÇÃO

As mulheres representam a maior parte da população brasileira, eram mais de 51% desta, em 2012, sendo também as principais usuárias dos sistemas de saúde, e a proporção da população feminina aumenta quanto mais alta é a sua faixa etária, o que resulta em um processo de feminização da população idosa. A menopausa é um dos marcos da vida pelo qual essa população passará, além dos sintomas e sinais difundidos desta fase, há associação de diversas patologias ligada à diminuição estrogênica que provocam agravos a saúde e atingem diretamente a qualidade de vida destas mulheres (TRENCH e SANTOS, 2005; BRASIL, 2015).

Na menopausa há uma relação no aumento dos triglicerídeos (TGs), da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e da obesidade central, assim como diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL), gerando assim um dos eventos mais preocupantes da menopausa, as dislipidemias, que são fatores diretamente associados a aterogenicidade e aumento do risco cardiovascular, bem como também representa um dos elementos da síndrome metabólica (MEIRELLES, 2014).

A necessidade de compressão da relação dos níveis hormonais com algumas patologias são inexoráveis à prescrição do tratamento e assistência a estas mulheres, visto que muitas das vezes o próprio tratamento de reposição hormonal (TRH), pode vim a reforçar o processo homeostático, porém em muitos casos este gera danos à saúde que impedem seu uso, desta forma tratamento farmacológicos usuais podem ser a melhor escolha, como estatinas e fibratos (XAVIER et al., 2013).

Os cuidados neste período de vida determinam não só uma vida mais saudável e longa, mas também imprime qualidade de vida e



bem-estar a esta parcela importante da população brasileira. Desta forma o presente estudo objetivou investigar as opções farmacológicas no tratamento de dislipidemia em mulheres na menopausa, com enfoque na terapia hormonal, para assim traçar o contexto no qual os mesmos atuam nesta patologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional, na qual foram analisados documentos de relevância científica. Para seleção das publicações adotou-se como critérios de inclusão: estudos primários, publicados no período 1991 a 2017, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, realizados com mulheres na menopausa.

Realizou-se busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed) e Science Direct. Utilizou-se os descritores controlados: menopausa, dislipidemia e tratamento, obtendo-se 17 estudos nas bases de dados citados. Selecionando-se, ao final, 13 (treze) estudos que foram incluídos na amostra desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dislipidemias atualmente são tratadas com vários recursos farmacológicos como os ácidos graxos ômega 3, niacina, resinas, estatinas, ezetimiba, fibratos, Proteína microsomal de transferência de triglicérides (MTP), Inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol (CETP), Inibidores do Pró-proteína convertase subtilisina/kexin tipo 9 (PCSK9), Inibidores da síntese de apolipoproteína B (XAVIER et al, 2013).

Porém na menopausa a falência ovariana ocasiona aumento dos triglicerídeos, do LDL, do colesterol e diminuição do HDL, ocasionando um quadro de dislipidemia com aumento do risco cardiovascular, desta forma é recorrente o uso da terapia hormonal como auxiliar no controle da dislipidemia (GASPARD, et al., 1995; CALLEJON et al., 2009; MEIRELLES, 2014).

A reposição hormonal pode ocorrer com estrógenos e progestágenos, o estrógeno mais utilizado é o etinilestradiol e os estrógenos equinos conjugados, geralmente são priorizados a administração por via oral, devido à metabolização hepática ter apresentado melhores resultados frente à dislipidemia. A reposição com progestágenos é utilizada por pacientes com útero intacto para evitar hiperplasia endometrial, sendo os mais usados o acetato de medroxiprogesterona, progesterona micronizada e levonorgestrel (LOBO, 1991; ISOTTON et



al., 2008)

Walsh e colaboradores (1991) afirmam que a estrogênoterapia, por via oral, bloqueia a atividade da enzima lipase hepática, que converte HDL₂ em HDL₃. Por consequência, eleva os níveis de HDL, situação também descrita por Nabulsi et al., (1993). Walsh e colaboradores (1991) apontam ainda a redução dos níveis plasmáticos de colesterol total e LDL, provavelmente pelo aumento dos receptores de LDL promovido pelos estrogênios, ocasionando metabolização mais rápida do LDL. Enquanto Lobo (1991) afirma que a adição de um determinado progestagênio a terapêutica de reposição estrogênica pode promover diminuição dos níveis plasmáticos de HDL₂ e TGs.

A TRH pode atenuar a redistribuição de gordura corporal observada no período pós-menopáusic. Gambacciani e colaboradores (2001), em seu trabalho demonstraram que as usuárias de hormônios não apresentaram aumentos significativos do peso corporal e da gordura corporal total, enquanto o grupo placebo experimentou aumentos significativos em todos esses parâmetros. No estudo cruzado e controlado envolvendo mulheres saudáveis na pós-menopausa em uso de TRH e outro grupo placebo, foi observado diminuição da gordura abdominal na pesquisa de Sorensen e colaboradores (2001).

Xavier et al. (2013) alerta que a terapia de reposição hormonal nunca está recomendada com a finalidade exclusiva de reduzir o risco cardiovascular (CV) em mulheres no período de transição menopáusic ou da pós-menopausa. Nas mulheres que estão em uso para controle de sintomas vasomotores e osteoporose a TRH pode gerar benefício CV quando iniciada na transição menopáusic ou nos primeiros anos de pós-menopausa (ROSSOUW et al., 2007). Esta preocupação se estende desde a divulgação das pesquisas do Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) e da Women's Health Initiative (WHI) que apontaram o maior risco do uso de TRH por mulheres, devido ao aumento significativo do risco de doença arterial coronariana, de acidente vascular cerebral, de tromboembolismo venoso, e a relação de risco em razão do tempo de duração da terapia ao câncer de mama (HULLEY et al., 1998; ROSSOUW et al., 2002).

Desta forma a literatura aponta benefícios do uso da TH nas dislipidemias em mulheres na menopausa, principalmente quando o TH está em uso no tratamento de outras afecções associadas à menopausa como a osteoporose, porém a incidência dos efeitos adversos e patologias ligadas a TH, alerta para o fato da avaliação criteriosa da relação risco/benefício a cada paciente, onde a análise dos fatores; tempo de menopausa, comorbidades, dose do hormônio e a via de administração deste devem ser especialmente



levados em conta, assim como se deve evitar uso prolongado, visto que os riscos são cumulativos ao tempo de uso. Desta forma também as dislipidemias em mulheres na menopausa podem ter as classes de medicamentos hipolipemiantes tradicionais uma boa alternativa terapêutica.

CONCLUSÃO

As dislipidemias representam uma afecção recorrente na menopausa, e o entendimento deste processo influencia diretamente na melhor escolha do tratamento, norteando assim de forma direta a saúde e qualidade de vida destas mulheres. Os estudos levantados nesta revisão apontam que há uma enorme gama de hipolipemiantes que auxiliam na terapêutica das dislipidemias, mas na menopausa o uso de TRH também é presente, e há muitos estudos pontuais sobre o seu benefício como tratamentos de escolha devido à sua eficácia e ao melhor perfil lipídico destas mulheres, mas os riscos inerentes ao uso de TH devem ser levados em consideração. Desta forma torna-se imprescindível que estas mulheres sejam avaliadas desde o climatério, e os profissionais de saúde devem ficar atentos a estas pacientes para identificar a melhor forma de tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1ª Impressão. 181p. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015.

CALLEJON, D.R.; RIOS, D.R.A.; FRANCESCHINI, S.A.; TOLOI, M.R. Estradiol transdérmico e perfil lipídico: efeitos em um grupo específico de mulheres brasileiras pós-menopausadas. *Arq. Bras. Cardiol.* v.93, n.6, 2009.

GAMBACCIANI, M.; CIAPONI, M.; CAPPAGLI, B, et al. Prospective evaluation of body weight and body fat distribution in early postmenopausal women with and without hormonal replacement therapy. *Maturitas*, v. 39, p.125-32, 2001.

GASPARD, U.J.; GOTTAL, J.M.; VANDENBRULE, F.A. Postmenopausal changes of lipid and glucose metabolism: a review of their main aspects. *Maturitas*. v. 21, p.171-8, 1995.



HULLEY, S.; GRADY, D.; BUSH, T.; FURBERG, C. et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA*, 1998.

ISOTTO, A.L.; WENDER, M.C.O.; ZEP IELEWSKI, M.A.C. Influências da Reposição de Estrógenos e Progestágenos na Ação do Hormônio de Crescimento em Mulheres com Hipopituitarismo. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, v.52, n.5, 2008.

LOBO, R. A. Effects of hormonal replacement on lipids and lipoproteins in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab.* v. 73, p, 925-30, 1991.

MEIRELLES, R.M.R. Menopausa e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* v.58, n.2, 2014.

NABULSI, A. A.; FOLSOM, A.R.; WHITE, A. et al. Association of hormone-replacement therapy with various cardiovascular risk factors in postmenopausal women. The Atherosclerosis Risk in Communities Study Investigators. *N Engl J Med.* v. 328, p.1069-75, 1993.

ROSSOUW, J.E.; ANDERSON, G.L.; PRENTICE, R.L. et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* v.288, p.321-33, 2002.

ROSSOUW, J.E.; PRENTICE, R.L.; MANSON, J.E.; WU, L. et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA.* v. 297, n.13, p. 465-77, 2007.

SORENSEN, M.B.; ROSENFALCK, A.M.; HOJGAARD, L. et al. Obesity and sarcopenia after menopause are reversed by sex hormone replacement therapy. *Obes Res.* v. 9, n.622-6. 2001.



TRENCH, B.; SANTOS, C.G. Menopausa ou Menopausas?. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.1, p.91-100, 2005.

WALSH, B.W.; SCHIFF, I.; ROSNER, B.; GREENBERG, L.; RAVNIKAR, V.; SACKS, F.M. Effects of postmenopausal estrogen replacement on the concentrations and metabolism of plasma lipoproteins. *N Engl J Med*. v.325, n.17, p.1196-204, 1991.

XAVIER, H. T.; IZAR, M. C.; FARIA NETO, J. R. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq. Bras. Cardiol*. v.101, n.4, supl.1, 2013.

