



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**

DRIELLY PORTO SOUZA E SILVA

**UTILIZAÇÃO DE HORMÔNIOS BIOIDÊNTICOS
PARA A TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA**

**CAMPINA GRANDE
2016**

DRIELLY PORTO SOUZA E SILVA

**UTILIZAÇÃO DE HORMÔNIOS BIOIDÊNTICOS
PARA A TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Josimar dos Santos Medeiros.

**CAMPINA GRANDE
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586u Silva, Drielly Porto Souza e.
Utilização de hormônios bioidênticos para a terapêutica hormonal da menopausa [manuscrito] / Drielly Porto Souza E Silva. - 2016.
21 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Josimar dos Santos Medeiros, Departamento de Farmácia".

1. Climatério. 2. Terapia hormonal. 3. Hormônios bioidênticos. I. Título.

21. ed. CDD 612.665

DRIELLY PORTO SOUZA E SILVA

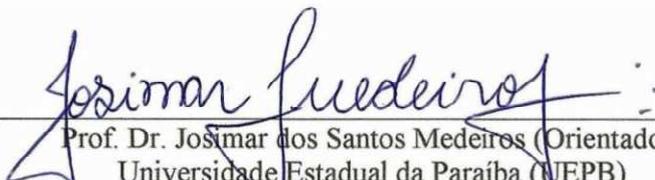
UTILIZAÇÃO DE HORMÔNIOS BIOIDÊNTICOS
PARA A TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA

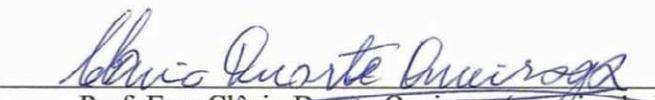
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Farmácia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Josimar dos Santos
Medeiros.

Aprovada em 21/10/2016

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Josimar dos Santos Medeiros (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Esp. Clênio Duarte Queiroga (examinador)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB


Profª. Esp. Letícia Rangel Mayer Chaves (examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

A minha avó Maria da Saete Veríssimo, pelo apoio,
dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, pela grande oportunidade que me deu de ter feito esse curso.

À Josimar dos Santos Medeiros, professor e orientador, por toda sua paciência, ensinamentos valiosos, dedicação e pelas leituras sugeridas ao longo da orientação.

Aos meus familiares que me ajudaram em frente à dificuldades que passei ao longo destes anos.

À Illana Correia e Layse Ferreira de Brito por toda a ajuda prestada até aqui, pelos momentos vividos ao longo desses cinco anos e pela amizade.

A todos os professores do Curso de Graduação em Farmácia da UEPB, pelos conhecimentos transmitidos, em especial, Letícia Rangel Mayer Chaves, Clênio Duarte Queiroga e Nícia Stellita da Cruz Soares.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1	Terapia de reposição hormonal: Breve histórico.....	10
2.2	Terapia hormonalbioidêntica.....	12
3	METODOLOGIA.....	14
4	DISCUSSÃO.....	14
5	CONCLUSÃO	16
	REFERÊNCIAS	18

‘Todas as substâncias são venenos, não existe nada que não seja veneno. Somente a dose correta diferencia o veneno do remédio.’

Paracelso (1493-1541)

RESUMO

UTILIZAÇÃO DE HORMÔNIOS BIOIDÊNTICOS PARA A TERAPÊUTICA HORMONAL DA MENOPAUSA

Drielly Porto Souza e Silva*
Josimar dos Santos Medeiros**

O climatério é um processo fisiológico mas que possui uma sintomatologia que pode afetar prejudicialmente a qualidade de vida de mulheres com em média 45 anos de idade. Para isso, a terapia de reposição hormonal na menopausa (TRH) é comum entre as mulheres desde a década de 1960, quando a estrogenerapia isolada era administrada com o objetivo de combater estes sintomas. Ao longo dos anos, complicações resultantes da utilização da terapia convencional começaram a surgir, o que levou a busca por combinações e formas de administração diferenciadas procurando promover maior segurança as pacientes. Apesar disso, a TRH convencional foi alvo de estudos que indicaram que seus riscos ainda superavam os benefícios. Isto ocasionou uma queda no número de usuárias da terapia e fez com que profissionais da área de saúde procurassem por alternativas. Dentre estas alternativas destacamos a terapia com hormônios bioidênticos que passaram a ser mais prescrita por médicos por serem mais seguros e apresentarem menos riscos para a saúde dessas mulheres. O objetivo desta revisão foi analisar se de fato a terapia hormonal confere mais segurança e efetividade. Porém ainda não há evidências suficientes para se chegar a uma conclusão.

Palavras-chave: Climatério. Terapia Hormonal. Hormônios Bioidênticos.

* Aluna de Graduação em Farmácia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: driellyporto@gmail.com

** Professor Doutor no departamento de farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: josimarmedeiros19@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O climatério é uma mudança fisiológica que consiste na diminuição progressiva da produção dos hormônios sexuais femininos até que estes cessem, em virtude da ausência de atividade dos folículos ovarianos (LENTE; VELASQUE, 2015; SERRAO, 2008), marcando a transição da fase reprodutiva da mulher para a não reprodutiva. E que, de acordo com Giacomini e Mella (2006), não possui um tempo de duração definido com exatidão, visto que este pode durar apenas algumas semanas ou vários anos (MENEZHIN; BORTOLAN, 2011).

Jaszman (1987 *apud* MENEZES; OLIVEIRA, 2016) caracteriza este período em três fases, sendo elas as seguintes: pré-menopausa: mulheres que ainda apresentam ciclos menstruais regulares ou um padrão menstrual semelhante ao do período reprodutivo; perimenopausa: mulheres que nos últimos 12 meses continuam apresentando ciclos menstruais porém com mudança no padrão menstrual em relação aos anteriores; e pós-menopausa: onde as mulheres já não apresentam ciclos menstruais em um período de 12 meses. Por outro lado, Brito e Makiana (2008) só consideram duas fases: pré e pós-menopausa.

Com base na estimativa de vida das mulheres nos dias atuais, e o período em que ocorre o climatério, é possível afirmar que as mulheres passarão cerca de 1/3 de suas vidas experimentando este evento, com predominância da fase de deficiência de estrogênio (BARACHO; ALMEIDA; GRUIMARÃES, 2007; DE LORENZI et al, 2009)

Este período, de acordo com Fonseca et al. (2000), promove alterações fisiológicas em todos os sistemas e essas mudanças vem acompanhadas de uma sintomatologia bastante incômoda para as mulheres, no qual os sintomas mais comuns incluem fogachos, sudorese noturna, labilidade emocional, falta de concentração, distúrbios do sono, entre outros.

A sintomatologia ocorre a curto, médio e a longo prazo, e pode variar de intensidade – de moderada a grave – a depender do uso ou não de terapias para combatê-la (seja terapia hormonal ou não). Outros fatores também podem influenciar a intensidade destes sintomas, como a prática de atividades físicas (LIAO; HUNTER, 1999), a velocidade do declínio nos níveis hormonais (GRINGS et al, 2009), o estado emocional da mulher e do modo que ela vê este período da vida e como ela reage a este, o qual pode ser alterado por diversos fatores que geralmente ocorrem nessa etapa da vida, como ganho de peso, infertilidade, a saída dos filhos de casa, entre outros (CATALDO NETO; GAUER; FURTADO, 2003). Os sintomas ainda tendem a ser mais severos durante a noite ou durante períodos de estresse (KRONNENBERG, 1992).

Inicialmente, os sintomas encontrados são a irregularidade menstrual e/ou amenorreia, fogachos, sudorese, cefaleia, palpitações, tonturas, fraqueza, insônia, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, depressão, melancolia, esquecimento e dificuldade de concentração. Estes sintomas são tidos como um marco inicial nessa fase da vida feminina. Em seguida, os relatos de sintomas são principalmente relacionados à atrofia do sistema urogenital: secura vaginal, dispareunia, infecção urinária, síndrome uretral, incontinência urinária de esforço sem causa anatômica e pele seca. E à longo prazo encontram-se as doenças crônico-degenerativas como a osteoporose, doenças cardiovasculares, Alzheimer e demência senil (SAMSIOE, 2001).

Entretanto, não é possível afirmar quais sintomas serão apresentados pela mulher, pois o perfil sintomatológico é heterogêneo e, além dos outros fatores já citados, é possível observar uma variação entre diferentes culturas (BLUMEL; BRANDT; TACLA, 1992; GUTHRIE et al., 1996). Demetrio (2000) explica também que essas diferenças se tornam mais evidentes de acordo com a dieta, clima, genética e história reprodutiva da mulher, principalmente quando são considerados sintomas como sexualidade, bem estar e humor.

Ao que se vê, os sintomas vasomotores são o principal motivo para a busca de um tratamento que promova uma melhor qualidade de vida para estas mulheres (GAUDARD et al., 2013).

O principal objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura acerca da terapia de reposição hormonal bioidêntica, procurando evidenciar seus benefícios e riscos para a saúde da mulher na menopausa, além de comparar os riscos e benefícios da terapia hormonal bioidêntica com a terapia convencional e discutir sobre a ação dos hormônios bioidênticos relacionados a efeitos *anti-aging*.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Terapia de Reposição Hormonal: Breve Histórico

Segundo Utian (1993), existem referências bem antigas à menopausa que podem ser encontradas em textos escritos por Aristóteles (384-322 a.C). Porém, o climatério não recebia muita atenção até o início do século XX, por ser praticamente inexistente devido à baixa expectativa de vida das mulheres, o que não permitia que estas chegassem a viver o suficiente para alcançar o mesmo (HARDY; ALVES; OSIS, 1992; FERREIRA, 1999). Além disso, durante bastante tempo, a condição de mulher “menopausada” não era expressa em público pois era vista como motivo de constrangimento em certas épocas (UTIAN, 1993). Isso começou a mudar com os avanços tecnológicos no campo da saúde e com o aumento da expectativa de vida feminina (UCHOA, 2003).

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) surgiu com o intuito de prevenir e aliviar os sintomas climatéricos e ainda diminuir o aparecimento de doenças cardiovasculares e da osteoporose (LENTE; VELASQUE, 2015; GIACOMINI; MELLA, 2006; PARDINI, 2014).

O primeiro estudo norte-americano que apresentou sucesso no uso de preparações para o tratamento dos sintomas da menopausa foi publicado por Sevringhaus em 1929. A partir deste ponto, vários esteroides ovarianos foram isolados. O primeiro estrogênio ativo sintético foi o dietilestilbestrol, sintetizado por Dods e colaboradores (MELO, 1999).

A TRH também é conhecida como terapia convencional, pois é feita a partir de hormônios sintéticos. Ela passou então a ser introduzida e bastante utilizada como tratamento para os sintomas do climatério. Neste tipo de terapia são utilizados estrógenos isolados ou associados a progestágenos. Porém, principalmente após estudos realizados pelo Women’s Health Initiative (WHI), que mostraram que os riscos da terapia combinada (estrogênio e progesterona) superavam os benefícios, houve uma queda significativa no uso das terapias à base de estrogênio (ANTONIO et al., 2012).

A ideia de aumento dos níveis hormonais na corrente sanguínea atrelada a uma melhoria de qualidade de vida, bem estar e prolongamento da juventude, apesar de antiga, só passou a ser mais discutida e popularizada na década de 1960, período em que a estrogoterapia isolada era prescrita para todas as mulheres menopausadas como principal alternativa de terapia de reposição hormonal, o que levou com que se observasse uma relação entre esta terapia e complicações principalmente a nível endometrial nas mulheres (PARDINI, 2014; MELO, 1999).

Nesta época, um dos tratamentos mais populares para melhorar a qualidade de vida e recuperar a juventude das mulheres menopausadas, e também de homens, era a utilização das gônadas de animais e seus extratos. A ideia de utilização desse tipo de tratamento baseado em uma dieta contendo testículos de animais em busca de melhoria na qualidade de vida é bastante antiga e descrita por gregos, romanos e egípcios (MELO, 1999).

A partir da década de 1980, com a descoberta do efeito protetor das progestinas a nível endometrial, a TRH teve uma nova ascensão e passou-se a ser prescrita de forma combinada (estrogênios + progestágenos) para mulheres não hysterectomizadas (PARDINI, 2014).

O auge da TRH ocorreu durante a década de 1990, quando estudos realizados em animais e pesquisas observacionais indicaram que a estrogoterapia na pós-menopausa era capaz de prevenir a doença coronariana e a demência, evitando também que ocorra a perda de massa óssea. Porém, os benefícios que a TRH proporcionava em relação aos sintomas apresentados na menopausa, tais como redução do risco cardiovascular, osteoporose e câncer de cólon, não eram questionados até por volta dos anos 2000 (PARDINI, 2014).

Dos estudos mais importantes acerca dos riscos e benefícios da terapia convencional pode-se citar o Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) e o Women's Health Initiative (WHI), que criaram outro grande marco para esta terapia devido aos seus resultados, por serem estudos randomizados e de grande porte e abrangência. Dentre os resultados do primeiro estudo citado, os pesquisadores do HERS chegaram a conclusão que o tratamento com estrógenos equinos conjugados (CEE) associados com acetato de medroxiprogesterona, aumentavam a incidência de doença coronariana ao contrário do que se imaginava na época, gerando assim mais eventos tromboembólicos e doenças renais. (LENTE; VELASQUE, 2015)

Por outro lado, os estudos do WHI foram interrompidos, pois seus resultados mostraram que os benefícios da terapia utilizada pelas voluntárias (associação de estrógenos com progestinas) não superavam os riscos que esta ocasionava. Foi detectado entre as voluntárias alto índice de cânceres invasivos, especialmente, o câncer de mama, o que foi a principal motivação para a interrupção do estudo (LENTE; VELASQUE, 2015).

De acordo com dados resultantes de 51 estudos epidemiológicos, foi visto que para cada ano de utilização da TRH há um aumento de 2,3% no risco do desenvolvimento de câncer de mama. A dose utilizada no tratamento também é um fator importante, mas o tempo de duração tem maior importância, visto que o risco passa a ser maior com 5-10 anos de uso (GRINGS et al, 2009).

Em busca de maneiras de uso mais seguras, vários esquemas terapêuticos passaram a ser utilizados, como a administração cíclica ou contínua de estrogênio, combinando ou não progestinas de forma cíclica ou contínua (HEGG, 1995). Pensando-se ainda na segurança, mas também no conforto e praticidade para as pacientes, outras formas farmacêuticas – como géis, cremes transdérmicos, óvulos, sprays, entre outros – passaram a ser fabricadas e utilizadas na TRH quando se foi descoberto que a administração exógena dos hormônios também era possível (ANSEL; POPOVICH; ALLEN, 2000; NETO et al, 2000).

2.2 Terapia Hormonal Bioidêntica

Os resultados dos estudos do HERS e WHI fizeram com que muitas mulheres abandonassem o tratamento de terapia hormonal para buscar terapias mais seguras para o tratamento dos sintomas da menopausa. Nessa busca foram incluídos os hormônios naturais, também conhecidos como compostos bioidênticos (FILES; KO; PRUTHI, 2011).

Desde a implantação da TRH há constantemente novas pesquisas em terapias alternativas para combater a sintomatologia do climatério. Esta busca existe com o intuito de se alcançar maior segurança e melhorar também a qualidade de vida das usuárias.

Devido a isto, a terapia de reposição com hormônios bioidênticos começou então a ganhar espaço, e profissionais da saúde passaram a prescrever esta terapia como uma alternativa mais natural, efetiva e segura quando comparada à terapia convencional (GAUDARD et al., 2013).

A terapia bioidêntica surgiu como alternativa à terapia de reposição hormonal convencional (TRH) e de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, essa classe de hormônios são “substâncias hormonais que possuem exatamente a mesma estrutura química e molecular encontrada nos hormônios produzidos no corpo humano”. Eles são considerados naturais por possuírem como precursores químicos espécies de plantas como a soja, porém estes hormônios também são produzidos sinteticamente através de engenharia genética recombinante (ANTONIO et al., 2012).

Alguns desses hormônios são basicamente obtidos através de espécies vegetais como a soja (*Glycine max*) e uma espécie intragável de inhame mexicano (*Dioscorea villosa*) (HOGG, 2010), isso pode levar a uma confusão entre hormônios bioidênticos e fitoestrógenos, que também possuem uma fonte vegetal porém os fitoestrógenos não são necessariamente bioidênticos. Esses hormônios, assim como os hormônios comerciais da terapia convencional, são sintetizados ou, através de engenharia genética recombinante e

podem ser encontrados tanto em fórmulas feitas em farmácias de manipulação como nos fármacos comerciais encontrados em drogarias (CIRIGLIANO, 2007; ANTONIO et al., 2012).

Assim como na TRH convencional, a terapia bioidêntica consiste na administração de estrógenos, combinados ou não com progesterona. A terapia bioidêntica é composta principalmente pelos estrógenos estradiol, estrona e estriol e pela progesterona.

O estriol é considerado como o estrógeno mais “fraco”, pois apresenta menor potência e é rapidamente metabolizado comparado com o estradiol e a estrona (VAN DER VIES, 1982; VAN HAAFTEN, 1997), porém dependendo da dose e via de administração, ele é capaz de atingir um efeito estrogênico completo (VAN DER VIES, 1982). Ele é considerado mais seguro por alguns, porém ele é capaz de causar estimulação no endométrio e mama assim como os estrógenos mais potentes (HEAD, 1998; VAN HAAFTEN, 1997; HANKINSON et al, 1998).

Alguns pesquisadores, ao compararem estrógenos bioidênticos e não-bioidênticos, viram que os estrógenos não-bioidênticos tiveram respostas significativamente exageradas em várias medidas hepáticas e não-hepáticas de efeitos estrogênicos (MOSKOWITZ, 2006). Comparando a progesterona bioidêntica com as progestinas, viu-se que apesar das progestinas possuírem uma estrutura semelhante o suficiente para ligarem-se aos receptores da progesterona, elas não produzem a mesma gama de “mensagens” que uma molécula endógena, assim, podendo apresentar efeitos similares sobre o endométrio mas com a desvantagem de desencadear ações diferentes em várias partes do corpo, a depender do tipo específico da progestina. (BELAISEH, 1985; FUHRMANN et al, 1996).

Isso pode levar a acreditar que os hormônios bioidênticos conferem maior segurança. Entretanto, em uma revisão recente, Gaudard et al. (2016) chegaram a conclusão de que existe evidência de que as mulheres que fazem uso da terapia hormonal bioidêntica apresentam maiores taxas de efeitos adversos, como dor de cabeça, sangramento vaginal, sensibilidade mamária e reações cutâneas e que quanto mais elevadas as doses, maior é o risco da presença de efeitos adversos.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura de caráter exploratório e documental, sobre a terapia de reposição hormonal na menopausa e a utilização de hormônios bioidênticos. A pesquisa foi realizada no período de Janeiro a Outubro de 2016.

A pesquisa foi feita com a utilização da *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) (<http://www.scielo.org/php/index.php>), que pesquisa em diversas bases de dados mundiais, e das bases de dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e LILACS. Para a pesquisa nas bases de dados informadas foram utilizados os descritores “Menopausa”, “Terapia Hormonal” e “Hormônios Bioidênticos” no método integrado, com opções em todos os índices e todas as fontes disponíveis.

Foram selecionados então aqueles artigos com acesso ao texto completo. Também foram consultados livros especializados no assunto. Na seleção de literatura foram priorizados os textos publicados nos últimos 5 (cinco) anos, mas sem excluir aqueles publicados em períodos anteriores que apresentaram relevância científica para o tema.

4 DISCUSSÃO

Embora a TRH exista há décadas, ainda é possível ver que atualmente, tanto a população em geral quanto a comunidade científica não tem uma posição definida sobre o assunto, pois há quem defenda seus efeitos benéficos e quem critique e evidencie seus efeitos negativos e aponte o uso como prejudicial à saúde da mulher (PARDINI, 2007; POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011).

O uso de TRH melhora os sintomas da menopausa, incluindo sintomas vasomotores e urogenitais; o uso de estrógenos combinados ou não com a progesterona é capaz de prevenir a perda óssea, e assim, evitar fraturas; os estrógenos podem também diminuir o risco ou retardar o aparecimento do Alzheimer em mulheres; há também evidências de que a terapia associada (estrógeno + progesterona) pode reduzir o risco de câncer de colon. A qualidade de vida da mulher também aparenta ter grande melhoria, principalmente devido ao alívio dos sintomas vasomotores. (PARDINI, 2014; HUGH; MANSON, 2011).

Em contra partida, seu uso aparenta elevar os riscos de tromboembolismo – o que acontece também em mulheres que fazem uso de contracepção hormonal; pode ser responsável por alguns casos de acidente vascular cerebral (AVC), levando-se em conta

fatores como via de administração, dose e da associação; além dos riscos do desenvolvimento de cânceres principalmente de endométrio e de mama. (PARDINI, 2014; HUGH; MANSON, 2011). Por esse motivo, há importância em considerar as pacientes com históricos familiares para a criação de um grupo de risco (SPRITZER; WENDER, 2007; NAKAOKA et al, 2013).

Ainda assim, levando em conta os riscos apresentados em estudos relacionados à TRH, foi visto que o uso da estrogoterapia está associado a uma redução de 40% na mortalidade no grupo alvo de mulheres entre 50 e 59 anos, quando esta foi iniciada durante a perimenopausa (PARDINI, 2014). Há também afirmações de que mulheres que desenvolveram câncer de mama e faziam uso de estrógenos, apresentavam menores índices de mortalidade (POLONINI; RAPOSO; BRANDÃO, 2011).

Na busca por alternativas ao uso da TRH convencional, o uso da terapia de reposição com hormônios bioidênticos começou a se destacar, especialmente porque eles foram anunciados como uma alternativa mais segura quando comparada à terapia convencional (GAUDARD et al., 2013).

O aumento na procura desses hormônios nos últimos anos pode ser resultado de uma tendência a um consumo maior de coisas “naturais”, onde as pessoas dão preferência a uma dieta com mais orgânicos e menos produtos industrializados. Entretanto, os riscos e benefícios apresentados pela terapia bioidêntica se assemelham muito com os apresentados pela terapia convencional.

A utilização de hormônios bioidênticos preparados em farmácias de manipulação, tem como principal vantagem a opção de variação na dosagem, assim havendo uma maior individualização na escolha do tratamento a depender das necessidades da paciente. Porém, devido as preparações não passarem pelos mesmos testes de eficácia necessários para formulações comerciais, há um risco de que essas preparações não apresentem a eficácia pretendida. Um estudo norte-americano mostrou que apenas 1 entre 10 farmácias de manipulação analisadas, forneciam óvulos de progesterona com a mesma potência necessária para produtos semelhantes aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) (MAHAGUNA et al, 2004)

A utilização dos hormônios bioidênticos, incluindo outros hormônios além dos citados para o tratamento dos sintomas na menopausa – como por exemplo, o hormônio do crescimento (RUDMAN, 1990) –, com finalidades estéticas é um assunto que causa bastante discussão e divergências entre os profissionais de saúde. Há uma incansável busca por um “elixir da juventude eterna”, e a ideia da utilização dos hormônios bioidênticos para essa finalidade parece ter surgido ao passo em que pesquisadores começaram a se questionar sobre

o envelhecimento natural da mulher, onde há perda gradual de hormônios em determinada fase da vida. Assim, repor esses hormônios para continuar com um “equilíbrio” hormonal em idades mais avançadas pareceu ser a resposta para retardar, de certa forma, o envelhecimento.

Frente a isso, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia manifestou-se ao dizer que “Embora muitos médicos defendam que os [*hormônios*] bioidênticos sejam a chave para reduzir o processo de envelhecimento do corpo de maneira natural, nada está comprovado cientificamente”.

5 CONCLUSÕES

O termo “natural” tende a levar as pessoas a pensarem erroneamente que não terão riscos ou complicações com tal o produto ou droga que estejam consumindo, isso é válido não somente em se tratando de hormônios bioidênticos.

É inegável que as terapias hormonais, seja convencional ou bioidêntica, trazem benefícios para a qualidade de vida das mulheres. Porém é necessário que se leve em consideração a intensidade dos sintomas na decisão da dosagem e do tipo de terapia a ser escolhida, optando sempre pela menor dose possível e pelo menor tempo de duração, visto que na maioria dos casos os problemas passam a surgir depois de alguns anos de uso. Por isso, é necessário que haja um consenso entre médico paciente, onde sejam apontados todos os riscos e benefícios, antes de ser tomada a decisão da adesão a qualquer que seja a terapia.

Porém, ainda é necessária a existência de mais estudos sobre os efeitos dos hormônios bioidênticos para que se possa afirmar sobre sua segurança e eficácia.

ABSTRACT

BIOIDENTICAL HORMONE USAGE ON MENOPAUSE HORMONE THERAPY

The climacteric is a physiological process but which has a symptomatology which may detrimentally affect the quality of life of women with an average age of 45. For this, hormone replacement therapy at menopause (HRT) is common among women since the 1960s, when the isolated estrogen therapy was administered in order to combat these symptoms. Along the years, complications resulting from the use of conventional therapy began to emerge, which kickstarted the search for combinations and forms of differentiated administration seeking to promote greater safety to the patients. Nevertheless, conventional HRT was the subject of studies that indicated that the risks still outweigh the benefits. This caused a drop in the number of therapy users and made health professionals look for alternatives. Among these alternatives we highlight therapy with bioidentical hormones that have become more prescribed by physicians because they are safer and have fewer risks to the health of these women. The objective of this review was to analyze if in fact hormone therapy gives more safety and effectiveness. But there is not yet enough evidence to reach a conclusion.

Keywords: Climateric. Hormonal Therapy. Bioidentical Hormones.

REFERÊNCIAS

- ANSEL, HC; POPOVICH, NG; ALLEN, LV. Farmacotécnica: formas farmacêuticas; sistemas de liberação de fármacos. 6. ed. São Paulo: **Premier**, 2000. 569 p.
- ANTONIO, CR. et al. Hormones in rejuvenation: a review of their true effectiveness. **Surg Cosmet Dermatol**, v. 4, n. 4, p. 322-39, 2012.
- BARACHO, E; ALMEIDA, MBA; GUIMARÃES, TA. A importância da Fisioterapia durante o climatério e terceira idade. In: Baracho E. **Fisioterapia aplicada a obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 465
- BELAISEH J. Chemical classification of synthetic progestogens. **Rev Fr Gynecol Obstet** 1985;80:473-477
- BLUMEL, JE; BRANDT, A.; TACLA, X. Perfil sintomático de la mujer climatérica: experiencia clínica. **Rev.Med. Chile**, 120(9), p. 1017-1021, 1992.
- BRITO RCS; MAKIAMA ST. Qualidade da vida sexual de mulheres no climatério e terapia de reposição hormonal. **Interação em Psicol**, 2: (12)245-253, 2008.
- CATALDO NETO, A; GAUER, GJC; FURTADO, NR. **Psiquiatria para Estudantes de Medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- CIRIGLIANO, M. Bioidentical hormone therapy: a review of the evidence. **J Womens Health** 2007;16:600-631.
- DEMETRIO, F.N. Efeito da terapia de reposição estrogênica sobre o humor e a ansiedade em mulheres menopausadas. São Paulo, 2000, 202p. **Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Medicina**.
- DE LORENZI, DRS; CATAN, LBC; MOREIRA, K; ÁRTICO, GR. Assistência a mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev bras enferm** [Internet]. 2009 mar-abr. [cited 2011 nov 05]. 62(2): 287-93.
- FERREIRA, J.A.S. A perimenopausa. In: FERNANDES, C.E. et al. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1999. p. 41-56.
- FILES, JÁ; KO, MG; PRUTHI, S. Bioidentical Hormone Therapy. **Mayo Clin Proc**. 2011; 86(7): 673-80.
- FONSECA, AM; BAGNOLI, VR; SAUERBRONN, AVD; ASSIS, JS. Fisiologia do climatério. In: Halbe, HW. **Tratado de ginecologia**. 3 ed. 3 vol. São Paulo: Roca; 2000. p.1511- 8.

FUHRMANN U; KRATTENMACHER R; SLATER EP; FRITZEMEIER KH. The novel progestin drospirenone and its natural counterpart progesterone: biochemical profile and antiandrogenic potential. **Contraception** 1996;54:241-251

GAUDARD, A.M.I.S. et al. Bioidentical hormones for women with hot flushes (Protocol). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 1, 2013.

GAUDARD AIS; DE SOUZA, SS; PUGA, MES; MARJORIBANKS, J; DA SILVA, EMK, Torloni MR. Bioidentical hormones for women with vasomotor symptoms. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2016, Issue 8. Art. No.: CD010407. DOI: 10.1002/14651858.CD010407.pub2

GIACOMINI, DR; MELLA EAC. **Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens**. Semina, 27: (1)71-92, 2006.

GRINGS, AC. et al. Riscos e Benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em mulheres na menopausa. **Rev. Bras. Anal. Clín**, 41: (3)229-233, 2009.

GUTHRIE, JR; DENNERSTEIN, L.; HOPPER, JL; BURGER, HG. Hot flushes, menstrual status and hormone levels in a population-based sample of midlife women. **Obstet.Gynecol.**, 88(3), p. 437-442, 1996.

HANKINSON, SE; WILLETT, WC; MANSON, JE; et al. Plasma sex steroid hormone levels and risk of breast cancer in postmenopausal women. **J Natl Cancer Inst**. 1998;90:1292–1299.

HARDY E; ALVES G; OSIS MJD. **Climatério: implicações sociais**. Femina 1992;20:313-20.

HEAD, KA. Estriol: safety and efficacy. **Altern Med Rev**, 1998;3:101-113

HEGG, R. **Vias e esquemas de administração de hormônios esteróides**. In: PINOTTI, J.A. Menopausa. São Paulo: Roca, 1995. p. 227-233.

HOGG JA. **Steroids, the steroid community, and Upjohn in perspective: a profile of innovation**. **Steroids**. 1002;57:593–616, 2010.

HUGH, TS; MANSON, JAE. Update in hormone therapy use in menopause. **J Clin Endocrinol Metab**. 2011, 96(2):255-264

KRONNENBERG, F; BARNARD, RM. Modulation of menopausal hot flashes by ambient temperature. **Journal of Thermal Biology** 1992;17:43.

LENTE, CL; VELASQUE, LFL. Efeitos da terapia hormonal na menopausa: Revisão de literatura. **Biosaúde**, Londrina, v. 17, n. 2, 2015.

LIAO, KKM; HUNTER, MS. Preparação para a menopausa: avaliação das expectativas de uma intervenção educativa de saúde na mulher de meiaidade. **Maturitas-Brasil** 1999; 1:59-67

MAHAGUNA, V; MCDERMOTT, JM; ZHANG, F; OCHOA, F. Investigation of product quality between extemporaneously compounded progesterone vaginal suppositories and an approved progesterone vaginal gel. **Drug Dev Ind Pharm.** 2004;30(10):1069–78.

MELO, NR. Efeito da terapêutica estrogênica transdérmica associada ao progestagênio oral sobre o perfil lipídico e a remoção plasmática de uma emulsão rica em colesterol. São Paulo, 1999, 74p. **Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Professor Livre-Docente, junto ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.**

MENEGHIN, LA.; BORTOLAN, S. Menopausa e Terapia de Reposição Hormonal. **Revista Eletrônica Saber**, Londrina, v. 13, n. 1, 2011.

MENEZES, DV; de OLIVEIRA, ME. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. **Fisioter Mov.** 2016 Apr/June;29(2):219-27

MOSKOWITZ, DND. A comprehensive review of the safety and efficacy of bioidentical hormones for the management of menopause and related health risks. **Alternative Medicine Review**, v. 11, n. 3, 2006.

NAKAOKA, VY et al. Climatério e terapia de reposição hormonal - Uma revisão de literatura. **Uningá Review**, 16: (1)05-08, 2013.

NETO, JSP. et al. Climatério – abordagem terapêutica. In: VILAR, L. et al. *Endocrinologia Clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: **Medsa**, 2000. p. 496-508.

PARDINI, D. Terapia Hormonal na Menopausa. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, 51: (6)938-941, 2007.

PARDINI, D. Terapia de Reposição Hormonal na Menopausa. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, 58: (2)172.181, 2014.

POLONINI, HC; RAPOSO, NRB; BRANDÃO, MAF. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. **Rev. APS**, 14: (3)354-361, 2011.

RUDMAN, D et al. Effects of human growth hormone in men over 60 years old. **The New England Journal of Medicine**, v.323, n.1, p.1-6. 1990.

SAMSIOE, G. **Menopausa e terapia de reposição hormonal**. 2. ed. São Paulo: Merit Publishing International, 2001.144p.

SERRAO, C. (Re)pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica**, 1: (26)15-23, 2008.

SPRITZER, PM; WENDER, MCO. Terapia hormonal na menopausa: Quando não usar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, 51: (7)1058-1063, 2007.

UTIAN, WH. Menopause, a modern perspective from a controversial history. **Maturitas** 1993;26:73-82.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Públ** 2003;3:849-53.

VAN DER VIES J. The pharmacology of estriol. **Maturitas** 1982;4:291-299

VAN HAAFTEN, M; DONKER, GH; SIE-GO, DM; HASPELS, AA; THIJSEN, JH. Biochemical and histological effects of vaginal estriol and estradiol applications on the endometrium, myometrium and vagina of postmenopausal women. **Gynecol Endocrinol.** 1997;11(3):175-185.