

OS EFEITOS DA YOGA NOS SINAIS E SINTOMAS DA MENOPAUSA

Juliana de Melo Novais¹

Tatiana Rocha de Souza²

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel³

RESUMO

Esse trabalho propôs uma nova possibilidade de tratamento pela utilização da Yoga como forma terapêutica. O objetivo principal foi verificar os efeitos da Yoga nos sinais e sintomas da menopausa. A fase menopáusicas é caracterizada na literatura especializada por hipoestrogenismo e consequentes alterações fisiológicas, que resultam em disfunções vasomotoras, urogenitais, psicoemocionais e cognitivas. O método experimental de Yoga utilizado nesse estudo foi a Yogaterapia Hormonal – proposto, aplicado e avaliado numa população de 14 mulheres, no período menopáusicas (48 a 62 anos por 3 e 6 meses). Os instrumentos de avaliação utilizados, antes e depois da intervenção, foram: o Índice Menopausal de Kupperman, ampliado por Rodrigues, para análise da severidade dos sintomas; um formulário de avaliação clínica e dados de coletas laboratoriais das taxas de estradiol. Os resultados conclusivos indicaram que a Yoga promoveu efeitos expressivos no grupo envolvido e pode ser considerada uma terapêutica alternativa para tratamento da menopausa.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Índice Menopausal de Kupperman. Yoga. Sintomas

ABSTRACT

This paper proposes a new possibility of treatment that resorted to Yoga as a therapy; Its main objective was to confirm the effects of Yoga on menopause signs and symptoms. In specialized literature, the menopause phase is characterized by hipoestrogenism and consequent physiological modifications, which result in vasomotor, urogenital, psycho-emotional and cognitive disorders. The Yoga experimental model used in this study was the Hormonal Yogatherapy proposed, used and assessed in a population of 14 women, during the menopause period (women aged 48 to 62 during a 3 to 6-month period). The assessment instruments that were used, before and after the intervention, were the Kupperman Menopausal Index, expanded by Rodrigues for analysis of the severity of symptoms, a clinical evaluation form and data from the laboratory collection of estradiol rates. The conclusive results indicate that Yoga fostered meaningful effects in the group involved and that it can be considered an alternative therapy for menopause treatment.

Key words: Climacteric. Menopause. Kupperman menopausal index. Yoga. Symptom

¹ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio Bahia. E-mail: jujunovais@hotmail.com

² Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio Bahia. E-mail: tatishanti1@hotmail.com

³ Mestre em Ciências- Ortopedia e Traumatologia (FMUSP). Bacharel em Fisioterapia. Docente do Centro Universitário Estácio- FIB/BA. E-mail: robertorbtm@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda uma nova possibilidade de tratamento não farmacológico que utiliza a Yoga como uma alternativa terapêutica e foi concebido em resposta à seguinte pergunta: quais os efeitos da Yoga nos sinais e sintomas da menopausa? Observa-se que o envelhecimento feminino tem chamado atenção da saúde pública pelo aumento da expectativa de vida dessa população, que teve um incremento de 50%, nos últimos quarenta anos.

De acordo com dados do DATASUS a população feminina estimada em 2012 é de aproximadamente 99 milhões, e 30% estão entre 45 e 65 anos de idade. Há necessidade de implantação de programas específicos para a saúde da mulher de meia-idade, diante das mudanças biopsicossociais que sofrem e do seu aumento populacional. Dessa maneira, torna-se um desafio planejar e garantir ações preventivas dos riscos à saúde inerentes à fase feminina em que ocorrem alterações no seu ciclo reprodutivo (GONÇALVES; MERIGHI, 2005). As alterações fisiológicas nesse período são seguidas de sinais e sintomas de caráter físico, psíquico e emocional que, quando exacerbados, podem influenciar no bem-estar e qualidade de vida da mulher (ZAHAR, 2005).

A necessidade desse estudo advém, portanto, do número crescente de mulheres na faixa de 45 a 65 anos que vivenciam a menopausa com opções de tratamentos nem sempre eficazes ou adequadas. Entre as terapêuticas existentes a Terapia de Reposição Hormonal - TRH - é considerada a de maior aceitação por sua eficácia comprovada principalmente nos sintomas vasomotores, alterações urogenitais, prevenção de osteoporose, alterações cognitivas e doenças cardiovasculares, contudo o seu impacto na qualidade de vida continua incerto (ZAHAR, 2005; DALEY; STOKES-LAMPARD; MACARTHUR, 2011).

Innes, Selfe, Vishnu (2010) observam que a adesão a esse tratamento está em queda nos Estados Unidos e na Europa pelos efeitos colaterais que podem promover. Pesquisas realizadas pelo Women's Health Initiative - WHI - mostraram que o uso prolongado da TRH com estrogênio sintético pode gerar efeitos deletérios à saúde, como aumento do risco de câncer de mama, tromboembolismo, doença arterial coronariana e acidentes vasculares encefálicos (ROSSOUW et al, 2002). Dessa forma, tem havido maior resistência entre as mulheres quanto ao uso da TRH e crescido, respectivamente, o interesse pela medicina alternativa, juntamente com

maior abertura para o diálogo e a associação entre as duas formas de cura, a medicina convencional e a alternativa. As terapias alternativas visam à saúde e à longevidade do indivíduo e já são utilizadas juntamente com a medicina convencional. No Brasil, algumas dessas terapias consideradas integrativas estão regulamentadas e inclusas no Sistema Único de Saúde - SUS - como a homeopatia, acupuntura, fitoterapia e termalismo, em virtude dos seus baixos custos (DALEPRANE, 2011). Tairova e Lorenzi (2011) referem o exercício físico como um aliado nos desconfortos dos sintomas menopáusicos e na prevenção de algumas alterações consequentes desse período da mulher; apontam o incremento na função musculoesquelética, na capacidade cardiorrespiratória, na melhoria do humor e na consequente qualidade de vida. Vaze e Joshi (2010) apontam a importância de disseminar uma nova alternativa de tratamento não farmacológico e eficaz na redução dos sinais e sintomas da menopausa, uma vez que a maioria dos tratamentos prescritos provém da TRH e têm causado temor pelos seus graves efeitos colaterais.

Acredita-se que a prática da Yoga contribua para preparar os aspectos psicofísicos e sociais do envelhecimento, de forma mais saudável, e promova melhor qualidade de vida nesse período importante de transição das mulheres de meia-idade. Portanto, espera-se e defende-se que a Yoga seja incorporada nesse grupo de terapias complementares, e que possa ser devidamente regulamentada; trata-se de uma opção que necessita de poucos recursos, podendo abranger um maior contingente populacional, de forma a possibilitar melhor distribuição de verbas no sistema de saúde.

Assim, esse trabalho teve como principal objetivo verificar os efeitos da Yoga nos sinais e sintomas da menopausa, enquanto seus objetivos específicos foram: promover subsídios científicos para prescrição do método de Yogaterapia Hormonal; orientar sua aderência em domicílio; possibilitar melhora da qualidade de vida de mulheres na fase menopáusicas associada à redução dos sintomas e, disseminar uma nova possibilidade de tratamento para redução dos seus sinais e sintomas de forma natural, não farmacológica, ou ainda quando não houver indicação clínica para o tratamento convencional.

O climatério é um fenômeno biológico natural provocado pela redução hormonal e gradativa cessação do ciclo menstrual, iniciado pela peri-menopausa quando começam as primeiras alterações hormonais com irregularidades

menstruais. Tecnicamente, o termo menopausa quer dizer a pausa de 12 meses de cessação do ciclo menstrual, apenas confirmado retrogradamente. A partir de então, denomina-se pós-menopausa, comumente chamada de menopausa. Ocorre em cerca de 50% das mulheres entre os 49 e 51 anos (ZAHAR, 2005; TABORDA; GOMES, 2006). Fisiologicamente, há esgotamento dos ovários, os quais durante toda vida reprodutiva secretam cerca de quatrocentos folículos que amadurecem em milhares de óvulos e degeneram-se. A partir de 45 anos de idade reduz-se a produção dos folículos responsáveis pela produção estrogênica. Concomitantemente, eleva-se a secreção de FSH-Hormônio Folículo Estimulante e LH - Hormônio Luteinizante, mediada pelo *feedback* no eixo hipotálamo, hipófise e ovário.

Os estrogênios são um composto de hormônios denominados β -estradiol, estriol e estrona, responsáveis pelas características sexuais femininas (GUYTON, 2008). O β -estradiol é considerado o mais potente, com melhor expressão laboratorial da atividade estrogênica na mulher (GUYTON, 2011).

Estima-se que cerca de 60 a 80% das mulheres apresentam algum tipo de sintoma durante o climatério (LORENZI, 2005). As manifestações iniciais são motivadas pelo hipoestrogenismo, como irregularidades menstruais, manifestações atróficas no sistema geniturinário com conseqüentes prurido e dispareunia, alterações da pele, alterações psicossomáticas, que vão da fadiga à depressão e sintomas vasomotores – fogachos ou ondas de calor e suores noturnos, considerados mais frequentes. Já as manifestações tardias são a osteoporose e as doenças cardiovasculares (GONÇALVES; MERIGHI, 2005).

Foi determinado que 75 a 85% das mulheres, nos Estados Unidos da América do Norte, apresentam como principais sintomas os distúrbios vasomotores, fadiga, distúrbios do humor, alterações do sono, dificuldades cognitivas, dor musculoesquelética e cefaleia. Em geral esses sintomas iniciam-se um ano antes de cessar o ciclo menstrual e se prorrogam, em média, sete anos após o término da fase reprodutiva. Foi também observado que 60% das mulheres que são acometidas procuram tratamento médico (INNES; SELFE; VISHNU, 2010). A presença dos sintomas é variável em cada mulher: algumas passam pela menopausa sem apresentá-los ou os sentem de forma leve; podem apresentar um ou mais sintomas; e outras, os sentem intoleráveis em intensidade ou frequência (TABORDA; GOMES, 2006). “Esses sintomas são de magnitude considerável em 15% das mulheres e

necessitam de tratamento” (GUYTON; HALL, 2006, p. 1022). Os sintomas quando exacerbados têm um grande impacto na diminuição da qualidade de vida traduzido por dor, limitação física, perda da vitalidade e problemas emocionais como depressão (AVIS et al, 2009).

Cohen et al (2007) apontam que o fogacho é tido como um dos sintomas mais comuns, embora não se tenha total compreensão do que pode gerar esses calores. De acordo com Scowitz, Santos e Silveira (2005) e Soares (2006), há aumento da temperatura corporal e consiste em sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso que se espalha pelo tórax, pescoço e face. A sensação pode ser acompanhada de sudorese profusa, agravando-se à noite – especialmente as palpitações, tonturas e cefaleia. Daley, Stokes-Lampard e Macarthur (2011) admitem que haja evidência de que as ondas de calor aumentam com a ativação do sistema nervoso simpático em resposta às flutuações hormonais que levam à instabilidade dos mecanismos termorreguladores do hipotálamo.

Sugere-se também que o desconforto ocorra motivado por alterações nos neurotransmissores locais, mais especificamente a β -endorfina, que diminui com a queda do estrógeno (BASSO et al, 2011), gerando mal-estares comuns que atingem cerca de 75% das mulheres. As sensações diferem para cada mulher: algumas as sentem de forma leve sem regularidade; em outras, a sensação ocorre por dias consecutivos e ainda há aquelas que apresentam o sintoma durante anos com grande intensidade ou não (TABORDA; GOMES, 2006).

Innes, Selfe e Vishnu (2010) observam ainda que há um incremento no número de mulheres norte-americanas que procuram terapias alternativas, como Tai Chi Chuan, meditação, técnicas de relaxamento e Yoga – cerca de 40 a 70%, com objetivo de cuidarem da mente e do corpo na redução do estresse; em especial recorrem à Yoga pela sua influência na atividade simpática, com possível minimização dos sintomas vasomotores.

Levando-se em conta que são poucas as terapêuticas alternativas consideradas eficazes no combate aos sintomas da menopausa, tem-se realizado estudos com a utilização da Yoga com obtenção de resultados positivos. Dessa forma, é crescente a busca das ciências da saúde por resultados terapêuticos, através de métodos yogues para tratamento de diversas disfunções metabólicas, musculoesqueléticas, cardiopulmonares, depressão, câncer, menopausa, entre outros (BÜSSING et al, 2012).

O Yoga⁴ é uma doutrina oriental milenar considerado uma filosofia de vida que tem como finalidade a harmonia do indivíduo, sua integração consigo mesmo e com o Todo e, através da cessação das flutuações da mente, o alcance do samadhi ou êxtase, que consiste no estado mais avançado de estabilidade física e mental. (FEUERSTEIN, 2003).

O Yoga Clássico foi compilado por Patanjali, filósofo Hindu, através dos Yoga sutras, um tratado composto por aforismos sobre o Yoga, a consciência e a condição humana, que expõe os oito passos ascendentes que direcionam o praticante (sadhaka) ao estado de união plena com o Todo ou iluminação (samadhi). São eles: o primeiro, yamas ou condutas éticas de nãoviolência (ahimsa), verdade (satya), não roubar (asteya), contenção ou equilíbrio sexual (brahmacharya) e não acumular (aparigraha); o segundo, nyamas ou condutas para desenvolvimento pessoal e espiritual: pureza (saucha), contentamento (santocha), austeridade (tapas), autoestudo (svadhyaya) e devoção a Deus (Shvarapranidhana); o terceiro, ásana ou posturas psicofísicas; o quarto, pranayama ou controle da energia (prana ou kundalini) através da respiração; o quinto, pratyahara ou introspecção dos sentidos; o sexto, dharana ou concentração; o sétimo, dhyana ou meditação; e, o oitavo, samadhi ou estado de supraconsciência, iluminação. Desta forma, o praticante deve estreitar cada vez mais as relações com a mente e eliminar pensamentos intrusos (FEURTEIN, 2003; TAIMNI, 2006; IYENGAR, 2007).

A Hatha-yoga, uma vertente do Yoga Clássico, é um sistema de preparo do corpo físico, mental e espiritual incluso no sistema filosófico Hindu para ascensão espiritual.

Se no Oriente, o principal objetivo da Hatha-yoga é preparar o corpo para ascender espiritualmente, no Ocidente, a prática se popularizou como forma de exercício físico, conjugada a exercícios respiratórios e de relaxamento, “sintonizada com práticas médicas e paramédicas promotoras de saúde, juventude e longevidade e mais ainda empenhadas na ampliação de seu leque de métodos de tratar e curar” (FERNANDES; ROCHA, 2005, p. 312).

⁴Existem variações do termo Yoga. Caio Miranda (1962 apud Fernandes e Rocha, 2005, p.319) declara que existe o Yoga (yôga) e a Yoga (ioga), “que embora sendo graficamente idênticos, têm pronúncia e significação diferentes, conforme o que desejam exprimir. Yoga (yôga) é todo método capaz de produzir a união real do homem com Deus, ou ainda a doutrina toda em si, ao passo que Yôga [ioga] é qualquer das práticas do sistema yôgui”.

A aplicação da Yoga como intervenção terapêutica data do início do século vinte e se beneficia dos componentes psicofisiológicos da prática. De acordo com Büssinget al (2012, p.1):

Os exercícios físicos (asanas) podem aumentar a flexibilidade física do paciente, coordenação e força, enquanto as práticas de respiração e meditação podem acalmar e focar a mente para desenvolver maior consciência e diminuir a ansiedade, e, portanto, resultar numa qualidade de vida superior. Outros efeitos benéficos podem envolver uma redução do sofrimento, pressão arterial, e melhorias na resiliência, humor e regulação metabólica.

Diversos métodos de Hatha-yoga foram formados a partir da compilação de técnicas yogues por seus criadores, a exemplo: Swástya Yôga/ Luis De Rose (DE ROSE, 2005), Iyengar Yoga/ B.K.S. Iyengar (IYENGAR, 2007), Astanga Vinyasa Yoga/ Pattabhi Jois (MIELE, 2001), Satva Yoga/ Gustavo Ponce (PONCE, 2008), entre outros, e a Yogaterapia Hormonal/ Dinah Rodrigues (RODRIGUES, 1999).

Segundo Rodrigues (1999, p. 24), “A Hatha-yoga se transforma em Yogaterapia quando é direcionada a corrigir alguma condição de saúde deficiente. [...] Costuma-se organizar uma série de exercícios especiais para corrigir o problema a ser tratado”. A Yogaterapia Hormonal é dinâmica, com exercícios respiratórios intensos associados às posturas e mentalizações com o propósito de aumentar a absorção de prana – energia – e massagear as glândulas hipófise, tireoides, suprarrenais e ovários, principais responsáveis pela cadeia fisiológica de produção hormonal feminina.

2 METODOLOGIA

Este estudo fez parte do Programa de Iniciação Científica da Estácio/BA no ano de 2010. Constituiu-se de dois momentos: no primeiro, foi feito um levantamento bibliográfico em livros e artigos científicos publicados em base de dados como Scielo, Pubmed, Lilacs e Cochrane em língua portuguesa e estrangeira, no período de 2004 a 2012, com exceção de um artigo de 2002 e três livros – 1999, 2001 e 2003, devido ao caráter indispensável de contribuição que essas obras agregaram ao estudo. No segundo momento, foi realizado o estudo de campo do tipo experimental prospectivo no Espaço Ponto de Equilíbrio situado à Rua das

Hortênsias, 434, Pituba, Salvador/BA e no Espaço Mahatma Gandhi, localizado na Rua Rio de Janeiro, 694, Pituba, na mesma cidade.

A potencial disseminação científica do estudo foi divulgada através de panfletos em clínicas de ginecologia e psicoterapia, além de locais públicos, como lojas e restaurantes de produtos naturais, farmácias homeopáticas e centros de Yoga para garantir a aleatoriedade da coleta. As pessoas interessadas deveriam entrar em contato para se informar sobre os detalhes da pesquisa e marcar a avaliação inicial para elegibilidade de sua participação.

Os critérios de inclusão exigiam que possuísem de 45 a 65 anos, estivessem no período da menopausa fisiológica com diagnóstico e atestado médico, sem fazer uso de qualquer terapia de reposição hormonal, sintética ou não sintética, que não possuísem impedimento para a prática dos exercícios propostos, conforme diretrizes do American College of Sports Medicine (HASKELL et al, 2007), relatório atualizado, proposto por especialistas como médicos, epidemiologistas, fisiologistas e especialistas em saúde pública, que tem como objetivo definir tipos e quantidades de atividades físicas necessárias, direcionadas a adultos saudáveis, a fim de melhorar, manter a saúde e prevenir riscos cardiovasculares.

Além disso, as prováveis envolvidas no estudo deveriam adquirir liberação médica e se comprometer com o estudo experimental. Quando da triagem, foram excluídas aquelas que não tivessem a idade proposta, o diagnóstico clínico de menopausa, histerectomizadas, ooforectomizadas, usuárias de terapia de reposição hormonal de qualquer natureza, portadoras de algum impedimento ortopédico ou cardiológico para a prática dos exercícios ou contabilizassem ausência de três práticas consecutivas.

Desta forma, constituiu-se uma amostra de 22 mulheres, das quais permaneceram assíduas 14, com idades entre 48 e 62 anos, com o seguinte perfil: 92,85% realizavam atividade física de leve a moderada intensidade, com interrupção para o estudo; possuíam severidade de sintomas – Índice Menopausal de Kupperman (IMK) leve e médio; 85,71% apresentavam alguma disfunção osteomioarticular como hérnias discais, tendinites, artrose, ruptura parcial em manguito rotador, em reabilitação, espondilolistese, cialgia, osteopenia e osteoporose.

Um formulário foi sistematizado e nele foram coletados aspectos da formulação do estudo, referentes aos sinais e sintomas da menopausa, de acordo

com o IMK, marcador sintomatológico da menopausa de referência na Ginecologia, desde meados da década de 1950 até a atualidade (POLISSENI et al, 2009), ampliado por Rodrigues, onde 0 - indica não apresentar o sintoma; 1- indica sintoma esporádico; 2 - regular; e, 3 - regular com intensidade. Os valores foram multiplicados por fatores de 1 a 4 de acordo com a prevalência e a severidade do sintoma. O grau de severidade foi dado pelo somatório desses produtos, de forma que valores abaixo de 46 caracterizavam grau leve, valores entre 47 e 81, grau médio e valores acima de 82, grau severo. Durante o estudo, as pacientes não tiveram conhecimento dos resultados. Além dos dados hormonais colhidos, foi realizada uma avaliação física (Apêndice A).

O protocolo proposto (Apêndice B) foi inteiramente criado pela yogaterapeuta Rodrigues (1999). Constou de 8 exercícios de aquecimento com mobilizações articulares e alongamentos, 11 séries de ásanas estáticos e dinâmicos, com exercícios respiratórios intensos, denominados bhástrika, mentalizações que direcionavam a energia para cada glândula e um relaxamento final em savásana ou postura do cadáver. Este último induzido por respiração profunda, consciência corporal das diversas partes do corpo e mentalizações de ativação das glândulas endócrinas em estudo. Cada sessão teve duração de uma hora e foi realizada três vezes por semana, sob supervisão de duas instrutoras de Yoga certificadas, que realizaram treinamento específico para aplicação do método; e duas sessões individuais, não supervisionadas, em domicílio, num total de cinco sessões semanais, por um período de seis meses (grupo 1) e três meses (grupo 2) para que fosse observado o tempo mínimo de resposta – a participante que se ausentasse poderia repor sua prática em outro horário. Cada participante recebeu uma apostila para auxílio da prática domiciliar.

A avaliação da adesão à prática domiciliar, contida no Apêndice A, foi realizada por teste inesperado de monitoria, quando era solicitado que uma das envolvidas liderasse a sessão com objetivo de socializar a informação e identificar o conhecimento sobre o protocolo, de modo que a condução satisfatória foi vista como capacitação e aptidão para desenvolver a sequência sozinhas.

Os níveis séricos de estradiol foram obtidos por radioimunoensaio (Amerlite Estradiol-60) em laboratórios de análise bioquímica em Salvador, os quais foram escolhidos por cada paciente, de acordo com sua condição de assistência médica. Os resultados foram expressos como picogramas por mililitro (pg/mL). Os dados

foram obtidos antes do início do tratamento – na suposta fase de diminuição das funções hipofisária, tireoidiana e ovariana (pré-tratamento) – e foram comparados aos níveis alcançados, ao terceiro mês.

A análise dos sinais e sintomas foi realizada pelo Programa Microsoft Excel 2010. No cômputo dos dados, houve uma intersecção entre os dois grupos, uma vez que ambos praticaram durante três meses. A comparação entre as coletas do estradiol foi realizada pela utilização do teste *t* de *student* e o cômputo dos dados foi feito pelo programa estatístico *GraphPadPrism*, versão 4.00 – (*GraphPad Software Incorporated*).

Para participar do estudo, as pacientes assinaram um termo de consentimento livre e pré-esclarecido, de acordo com a resolução nº 196/96 do CONEP (Apêndice C), o qual lhes dava o direito de desistir, se lhes fosse conveniente e afirmava sua concordância em realizar os exercícios e avaliações no período proposto. Foram informadas dos riscos à saúde, que são desprezíveis, assim como em qualquer atividade física de leve a moderada intensidade, e dos benefícios já conhecidos da Yoga, como aumento da consciência corporal, flexibilidade, tônus muscular e bem-estar (BÜSSING et al, 2012). Assinaram também um termo de autorização quanto ao uso de imagem (Apêndice D), o qual lhes certificou a preservação de sua identidade. Os responsáveis pelos locais da pesquisa assinaram um termo de consentimento para sua utilização (Apêndice E).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos resultados foram considerados os seguintes efeitos: aumento, manutenção e redução da intensidade dos sinais e sintomas, possíveis de serem mensurados através do Índice Menopausal de Kupperman – IMK, ampliado por Rodrigues. Para tanto, foram analisados 18 sinais/sintomas: angústia e ansiedade; fadiga, apatia e desânimo; fogachos ou ondas de calor; alopecia ou queda de cabelo; memória fraca; dores articulares; ressecamento vaginal; instabilidade emocional; irritabilidade; diminuição da libido; insônia; depressão; parestesias ou coceiras/ formigamento/ picadas na pele; cefaleia ou dor de cabeça; palpitações; olfato fraco; enxaqueca; e, coceira genital. O gráfico 1 apresenta a prevalência dos sinais/sintomas no início do estudo.

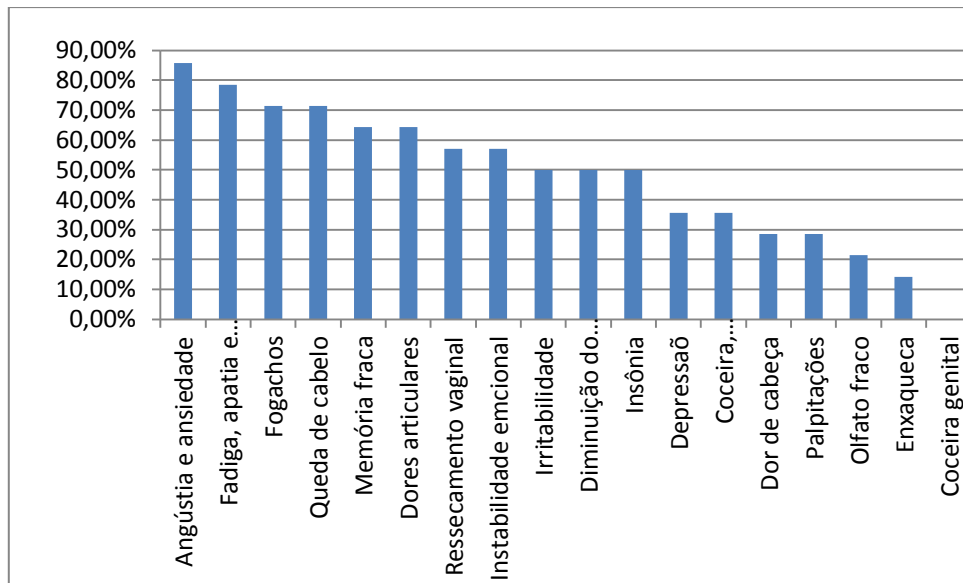


Gráfico 1: Prevalência dos sinais e sintomas na amostra.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

Os sinais/sintomas que apresentaram maior prevalência na redução da intensidade foram: depressão, fogachos, ressecamento vaginal, insônia e fadiga/apatia/ desânimo (Gráfico 2).

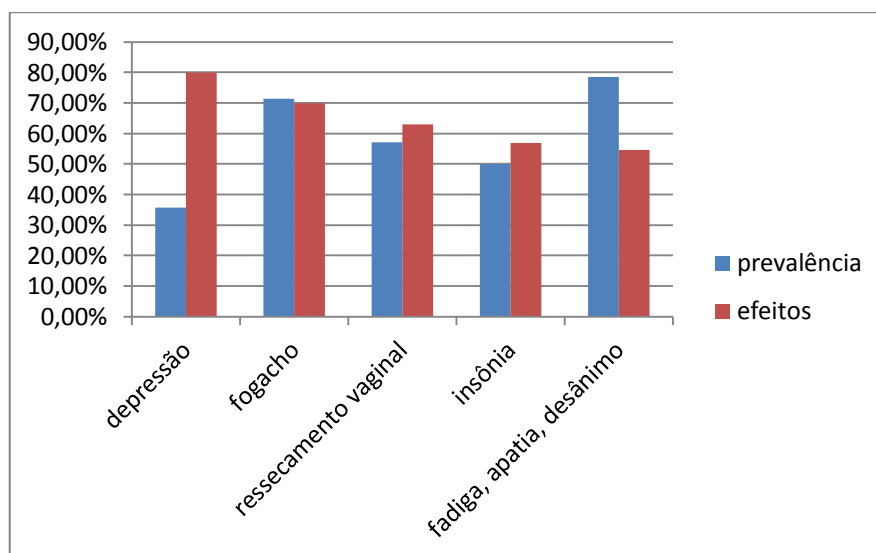


Gráfico 2: Relação da prevalência com a redução dos sinais e sintomas em percentual acima de 50 % das mulheres.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

A depressão é considerada tanto um fator decorrente da alteração hormonal quanto biopsicossocial. A redução na interação estrogênica com neurotransmissores que agem no humor – serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e

monoaminooxidase – pode promover ansiedade e depressão. Mudanças no meio familiar como separação, síndrome do ninho vazio, doença ou morte de familiares, diminuição de renda, história de depressão prévia, estresse, atitude negativa em relação à menopausa e sintomas vasomotores associados à insônia são considerados fatores de risco biopsicossociais para depressão (POLISSENI, 2008, 2009).

Embora esse sintoma não tenha apresentado alta prevalência no grupo estudado, visto que estava presente em apenas 35,71% das pacientes, foi o que teve maior redução – 80%, proporcional ao número de pacientes com o sinal/sintoma. As pacientes que apresentavam depressão de forma esporádica no início do estudo, o finalizaram sem o sinal/sintoma. As 20% que apresentavam no início intensidade regular e intensa, passaram a manifestá-lo esporadicamente. Das pacientes que tinham depressão, 80% apresentavam insônia associada e, 100%, ansiedade. Acredita-se que os efeitos conquistados nesse sinal/sintoma são atribuídos às técnicas respiratórias associadas às mentalizações e ao relaxamento.

Polisseni et al (2009) encontraram resultados semelhantes na amostra de 93 mulheres na mesma faixa etária: prevalência de 36,8% de depressão e na relação desse sinal/sintoma com ansiedade e insônia.

Neves Neto (2011), em estudo sobre técnicas cognitivo-comportamentais baseadas em técnicas respiratórias yogues, explica o estresse como uma resposta psicofisiológica de adaptação que promove o funcionamento catabólico do metabolismo, tais como ativação do eixo hipotálamo, hipófise e adrenal, ativação do sistema nervoso autônomo simpático, além da diminuição da produção de óxido nítrico, serotonina e dopamina, com presença dos seguintes sintomas: queixas funcionais e/ou somatizações, mudanças no humor, irritabilidade, insônia, baixa libido e fadiga. Sintomas estes, predisponentes à depressão e comuns à menopausa. As técnicas respiratórias e de relaxamento combatem os efeitos do estresse através da ativação do sistema nervoso autônomo parassimpático, da acetilcolina e do óxido nítrico e possibilitam mudanças psicoemocionais.

Vorkapic e Rangé (2011) incluem a redução das catecolaminas, do cortisol, do metabolismo e consumo de oxigênio como outros efeitos da Yoga obtidos pelas técnicas respiratórias com conseqüente equilíbrio das emoções. Outro estudo explica que a meditação ativa o sistema límbico e produz relaxamento como resposta.

Há uma modulação do sistema nervoso autônomo e consequente redução do tônus simpático, ativação do sistema neuromuscular antagonista, que pode incrementar o relaxamento como resposta à estimulação do sistema límbico através de meditações principalmente (RILEY, 2004 apud PILKINGTON et al, 2005, p. 5-6, tradução nossa).

Chattha et al (2008) realizaram um estudo por 8 semanas com 120 mulheres indianas entre 45 e 55 anos, no qual foi comparada a resposta do grupo que realizou Yoga com outro, de exercícios físicos, para determinar os sintomas da menopausa. Segundo o questionário de Climatério, *Greene Scale*, utilizado para a avaliação dos sintomas menopáusicos gerais, diferenças significativas no grupo que realizou Yoga foram observadas nos seguintes sintomas: vasomotores, somáticos e psicológicos. Utilizou-se também a PSS - Perceived Stress Scale/ escala de percepção de estresse, onde não foi evidenciada nenhuma alteração para o grupo de exercícios, contrariamente ao grupo de Yoga, que apresentou grandes benefícios. Essa escala analisa o nível de estresse a partir de características pessoais como irritabilidade, autoconfiança e ansiedade.

O Gráfico 3 mostra os resultados do sintoma fogacho. A melhoria com a Yoga foi constatada em 3 meses. Na análise ao final do sexto mês, foi observado que não houve incremento nas alterações. Desta forma, 3 meses foram suficientes para sua redução.

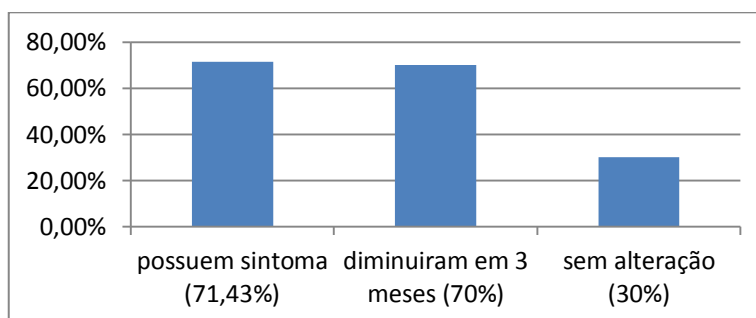


Gráfico 3: Resultado Fogachos.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

As pacientes que não apresentaram alteração do sintoma possuíam idade superior a 52 anos e sintoma comum de fadiga com regularidade, em concordância com Dalay, Stokes-Lampard e Macarthur (2011) que remete a ocorrência da fadiga às interrupções do sono devido à presença do fogacho como calor noturno.

Resultados semelhantes foram encontrados por Cohen et al (2007) que, em estudo piloto, utilizaram a Yoga restaurativa, com um grupo de 14 mulheres, por 8 semanas, para tratar sintomas da menopausa. Observaram que, com posturas psicofísicas, técnicas de relaxamento, controle respiratório e meditação, obtêm-se melhora dos fogachos em 69% das mulheres. Em relação à frequência e gravidade desse sintoma a melhora foi significativa ao final de 4 e 8 semanas de intervenção, com reduções de 28% e 30%, respectivamente.

Já no presente estudo, os ganhos foram mais significativos, com reduções de 30 a 100% dos fogachos (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual de redução do fogacho

Nº PACIENTES (10)	PERCENTUAL DE REDUÇÃO
5	100%
2	30 A 39%
3	0 %

Fonte: pesquisa de campo, 2010

Apesar dos resultados positivos de Cohen et al (2007) ocorrerem em menor tempo, constatou-se que efetivamente houve maior redução com 3 meses de prática da Yoga. Este parece ser um tempo de terapêutica favorável, uma vez que não foi registrada nenhuma alteração, a mais, na terceira coleta do grupo 1.

No estudo de La Force, Thurston e Taylor (2007) 11 mulheres entre 45 e 60 anos na menopausa realizaram Yoga por 5 semanas com objetivo de avaliar a sua eficácia nos sintomas e, especificamente, nos fogachos. Para isso foi utilizado um monitor que verificou a condução do calor por 24 horas antes e depois do tratamento. Na avaliação subjetiva por questionário, as mulheres relataram redução significativa das interferências das ondas de calor na vida diária. Não foram observadas alterações na frequência e gravidade nos seus diários ou na monitorização. Acredita-se que o fato ocorreu devido à memória psicológica da percepção do sintoma, no momento em que foi recolhida a informação, ou foi relativo à influência que outros sintomas tiveram em relação aos fogachos.

Esse dado demonstra que a avaliação subjetiva pode apresentar melhor expressão do sintoma, pois a sua percepção pode variar em função do limiar de sensibilidade ou da memória psicológica de cada paciente em relação ao sintoma.

As disfunções urogenitais são provenientes da queda estrogênica, a qual promove outras alterações como dispareunia, prurido e diminuição da libido com redução das reações no clitóris e nos pequenos lábios.

Durante o climatério, o hipoestrogenismo torna o epitélio do trato genital mais delgado e frágil. Na vulva, ocorre decréscimo na secreção das glândulas sudoríparas, sebáceas e atrofia das glândulas de Bartholin, o que propicia a secura e o estreitamento da vagina, com redução de sua rugosidade e elasticidade. A menor capacidade de lubrificação frente à estimulação sexual pode causar a dispareunia, caracterizada por dor na relação sexual, fato que prejudicará o funcionamento sexual da mulher (FLEURY; BULCÃO et al, 2004 apud CABRAL et al, 2012, p. 330).

O ressecamento vaginal teve prevalência (Tabela 2) semelhante ao estudo de Chuery et al (2009), realizado com 31 mulheres pós-menopáusicas com tempo médio de menopausa de 10 anos, onde o principal sinal/sintoma de atrofia urogenital foi a “secura” vaginal, presente em 51,6% da sua amostra. No presente estudo, a redução na diminuição da libido não acompanhou na mesma proporção os resultados relacionados ao ressecamento vaginal.

Chuery et al (2009) relacionam a presença do sinal/sintoma à pós-menopausa tardia, com pelo menos 3 a 5 anos de menopausa. Polisseni et al (2008) contextualizam as disfunções urogenitais como consequências do hipoestrogenismo, as quais surgem em médio prazo. Curiosamente, no presente estudo, as pacientes que possuíam ressecamento vaginal regularmente eram as mais jovens, e recém-menopáusicas de 48 e 51 anos.

Tabela 2: Sintomas urogenitais

Sintoma	Prevalência na amostra	Redução em 3 meses	Sem alterações
Ressecamento vaginal	57,14%	63%	37,50%
Diminuição da libido	50%	42,86%	57,14%
Coceira genital	0%	0%	0%

Fonte: pesquisa de campo, 2010

A diminuição dos níveis estrogênicos atua na diminuição da lubrificação vaginal, assim como no mecanismo central de regulação do desejo sexual. Fernandes et al (2006) afirmam que as mulheres na menopausa, frequentemente, apresentam deficiência androgênica que resulta na diminuição da excitação sexual e da libido. Logo, níveis baixos de testosterona associados ao hipoestrogenismo podem levar a uma maior disfunção sexual. A diminuição estrogênica também promove a redução do colágeno cutâneo e alterações na gordura corporal, o que causa mudanças na configuração corpórea e provoca uma menor autoestima e diminuição do desejo sexual (LORENZI; SACIOTO, 2006; GOUVEIA et al, 2009). Os próprios sintomas da menopausa são fatores que podem levar a essa disfunção: fogachos, fadiga/ apatia/ desânimo e sintomas psicoemocionais associados à maturidade como mudanças no ambiente familiar – divórcio, saída dos filhos; no meio social – aposentadoria, diminuição de renda; e de saúde – predisposição a disfunções da meia-idade.

Das pacientes com diminuição de libido, 42,86% apresentavam sintoma regular e intenso no início. Ao final do estudo, passaram a apresentar o sintoma como esporádico ou zeraram. Lorenzi (2005), em estudo com 206 mulheres em período pós-menopáusicas, de 45 a 60 anos, teve como objetivo identificar fatores preditivos da frequência da atividade sexual e correlacionou a diminuição dessa frequência com os seguintes sinais/sintomas da menopausa através do índice de Kupperman: irritabilidade, melancolia/tristeza, artralguas/mialguas, fogachos e fraqueza/cansaço.

Das pacientes que apresentavam diminuição da libido, 71,43% manifestavam irritabilidade associada. Em correlação, o grupo que não apresentou melhorias na diminuição da libido apresentou, como fatores preditivos do sintoma, dores articulares e fadiga. Houve pouco percentual de relação entre as pacientes que possuíam diminuição da libido e fogacho, apenas 28,57%. Metade do grupo apresentou diminuição nos dois sintomas e a outra metade, não sofreu alteração. Não foi constatada, na amostra, correlação do ressecamento vaginal com a diminuição da libido.

Possivelmente, as contrações musculares do assoalho pélvico, denominadas de bandhas pelo Yoga, promovem o estímulo das glândulas de Bartholin. Os bandhas são “movimentos especiais do corpo criados para reter a força vital dentro do tronco e, com isso, estimulá-lo” (FEURSTEIN, 2003, p. 476). O mulabandha, selo

do plexo sacral, é executado mediante uma contração lenta e mantida da região perineal, associado a retenções respiratórias. Resulta fisicamente na tonificação do sistema urogenital, auxilia em doenças psicossomáticas, disfunção sexual e possibilita desenvolver o controle e aprimoramento na relação sexual (SARASWATI, 2009). Quando os músculos do assoalho pélvico são treinados há aumento da irrigação sanguínea local e conseqüente melhora da resposta sensório-motora na excitação glandular, lubrificação, aumento da libido e do orgasmo (PIASSAROLLI, 2010). Além disso, como a Yoga incrementa o sistema parassimpático, possivelmente a congestão vascular durante a excitação sexual e a lubrificação da vagina também são beneficiadas uma vez que são geridas por esse sistema.

É possível que os efeitos positivos encontrados atribuam-se a uma resposta central do sistema nervoso parassimpático e, local, através do mulabandha – contração do assoalho pélvico, que proporcionam aumento da congestão vascular, lubrificação vaginal e excitação sexual.

Os resultados analisados do sintoma insônia são apresentados no Gráfico 4. Das que possuíam insônia, 71,43% apresentavam fogachos, memória fraca e instabilidade emocional associados, 42,86% cefaleia correspondente e 57,15% fadiga/apatia/desânimo e depressão. Todas as pacientes que apresentavam depressão e insônia associada reduziram os dois grupos de sintomas com a prática da Yogaterapia Hormonal.

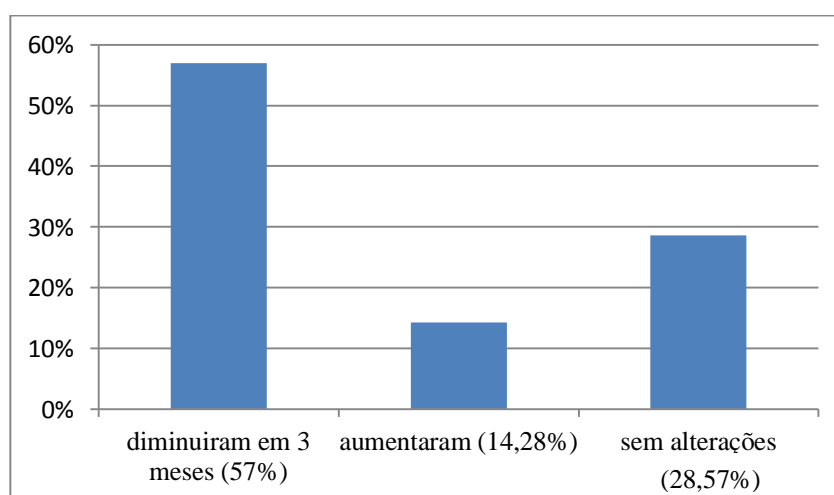


Gráfico 4: Resultado Insônia.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

Hachul (2012) afirma que cerca de 60% das mulheres na menopausa possuem insônia. Acredita que o sintoma ocorre devido aos fogachos e suores noturnos e pode gerar fadiga, cefaleia, perda de memória, instabilidade emocional e, em último estágio, pode chegar à depressão. Outros autores entendem insônia como consequência do hipoestrogenismo que leva ao estado hiperadrenérgico da menopausa (VIGETA, 2007). Observam-se alterações, com a Yoga, na produção do hormônio melatonina que é responsável pela regulação do ritmo circadiano do sono e funciona como neutralizadora da atividade simpática (AFONSO et al, 2012). Harinath et al (2004) afirmam que a meditação pode estimular a síntese da melatonina em indivíduos diagnosticados com insônia. Esse estímulo pode estar relacionado, no presente estudo, com as 57% das pacientes que apresentaram redução da insônia.

A fadiga, apatia e desânimo, agrupados por Rodrigues (1999), apresentou boa efetividade de redução (Gráfico 5).

Não foram encontrados estudos que analisassem esse grupo de sintomas especificamente na menopausa. No entanto, apresentam-se correlacionados a outros sintomas já analisados: fogacho, insônia e diminuição da libido. Supõe-se que a ocorrência desse grupo de sintomas pode ser decorrente dos fogachos e da insônia e ser um fator preditivo da diminuição da libido. Acredita-se que a Yogaterapia Hormonal promoveu sua redução através das alterações fisiológicas do exercício – ásanas e exercícios respiratórios e da influência de outros sintomas.

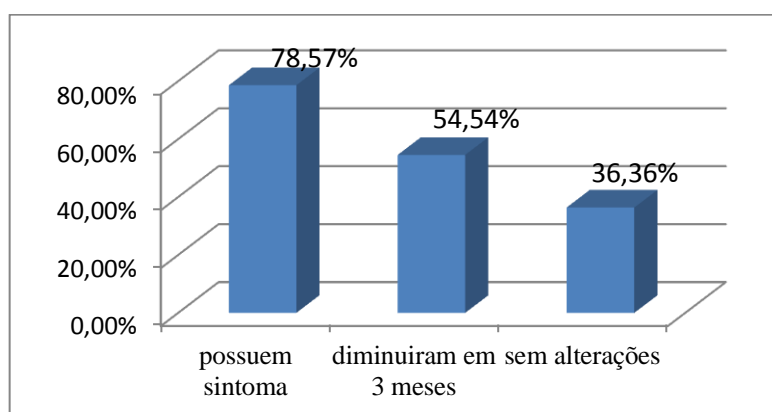


Gráfico 5: Resultados de fadiga, apatia e desânimo.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

O Gráfico 6 expõe a prevalência e os efeitos dos sinais e sintomas que apresentaram resultados menos efetivos. Alguns deles já foram correlacionados e discutidos anteriormente.

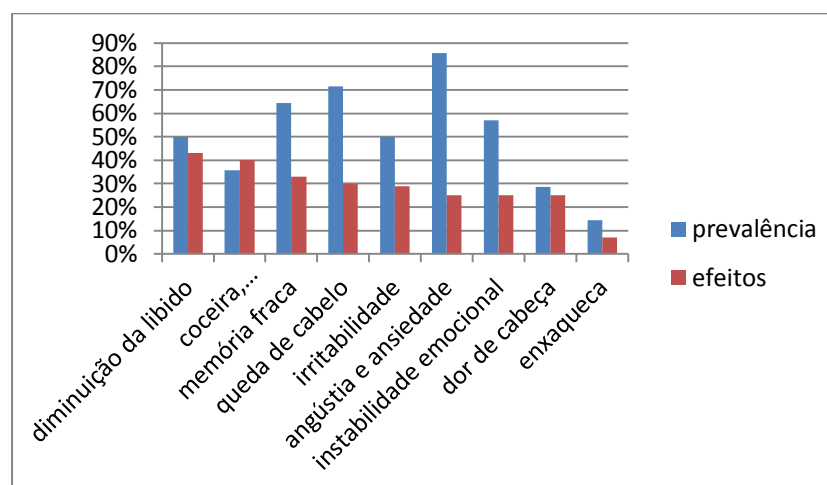


Gráfico 6: Relação da prevalência com o percentual de pacientes que reduziram os sinais e sintomas. Efetividade em menos de 50% da amostra. Fonte: pesquisa de campo, 2010.

Quanto ao prurido e parestesias, sintomas esses associados por Rodrigues (1999) como coceira/formigamento/picadas na pele, a análise dos resultados revelou 35,71% de prevalência, nos quais dois pacientes reduziram e zeraram ao final. Não foram encontrados estudos que analisassem os sintomas de prurido e parestesias de forma específica na menopausa, no entanto podem estar associados às alterações circulatórias mais frequentes no envelhecimento.

Embora a memória fraca tenha apresentado prevalência de 64,29%, a redução nesse sintoma ocorreu em apenas 33% das pacientes. Chattha et al (2008), em estudo com 108 mulheres entre 40 e 55 anos, utilizaram a Abordagem Integrada de Yogaterapia (IAYT) associada à meditação por 8 semanas/ 5 sessões semanais, comparada a um grupo controle de exercícios físicos, com objetivo de avaliar a função cognitiva através do SLCT- teste de cartas e o PGIMS – teste de memória. Obteve melhores efeitos para o grupo de Yoga. Proveito correlacionado à presença, no hipocampo, de receptores de estrogênio, o qual tem influência nas funções de cognição e memória. Dessa forma, o declínio cognitivo também é atribuído ao hipoestrogenismo.

Os autores mencionados sugerem que a melhoria das funções cognitivas observadas nesse estudo deve-se ao efeito da Yoga, ao proporcionar maior processamento de informações nas camadas sutis do lobo frontal, de acordo com análise de estudos eletrofisiológicos correlacionados.

A alopecia ou queda de cabelo teve redução de 28,57%. Em apenas uma participante houve efeito positivo com a Yogaterapia Hormonal. É um sinal atribuído a fatores genéticos predisponentes e/ou hiperandrogenismo, característico da menopausa, em função da queda estrogênica. Supõe-se que para haver efeito de modo mais significativo, em menor tempo, seria necessário o aumento importante das taxas estrogênicas.

Contrariamente à depressão que apresentou resultados efetivos com a Yoga, os outros sintomas psicoemocionais estudados não sofreram mudanças significativas, devido ao grande percentual de mulheres sem alterações (Tabela 3).

Tabela 3: Sintomas psicoemocionais

Sintoma	Prevalência na amostra	Redução em 3 meses	Sem alterações
Irritabilidade	50%	29%	57,14%
Instabilidade emocional	57,14%	25%	62,50%
Ansiedade e angústia	85,71%	25%	58,33%

Fonte: pesquisa de campo, 2010.

Do total das pacientes estudadas, 42,85% apresentavam os três grupos de sintoma psicoemocionais associados. Metade delas também apresentava depressão. Na análise da associação dos resultados desse último grupo (irritabilidade + instabilidade emocional + ansiedade/angústia + depressão) foi comprovada redução em todos esses sintomas, com exceção da ansiedade/angústia, que não apresentou alterações, o que sugere que seja considerada como um sintoma residual da depressão, embora haja evidências que a Iyengar Yoga aumente as taxas do hormônio GABA – gama-aminobutírico, responsável pela diminuição da atividade cerebral, com efeitos positivos na ansiedade (STREETER et al, 2010).

Sabendo-se que o tempo de relaxamento da Iyengar Yoga é maior – cerca de 20 minutos - do que o da Yogaterapia Hormonal – aproximadamente 10 minutos, supõe-se que esse fato tenha influenciado na baixa efetividade de redução dos sintomas psicoemocionais.

A prevalência do grupo cefaleia e enxaqueca nessa amostra não foi expressiva e os resultados com a Yogaterapia Hormonal foram os menos efetivos (Tabela 4).

Tabela 4: Sintomas menos efetivos em 3 meses

Sintoma	Prevalência na amostra	Redução em 3 meses	Sem alterações
Cefaleia	28,57%	25%	50%
Enxaqueca	14,28%	7,14%	7,14%

Fonte: pesquisa de campo, 2010

Peres e Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (2005) consideram enxaquecas e cefaleias, fenômenos ainda pouco estudados, relacionados com neuromoduladores do sistema nervoso central, principalmente com o hipocampo. Eles analisaram a associação dos estrogênios com a vasodilatação das artérias do leito cerebral e sugeriu que as enxaquecas da menopausa, entre outras fases do ciclo menstrual feminino, podem estar associadas à diminuição desse hormônio.

Foi observado que somente as dores articulares obtiveram redução, após 6 meses de intervenção, em 22,22% das participantes. A maioria das pacientes que apresentavam dores articulares tinham alterações osteomioarticulares associadas (Tabela 5). Atribui-se a demora na redução desse sintoma ao fato de o programa de Yoga proposto não ter o objetivo de atingir, especificamente, as estruturas articulares em disfunção, através de Fisioterapia a elas relativas.

Tabela 5: Perfil esteomioarticular das pacientes por idade.

Pacientes	Idade	Disfunção Osteomioarticular
YTH	48-62	
D.K.	53	Hérnia lombar /osteopenia
E.S.	51	Tendinite ombro
F.B.	52	Hérnia lombar
G.	51	Osteopenia
I.A	52	tendinite/osteopenia
L.G.	49	Artrose
L.S.	62	Ruptura de manguito rotador
M.F.	52	Osteoporose
M.C.	53	Osteopenia
M.A.	53	-
N.	49	Protusão discal/osteopenia
R.C.	48	-
S.V.	51	Cialtagia /osteopenia
S.B.	59	Espondilolistese

Fonte: pesquisa de campo, 2010.

A Yoga não obteve efeitos para o olfato fraco e palpitações. Não foi encontrada na literatura referência que associasse especificamente o período menopausal à diminuição da função olfativa. Esse declínio funcional está associado

ao envelhecimento e a maioria da amostra, 85,71%, apresentavam 48 a 53 anos, quando essa perda ainda não é tão comum.

Nenhuma paciente era portadora de coceira genital, embora seja um sintoma decorrente da atrofia vaginal promovido pelo hipoestrogenismo.

Em relação aos sinais/sintomas como um todo, observou-se significativa redução em 3 meses (Gráfico 7).

O comportamento da intensidade dos sinais e sintomas para cada paciente ao longo do estudo está representado no Gráfico 8 (a e b). Apenas uma paciente (S.P.) não apresentou redução no IMK.

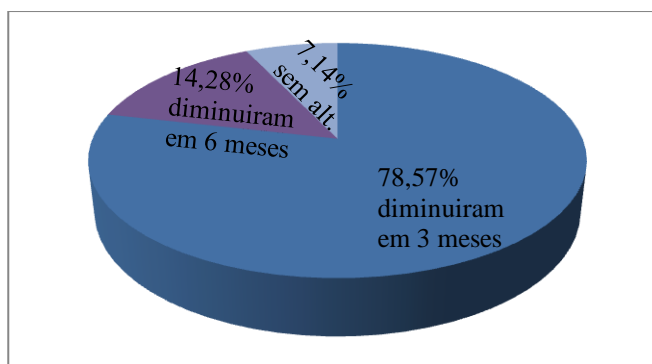


Gráfico 7: Efeitos da Yoga nos sinais e sintomas gerais através do IMK.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

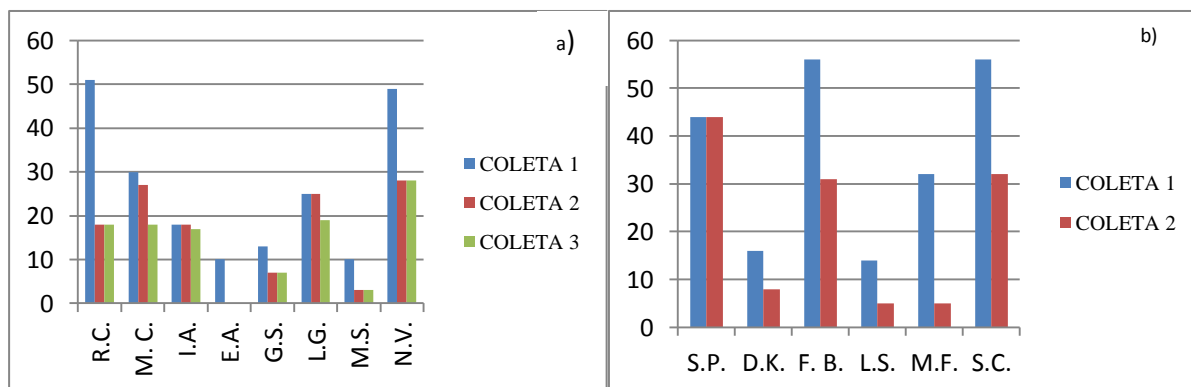


Gráfico 8: Em (a) severidade e alterações dos sintomas no grupo 1 (6 meses); Em (b) severidade e alterações dos sintomas no grupo 2 (3 meses), de acordo com IMK de cada paciente.
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

O Gráfico 9 mostra as alterações percentuais das participantes na intensidade dos sinais e sintomas do início ao final do estudo. Nota-se o incremento percentual do grau leve (IMK ≤ 46) em detrimento do grau médio (IMK 47 a 81), que deixou de existir. 7,14% zeraram os sintomas.

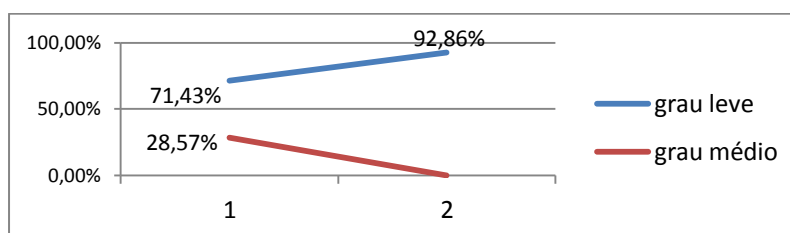


Gráfico 9: Alterações percentuais das participantes nos graus leve e médio
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

Na análise da amostra total, 92,86% das pacientes obtiveram entre 30 a 100% de redução na intensidade dos sintomas. A maior redução observada (Tabela 6) foi na faixa de 30 a 49%, identificada em 46,15% das pacientes.

Tabela 6: percentual de redução dos sintomas

N PACIENTES (13)	PERCENTUAL DE REDUÇÃO
1	100%
2	60 a 69%
1	50 a 59%
3	40 a 49%
3	30 a 39%
1	20 a 29%
2	0 a 9%

Fonte: pesquisa de campo, 2010

Apesar de não haver alteração significativa no aumento do estradiol, houve melhoria dos sinais/sintomas gerais. Os resultados não comprovaram mudanças estatísticas nos níveis estudados por não terem apresentado nível de confiança de 95% (Tabela 7/Gráfico 10).

Tabela 7: Análise estatística do estradiol.

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio-padrão
A1Estradiol	13	0,5	134,9	299,64	23,04923077	35,01514469
A2Estradiol	11	0,8	136,58	293,26	26,66	37,62351499

Fonte: pesquisa de campo, 2010

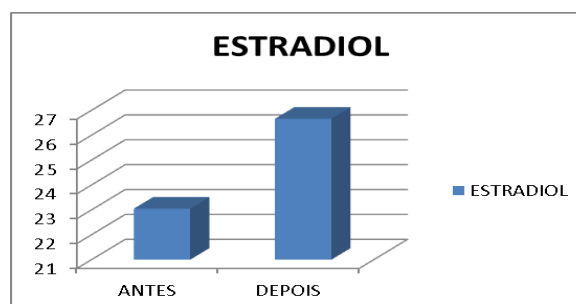


Gráfico 10: Dosagens do estradiol (média em pg/mL).
Fonte: pesquisa de campo, 2010.

É possível que esse resultado se atribua à falta de padronização da coleta, pois as pacientes tiveram liberdade na escolha dos laboratórios e, conseqüentemente, análises bioquímicas diferentes em horários de coletas indefinidos.

Em relação à prática domiciliar de Yoga foi observada grande adesão, visto que, nos testes de monitoria, as envolvidas encontravam-se aptas a desenvolver a prática sozinhas e apresentaram relatos de frequência de prática do programa nos seus domicílios, com satisfação.

Da mesma forma, houveram relatos importantes de todas as pacientes sobre ganho na qualidade de vida relacionada ao auto-conhecimento, ao valor do autocuidado e ganho de vitalidade. Todas manifestaram interesse em dar continuidade às práticas.

CONCLUSÃO

Visto que a menopausa é um período no qual a mulher vivencia importantes mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida e, diante das poucas pesquisas encontradas em áreas terapêuticas alternativas, esse estudo contribui para as ciências da saúde, na medida em que mostra uma perspectiva de uma nova terapêutica regulamentada, em incremento à saúde da mulher.

Foram apresentados efeitos significativos da Yogaterapia Hormonal principalmente na depressão, fogachos, ressecamento vaginal, insônia, fadiga/apatia/desânimo, em relação aos quais, mais de 50% das pacientes apresentaram redução significativa. Dessa forma, os dados encontrados podem ser considerados relevantes para prescrição desse método de forma terapêutica alternativa para pacientes portadoras de graus de sintomas menopáusicos leves a moderados, de acordo com o IMK.

Através da comparação entre estudos semelhantes, porém com instrumentos de avaliação diferentes, é possível que os efeitos alcançados em 3 meses promovam resultados mais significativos quando comparados a outros estudos com menor tempo de intervenção. No entanto, a intervenção por 6 meses não mostrou incremento nos efeitos encontrados em 3 meses, mas, sim, a sua manutenção. Dessa forma, pode-se considerar que o menor período seja satisfatório para

obtenção de resultados efetivos nos sinais e sintomas da menopausa com a Yogaterapia Hormonal.

A explicação utilizada por Rodrigues (1999) para definir a intensidade dos sinais e sintomas oferece a esse instrumento de avaliação certo caráter de fidedignidade, mesmo que se refira à percepção subjetiva. Isso foi observado devido à coerência dos valores encontrados entre coletas de cada paciente, sem que tivessem acesso aos valores computados, com os respectivos relatos ao longo do estudo.

Não foi observado aumento significativo das taxas de estradiol. Houve uma limitação quanto à coleta desse hormônio, que não pôde ser padronizada, em face da condição de assistência médica de cada paciente na utilização do laboratório de escolha. É possível que a falta de padronização na coleta tenha influenciado nesses resultados. Portanto, tornam-se relevantes estudos que utilizem a coleta do estradiol, de forma padronizada.

A adesão à prática domiciliar foi bem-sucedida, o que mostra a possibilidade de maior disseminação da terapêutica com melhor custo-benefício. Supõe-se que com a elevada taxa de redução encontrada nos sinais e sintomas, em 3 meses, houve conseqüente incremento da qualidade de vida, confirmada através dos relatos catalogados.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com mulheres em fase menopáusicas que apresentem contra-indicação ao uso da TRH; bem como que se investigue a manutenção dos resultados alcançados, após o período de prática sugerido, correlacionados com a sua ausência. Entretanto, a prática continuada é relevante para as mulheres nessa fase, desde que garante a manutenção dos ganhos e todos os benefícios psicofísicos intrínsecos da prática da Yoga, além de promover interação social.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Rui Ferreira et al. Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, v. 19, n. 2, 2012, p. 186-193.
- AVIS, Nancy E. et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. National Institute of Health. v. 16, n. 5, 2009, p. 860-869.
- BASSO, Renata Pedrolongo et al. Terapias não farmacológicas para o tratamento de sintomas vasomotores em mulheres climatéricas: uma revisão sistemática da literatura. *ConScientiae Saúde*, v. 10, n. 3, 2011, p. 586-594.
- BÜSSING, Arndt et al. Effects of Yoga on Mental and Physical Health: a short summary of reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2012, ID 165410, 2012, p. 1-7.
- CABRAL, P. U. L. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 34, n. 7, 2012, p. 329-34.
- CHATTHA, R. et al. Effect of yoga on cognitive functions in climacteric syndrome: a randomised control study. *Bjog: an international journal of obstetrics and gynaecology*, v. 115, n. 8, 2008, p. 991-1000.
- COHEN, B. E. et al. Feasibility and acceptability of restorative yoga for treatment of hot flushes: A pilot trial. *Maturitas - The European Menopause Journal*, v. 56, n. 2, 2007, p. 198-204.
- DALEPRANE, M. L. **Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de ansiedade e estresse de mulheres mastectomizadas**. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, 2011, p. 1-72.
- DALEY, A; STOKES-LAMPARD, H.; MACARTHUR, C. Ejercicio para los síntomas vasomotores menopáusicos. *Cochrane*, v. 5, n. 10, 2011, p. 1-5.
- DATASUS. **Informações de saúde**: população residente por sexo segundo faixa etária. Brasília, 2012. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>. Acesso em: set. 2012
- FERNANDES, C. E. et al. Síndrome de insuficiência androgênica: critérios diagnósticos e terapêuticos. *Rev Psiq Clín*, v. 33 n. 3, 2006, p. 152-161.
- FERNANDES, Edrisi; ROCHA, Vera Maria da. A imagem do yoga como terapia e como ginástica: uma construção ocidental. *Vivência Artigos*, n. 29, 2005, p. 311-326.

FEURSTEIN, Georg. **A tradição do yoga: história, literatura, filosofia e prática**. 3. ed. São Paulo: Pensamento. 2003. p. 63-70/ p. 461-482.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de enfermagem**. v. 58, n. 6, 2005, p. 692-697.

GOUVEIA, P.F. et al. Função sexual da mulher na transição menopausal: estudo transversal. **Ver bras de medicina**. 2009, p. 24-32.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011, p. 1400-1415.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 498-512.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1016-1022.

HACHUL, H. Pesquisas do ambulatório de insônia no climatério. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 7, 2012.

HARINATH, K. Effects of Hatha Yoga and Omkar Meditation on Cardiorespiratory Performance, Psychologic Profile, and Melatonin Secretion. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 10, n. 2, 2004, p. 261–268.

INNES, K. E.; SELFE T. K.; VISHNU A. Mind-body therapies for menopausal symptoms: a systematic review. **Maturitas - The European Menopause Journal**, v. 66, n. 2, 2010, p. 135-149.

IYENGAR, B.K.S.; EVANS, J. J.; ABRAMS, D. **Luz na vida: a jornada da ioga para a totalidade, a paz interior e a liberdade suprema**. São Paulo: Summus, 2007.

LA FORCE, C. B.; THURSTON, R. C.; TAYLOR, M. R. Treatment for menopausal symptoms. **Maturitas: The European Menopause Journal**, v. 57, n. 3, 2007, p. 286-295.

LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Ver Assoc Med Bras**, v. 52, n. 1, 2006, p. 256-60.

LORENZI, et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 1, 2005, p. 12-19.

MIELE, L. **Astanga Yoga: under the guidance of yogasana visharada vidwan director sri K. Pattabhi Jois**. 5. ed. Rome: Lino Miele via Cassia, 2001.

NEVES NETO, Armando Ribeiro das. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, v. 56, n. 3, 2011, p. 158-68.

PERES, M. F. INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN. Melatonina, aminoácidos e a fisiopatologia da enxaqueca: a ponta ou o fragmento do iceberg? **Rev Migrêneas cefaléias**, v.8, n.1, 2005, p.16-19.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 5, 2010, p. 234-40.

PILKINGTON, K. et al. Yoga for depression: the research evidence. **Journal of Affective Disorders**, v. 89, n. 1-3, 2005, p. 13-24.

POLLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 1, 2009, p. 28-34.

POLLISSENI, A. F. et al. Síndrome Depressivo - Ansiosa no Climatério. **Boletim do Centro de Biologia da Reprodução**, v. 27, n. ½, 2008, p. 7-13.

PONCE, G. **Yoga: la ciência del cuerpo e del alma**. 3. ed. Santiago: Flor de Loto, 2008, p. 393- 398.

RODRIGUES, Dinah. **Yoga Terapia Hormonal para Menopausa**. 2 ed. São Paulo: Madras, 1999.

RODRIGUES, Dinah. **Yoga Terapia Hormonal para Menopausa**. 4. ed. São Paulo: Madras, 2009.

ROSSOUW, et al. 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, n. 3 2002, p. 321-333.

SARASWATI, Swami Satyananda. **Asana Pranayama Mudra Bandha**. 1 ed. em Português. Belo Horizonte: Satyananda Yoga Center e Yoga Publications Trust, 2009. p. 469-484.

SCLOWITZ, I. K. T.; SANTOS, I. S. dos; SILVEIRA, M. F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Cad.Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 2005, p. 469-481.

SOARES, C. N. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. **Rev. Psiq. Clín**, v. 33, n. 2, 2006, p. 103-109.

STREETER, Chris C. et al. Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: a Randomized Controlled MRS Study. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 11, 2010, p. 1145–1152.

TABORDA W.; GOMES, M. T. **A Bíblia da Menopausa**. 1. ed. São Paulo: CMS Editora, 2006. p. 7-31.

TAIMNI, I. K. **A ciência do Yoga**. 4. ed. DF: Teosófica, 2006. p. 15-106.

TAIROVA O. S.; LORENZI, D. R. S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 1, 2011, p. 135-145.

VAZE, N.; JOSHI, S. Yoga and menopausal transition. **Journal of Midlife Health**, v. 1, n. 2, 2010, p. 56–58.

VIGETA, Sônia Maria Garcia. Alterações do Sono e Menopausa: uma revisão da literatura, **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 3, 2007, p. 377-383.

VORKAPIC, Camila F.; RANGÉ, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, 2011, p. 50-54.

ZAHAR, S. E. V. et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 3, 2005, p. 133-138.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO E AVALIAÇÃO

Grupo: 1 () 2 () Nunca realizou TRH ()

Nº da coleta: 1() 2() 3()

Parou a TRH há 3 meses ()

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Profissão: _____
4. Pratica alguma modalidade de exercício físico? Sim () Não ()
5. Faz uso de algum tipo de medicamento? Sim () Não () Qual(is) (nome e função)?
6. Faz uso de hormônio para reposição? Sim () Não (). Se não faz, mas já fez, há quanto tempo deixou de fazer? _____
7. Possui alguma disfunção glandular ou não possui alguma (as) das seguintes glândulas? Ovário E () / Ovário D () / Supra-renais () / Tireóides () / Hipófise () / Útero () / Fígado (). Explique: _____
8. Apresenta alguma doença óssea, articular ou neuromuscular? Sim () Não (). Se sim, qual? _____
9. Classifique o grau de severidade dos sinais e sintomas (Índice de Kupperman ampliado por Rodrigues)

Marque:(0) Não sente

(1) Sente esporadicamente

(2) Sente regularmente

(3) Sente regularmente em alta intensidade

SINTOMA	SEVERIDADE (0A3)	FATOR =RESULTADO
Ondas de Calor		X4=
Enxaqueca		X4=
Depressão		X4=
Coceira Genital		X4=
Ressecamento Vaginal		X3=
Diminuição do Desejo Sexual		X3=
Insônia		X3=
Instabilidade Emocional		X2=
Irritabilidade		X2=
Angústia e Ansiedade		X2=
Fadiga, Apatia e Desânimo		X2=
Dores nas Articulações		X1=
Dor de Cabeça		X1=
Palpitações		X1=
Coceira, Formigamento e Picadas na Pele		X1=
Olfato Fraco		X1=
Memória Fraca e		X1=

Raciocínio Lento		
Queda de cabelo		X1=
		Total =

Grau de severidade (marque x no resultado correspondente): _____

Sintomas leves (<46): ()

Severidade média (47 a 81): ()

Sintomas severos (> 82): ()

EXAME FÍSICO

Peso: ____Kg/Pressão Arterial: _____mmHg/ Frequência cardíaca: ____bpm/
Frequência respiratória: _____irpm

DADOS BIOQUÍMICOS

Estradiol:

Coleta 1	Coleta 2
----------	----------