

Nádia Sepúlveda  
Médica de família

Livro do  
Bem-Estar  
e Saúde  
da Mulher

O corpo feminino,  
doenças comuns,  
conselhos e dicas



**ARENA**

# ÍNDICE

## Capítulo 1

O que somos: O que nos torna mulheres 9

## Capítulo 2

Como somos 13

2.1. A vulva 13

2.2. A vagina 15

2.3. O útero, as trompas uterinas e os ovários 16

2.4. A mama 18

## Capítulo 3

Como funcionamos 21

3.1. O ciclo menstrual 21

3.2. A ovulação e o período fértil 26

3.3. A menstruação 30

3.4. A contraceção 39

## Capítulo 4

Como nos cuidamos 73

4.1. Os nossos cuidados preventivos em saúde 74

4.1.1. Rastreio do cancro do colo do útero 78

4.1.2. Rastreio do cancro da mama 82

4.2. Os nossos cuidados de higiene íntima 84

4.3. Os nossos cuidados menstruais 91

4.4. Os nossos cuidados no uso do sutiã certo 96

4.5. Os nossos cuidados de pele 103

4.6. Os nossos cuidados no dia a dia 132

## Capítulo 5

Para onde vamos 155

Agradecimentos 157

Bibliografia 159

Dedico este livro a todas as mulheres,  
sobretudo às que enaltecem outras mulheres  
e, em especial, às mulheres da minha vida:

à minha mãe, pois, sem ela, nem eu nem este livro existiriam;

à minha avó, que é a minha segunda mãe;

à minha irmã, o melhor presente que os meus pais  
me ofereceram;

à minha tia, que me ensinou a não ter medo de nada;

às minhas amigas, por aturarem as minhas maluqueiras;

à minha professora primária, que sempre acreditou em mim;

à minha orientadora de especialidade,  
que fez florescer a médica que hoje sou.

## CAPÍTULO 1

# O QUE SOMOS: O QUE NOS TORNA MULHERES

Algures, no passado do leitor, um espermatozoide e um óvulo encontraram-se e aconteceu algo extraordinário: os primeiros passos da sua existência. Se esse gâmeta masculino apresentava um cromossoma Y, então temos um indivíduo do sexo masculino (XY); se, pelo contrário, carregava um cromossoma X, o seu sexo será feminino (XX). Todavia, o sexo biológico constitui apenas o ponto de partida, não a meta...

Esse ovo foi nutrido, acolhido e acarinhado no ventre materno, dividiu-se, multiplicou-se, fez-se embrião e depois feto, e terá nascido, de pulmões expandidos, para um grito de vida, cerca de 40 semanas depois: «Aqui estou!» O seu boletim de saúde — *ainda* azul ou rosa — foi preenchido, detalhando as circunstâncias do nascimento, esse momento de milagre pulsátil, de «sangue, suor e lágrimas». O **sexo** foi definido à nascença, assente em aspetos biológicos, como a genética, a anatomia e a fisiologia, e classificado em masculino, feminino ou intersexual (caso tenha existido uma variação na apresentação dos caracteres sexuais que tenha dificultado a identificação inequívoca do sexo). Esse bebé cresceu, estendeu as asas da sua genética e sofreu as influências biológicas, sociais, económicas e culturais do meio. Pelo caminho, terá ainda aprendido o que esperavam de si, enquanto «homem» ou «mulher»: aí formou o conceito de género.

O **género** é um constructo social, cultural e histórico, que define o «papel», atitudes, sentimentos e comportamentos que uma determinada sociedade atribui aos indivíduos. Por outro lado, a **expressão**

**de género** é a forma como o indivíduo expressa o seu género através do vestuário, comunicação e interesses, dentro dum determinado contexto. Esta manifestação do género pode, ou não, refletir a sua **identidade de género**, que se relaciona com a perceção pessoal de se sentir «homem», «mulher» ou «não binário». Pondo em termos simples, o sexo é como a pessoa NASCE, o género é aquilo que a sociedade ESPERA de si, expressão de género é o que o indivíduo MOSTRA, e a identidade de género, o que SENTE. Por vezes, não existe concordância entre estes conceitos: um **transgénero** é uma pessoa que não se identifica com o papel esperado para o seu sexo biológico e género, tendo uma identidade de género oposta; ao passo que um transexual é alguém com o desejo manifesto de viver e ser aceite como sendo do sexo oposto, tendo ou não realizado alteração do sexo.

Retomemos o nosso fio condutor: a criança que outrora foram, por volta dos 3 ou 4 anos, terá definido a sua identidade de género, que pode ter, ou não, coincido com o seu sexo biológico. Cresceu, desabrochou e tornou-se adulto. Assim terá nascido a «mulher» com quem, nesta ocasião, possivelmente converso. Talvez seja **cisgénero**, uma mulher que nasceu com sexo feminino e assim se identifica, e tenha escolhido esta leitura como forma de se empoderar no conhecimento de como funciona o seu corpo e de como cuidar dele... ou talvez, pelo contrário, seja **transgénero**, se identifique como homem, mas biológica e anatomicamente tenha nascido mulher e seja importante para si saber mais sobre a «Saúde da Mulher», no sentido de sexo biológico, enquanto «indivíduo que menstrua» e que possa, igualmente, necessitar de informação sobre o ciclo menstrual, contraceção, rastreios e todo o universo «feminino».

Assim, «SER MULHER» é muito mais do que *nascer mulher*. É a soma intrincada de todas estas nuances, todos estes pequenos, grandes detalhes... que moldam a nossa vivência e quem

somos, e que vai muito além de cromossomas, de ovários, de vulvas e vaginas...

Este livro nasceu da convicção de que o conhecimento baseado na evidência científica liberta, empodera, fortalece e fomenta a igualdade de oportunidades e de direitos que merecemos. Surgiu na certeza de que, independentemente das nossas escolhas, do nosso nível socioeconómico, da nossa cultura, da nossa orientação sexual, da nossa religião, do tom da nossa pele, da nossa forma de vestir... somos dignos de respeito e de tomar as rédeas da nossa saúde, do nosso corpo e da nossa mente com ambas as mãos.

Sejam bem-vindos a esta aventura de compreender melhor o mundo biológico feminino. Sintam-se acolhidos!

**Nota:** Ao longo das próximas páginas encontrarão, por diversas vezes, a designação «mulher» utilizada enquanto sinónimo de «sexo feminino», por uma questão de simplificação da linguagem, mas, naturalmente, existem mulheres que não têm ciclo menstrual, nem menstruam, assim como existem pessoas que menstruam e têm ciclo menstrual e não são mulheres.

## CAPÍTULO 2

### COMO SOMOS

Como vimos, ser mulher vai muito além da questão biológica e da presença de um sistema reprodutor feminino. Assim sendo, reivindicar o corpo feminino implica deter conhecimento sobre o seu funcionamento, passo fundamental no sentido da tão almejada igualdade. Ignorante da sua anatomia, tanto externa, como interna, a mulher pode tornar-se presa fácil de mitos, curandeirismos, falsas percepções, inseguranças e constrangimentos que prejudicam o seu papel na sociedade e no seio familiar e íntimo. Já diz o aforismo: «Saber é poder!» Posto isto, irei procurar explicar, de forma descomplicada, como é o sistema reprodutivo feminino e os seus principais componentes, desde os órgãos genitais externos, que podemos encontrar no períneo, passando pelos internos, como o útero e os ovários, sem esquecer as glândulas mamárias.

Vamos conhecer-nos por dentro?

#### 2.1. A VULVA

É habitual existir confusão entre os termos vagina e vulva: não são, de todo, sinónimos. «Vulva» é o termo genérico que se utiliza para designar os **genitais externos femininos**. Esta é composta pelo monte púbico, os grandes e os pequenos lábios, o clitóris, o vestíbulo (onde se encontra o orifício da uretra e a abertura vaginal) e ainda as glândulas vestibulares.<sup>1,2</sup> Já o termo «vagina» diz respeito ao órgão interno, o canal que se estende desde a vulva até ao colo do útero.<sup>2</sup>

As funções primordiais da vulva prendem-se com a proteção do trato urinário e genital de agentes externos, e, também, com a sexualidade, nomeadamente a excitação e prazer sexuais [possui tecido de elevada sensibilidade, assim como glândulas (de Bartholin), responsáveis pela lubrificação aquando da excitação sexual].<sup>1</sup>

Não existem duas vulvas iguais; a anatomia poderá ser semelhante, mas há imensa variabilidade em termos de formato e tamanho, nomeadamente nos grandes e pequenos lábios e no clitóris. Por vezes, quando os pequenos lábios são de maiores dimensões ou com alguma assimetria que esteticamente condicione a mulher, poderá ser ponderada a realização de uma labioplastia ou ninfoplastia (nome curioso, que resulta do facto da palavra «ninfa», de origem grega, associada à mitologia, ser utilizada para designar «pequenos lábios»), um procedimento cirúrgico estético geralmente bastante simples.

Antes de prosseguirmos, há um elemento da anatomia genital externa ao qual gostaria de dar mais detalhe: o **hímen**. Do ponto de vista anatómico e fisiológico, esta pequena membrana fina de mucosa, localizada na abertura da vagina, não tem qualquer utilidade: crê-se que se trata de um mero remanescente do desenvolvimento embrionário.<sup>1</sup> O hímen pode ter formatos e dimensões distintos, mas, em situações normais, não oclui completamente a abertura vaginal, permitindo a saída da menstruação e secreções vaginais. Histórica e socialmente, no entanto, tem-se revestido de grande importância pela sua associação à virgindade e «virtude» femininas.

Ora, nunca é demais salientar que o conceito de «virgindade» é definido por convenção social, sobejamente sobrevalorizada no caso da mulher. Considera-se que alguém é «virgem» quando não praticou nenhuma forma de atividade sexual com outro indivíduo, quer seja sexo penetrativo vaginal ou anal, oral ou estimulação masturbatória. Não obstante, é o «rompimento do hímen» que tem sido, de forma retrógrada, considerado como sinal de «perda de virgindade», com as inegáveis implicações sociais e pessoais daí resultantes.



Não só toda esta obsessão com os nossos genitais é fruto de um machismo bacoco, como resulta em grandes incorreções do ponto de vista clínico: uma mulher tanto pode ter um hímen íntegro e já ter tido relações sexuais vaginais (por apresentar um hímen bastante elástico, por exemplo), como pode nunca ter tido penetração vaginal e não apresentar hímen ou ter apenas um vestigial (as chamadas carúnculas himenais); a ausência de integridade do hímen pode ser congénita ou resultar de uma queda, trauma ou mesmo da prática de exercício físico. Esta questão poder-nos-á parecer uma trivialidade ou quiçá um preciosismo, mas assumiu e assume ainda importância no contexto presente, nomeadamente para as mulheres que sejam obrigadas à humilhação de um «teste de virgindade», prática desumana, e, tristemente, ainda comum em muitos países e comunidades.

## 2.2. A VAGINA

Passemos agora aos **órgãos genitais internos**, que incluem a vagina, o útero, as trompas uterinas e os ovários. A vagina é uma estrutura tubular constituída por músculos e mucosa, que se estende desde a vulva até ao útero.<sup>1,2</sup> Tem a particularidade de ser um órgão bastante elástico, com uma grande capacidade de distensão, quer em termos de comprimento, como em diâmetro; de facto, em repouso, encontra-se colapsada, mas, durante a relação sexual com penetração vaginal distende-se, em resposta à excitação e prazer sexual, podendo acomodar um pénis ereto.<sup>1</sup> A maior mostra de elasticidade, no entanto, acontece durante um parto vaginal, no qual a vagina se transforma num canal de parto e permite a passagem do feto (e do seu proporcionalmente grande crânio).<sup>1</sup>

A vagina possibilita, assim, a comunicação entre o útero e o exterior, funcionando tanto como canal para a saída de fluidos genitais, como a menstruação e secreções vaginais, como para

a entrada do ejaculado durante as relações sexuais heterossexuais (se não for utilizado um método de barreira, claro está).

### 2.3. O ÚTERO, AS TROMPAS UTERINAS E OS OVÁRIOS

Ascendendo, espera-nos o **útero**, incluindo a sua porção inferior, o colo do útero, provavelmente já conhecida devido ao exame de rastreio «papanicolau». O útero é um órgão com formato de pera, constituído por uma cavidade central e paredes musculares, de dimensões variáveis de mulher para mulher, e consoante a sua fase da vida reprodutiva; em média pesa 90 g e mede 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 cm de espessura. Em termos anatómicos, é considerada a estrutura mais dinâmica do corpo humano, já que, desde o nascimento até à menopausa vai sofrendo alterações consideráveis, a mais impressionante das quais durante a gravidez, em que se regista um aumento exponencial das suas dimensões, de forma a acolher o crescimento do embrião/feto e estruturas adjacentes.<sup>1</sup>

A posição uterina mais comum é em anteversão e anteflexão, ou seja, um útero «inclinado para a frente» e fletido ou curvado sobre a bexiga<sup>1</sup>; existem outras posições, nomeadamente a retroversão («voltado para trás») e retroflexão, que tem o estigma infundado (tanto quanto a evidência científica demonstra) de estar associado a infertilidade ou complicações na gravidez. Na verdade, hoje em dia acreditamos que estas diferentes posições — que podem ocorrer em 15-25 % das mulheres, são apenas variações da normal anatomia uterina.

O mesmo pode já não ser verdade para malformações anatómicas, como os úteros septados, bicórneos (em formato de «coração») ou mesmo duplos, que poderão, realmente, condicionar a capacidade de uma gestação viável, e, provavelmente, beneficiarão de uma correção cirúrgica prévia às tentativas de engravidar. Da mesma forma que os úteros podem ser duplos, existem também alterações

anatômicas em que a mulher apresenta duas vaginas; por vezes, só se descobre por mero acaso, uma vez que podem não provocar qualquer tipo de sintomatologia. Posto doutra forma, uma pequena percentagem de quem me lê, 3-5 % dos indivíduos do sexo feminino, tem alguma malformação uterina sem que disso tenha conhecimento.

Ligadas diretamente ao útero, em cada um dos seus lados, podemos encontrar as duas trompas uterinas, anteriormente conhecidas como **trompas de Falópio** (assim batizadas em honra do cirurgião italiano Gabriele Falloppio, que as descreveu pela primeira vez). Estes dois canais tubulares, de cerca de 10 cm de comprimento, têm como principal função conduzir o óvulo, que é libertado de um dos ovários a cada ovulação, para a cavidade uterina.<sup>1,2</sup> São, frequentemente, o local de fecundação, isto é, do encontro entre o óvulo e o espermatozoide, do qual resulta o ovo (futuro embrião). Para que as trompas possam desempenhar o seu papel, é fundamental que estejam desobstruídas, e sem aderências; estes problemas podem surgir no contexto de infeções ginecológicas, assim como de traumas e intervenções cirúrgicas, e têm o potencial de prejudicar a fertilidade feminina, sobretudo quando afetam ambas as estruturas, à esquerda e à direita. Estas situações patológicas podem, paralelamente, aumentar o risco de uma gravidez ectópica («fora do sítio»), localizada nas trompas. Nestes casos, o ovo implanta-se, de forma indevida, numa trompa uterina. Esta gravidez não é viável, e caso não seja detetada e intervencionada a tempo, pode ocorrer rutura da trompa e hemorragia grave, com risco de vida para a mulher.<sup>1</sup>

Terminamos esta incursão sobre os órgãos genitais femininos com o local onde o processo reprodutivo começa: os **ovários**. Estes órgãos pélvicos amendoados são, simultaneamente, uma glândula responsável pela produção de hormonas sexuais femininas e o local de desenvolvimento e amadurecimento dos óvulos, os gâmetas femininos.<sup>1</sup> Entre a puberdade e a menopausa, e de forma intercalada — uma vez o direito, outra o esquerdo e assim

sucessivamente —, os ovários libertam um óvulo por mês, exceto se existir algum sinal de «STOP» (inibição da ovulação por utilização de contraceção hormonal ou uma gravidez, por exemplo). Durante a vida reprodutiva da mulher, os ovários estão bem desenvolvidos, e podem, por vezes, ter uma aparência poliquística, sem que isso seja sinónimo da conhecida síndrome do ovário poliquístico, uma doença que envolve (bem) mais do que a presença de múltiplos quistos detetados numa ecografia, nomeadamente: alterações hormonais, aumento do risco cardiovascular e diminuição da fertilidade. Em oposição, com a chegada e o avançar da menopausa, é natural que os ovários praticamente desapareçam: com frequência atrofiam, ficando de dimensões bastante reduzidas.<sup>1</sup>

## 2.4. A MAMA

Um capítulo dedicado a «Como somos» não estaria completo sem dedicarmos alguns momentos a uma peça fundamental: as glândulas mamárias. Enquanto símbolos de feminilidade, as mamas assumem uma marcada importância na imagem corporal da mulher em questões tanto estéticas como sexuais. O tecido mamário ganhou uma tal proeminência no nosso imaginário coletivo, desde os meios de comunicação social e entretenimento, até à pornografia — sem esquecer o escrutínio pela indústria da estética — que quase pareçamos esquecidos do seu verdadeiro desígnio biológico: amamentar.

As mamas são compostas por lóbulos de tecido glandular, responsáveis pela produção e armazenamento de leite, assim como por ductos, gordura e uma matriz de conexão. São órgãos que apenas completam o seu desenvolvimento com o avançar da vida reprodutiva da mulher: começam por «acordar» na puberdade, estão sujeitos a pequenas variações ao longo do ciclo menstrual, e atingem o seu estado de maturação máxima se ocorrer uma gravidez

e subsequente fase de lactação.<sup>3,4</sup> Crê-se que é por este motivo que amamentar previne o desenvolvimento do cancro da mama.

Em termos anatómicos, há um aspeto fulcral a ter em consideração, e que, muitas vezes, é obliterado pela imagem estereotipada veiculada pelos *media* e aplicada por meio da cirurgia plástica: as mamas não são todas iguais e não é suposto que assim seja; há imensa variação em termos de tamanho, formato e simetria, quer da mama em si, quer da região areolar (a zona de pele mais escura em torno do mamilo) e do mamilo, como, de resto, em todas as partes do nosso corpo: ou já viram dois narizes exatamente iguais? Estas diferenças são determinadas por fatores genéticos, étnicos e alimentares. De igual modo, as mamas vão sofrendo alterações ao longo da vida da mulher, tornando-se menos proeminentes nas mulheres idosas, por atrofia do tecido glandular e diminuição da percentagem de gordura que as compõem.<sup>1,2</sup>

## SABIA QUE...?

### **1 ... o tamanho da mama não interfere na amamentação?**

Não só é perfeitamente normal que existam diferentes formatos e tamanhos, como estes não têm qualquer interferência na capacidade da mulher amamentar. É a quantidade de gordura, e não a quantidade de tecido produtor de leite, que determina o tamanho de uma mama não-lactente; assim sendo, a dimensão mamária não é preditiva de maior nem melhor produção de leite materno. Todas as mulheres, salvo se tiverem alguma patologia específica, têm capacidade de amamentar o seu bebé, se assim o desejarem.

## CAPÍTULO 3

### COMO FUNCIONAMOS

Que a mulher pode ser considerada, no sentido figurado, uma poderosa máquina, nenhum leitor levantará qualquer objeção... mas também o será, inegavelmente, num sentido mais literal. Já tivemos um vislumbre daquilo que nos constitui, do ponto de vista anatómico, mas o maior deslumbramento advém sobretudo do que somos capazes de realizar: estamos biologicamente desenhadas para ser «ninho» de uma nova vida durante nove meses ou, quando tal não acontece, a renascer das cinzas todos os meses tentativas. Se isto não demonstra a robustez do nosso sexo (e quão longe está de ser «o sexo fraco»), não sei o que fará. Começamos, ainda no útero das nossas mães, a criar as sementes do futuro: os ovários de uma menina formam cerca de 7 milhões de futuros óvulos, sendo destes selecionados 1 a 2 milhões, que se mantêm ao nascimento.<sup>5,6</sup> Na puberdade, iniciam-se os ciclos menstruais: durante a sua vida reprodutiva cada mulher irá ovular cerca de 500 óvulos (os restantes irão degenerar ao longo do tempo).<sup>7,8</sup>

Vamos embrenhar-nos nesse mundo feminino?

#### 3.1. O CICLO MENSTRUAL

Imaginem uma orquestra que, a cada mês, sob a orientação de um virtuoso maestro, reproduz a mesma melodia, cheia de graves e agudos, de *adagios* e *allegros*, numa esplendorosa celebração da vida. Esta orquestra opera o funcionamento do sistema reprodutor

feminino durante toda a idade fértil, definida como o tempo que decorre entre a primeira menstruação — a menarca — e a última — que marca o início da menopausa. Neste lapso temporal, e de forma cíclica, o corpo feminino prepara-se para uma eventual gravidez: amadurece e liberta um óvulo, com a missão de fazer com que este se encontre e funda com um espermatozoide (fecundação), ao mesmo tempo que prepara o útero para receber o ovo daí resultante. Para uma melhor compreensão deste processo fisiológico, vamos aprofundar de que forma se relacionam o maestro — o eixo hipotálamo-hipofisário — e os diferentes «instrumentistas» do sistema reprodutor feminino.

O **eixo hipotálamo-hipofisário** é a designação dada à importante correlação anatómica e neuro-hormonal que se verifica entre o hipotálamo, um órgão do sistema nervoso central localizado na base do cérebro, e a hipófise (também chamada glândula pituitária), um órgão que faz parte simultaneamente parte do sistema neurológico e endócrino (hormonal).

No caso do sistema reprodutor, o hipotálamo inicia a interação entre estes dois órgãos segregando, em pulsos cíclicos, a hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH), o que estimula, por parte da hipófise, a libertação de hormonas designadas gonadotrofinas. Estas gonadotrofinas são a **hormona foliculoestimulante (FSH)** e a **hormona luteínica (LH)**, que se relacionam, por sua vez, com a produção e libertação das hormonas sexuais femininas pelos **ovários**: são elas o **estradiol (estrogénio)** e a **progesterona**, que induzem as alterações do ciclo menstrual.<sup>9-11</sup>

O **ciclo menstrual** consiste, na realidade, em dois ciclos que se sobrepõem entre si: o **ciclo ovárico**, que se pode dividir em fase folicular e fase lútea (separadas pela ovulação), e o **ciclo endometrial**, que, por sua vez, se divide em menstruação, fase proliferativa e fase secretora. Vamos então passar a compreender melhor o que sucede nas diferentes fases destes ciclos.<sup>9-11</sup>

Convencionou-se que o ciclo menstrual se inicia aquando do primeiro dia de hemorragia menstrual e termina imediatamente antes da menstruação seguinte. Entre estes dois momentos ocorre:

- 1. Menstruação:** o revestimento interno do útero (endométrio) descama;
- 2. Fase Folicular e Fase Proliferativa:** estimulados pela FSH, vários folículos ovários crescem, produzindo estrogénio. Em resposta ao estrogénio, o revestimento interno do útero fica mais espesso, para preparar uma possível gravidez;
- 3. Ovulação:** em resposta ao pico de LH (por sua vez provocado pelo pico de estrogénio), o folículo dominante (que se desenvolveu mais) liberta um **óvulo**;
- 4. Fase Secretora e Fase Lútea:** o folículo dominante (agora chamado **corpo lúteo**) continua a produzir estrogénio, assim como progesterona, que estimulam o útero a preparar uma possível gravidez. Se esta não ocorrer, o corpo lúteo degrada-se, o que leva a uma diminuição destas hormonas e conseqüente menstruação e novo ciclo menstrual.<sup>9-13</sup>

## SABIA QUE...?

### **2 ... apesar de a média de duração de cada ciclo menstrual ser de 28 dias, apenas 10-15 % das mulheres têm ciclos com esta duração?**

Na realidade, ciclos menstruais que durem entre 24 a 38 dias estão dentro da normalidade.<sup>14-17</sup> A fase folicular é a responsável pela maior variabilidade do ciclo menstrual, relacionando-se esta com o *timing* da ovulação, pese embora a duração da fase lútea possa variar entre 7 a 19 dias.<sup>18</sup> A duração do ciclo



menstrual pode ser afetada, entre outros fatores, pelo índice de massa corporal, *stress* fisiológico, etnia, assim como pela idade (com o passar dos anos, os ciclos tornam-se mais curtos, e a ovulação ocorre mais cedo).<sup>12,13,16-19</sup>

### **3 ... um ciclo menstrual considerado regular não tem de ter exatamente o mesmo número de dias, de ciclo para ciclo?**

De facto, variações de até nove dias entre diferentes ciclos menstruais podem ser perfeitamente normais. Assim, uma mulher que tenha num mês um ciclo menstrual que dure 24 dias num mês e noutro 33 dias, por exemplo, está dentro da norma.<sup>13-16</sup>

Abordando a questão da **regularidade do ciclo menstrual**, convém notar que existem períodos na vida da mulher em que há, tendencial e previsivelmente, uma maior irregularidade na hemorragia menstrual, perfeitamente explicável do ponto de vista fisiológico. Essas situações incluem os extremos da idade reprodutiva: os primeiros ciclos após a menarca (primeira menstruação) e os últimos, que antecedem a menopausa; assim como o período do pós-parto. Nestas circunstâncias, é habitual não ocorrer ovulação, sendo estes ciclos chamados **anovulatórios**.<sup>20-22</sup> Como consequência disto, a progesterona fica diminuída, o que condiciona uma menor espessura do revestimento interno do útero, e, conseqüentemente, uma hemorragia menstrual mais escassa e antecipada.<sup>23,24</sup> Note-se que é perfeitamente aceitável que uma mulher em idade fértil tenha, de forma esporádica, ciclos anovulatórios; estes apenas se tornam problemáticos, e carecem de investigação adicional, se ocorrerem de forma sistemática.

A **irregularidade menstrual** é especialmente evidente nos primeiros dois anos após a menarca, devido à imaturidade dos eixos hormonais anteriormente descritos, que podem cursar com um desenvolvimento insuficiente dos folículos ovários.<sup>7</sup> Já no outro extremo da idade fértil, cerca de quatro anos antes da menopausa, à medida que a capacidade funcional do ovário diminui (com redução acentuada do número de folículos), ocorrem alterações ao nível da regulação hormonal que podem provocar ciclos menstruais irregulares, com ou sem ovulação, e/ou hemorragias menstruais mais abundantes.<sup>25,26</sup>

Adicionalmente às causas fisiológicas já descritas, existe uma série de fatores externos e condições clínicas que podem alterar o funcionamento do sistema reprodutor feminino, causando ciclos menstruais irregulares, ou seja, com mais de nove dias de variação entre as respetivas durações, num período de referência de seis meses.<sup>27</sup> São eles:

- Variações de peso;
- Alterações do padrão de sono;
- *Stress* emocional e fisiológico;
- Exercício físico excessivo;
- Consumo de drogas ilícitas ou de determinados medicamentos;
- Doenças como a síndrome do ovário poliquístico, miomas uterinos, alterações da tiroide, diabetes *mellitus*, etc.

Por este motivo, um ciclo menstrual alterado pode ser um sinal de que algo não está a funcionar bem no organismo feminino, sendo importante procurar aconselhamento médico de forma atempada, para que se possam despistar os eventuais motivos subjacentes.<sup>7</sup>

## SABIA QUE...?

### **4 ... pode ocorrer menstruação sem ovulação e ovulação sem menstruação?**

Embora a regra seja que ovulação e menstruação andem de mãos dadas, a verdade é que existem algumas exceções à regra. Nos ciclos anovulatórios, por exemplo, não existe ovulação, mas pode ocorrer algum sangramento genital, geralmente de características distintas da menstruação habitual, é certo, mas que podem passar despercebidas à mulher. De igual modo, uma mulher poderá não ter menstruação na sequência de alterações hormonais, por vezes durante vários meses, mas ovular de forma esporádica, sem menstruação associada. Um exemplo paradigmático são mulheres com síndrome do ovário poliquístico que — por vezes para sua surpresa — podem engravidar em períodos de amenorreia (ausência de menstruação).

## 3.2. A OVULAÇÃO E O PERÍODO FÉRTIL

Agora que já levantámos um pouco o véu sobre o funcionamento geral do ciclo menstrual, vamos dedicar algum tempo ao evento mais importante que nele ocorre: a **ovulação**. Encaremos-na como o solo de soprano que engrandece toda a sinfonia do ciclo reprodutor feminino. Durante muitos anos o foco principal da medicina — e das próprias mulheres — foi a existência de uma menstruação regular, mas cada vez mais compreendemos que é na realidade uma ovulação «a tempo e horas» que funciona como um biomarcador de saúde feminina. Alterações na ovulação cursam

frequentemente com ciclos menstruais irregulares ou mesmo com ausência de menstruação.<sup>7,20,21,26</sup>

## SABIA QUE...?

### **5 ... a ovulação não ocorre exatamente a meio do ciclo — nem tão-pouco sempre ao 14.º dia — em todas as mulheres?**

A fase folicular dura em média 14 dias, é certo, mas esta é a fase mais variável do ciclo menstrual: o dia em que ocorre a ovulação é diferente de mulher para mulher, e pode inclusive variar, na mesma mulher, de ciclo para ciclo, conforme as condições percebidas pelo corpo e os fatores acima mencionados.<sup>17-19,21,22</sup>

O conhecimento do modo como funcionamos e, em particular do ciclo menstrual, é benéfico, uma vez que nos permite detectar variações ou alterações do nosso padrão habitual, assim como identificar o nosso período fértil: a altura do ciclo menstrual em que é mais provável ocorrer fecundação caso ocorram relações sexuais heterossexuais desprotegidas. Depois da ovulação, um óvulo é potencialmente fecundável durante um máximo de dois dias; já um espermatozoide poderá fecundar durante aproximadamente três a cinco dias após a ejaculação.<sup>18,22</sup> Na sequência disso, a identificação da ovulação pode contribuir para a gestão da fertilidade, quer a mulher pretenda engravidar ou não. Existem algumas estratégias para estimar ou até mesmo reconhecer a ocorrência da ovulação. Algumas apenas são possíveis em contexto médico (como a realização de uma ecografia ginecológica), ao passo que outras estão

disponíveis, ao alcance da maioria de nós, através da observação direta, aplicações móveis e ainda dispositivos eletrônicos. As técnicas para monitorizar a fertilidade têm uma fiabilidade variável, dependendo da tipologia utilizada; geralmente serão mais eficazes quando utilizadas em conjunto.<sup>22</sup> Os métodos mais frequentemente utilizados são:

- **Método do calendário (Ogino-Kanuss):** neste caso, a mulher considera a duração dos seus ciclos menstruais dos últimos seis meses; deverá identificar o ciclo menstrual mais curto e subtrair-lhe 20 dias, assim como o ciclo mais longo e subtrair-lhe 10 dias; o seu período fértil estimado será entre os dias obtidos desta contagem (por exemplo: ciclo mais curto = 26 dias | ciclo mais longo = 28 dias. Como  $26 - 20 = 6$  e  $28 - 10 = 18$ , o período fértil estimado será entre o 6.º e o 18.º dia do ciclo menstrual);<sup>22,28-32</sup>
- **Método dos dias (standard):** considera-se genericamente que o período fértil se situa entre o 8.º e o 19.º dia do ciclo menstrual. É um método pouco preciso e não individualizado, e apenas plausível se os ciclos menstruais da mulher tiverem uma duração de 26 a 32 dias;<sup>22,28-32</sup>
- **Método da temperatura basal:** consiste na verificação diária da temperatura corporal basal da mulher (medição oral, vaginal ou retal), ao acordar, sempre à mesma hora e antes de qualquer atividade (inclusive a toma de café), de forma a identificar o aumento da temperatura (de pelo menos 0,5 °C) que acontece no dia da ovulação, devido ao aumento da progesterona. Este método apenas consegue identificar o término da janela de fertilidade, período este que dura até três dias após este aumento de temperatura.<sup>22,28-32</sup> É, por este motivo, incapaz de identificar o início do período fértil, e apresenta, consequentemente, limitações no seu uso como contraceutivo;

- **Método do muco cervical (*Billings*):** baseado na observação diária do muco cervical, que varia ao longo do ciclo menstrual, e é mais abundante, transparente e elástico na altura da ovulação. Considera-se que o período fértil se inicia no primeiro dia em que o muco cervical adquire estas características e dura até quatro dias;<sup>22,28-32</sup>
- **Método sintotérmico:** este método observacional combina os métodos da temperatura basal e do muco cervical, tornando-se, por isso, um método mais preciso e eficaz na identificação do período fértil, quando bem utilizado e sem perturbações externas.<sup>22,28-32</sup> Nas circunstâncias certas, e com um bom autoconhecimento por parte da mulher, pode ter uma excelente eficácia como método contraceptivo natural, sobreponível a métodos como a pílula, por exemplo;
- **Método dos «dois dias»:** define que, se durante dois dias consecutivos não forem observadas secreções vaginais, a probabilidade de engravidar é baixa, e poderão existir relações sexuais heterossexuais desprotegidas.<sup>22,28-32</sup> É impreciso na deteção do período fértil, sendo usado sobretudo como forma de método contraceptivo.

Note-se que muitos dos métodos observacionais referidos podem ter a sua utilização dificultada pela existência de ciclos irregulares, assim como de fatores confundidores, como por exemplo febre, consumo de álcool, uso de medicação tópica vaginal, *stress* fisiológico ou emocional, viagens, alterações de fuso horário.<sup>22,28-32</sup> Mais recentemente, têm surgido diversas aplicações móveis, disponíveis para *smartphones*, assim como «dispositivos de fertilidade» (estes, na sua maioria a rondar as várias centenas de euros), que aliam a tecnologia a um (ou vários) destes métodos, no sentido de aumentar a comodidade e facilitar a monitorização do ciclo menstrual.<sup>22,28-32</sup>

Além destes métodos observacionais, nos últimos anos, a utilização de **testes de ovulação** tem aumentado; estes consistem em tiras-teste de urina que podem ser adquiridas nas farmácias e parafarmácias e utilizadas no domicílio. Estes testes detetam, na urina, a presença da hormona LH, que apresenta um pico máximo 24-36 horas antes da ovulação, determinando, assim, os dois dias mais férteis do ciclo. Têm uma elevada sensibilidade e especificidade, mas podem tornar-se algo dispendiosos para uso corrente. São sobretudo indicados como forma de aumentar a probabilidade de uma fecundação.<sup>22,28-32</sup> A somar às alterações já descritas, algumas mulheres reportam sinais e sintomas adicionais aquando da ovulação, como tensão mamária, sensação de «inchaço» abdominal, uma pequena hemorragia genital, que pode ser acompanhada de dor pélvica unilateral (dor ovulatória, também designada *Mittelschmerz*, e que resulta da rutura folicular e libertação do óvulo).<sup>33</sup> Adicionalmente, a mulher poderá, através de autoexame, identificar alterações no colo do útero: aquando da ovulação este tem um posicionamento mais elevado na vagina, e o canal cervical encontra-se aberto, de modo a possibilitar a entrada de espermatozoides, na eventualidade de relações sexuais heterossexuais desprotegidas.<sup>7,34</sup>

### 3.3. A MENSTRUACÃO

Chega agora a altura de nos debruçarmos, com maior pormenor, sobre a hemorragia menstrual, mais conhecida como «período» menstrual. Historicamente, a menstruação era vista como algo negativo, como um estado de «impureza», de incapacidade — física e intelectual — e mesmo de inferioridade. Só em anos recentes, com a maior proeminência da mulher na sociedade, tem sido possível mudar esta perceção, e perceber que a menstruação é, pelo contrário, um sinal de saúde e bem-estar femininos.<sup>35</sup>

Se pudesse ter uma médica a responder a questões de saúde feminina e bem-estar a qualquer hora do dia ou da noite, não viveria muito mais descansada?

Nádia Sepúlveda, médica de família, responde neste livro, de forma descontraída e acessível, a 60 questões comuns relacionadas com o corpo e saúde da mulher. É a tal amiga a quem enviaríamos mensagens a horas impróprias para saber se aquele inchaço abdominal ou aquela mancha vermelha na cara seriam normais.

Raras são as pessoas com amigas assim, especializadas, e pesquisar os sintomas na Internet é altamente desaconselhado, portanto nada melhor do que um livro escrito por quem sabe. Aqui, encontrará respostas, conselhos e propostas de bem-estar que tornarão a sua vida mais fácil e, principalmente, mais informada acerca do seu próprio corpo e saúde.



Penguin  
Random House  
Grupo Editorial



penguinlivros.pt



penguinlivros



penguinbemestar

ISBN 9789897841101



9 789897 841101 >