

Atualização

Fisioterapia e climatério

Physical therapy and menopause

Ana Cristina da Nóbrega Marinho*, Talisa Araújo**

.....
Fisioterapeutas, Universidade Estadual da Paraíba

Palavras-chaves:

Climatério, alterações orgânicas, qualidade de vida.

Resumo

Climatério é a fase da vida da mulher em que o ovário passa a ter uma produção estrogênica reduzida e insuficiente, levando a maioria a apresentar sinais e sintomas e, em longo prazo, podendo desencadear graves conseqüências à saúde, como a osteoporose e a doença cardiovascular. O aumento da expectativa de vida da população fez com que várias mulheres pudessem chegar até o climatério e menopausa, mas a temática é pouco discutida na área de saúde. Tomando como base esta afirmação, a pesquisa, ora apresentada, realizou-se com o objetivo de analisar e descrever, com base na literatura, as repercussões do tratamento fisioterapêutico frente às alterações sofridas pelas mulheres durante o período do climatério. Observou-se que os recursos fisioterapêuticos servem tanto para fortalecer o assoalho pélvico, quanto para ajudar na remodelação óssea, além de melhorar a performance física, psíquica e cardíaca dessas mulheres. Mas, mesmo diante de tantos benefícios, ainda existem poucas evidências e estudos demonstrando a veracidade destas considerações. Espera-se que as críticas, indagações e discussões realizadas neste estudo monográfico, sirvam de subsídios para futuros estudos na área, como também para uma reflexão e tomada de posição para a melhoria da qualidade de vida em prol do bem estar físico dessas mulheres climatéricas.

Abstract

Menopause is a process in women's life in which estrogenic production by the ovary is insufficient and reduced. Most of them present signs and symptoms and, at long term, can develop serious health consequences such as osteoporose and cardiovascular disease. The increase of population life expectation contributes in some way to extend women's life until menopause, but this subject is hardly discussed in health area. Based on this affirmation, the aim of this research is to analyze and to describe the effects of physical therapy treatment regarding suffering alterations by women during the menopause period. It was observed that physical therapy resources either help to strengthen pelvic floor or osseous remodeling, besides improvement in physical, psychic and cardiac performance of these climateric women. However, there are few evidences and studies showing the

Key-words:

climateric, organic changes, quality of life.

Recebido 2 de fevereiro de 2004; aceito 15 de agosto de 2004.

Endereço para correspondência: Ana Cristina da Nóbrega Marinho, Rua Adiel Valdevino, 102, Centenário 58108-025 Campina Grande PB, E-mail: anacrnmm@bol.com.br

veracity of these considerations. We hope that comments, investigations and discussions carried out in this monographic study, help other future studies in this area to reflect upon this subject in order to improve quality of life in favor of the women physical welfare.

.....

Introdução

O avanço científico e tecnológico tem contribuído de forma espetacular para o aumento da expectativa de vida da população, porquanto, pode-se dizer que um número significativo de mulheres está conseguindo vivenciar a fase da menopausa, quando antigamente poucas mulheres conseguiram chegar à mesma. Hoje, segundo dados do IBGE a vida média das mulheres está em torno de 66 anos, o que possibilitou um melhor estudo e descoberta desta fase de revolução hormonal, vista por muitas como um período perturbador e cheio de mudanças. Essa fase, segundo Flores [1], foi reconhecida graças a um primeiro relato científico publicado por um médico inglês do século XVIII (1727), que recebeu o título de “Um guia para as mulheres”, no qual chamava a atenção para os distúrbios que a maioria das mulheres sofriam entre 40 e 50 anos, quando os fluxos começavam a falhar e por fim as menstruações.

A partir daí iniciaram os estudos sobre esta fase da mulher até então desconhecida, cheia de mistérios e sofrimentos, denominada climatério, o qual se caracteriza por ser marcado por calores, ansios, constrangimentos e transições fisiológicas, mas estudiosos e pesquisados tanto da área de ginecologia e obstetrícia, como também de outras áreas, há anos tentam encontrar uma maneira de suavizar estas alterações supracitadas, prevenindo desta forma possíveis patologias, retardando, dessa forma, o declínio natural do organismo.

Diante disso, pergunta-se: Como os médicos vêem este tratamento? Os congressos médicos e fisioterapêuticos têm debatido sobre esse assunto?

Este estudo objetiva descrever e analisar, por meio da literatura, as repercussões do tratamento fisioterapêutico frente às alterações desencadeantes no período do climatério.

Repercussões fisioterapêuticas no climatério

O sistema reprodutor feminino é constituído por genitais internos (ovários, tubos uterinos, útero e vagina) e externos (monte de Vênus, os grandes e pequenos lábios, o clitóris, o vestibulo e as glândulas vestibulares maiores), como também possui um sistema hormonal responsável pelo controle das alterações cíclicas do ciclo menstrual [2].

Os novos conhecimentos da endocrinologia, surgidos, mais especificamente, no início deste século aclamaram a obscuridade de conceitos reinantes acerca do fenômeno

menstrual, culminando com a descoberta da interação hormonal do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e da função ovariana [3].

Antes de abordar as inter-relações do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, torna-se necessário ressaltar que o organismo feminino possui um sistema hormonal responsável pelo controle das alterações cíclicas do ciclo menstrual. No entanto, esse sistema constitui-se hierarquicamente de três hormônios: um de liberação hipotalâmico, o hormônio de liberação das gonadotrofinas (GnRH); os hormônios da hipófise anterior, o foliculo-estimulante (FSH) e o luteinizante (LH); e os ovarianos, estrogênio e progesterona. E a interação destes hormônios com vários órgãos e tecidos alvo desencadeará o conhecido ciclo reprodutor feminino também chamado ciclo menstrual [4].

Mas, para que haja essa interação é necessária a integridade do eixo neuroendócrino, constituído principalmente pelo hipotálamo, hipófise e ovário, influenciado pelo córtex-cerebral e o sistema límbico [5].

Portanto, o hipotálamo, os hormônios gonadotróficos da hipófise anterior, os hormônios ovarianos, a maturação do óvulo e a ovulação estão todas perfeitamente integradas, e seu funcionamento dependente de hormônios. No entanto, essa interligação hormonal caracteriza-se por alterações rítmicas mensais das taxas de secreção dos hormônios femininos, e alterações correspondentes nos ovários e órgãos sexuais, podendo este ciclo durar aproximadamente 28 dias, sendo alguns ciclos mais curtos (21 dias) ou mais longos (35 dias), dependendo da influência dos hormônios sobre os ovários e o útero. Este ciclo reprodutivo tem início na puberdade e continua até a menopausa, podendo ser dividido em 3 fases: fase folicular, fase lútea e a fase menstrual.

Segundo Diefenbach [5], essa secreção de gonadotrofina observada durante o ciclo menstrual constitui o resultado da perfeita interação entre os hormônios femininos, que são mediados por um mecanismo positivo ou negativo dos esteróides sexuais produzidos no interior do próprio folículo destinado a ovular naquele ciclo. As gonadotrofinas são secretadas de forma pulsátil com uma frequência e magnitude que variam com a fase do ciclo: pulsos de alta frequência e baixa amplitude na fase folicular e baixa frequência e alta amplitude na fase lútea.

Depois de ocorrida a ovulação, inicia-se a fase secretora que coincide com o período de desenvolvimento do corpo lúteo devido à influência do hormônio luteinizante. Este corpo

lúteo secreta estrógeno e progesterona, os quais exercem uma profunda ação de feedback negativo para suprimir a secreção de gonadotrofinas, evitando assim o desenvolvimento posterior de um novo folículo e a ovulação, e por último, 8 a 10 dias após o corpo lúteo degenerar, seus hormônios diminuem gradualmente provocando regressão do endométrio, através de isquemia e descamação dando início à fase menstrual. E a partir do momento que este hormônio diminui, é dado um estímulo ao hipotálamo e à hipófise anterior provocando uma elevação de FSH e LH, o que dará início a outro ciclo [6].

Os ciclos menstruais podem tornar-se irregulares (curtos ou longos) e o fluxo menstrual pode variar de pouco a muito culminando com o esgotamento total da população folicular, processo este que desencadeia, no corpo feminino, um conjunto de alterações psíquicas, físicas e anatômicas decorrentes do hipoestrogenismo resultante das alterações morfo-funcionais ovarianas [7].

Tais alterações geralmente ocorrem por volta dos 40-65 anos, coincidindo com o período de transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, que compreende uma fase pré-menopausal, com duração variável de alguns anos, a partir do aparecimento de ondas de calor ou irregularidades menstruais; a menopausa propriamente dita é uma fase pós-menopausal, a qual dura cerca de 12 meses [8].

O período pré-menopausal é caracterizado por uma seqüência de ciclos marcados por uma fase folicular curta, e intervalos menstruais irregulares, podendo fazer com que as menstruações cessem de forma abrupta, sendo mais comum diminuir o fluxo menstrual e sua duração. Essas alterações no ciclo menstrual são devidas ao início da exaustão folicular que ocasiona transtorno no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, desencadeando uma diminuição tanto do estrogênio quanto de inibina, eliminando assim o feedback negativo dos estrogênios no sistema hipotálamo-hipófise, resultando em aumento do FSH na tentativa de manter a foliculogênese normal, mas como esses folículos restantes são de má qualidade, muitas vezes ocorre maturação folicular irregular sem exaustão do óvulo, obtendo-se assim um estado estrogênico deficitário.

A menopausa propriamente dita se dá com a parada total da menstruação, momento em que os ovários deixam de produzir estrogênio e progesterona, hormônios responsáveis pelo controle da menstruação.

Por fim, temos o período pós-menopausal. Nesta fase, o ovário não dispõe de folículos suficientes para fazer a conversão de androgênio em estradiol, que sob o estímulo de LH produz androgênios, os quais serão lançados para a circulação e convertidos periféricamente (pele, tecido gorduroso, fígado, rins e outros) em estroma, hormônio mais fraco que predomina na mulher pós-menopáusicas.

A menopausa é o período mais crítico de todo climatério, pois esta fase corresponde ao último episódio de sangramento menstrual ocorrendo por volta dos 50 anos, no qual a mulher

deixa de ovular e seus ovários de produzir hormônios. A menopausa é classificada em dois tipos, levando em consideração sua causa. A primeira é a menopausa fisiológica, resultante da falência ovariana e a segunda é a artificial decorrente de remoção cirúrgica dos ovários ou pela radioterapia, geralmente ocasionada pelo tratamento de patologias intraabdominais como tumores ovarianos e endometrioses.

No climatério, e principalmente na pós-menopausa ou pós-climatério ocorrem alterações fisiológicas em todo organismo, decorrentes do hipoestrogenismo, podendo estas aparecerem a curto, médio e longo prazo. A curto prazo (fogachos, transpiração, suores noturnos, insônia, depressão, irritabilidade, secura vaginal e colesterol aumentado). A médio prazo (secura e irritação vaginal, dispareunia, problemas com micção, incontinência urinária, doença cardiovascular). E a longo prazo (osteoporose, doença cardiovascular). As alterações ora apresentadas podem ser ginecológicas e não ginecológicas, podendo as mesmas ocasionar perturbações de ordem social, física, psíquica e sexual, inclusive com risco de vida. As principais alterações ginecológicas são as disfunções urogenitais, genitália interna e externa. Enquanto as não ginecológicas estão representadas pelos sintomas vasomotores, psíquicos e sexuais, alterações atróficas da pele e dos anexos, e ainda distúrbios do metabolismo cardiovascular e ósseo.

Segundo Marinho [9], o trato vaginal freqüentemente sofre alterações consideráveis nos primeiros 5-10 anos após a menopausa. Dentre os sintomas de envelhecimento urogenital destacam-se a incontinência urinária, os sintomas irritativos e a infecção do trato urinário baixo, decorrentes da diminuição da elasticidade dos tecidos, atrofia celular, degeneração nervosa e diminuição do tônus da musculatura lisa e esquelética, desencadeando atrofia genital. Diante disto [8], a diminuição do estrogênio circulante ocorre uma alteração na tonicidade e no trofismo das fibras musculares pélvicas, levando à atrofia da mucosa uretral produzindo um alargamento da uretra, e conseqüentemente uma menor resistência ao fluxo. Sendo assim, há uma diminuição do volume da musculatura estriada da uretra, pois o hipoestrogenismo reduz a irrigação sanguínea nos tecidos urogenitais impedindo a atividade muscular, sendo substituído o tecido muscular por tecido conjuntivo determinando uma diminuição na pressão uretral.

Diante disto, o que a fisioterapia pode fazer para amenizar o quadro vivenciado por essas mulheres climatéricas?

Segundo Souza e Andrade [10], o fisioterapeuta como conhecedor do declínio das capacidades funcionais tais como capacidade respiratória, massa muscular, massa óssea e velocidade de condução nervosa, é indispensável que ele seja um agente incentivador à prática de exercício como ato

preventivo, e não apenas curativo, já que apesar dessas alterações, o corpo apresenta uma boa plasticidade com relação às atividades físicas específicas. Sendo assim, a fisioterapia tem como objetivo geral promover uma boa atividade física e ajudar a mulher a ajustar-se às mudanças deste período, tornando-as mais esclarecidas, preparadas e saudáveis.

Desta forma, os exercícios aplicados durante esta fase devem ser praticados regularmente de forma leve e moderada visando combater doenças cardiovasculares (devido o aumento do nível de colesterol HDL, responsável por proteger as coronarianas); o diabetes (através da melhora do metabolismo da glicose); a instalação da osteoporose (através do aumento da massa óssea); as agias vertebrais; a obesidade; a hipertensão arterial; a ansiedade e a depressão. Podendo melhorar ainda a flexibilidade, a resistência, o tônus muscular, a postura e a auto-estima, sem contar que os exercícios físicos ajudam também na síntese de mais hormônios e trazem enormes benefícios à saúde [12].

Portanto, este tratamento uma vez realizado no climatério tem como objetivo orientar quanto às alterações fisiológicas desta fase; prevenir e conservar a saúde; combater doenças degenerativas minimiza os sintomas vasomotores; aumentar o vigor físico; aumentar a capacidade aeróbica e cardiorespiratória; tratar e/ou prevenir a osteoporose; melhorar equilíbrio; agilidade e amplitude de movimento; prevenir e/ou tratar a incontinência urinária e melhorar a conscientização corporal e a postura [11].

A fisioterapia aborda diversos exercícios levando em consideração o quadro da paciente. É importante iniciar sempre com o relaxamento associado-o a exercícios respiratórios e de autocontrole, abrandando, no entanto, os fogachos e diminuindo a ansiedade, ajudando a aliviar a dor e a tensão muscular. Com relação aos alongamentos, o objetivo é aumentar a amplitude de movimento, e conseqüentemente a força muscular, já que estes favorecem a relação comprimento-tensão do músculo, produzindo assim um maior pico de tensão aumentando a força de contração do músculo [13].

Diante de tantas alterações existentes, o fisioterapeuta deve deixar o paciente informado sobre todas, sempre vendo a paciente holisticamente, exigindo um trabalho global no qual utilize várias modalidades de exercícios visando aumentar a mobilidade, a força, a resistência dos músculos, já que são pouco trabalhados. No entanto, o fisioterapeuta deve desenvolver um programa de exercícios que minimize os sintomas tanto do sistema cardiovascular, como do assoalho pélvico, da osteoporose e das articulações, tendo em vista estes serem os maiores problemas. Ferriani [15] esclarece que são realizados tanto exercícios aeróbicos para controle da obesidade como da performance cardiovascular (aumentando o débito cardíaco;

diminuindo a frequência cardíaca de repouso, hipertrofia miocárdica e diminuindo a resistência vascular periférica sistêmica); quanto para diminuir a densidade mineral óssea prevenindo ou minimizando a reabsorção óssea decorrente da osteoporose.

Esses exercícios, segundo Fernandes *et al.* [16], são realizados, sempre impondo sobrecarga mecânica sobre os ossos, como nas caminhadas, freqüentemente feitos de 3 a 5 vezes por semana com duração de 30 a 40 minutos, pois essas atividades que suportam peso combinam a gravidade e a contração muscular para sobrecarregar os ossos das extremidades inferiores e coluna estimulando a remodelação óssea; e fixando melhor a estrutura óssea pelo aumento da força muscular, diminuindo assim os problemas osteoarticulares, de forma a reduzir a dor e a mobilidade, facilitando o movimento articular. No entanto, embora o exercício seja indispensável para a melhora da qualidade de vida destas mulheres, é imprescindível que este esteja associado a um controle dietético sob orientação médica, de modo a diminuir massas, gorduras, fumo, álcool e aumento do consumo de produtos ricos em cálcio e outros nutrientes para facilitar a remodelação óssea, diminuir a obesidade e minimizar os problemas cardiovasculares.

A incontinência urinária e a anorgasmia geralmente presentes nesta época decorrem da hipotonia da musculatura do assoalho pélvico ocasionada pelo hipoestrogenismo e pela ação da própria gravidade no decorrer dos anos. Esses sintomas se apresentam, já que essa musculatura é responsável pela sustentação das vísceras pélvicas; pelo controle dos esfínteres e pela função sexual. No entanto, estas alterações podem ser revertidas consideravelmente através de exercícios terapêuticos perineais (exercícios de Kegel), os quais garantem a hipertrofia da parede pélvica, principalmente do músculo pubococcígeo (que se contrai ritmicamente durante o orgasmo), além de manter a lubrificação vaginal tendo em vista a secura vaginal nessa época do climatério, permitindo a melhorar do desempenho orgásmico [17].

E com relação à incontinência urinária, o fortalecimento desta parede pélvica impede a perda freqüente de urina. E para se conseguir esse aumento de força dispõe-se de diversos procedimentos fisioterapêuticos como a conscientização da musculatura perineal, exercícios isométricos de adutores de quadril, exercícios ativos de MMII e de pelve (ponte), e principalmente os exercícios perineais. Além da eletroestimulação endovaginal, realizada nos casos extremos de perda urinária, pois segundo Amaro *et al.* [18] a realização destes exercícios aumenta a pressão abdominal logo no início do tratamento, onde a fragilidade muscular é grande pode haver perda de urina na hora do exercício, desestimulando a paciente a prosseguir o tratamento. Nestes casos, inicialmente usa-se eletroestimulação endovaginal, e após algum tempo inicia-se exercitando os seguintes grupos musculares: reto-abdominal, oblíquos internos, externos,

adutores e glúteos, os quais também ajudam a sustentar a bexiga e a uretra, diminuindo as perdas urinárias.

Conclusão

Levando em consideração todo o embasamento teórico acima, pode-se dizer que o tratamento fisioterapêutico contribui bastante na melhora de qualidade de vida destas mulheres, uma vez que este conscientiza e prepara a mulher para conviver com todas essas alterações orgânicas. Neste caso, a fisioterapia atua tanto a nível primário, quanto a secundário proporcionando assim o alívio ou resolução dos sintomas referidos.

Referências

1. Flores AB. Menopausa e climatério. [citado 2002 sept 10]. Disponível em URL: <http://sites.vol.com.br/adreflores/climatério.htm>.
2. Warnich R, Williams PL. Gray. Anatomia. 29 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 1274-86.
3. Giordano MG, Baptista CF, Costa OT. Ciclo Menstrual. In: Giordano MG. Ginecologia endócrina e da reprodução. São Paulo: Byk; 1998. p. 55-61.
4. Guyton A, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 925-36.
5. Diefenbach AP. [citado 2003 mar 20]. Disponível em: URL: <http://members.tripod.com/mediworks/Fisiologia/fisio.htm>.
6. Jacob SW, Francone CA, Lossow WJ. Anatomia e fisiologia humana. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990. p.504-17.
7. Bastos AC. Noções de ginecologia. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990. p. 29-43, 56-58.
8. Halbe HW, Fonseca AM. Fisiologia do climatério. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 2 ed. São Paulo: Roca; 1993. p.1236-40.
9. Marinho RM. Climatério. Efeitos sobre os sistemas geniturinário, cardiovascular e ósseo. Manual para Tego/ Técnico especialista em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 153-6.
10. Souza ELBL, Andrade AV. A importância da fisioterapia na atividade física durante o climatério e terceira idade. In: Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia. Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 403-10.
11. Braz MM. Fisioterapia no climatério e na menopausa. [citado 2003 may 20]. Disponível em URL: <http://www.esps.ufsc.br.htm>.
12. Exercício físico no climatério. [citado 2003 jun 02]. Disponível em URL: <http://www.sogesp.com.Br/protocolos/manuais/climatério/index.htm>.
13. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 1998. p.141-164.
14. Schneider S. Climatério e menopausa. [citado 2003 jun 20]. Disponível em URL: <http://www.geocities.com/Sheylaceroni/index.html>.
15. Ferriani RA. Tratando do climatério: medidas alternativas e estilo de vida. *Reprod Clim* 2001;16(S2):54-9.
16. Fernandes CE, Melo NR, Wehba S, Machado RB. Osteoporose pré-menopausa. In: Fernandes CE, Melo NR, Wehba S. Climatério feminino. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos; 1999. p. 93-135.
17. Rabelo ALG, Barrote D, Souza ELBL, Marcos Neto J. Anatomia feminina. In: Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia. Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.1-7.
18. Amaro JL, Agostinho AD, Trindade JCS, Lautenschlager MFM, Gameiro MOO. Eletroestimulação endovaginal e cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*; 1997:189-90. ■