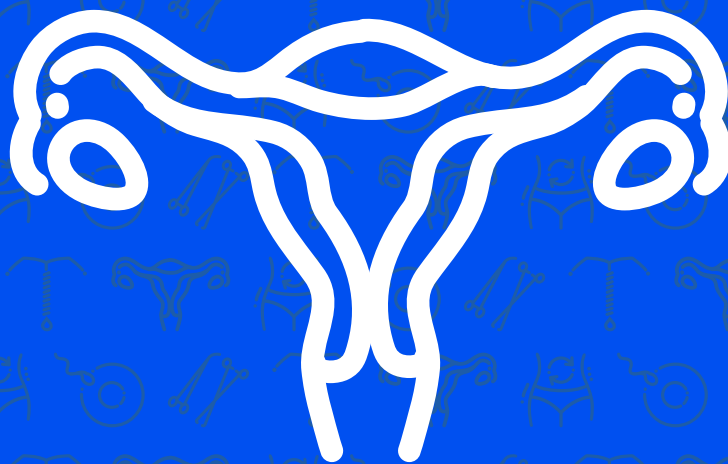


GINECOLOGIA

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: TRATAMENTO



sanar
pós

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: TRATAMENTO

1. Introdução	4
2. Diagnóstico	4
3. Histórico	5
4. Janela de oportunidade	5
4.1. Indicações	5
4.2. Contraindicações	6
4.3. Exames complementares	6
4.4. Propedêutica no climatério	6
5. Hormônios	7
5.1. Esquemas	7
6. Vias de administração	8
6.1. Estrogênio	8
6.2. Progestagênicos	10
6.3. Combinados	10
6.4. Tibolona	11
6.5. Implantes hormonais	11
7. Testosterona	12
8. Contracepção	12
9. Duração e suspensão da TH	13
10. Intercorrências	13
<i>Referências</i>	<i>14</i>

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: TRATAMENTO

Dra. Carla Zucchi

1. INTRODUÇÃO

A **terapia hormonal (TH)** é o tratamento mais eficaz para os sintomas do climatério, especialmente os **sintomas vasomotores** (como fogachos e sudorese noturna), além de trazer benefícios na **prevenção da perda óssea** e no tratamento da **síndrome geniturinária da menopausa**.

Após a publicação dos **resultados do estudo Women's Health Initiative (WHI)** em 2002, surgiram preocupações sobre riscos cardiovasculares e de câncer de mama associados à TH, o que levou a uma **redução significativa em sua prescrição**. No entanto, análises posteriores mostraram que os riscos estavam concentrados em mulheres que iniciaram a terapia **após os 60 anos ou mais de 10 anos após a menopausa**. Já em mulheres mais jovens ou no início do climatério, os dados apontam para **um perfil de segurança mais favorável**.

Atualmente, sociedades médicas como a **NAMS, o ACOG e a Endocrine Society** recomendam a TH para mulheres **sintomáticas, com menos de 60 anos ou até 10 anos da menopausa, desde que não haja contraindicações importantes**, como câncer de mama ou doença cardiovascular estabelecida.

A **indicação deve ser individualizada**, considerando tipo, dose, formulação e via de administração, com **reavaliações periódicas**. Nas próximas seções, serão abordados os critérios práticos para a prescrição segura e eficaz da terapia hormonal.

Abordagem na primeira consulta

Um aspecto fundamental no cuidado da mulher climatérica é a **abordagem adequada na primeira consulta**, especialmente diante da decisão de iniciar a **terapia hormonal (TH)**. Muitas pacientes ainda chegam ao consultório com **medo da reposição hormonal**, principalmente em relação ao **risco de câncer de mama**, um receio que se consolidou após a divulgação inicial dos resultados do estudo WHI.

Por isso, é essencial **desmistificar esses riscos desde o início**, explicando o contexto histórico da TH, os avanços nas pesquisas e o conhecimento atual sobre **segurança e indicações adequadas**. A paciente deve compreender que hoje a terapia está **bem desenhada, com indicações claras e doses seguras**, o que permite uma prescrição mais assertiva, desde que feita dentro dos critérios apropriados.

Após a prescrição, a paciente precisa estar **conscientizada da importância do seguimento clínico**. O primeiro retorno deve ocorrer após três meses, com o objetivo de avaliar a **adaptação ao tratamento**, verificar se a **dose está adequada** e ajustar a conduta, se necessário. A partir de então, devem ser realizados **acompanhamentos anuais, incluindo avaliação clínica, laboratorial e exames de rastreamento**, conforme as orientações previamente estabelecidas.

Essa rotina de acompanhamento é indispensável para garantir que a **terapia mantenha o perfil de segurança e eficácia esperado**, proporcionando qualidade de vida e bem-estar à mulher durante o climatério.

2. DIAGNÓSTICO

O **diagnóstico do climatério e da menopausa é predominantemente clínico** e deve se basear na presença de sintomas típicos e na faixa etária da paciente. O climatério marca o início da transição para a menopausa e é caracterizado por alterações progressivas no padrão hormonal e no funcionamento do organismo feminino. Nessa fase, é comum a presença de **sintomas como irregularidade menstrual, ondas de calor e ressecamento vaginal**, além de outras manifestações clínicas associadas à **queda progressiva do estradiol**.

A **menopausa**, por sua vez, é definida pela **ausência de menstruação por pelo menos 12 meses** consecutivos, sem outra causa aparente. Quando os sintomas surgem em idade compatível com esse período de transição, o diagnóstico pode ser estabelecido clinicamente, **sem necessidade de exames laboratoriais**. A exceção ocorre em situações específicas, como no caso de mulheres que utilizam contraceptivos hormonais, nos quais a avaliação laboratorial pode auxiliar no diagnóstico.

É importante destacar que o **climatério antes dos 40 anos é considerado patológico** e, nesse contexto, exige investigação complementar. Nesses casos, a dosagem de FSH está indicada para confirmação diagnóstica e direcionamento do tratamento adequado.

A **queda do estradiol**, hormônio central nesse processo, é responsável por uma ampla gama de manifestações, dada sua atuação em múltiplos tecidos e sistemas do corpo feminino. O estradiol é essencial para a **integridade da pele e seus anexos, equilíbrio da composição corporal e metabolismo, saúde articular, estabilidade térmica, função cognitiva, manutenção da massa óssea, regulação do humor, qualidade do sono, desejo sexual e sustentação**

da **estática pélvica**. A redução gradual desse hormônio no climatério e sua quase extinção na menopausa explicam os sintomas apresentados por muitas mulheres nessa fase da vida, variando conforme a sensibilidade individual e os sistemas mais afetados.

3. HISTÓRICO

A compreensão atual sobre a **terapia hormonal na menopausa** é resultado de um processo evolutivo que se iniciou nas **décadas de 1960 e 1970**, quando surgiram os primeiros estudos sobre o uso de **estrogênio isolado** para aliviar os sintomas do climatério. Contudo, observou-se que a administração exclusiva de estrogênio em mulheres com útero levava ao **espessamento endometrial**, aumentando o risco de hiperplasia e outras alterações, como a **endometriose**. Esses achados levaram à **interrupção dos primeiros ensaios clínicos** com estrogênio isolado.

A partir da **década de 1980**, novos estudos passaram a incluir a associação de estrogênio com **progesterona ou progestágenos**, reconhecendo-se que esses compostos oferecem **proteção endometrial**, prevenindo os efeitos adversos da monoterapia estrogênica em mulheres não hysterectomizadas.

Nessa fase, **os estudos eram predominantemente observacionais**, buscando entender os efeitos da terapia hormonal na prática clínica. Ficou evidente que muitas mulheres relataram **melhora significativa dos sintomas vasomotores**, além de indícios de benefícios adicionais, como a **redução do risco de câncer de cólon e melhora do perfil cardiovascular**, a depender da faixa etária e do tempo de início da terapia.

Com base nessas observações, foram planejados estudos com maior rigor metodológico, culminando na realização de **ensaios clínicos randomizados**, como o **Women's Health Initiative** — estudo de grande repercussão que representou um marco na história da terapia hormonal ao avaliar de forma sistemática os **riscos e benefícios do uso prolongado de estrogênios e progestágenos** em mulheres na pós-menopausa.

Women's Health Initiative

O *Women's Health Initiative* foi um marco nos estudos sobre terapia hormonal na menopausa. Seu objetivo era avaliar de forma rigorosa os **reais benefícios e riscos da terapia de reposição hormonal** em mulheres na pós-menopausa. O estudo teve duração prevista de nove anos e foi desenhado como um ensaio **randomizado, duplo-cego**, com duas grandes **coortes** divididas conforme a presença ou ausência de útero.

Um ponto central para a interpretação dos resultados é a **média de idade das participantes: 63 anos**, ou seja, a maioria das mulheres já estava muitos anos além do início natural da menopausa. Essa característica se tornou essencial para a análise crítica dos achados, sobretudo à luz da chamada "janela de oportunidade", como será discutido adiante.

O WHI foi composto por dois braços:

- **Braço 1 – Mulheres com útero:** incluía **16.608 mulheres que receberam estrogênio equino conjugado (oCEE) associado ao acetato de medroxiprogesterona (MPA)**.

Neste grupo, observou-se um **aumento do risco de câncer de mama, eventos tromboembólicos e doenças cardiovasculares**, ainda que tenham sido notados **benefícios na redução do risco de fraturas de quadril e câncer de cólon e reto**. Devido ao predomínio dos riscos, esse **braço foi interrompido após cinco anos**.

- **Braço 2 – Mulheres sem útero:** incluía **10.739 mulheres que receberam apenas estrogênio equino conjugado**. Neste grupo, foi identificado **risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC), embora tenha havido menor risco de câncer de mama e fraturas de quadril**. Ainda assim, o estudo foi interrompido após oito anos.

A divulgação dos resultados do WHI, publicada em **2002**, teve grande repercussão tanto na comunidade médica quanto na mídia leiga. A ideia de que a **terapia hormonal aumentava significativamente o risco de câncer de mama** se espalhou rapidamente, gerando **medo e preconceito duradouros** em relação à reposição hormonal — muitos dos quais persistem até hoje.

Contudo, ao longo dos anos, os dados do WHI foram **reanalisados, desmembrados por faixas etárias e contextos clínicos**, e novos estudos foram conduzidos. Essas análises mais refinadas mostraram que os **maiores riscos estavam concentrados em mulheres que iniciaram a TH tardiamente**, fora da janela de oportunidade. Com isso, desenvolveu-se uma **compreensão mais precisa e equilibrada dos benefícios e riscos da terapia hormonal**.

Atualmente, recomenda-se que a TH seja **mantida enquanto os benefícios superarem os riscos**, sempre utilizando as **menores doses hormonais eficazes para controle dos sintomas**, respeitando indicações e contraindicações bem estabelecidas.

4. JANELA DE OPORTUNIDADE

Um dos conceitos mais importantes para a prescrição segura e eficaz da terapia hormonal na menopausa é o da **janela de oportunidade**. Esse termo refere-se ao **período ideal para iniciar a reposição hormonal**, em que os benefícios superam os riscos — especialmente no que se refere à **proteção cardiovascular**.

Define-se como janela de oportunidade a fase em que a mulher está **até os 60 anos de idade ou dentro dos primeiros 10 anos após o início da menopausa**. Iniciar a TH nesse intervalo favorece uma resposta fisiológica protetora, particularmente sobre o sistema cardiovascular.

Esse benefício se deve à **ação do estradiol**, que exerce efeitos **cardioprotetores importantes, incluindo propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e vasodilatadoras**. O estradiol atua aumentando a produção de óxido nítrico, reduzindo a formação de placas de aterosclerose e protegendo contra a ação lesiva do **LDL-colesterol** sobre a parede vascular. Na presença do estradiol, os vasos permanecem mais saudáveis e funcionais.

Contudo, quando a terapia hormonal é iniciada **após os 60 anos ou mais de 10 anos da menopausa**, esses efeitos benéficos **já não se sustentam**. Nessa fase, os vasos sanguíneos da mulher já podem apresentar aterosclerose estabelecida, e a introdução do estradiol pode desestabilizar as placas ateromatosas existentes, **aumentando o risco de eventos cardiovasculares adversos**.

Portanto, respeitar a janela de oportunidade é essencial para **potencializar os benefícios e minimizar os riscos** da terapia hormonal, especialmente no que diz respeito à saúde cardiovascular.

4.1. Indicações

De forma didática, é possível reunir as **principais indicações da terapia hormonal** em **quatro grandes grupos**, que devem ser sempre considerados na prática clínica.

A indicação mais importante e frequente é a presença de **sintomas vasomotores**, especialmente os **fogachos** (ondas de calor), que podem ser acompanhados de manifestações como **irritabilidade, insônia e labilidade emocional**. Ainda que esses sintomas sejam diversos, os fogachos representam o marco clínico principal que justifica o início da reposição.

A segunda indicação é a presença de **atrofia urogenital**, caracterizada por sintomas como ressecamento vaginal, dor nas relações e infecções urinárias de repetição. Nesses casos, vale ressaltar que a **terapia hormonal indicada** é local, por meio de **estrogênio tópico**, e não sistêmica, que é o foco da presente discussão.

A terceira indicação corresponde a pacientes com **alto risco para osteoporose**. Nessa população, a TH pode contribuir para a **manutenção da massa óssea**, sendo benéfica tanto na **osteoporose estabelecida** quanto em alguns casos de **osteopenia**, especialmente quando há outras indicações associadas.

Por fim, a quarta indicação clássica é a **falência ovariana precoce**, situação na qual a mulher entra em menopausa antes dos 40 anos. Nesses casos, a **indicação de terapia hormonal é ainda mais robusta**, devendo-se garantir proteção hormonal até a idade estimada para a **menopausa fisiológica**. Nessas pacientes, inclusive, as contraindicações habituais podem ser relativizadas, dada a necessidade de preservação da saúde óssea, cardiovascular e metabólica.

4.2. Contraindicações

O uso da terapia hormonal exige uma avaliação criteriosa de **eventuais contraindicações**, que podem ser classificadas como **absolutas ou relativas**, conforme o risco envolvido e a possibilidade de manejo individualizado.

Entre as **contraindicações absolutas**, destacam-se três condições centrais:

- **Eventos tromboembólicos em atividade**, nos quais o uso hormonal pode agravar o risco de complicações.
- **Doença hepática descompensada**, especialmente pelo fato de os hormônios — em particular na via oral — passarem pelo metabolismo hepático, o que pode piorar a função do fígado.
- **Câncer de mama em tratamento ativo**, considerando tratar-se de uma neoplasia hormônio-dependente, cujo estímulo estrogênico pode influenciar negativamente o prognóstico.

Por outro lado, existem situações que, embora tradicionalmente tratadas como impeditivas, têm sido reavaliadas nos consensos mais recentes, configurando **contraindicações relativas**. Nesses casos, a **TH pode ser considerada em contextos específicos e com acompanhamento por equipe multidisciplinar**. Isso inclui:

- **Antecedente pessoal ou familiar (de primeiro grau) de câncer de mama**, principalmente em pacientes jovens com sintomas graves e histórico de **ooforectomia precoce**, em que os **benefícios da reposição superam os riscos potenciais**, desde que o câncer esteja tratado e o risco individual avaliado com precisão.

- **Histórico de eventos tromboembólicos ou fatores de risco trombóticos**, que exigem avaliação minuciosa do momento clínico e, se necessário, uso de formulações transdérmicas ou outras abordagens com menor impacto pró-trombótico.
- **Sangramento uterino anormal não diagnosticado**, que deve ser investigado antes da introdução da TH, evitando a possibilidade de mascarar patologias como **hiperplasia endometrial ou neoplasias**.
- **Presença de lesões pré-cancerígenas de mama, doenças cardiovasculares, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e porfiria**, que demandam decisão individualizada conforme o quadro clínico.
- **Meningioma**, que representa **contraindicação específica ao uso de progestágenos**, mas não necessariamente ao estrogênio isolado — o que é relevante em pacientes sem útero.

Portanto, mesmo diante de condições tradicionalmente restritivas, a avaliação deve considerar o **contexto clínico, os riscos individuais e os potenciais benefícios da terapia**, sempre com base em consenso atualizado e suporte de equipe especializada.

4.3. Exames complementares

Antes de iniciar a terapia hormonal, é fundamental realizar uma **avaliação clínica detalhada**, com o objetivo de identificar indicações e possíveis contraindicações ao tratamento. Essa avaliação deve incluir uma **anamnese criteriosa e um exame físico completo**, com especial atenção à medida da pressão arterial, uma vez que a hipertensão mal controlada pode representar um fator de risco adicional.

Entre os **exames complementares iniciais**, destacam-se:

- **Mamografia**, fundamental para rastreamento de neoplasias mamárias e exigida antes da introdução da terapia.
- **Perfil lipídico e glicemia de jejum**, que ajudam a identificar dislipidemias e distúrbios glicêmicos que podem impactar a escolha da via de administração e o risco cardiovascular da paciente.

Após o início da terapia, é essencial manter um **seguimento regular**, com **mamografia anual obrigatória**. Além disso, a **reavaliação anual do risco cardiovascular** deve ser incorporada de forma sistemática ao acompanhamento. Essa prática é especialmente importante quando se discute a **eventual descontinuação da terapia**, já que os riscos e benefícios podem se modificar com o tempo.

Um ponto importante é que a **ultrassonografia transvaginal não deve ser solicitada de forma rotineira** em mulheres na menopausa em uso de TH. Esse exame só está indicado em casos de **sangramento uterino anormal**, situação que exige investigação específica para afastar hiperplasia ou outras alterações endometriais.

4.4. Propedêutica no climatério

A avaliação da mulher no climatério deve ser ampla, abrangendo não apenas os aspectos ginecológicos diretos, mas também o rastreamento de doenças crônicas e o cuidado integral com a saúde da mulher madura.

A **citopatologia oncológica (Papanicolau)** segue a diretriz do Ministério da Saúde, sendo indicada entre os **25 e 65 anos**, podendo ser realizada a **cada três anos** após dois exames consecutivos negativos. Com a evolução dos métodos, há uma tendência de incorporação do **teste de PCR para HPV** como forma de rastreamento, inclusive no sistema público de saúde.

A **mamografia** é outro pilar da avaliação, especialmente importante no climatério. Embora o SUS recomende o início do rastreamento aos **50 anos**, **sociedades médicas de referência sugerem o início a partir dos 40 anos, com intervalo anual** entre os exames, visando maior efetividade na detecção precoce do câncer de mama.

A **densitometria óssea** está indicada de forma rotineira para mulheres a partir dos **65 anos**, quando pertencentes ao grupo de **baixo risco**. Em pacientes com **alto risco para osteoporose**, como aquelas com menopausa precoce, histórico de fraturas ou uso crônico de corticoides, a **avaliação deve ser antecipada**.

A **colonoscopia**, embora tradicionalmente acompanhada por outras especialidades, deve ser lembrada na abordagem global da saúde da mulher. Para pacientes de **baixo risco**, a recomendação geral é iniciar aos **50 anos**, com repetição a cada **cinco a dez anos**, conforme os achados e os protocolos adotados.

Além disso, é indispensável o **rastreamento de hipertensão arterial**, com aferição da pressão em todas as consultas, bem como a **avaliação metabólica**, incluindo **TSH e sorologias** conforme o perfil clínico. Avaliar **risco cardiovascular e oncológico** deve fazer parte do acompanhamento contínuo, considerando parâmetros antropométricos como IMC e circunferência abdominal, além de fatores de estilo de vida como alimentação, atividade física, tabagismo e sedentarismo.

Essas medidas possibilitam uma abordagem individualizada e preventiva, contribuindo para a **melhora da qualidade de vida e a redução de morbimortalidade na população feminina climatérica**.

5. HORMÔNIOS

Na terapia hormonal, utilizam-se **dois tipos principais de hormônios: estrogênios e progestágenos**. É essencial que a paciente compreenda, desde o início do tratamento, qual é a função de cada um deles, pois isso contribui para a adesão e segurança da prescrição.

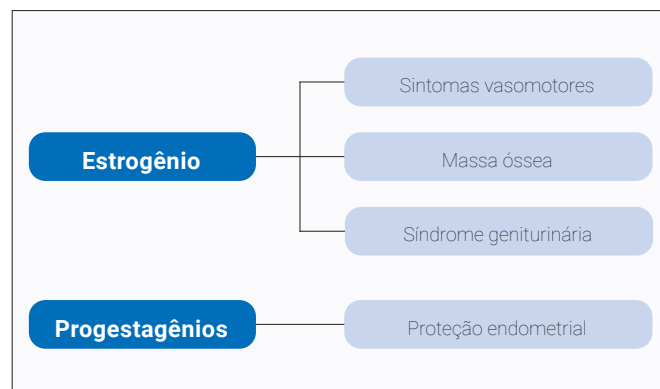
Os **estrogênios** são os **principais responsáveis pela melhora dos sintomas vasomotores**, como fogachos e sudorese noturna. Além disso, exercem **efeito direto sobre a massa óssea**, contribuindo para a sua preservação e para a prevenção da osteoporose. Quando aplicados localmente, os estrogênios também são eficazes no **tratamento da síndrome geniturinária da menopausa**, aliviando sintomas como secura vaginal, dispareunia e infecções urinárias recorrentes.

Os **progestágenos**, por sua vez, têm uma função específica e única dentro da TH: a **proteção endometrial**. Seu uso visa prevenir o estímulo proliferativo que o estrogênio exerce sobre o endométrio, o que poderia evoluir para hiperplasia

ou, em casos mais graves, para neoplasias. Por esse motivo, **todas as mulheres com útero devem receber TH combinada, ou seja, estrogênio associado a progestágeno**.

Já as **mulheres que não possuem útero**, como as histerectomizadas, **podem receber estrogênio isolado**, com uma exceção importante: aquelas com **histórico de endometriose**. Nessas pacientes, mesmo após a retirada do útero, a **presença residual de focos endometrióticos pode representar risco de reativação hormonal**, especialmente em casos de endometriose profunda. Nesses casos, recomenda-se manter a **TH combinada**, a fim de evitar proliferação de implantes remanescentes e o surgimento de sintomas ou complicações.

Figura 01. Esquema sobre estrogênio e progestágenos.



Fonte: Elaborado pelo autor

5.1. Esquemas

Ao prescrever a terapia hormonal, é essencial definir o **esquema de administração mais adequado** para cada paciente, considerando a presença ou não de útero e o tempo de menopausa. Os esquemas podem ser classificados em **estrogênio isolado contínuo, combinado sequencial ou combinado contínuo**.

Nas **mulheres sem útero**, utiliza-se **estrogênio isolado de forma contínua**, ou seja, durante todo o mês, sem pausas. Como essas pacientes não possuem endométrio, **não há necessidade de adicionar progestágeno** nem de provocar sangramento de privação, e o uso contínuo evita flutuações hormonais desnecessárias.

Nas **pacientes com útero**, a TH deve incluir **progestágeno para proteção endometrial**, e há duas formas principais de organização terapêutica:

5.1.1. Esquema combinado sequencial:

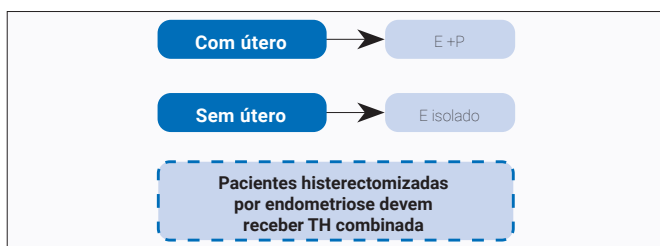
- O **estrogênio é administrado diariamente**, sem interrupção, para evitar sintomas de privação.
- O **progestágeno é utilizado por 12 a 14 dias em cada ciclo**, podendo ser feito em **blocos mensais fixos ou com alternância quinzenal**.
- Esse esquema é preferido em mulheres que **ainda estão nos primeiros anos da menopausa ou na perimenopausa**, pois favorece um padrão cíclico regular com sangramento de privação, mais próximo da fisiologia menstrual.

5.1.2. Esquema combinado contínuo:

- Tanto o **estrogênio** quanto o **progestágeno** são **administrados diariamente**, sem pausas.
- O **progestágeno** é usado em dose **reduzida**, cerca da metade da dose utilizada no esquema sequencial.
- Esse esquema é indicado para pacientes com **menopausa já estabelecida, que não menstruam há algum tempo e não desejam mais sangramentos**.

A escolha entre um esquema e outro deve considerar não apenas o tempo de menopausa, mas também as **preferências da paciente, sua adaptação clínica e perfil de risco individual**. O uso correto e contínuo do progestágeno é essencial para garantir a segurança endometrial, sendo importante orientar a paciente quanto à aderência rigorosa ao esquema prescrito.

Figura 02. Esquemas para mulheres com útero e sem útero.



Fonte: elaborado pelo autor

6. VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

6.1. Estrogênio

A escolha da **via de administração da terapia hormonal** influencia diretamente no perfil metabólico e cardiovascular da paciente. Quando os **esteróides sexuais são administrados por via oral, eles passam pelo fígado na primeira circulação hepática, através do sistema porta**, e essa etapa de metabolismo influencia diversos parâmetros laboratoriais e fisiológicos.

Com a **elevação dos níveis de estrogênio pela via oral**, ocorre aumento do HDL, dos triglicerídeos e da proteína C reativa (PCR), ainda que haja redução do LDL. O aumento da PCR ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona, promovendo **elevação da pressão arterial e aumento do risco de tromboembolismo venoso**. Mesmo entre mulheres de 50 a 59 anos, esse risco é estimado em **1 caso por 1.000 mulheres** em uso de terapia combinada com estrogênio e progestágeno.

As **vias não orais** de administração de estrogênio incluem a **via nasal, subcutânea, vaginal e transdérmica**. No Brasil, as opções não orais mais utilizadas são:

- **Via subcutânea:** por meio de implantes hormonais.
- **Via transdérmica:** disponível em géis ou adesivos.
- **Via vaginal:** indicada exclusivamente para o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa.

Quando administrado por via não oral, o estrogênio é absorvido em sua forma ativa, o que resulta em **maior biodisponibilidade e menor interferência no metabolismo**

lipídico e na pressão arterial. Isso se deve ao fato de que essas vias **evitam a primeira passagem hepática**, reduzindo o impacto sobre os níveis de PCR e o sistema renina-angiotensina-aldosterona. É especialmente recomendada para mulheres **hipertensas, com dislipidemia ou outros fatores de risco cardiovascular**, ainda que sua indicação não se limite exclusivamente a esses grupos.

Risco cardiovascular

A avaliação do **risco cardiovascular** é um dos pilares na **decisão sobre o uso e a via de administração da terapia hormonal**. A escolha adequada depende da **estratificação precisa do risco individual**, o que influencia diretamente na **segurança da prescrição e nos resultados clínicos esperados**.

RISCO MUITO ALTO

Mulheres com **risco muito alto** são aquelas com **aterosclerose significativa, definida por obstruções superiores a 50% em território coronariano, cerebrovascular ou periférico, com ou sem manifestações clínicas**. Essas pacientes possuem **metas rígidas de LDL e geralmente têm indicação de estatinas de alta potência**, sendo imprescindível o acompanhamento conjunto com o cardiologista.

- Aterosclerose significativa (obstrução $\geq 50\%$) com ou sem eventos clínicos em território:
 - ▶ Coronário;
 - ▶ Cerebrovascular;
 - ▶ Vascular periférico.
- Metas: LDL-c < 50 mg/dL, não HDL-c < 80 mg/dL.
- Estatinas de alta potência e associações recomendadas.

RISCO ALTO

O grupo de **risco alto** inclui mulheres com **escore de risco cardiovascular maior que 10% em 10 anos**, que apresentam:

- Doença aterosclerótica subclínica.
- Aneurisma de aorta abdominal.
- DRC (TFGe < 60 mL/min).
- LDL ≥ 190 mg/dL.
- Diabetes + estratificadores de risco/aterosclerose subclínica.
- Metas: LDL-c < 70 mg/dL, não HDL-c < 100 mg/dL.
- Estatinas de alta potência recomendadas.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Já o **risco intermediário** (entre 5% e 10% em 10 anos) contempla, por exemplo, **diabéticas sem doença coronariana subclínica**. Nessa faixa, as metas são **LDL menor que 100 mg/dL e não-HDL menor que 130 mg/dL**, com recomendação de uso de estatina conforme contexto clínico.

- Diabetes sem DAC subclínica ou estratificadores de risco.
- Metas: LDL-c < 100 mg/dL, não HDL-c < 130 mg/dL.
- Estatinas recomendadas.

RISCO BAIXO

Mulheres com **risco baixo** (escore inferior a 5% em 10 anos) têm como meta **LDL abaixo de 100 mg/dL**.

- Metas: LDL-c < 100 mg/dL, não HDL-c < 130 mg/dL.
- Estatinas opcionais

O **escore de Framingham** ainda é um dos mais utilizados para essa estratificação, considerando variáveis como idade, tabagismo, pressão arterial (controlada ou não), colesterol total, HDL, presença de diabetes, doença aterosclerótica e eventos cardiovasculares prévios.

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/etapa1.html>



Contudo, nas mulheres, é essencial considerar também **fatores de risco específicos e frequentemente subestimados**, conforme indicam as **Diretrizes Brasileiras de Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa**. Entre eles estão:

- **Depressão, ansiedade e estresse crônico;**
- **Histórico de tratamento oncológico;**
- **Vivências de abuso, discriminação racial, orientação sexual e privação socioeconômica;**
- **Sobrecarga física e emocional associada a múltiplas jornadas de trabalho.**
- **Intercorrências obstétricas, doença hipertensiva e diabetes gestacional.**

Esses fatores devem ser incluídos na avaliação de risco cardiovascular das mulheres climatéricas, ampliando a visão tradicional baseada apenas em parâmetros laboratoriais.

Com base nessa estratificação, a indicação da TH deve seguir os seguintes critérios:

- **Risco baixo (escore < 5%):** a terapia hormonal é indicada **dentro dos primeiros 10 anos de menopausa**. Após esse período, o uso deve ser discutido em **decisão compartilhada**, considerando os benefícios individuais.
- **Risco intermediário (escore entre 5% e 10%):** a TH é **aceitável**, desde que administrada **pela via transdérmica e dentro dos 10 anos de menopausa**.
- **Risco alto (escore > 10%):** a terapia hormonal deve ser **evitada**, independentemente da via.

Escore de risco CV em 10 anos	Até 10 anos de menopausa	> 10 anos de menopausa
Baixo risco (< 5%)	TH aceitável	Alternativas e decisão compartilhada
Risco intermediário (5-10%)	TH aceitável, via transdérmica	Evitar
Risco alto (> 10%)	Evitar	Evitar

Essas orientações refletem o consenso atual das sociedades médicas, especialmente da cardiologia, e devem ser seguidas rigorosamente para garantir a **segurança e efetividade da reposição hormonal** em mulheres no climatério.

6.1.1. Doses

■ Via oral

Na via oral, utiliza-se o **estradiol** em comprimidos. As principais apresentações são:

- **Natifa®** – contém 1 mg de 17β-estradiol (dose considerada baixa).
- **Primogyna®** – disponível em versões de 1 mg e 2 mg; a de 2 mg é considerada **dose média a alta**.

De forma geral, considera-se: **baixa dose oral: 1 mg; dose média: 1,5 a 2 mg**.

■ Via transdérmica – adesivo

Os **adesivos transdérmicos** liberam o estrogênio diretamente na corrente sanguínea, evitando o metabolismo hepático de primeira passagem. A opção disponível é: **Systen®** – nas versões de 25, 50 e 100 mcg/dia.

O adesivo **Estradot®** também era uma opção transdérmica no mercado, mas encontra-se atualmente de difícil acesso.

ÁREAS RECOMENDADAS

- Aplicar imediatamente após retirar da embalagem na pele limpa, seca, saudável e intacta no tronco abaixo da cintura.
- Cada aplicação deve ser feita em uma área da pele ligeiramente diferente.
- Não aplicar próximo às mamas, superfícies mucosas ou na pele irritada.

■ Via transdérmica – gel

Os **géis transdérmicos** também oferecem uma alternativa eficaz e segura, especialmente para pacientes com **dislipidemia ou risco cardiovascular**. As formulações mais utilizadas são:

- **Estreva Gel®** – cada *pump* libera **0,5 mg de estradiol**.
 - Dose baixa: 1 *pump*;
 - Dose convencional: 2 a 3 *pumps*;
 - Dose alta: ≥ 4 *pumps*.
- **Sandrena Gel®** – em sachês com doses de **0,5 mg e 1 mg**.
- **Estragel®** – cada *pump* libera **0,75 mg de estradiol**.
 - Dose baixa: 1 *pump*;
 - Dose média: 2 *pumps*;
 - Dose alta: ≥ 3 *pumps*.

A aplicação dos géis deve ser feita **diariamente**, em áreas como a **face interna do antebraço ou parte posterior da coxa**, respeitando um limite de **1 a 2 palmos de área** para garantir absorção adequada. Após a aplicação, recomenda-se aguardar **2 a 5 minutos antes de vestir roupas e evitar contato com crianças ou animais até a secagem completa**.

ÁREAS RECOMENDADAS

- Pode-se alternar diariamente o local da aplicação.
- Não aplicar próximo às mamas, superfícies mucosas, genitália ou pele irritada.
- A área de aplicação deve ser entre 1 e 2 palmos da mão.
- É aconselhável deixar secar por aproximadamente 2-5 minutos antes de vestir.

■ Via transdérmica – pulverização (spray)

Mais recentemente, foi introduzido no mercado o **spray transdérmico de estradiol**, uma forma prática de administração:

- Cada *spray* libera **1,53 mg de estradiol**.
- **Ultra baixa dose:** 1 *spray*;
- **Baixa dose:** 1 a 2 *sprays*;
- **Moderada:** 2 a 3 *sprays*;
- Doses acima disso são consideradas **off-label**, pois ainda não há estudos específicos.

A aplicação é feita com o **bocal do frasco encostado diretamente na pele**, geralmente na **face interna do antebraço**, e, quando mais de um *spray* for necessário, os locais devem ser **alternados**.

Quadro 01. Estrogênio - Doses diárias.

Estro- gênio	Ultrabaixa	Baixa	Média (plena)	Alta
E conjugados (oral)	< 0,3 mg	0,3 – 0,45 mg	0,625 mg	1,25 mg
Estradiol (oral)	0,5 mg	1 mg	1,5 – 2 mg	3 – 4 mg
Estradiol gel	< 0,25 mg	0,5 – 0,75 mg	1 – 1,5 mg	2 – 3 mg
Estradiol adesivo	> 25 µg	25 – 37,5 µg	50 µg	75 – 100 µg
Estradiol spray	1,53 mg	1,53 – 3,09 mg	3,09 – 4,59 mg	> 3 <i>sprays</i>

Fonte: elaborado pelo autor

6.2. Progestagênicos

Existem **diversos tipos de progestágenos**, e cada um apresenta **comportamentos distintos em relação à atividade androgênica ou antiandrogênica**, o que pode interferir na tolerabilidade, nos efeitos adversos e até em aspectos estéticos como retenção hídrica, oleosidade e acne. Assim, **avaliar o perfil androgênico ou hipoandrogênico do progestágeno** permite uma escolha mais adequada ao perfil da paciente.

Além disso, **os progestágenos diferem quanto ao impacto sobre o risco de tromboembolismo venoso (TEV) e sobre o perfil lipídico**, sendo esses dois fatores relevantes para a segurança a longo prazo da reposição hormonal.

Dentre as **opções disponíveis**, a **didrogesterona e a progesterona natural micronizada** destacam-se como as melhores escolhas, tanto pelo **menor risco tromboembólico** quanto pela associação mais favorável em relação ao risco de câncer de mama. Essas formulações oferecem **maior segurança metabólica e vascular**, sendo preferidas especialmente em pacientes com fatores de risco adicionais ou maior vulnerabilidade clínica.

6.2.1. Doses

A escolha entre esquema **contínuo ou intermitente (cíclico)** vai depender do **momento da menopausa e do desejo ou não de manter sangramento de privação**.

Na **progesterona natural micronizada**, a dose **contínua é de 100 mg ao dia**, enquanto no **esquema cíclico utiliza-se 200 mg por 14 dias a cada mês**. Já a **didrogesterona é usada em 20 mg por 14 dias no regime cíclico**, e em **10 mg ao dia no regime contínuo**.

A **acetato de medroxiprogesterona (AMP)** é uma opção de menor custo e **amplamente disponível no SUS**. No esquema **cíclico**, a dose varia entre **5 a 10 mg por dia**, enquanto no esquema **contínuo utiliza-se 1,25 a 2,5 mg ao dia**.

Além das opções orais, o **DIU Mirena®** (liberador de levonorgestrel) é uma excelente alternativa como **progestágeno**

intrauterino, oferecendo proteção endometrial eficaz com a vantagem de baixa dose sistêmica e comodidade de uso.

Entre os **progestágenos orais disponíveis**, destacam-se:

- **Provera®** – medroxiprogesterona oral (2,5 a 10 mg);
- **Duphaston®** – didrogesterona (10 mg por comprimido);
- **Utrogestan®** – progesterona micronizada (100 ou 200 mg);
- Alternativas: **Juno® e Gympro®**.

Quadro 02. Medicamentos, dosagens e observações sobre o uso de progestágenos.

Proges- tágeno	Esquema Cíclico	Esquema Contínuo	Observações
Progesterona micronizada	200 mg/dia por 14 dias/mês	100 mg/dia	Utrogestan®, Juno®, Gympro®
Didrogesterona	20 mg/dia por 14 dias/mês	10 mg/dia	Duphaston®
Medroxipro- gesterona	5–10 mg/dia por 14 dias/mês	1,25–2,5 mg/dia	Provera®; disponível pelo SUS
DIU Mirena® (levonor- gestrel)	—	—	Opção intrauterina para proteção endometrial

Fonte: elaborado pelo autor

6.3. Combinados

6.3.1. Oral sequencial

Quando se opta por um **esquema combinado sequencial por via oral**, é possível utilizar **formulações prontas disponíveis no mercado**, embora as opções ainda sejam limitadas no Brasil. Esses esquemas são especialmente úteis para pacientes no início da menopausa ou na transição menopausal, em que se deseja manter um **ciclo com sangramento de privação programada**.

Uma das principais apresentações disponíveis é o **Ciclo Primogyna®**, que combina **valerato de estradiol com levonorgestrel**. O esquema é organizado em **21 comprimidos**:

- **11 primeiros comprimidos** contêm apenas estradiol;
- **10 comprimidos seguintes** contêm a combinação de estradiol com levonorgestrel;
- Após os 21 dias, a paciente realiza **uma pausa de 7 dias**, período em que ocorre o sangramento.

Apesar da praticidade, **algumas pacientes relatam retorno de sintomas climatéricos durante a pausa, o que pode exigir mudança para esquemas contínuos** ou outras estratégias terapêuticas mais estáveis.

Outra opção relevante, embora com **disponibilidade variável**, é o **Femoston®**, que oferece:

- **14 comprimidos com apenas estradiol**;
- **14 comprimidos com estradiol associado à didrogesterona**.

É considerado uma **formulação de excelente tolerabilidade**, com perfil de segurança adequado, porém sua **presença no mercado pode ser irregular**, o que limita seu uso contínuo em algumas regiões.

Essas opções prontas **facilitam a adesão ao tratamento** e são úteis especialmente quando se busca um **regime cíclico estruturado**, mas é importante considerar disponibilidade, tolerância e perfil clínico para determinar a melhor conduta em cada caso.

6.3.2. Oral contínuo

Nos casos em que se opta por um **esquema combinado contínuo por via oral**, há **maior disponibilidade de opções comerciais no mercado brasileiro**, o que facilita a prescrição, especialmente em mulheres com menopausa já estabelecida e que não desejam mais sangramentos cíclicos.

Entre as opções em **baixa dose**, destaca-se o **Natifa Pro®**, que associa **1 mg de estradiol a 0,5 mg de noretisterona**. Trata-se de uma formulação amplamente utilizada e de fácil acesso. Um **medicamento equivalente é o Super L®**, com composição idêntica, embora seja mais difícil de encontrar.

Outra opção importante é o **Angeliq®**, que **combina estradiol com drospirenona, um progestágeno com ação antian-drogênica**, especialmente útil em mulheres com queixas de retenção hídrica, acne ou outras manifestações relacionadas à ação androgênica. Há ainda o **Ceci®**, medicamento similar em composição ao Angeliq®.

O **Femoston Conti®**, que contém **estradiol associado a didrogesterona**, também é uma formulação bem tolerada, mas com disponibilidade variável no mercado, o que pode limitar seu uso.

Além dessas, existem opções para **doses ainda mais reduzidas**, como o **Natifa BD®**, indicado principalmente em dois cenários:

- Em **mulheres muito jovens**, no início do climatério, quando se deseja minimizar os efeitos hormonais;
- Em **pacientes no final do curso da terapia hormonal**, próximas dos dez anos de uso, quando se considera a **redução gradual da dose**.

Por fim, a **Suprema®** representa uma opção de **dose convencional, com 2 mg de estradiol e noretisterona**, sendo indicada para mulheres com necessidade de doses mais robustas. No entanto, também é uma formulação menos disponível no mercado atual.

6.3.3. Adesivos

Além das formulações orais, uma alternativa prática e eficaz para a **terapia hormonal combinada** são os **adesivos transdérmicos prontos**, especialmente úteis para mulheres que apresentam **intolerância à via oral ou que possuem fatores de risco cardiovascular ou metabólico**. As formulações disponíveis no Brasil incluem o System Sequi® e o System Conti®, ambos com base em **estradiol e noretisterona**.

O **System Sequi®** é um **esquema sequencial**, que simula o ciclo hormonal. O sistema é composto por dois tipos de adesivos:

- **Nos primeiros 14 dias**, os adesivos contêm **apenas estradiol**;
- **Nos 14 dias seguintes**, os adesivos contêm a **combinação de estradiol com noretisterona**.

Esse esquema é indicado principalmente para mulheres em **fase de transição menopausal** ou nos **primeiros anos de**

menopausa, que ainda toleram o **sangramento de privação** como parte do regime cíclico.

Já o **System Conti®** representa o **esquema combinado contínuo**, no qual **todos os adesivos contêm estradiol e noretisterona**. Essa formulação é recomendada para mulheres com **menopausa estabelecida, que desejam evitar qualquer sangramento**, mantendo níveis hormonais estáveis ao longo do tempo.

Ambas as opções compartilham os benefícios da via transdérmica, como **maior biodisponibilidade, menor interferência hepática e menor impacto sobre o perfil lipídico e risco tromboembólico**.

6.4. Tibolona

A **Tibolona** é uma opção disponível no mercado para a terapia hormonal da menopausa, com características que a diferenciam das formulações tradicionais. Trata-se de um **esteróide sintético de uso oral**, cuja principal vantagem é combinar, em um único comprimido, **efeitos estrogênicos, progestagênicos e androgênicos**. Por isso, pode atuar simultaneamente sobre os **sintomas vasomotores, a proteção endometrial e a melhora da função sexual**.

A tibolona está disponível em **comprimidos de 1,25 mg e 2,5 mg, sendo utilizada em esquema contínuo**. No entanto, **deve ser evitada nos primeiros anos do climatério**, quando ainda há risco de sangramento uterino, pois seu uso precoce está associado a **maior chance de sangramentos irregulares**.

O **efeito androgênico da tibolona** é um diferencial importante, podendo ser **benéfico para mulheres com disfunção sexual associada à queda da libido**, uma queixa frequente no climatério.

Apesar dessas vantagens, a tibolona **não é considerada primeira linha** para todas as pacientes. Existem **limitações importantes** quanto à sua segurança e eficácia, pois os estudos disponíveis apresentam **baixo nível de evidência**. Nos Estados Unidos, inclusive, o uso da tibolona não é aprovado. Algumas pesquisas demonstraram um **leve aumento no risco de acidente vascular cerebral**, especialmente em mulheres mais velhas. Em relação ao **câncer de mama**, os **dados ainda são inconclusivos, e os efeitos a longo prazo permanecem pouco estudados**.

6.5. Implantes hormonais

Um ponto de atenção importante na prática clínica atual é o **uso de implantes hormonais**, que vêm se popularizando entre mulheres no climatério. Atualmente, existem **implantes de estrogênio e de progesterona**, mas sua prescrição requer **cautela e orientação adequada à paciente**.

Os **implantes de progesterona**, assim como os **cremes com progesterona, não oferecem proteção endometrial eficaz**. Por isso, **não devem ser prescritos com essa finalidade**, pois não previnem adequadamente o risco de **hiperplasia ou neoplasia endometrial** em mulheres com útero que fazem uso concomitante de estrogênio.

Quando se opta pelo uso de **implantes de estrogênio**, é fundamental que a paciente esteja plenamente informada sobre os riscos, incluindo o fato de que **esses produtos não**

são regulamentados por agências como a Anvisa, sendo frequentemente manipulados e não patenteados, o que limita o controle de sua composição e liberação hormonal.

Se, ainda assim, o implante de estrogênio for considerado a melhor alternativa para o caso clínico, é imprescindível que a mulher **utilize corretamente o progestágeno associado**, sempre que possuir útero, para garantir a **proteção adequada do endométrio**. A ausência dessa proteção pode resultar em aumento significativo do risco de hiperplasia endometrial e complicações subsequentes.

7. TESTOSTERONA

O uso de **testosterona na mulher** é um tema que exige clareza e responsabilidade. As principais sociedades médicas brasileiras são unânimes em afirmar que **a única indicação reconhecida para uso de testosterona na mulher na pós-menopausa é o desejo sexual hipoativo (DSH)**. Nenhuma outra condição, até o momento, apresenta respaldo suficiente para justificar sua prescrição.

O **diagnóstico de DSH é clínico** e não depende da dosagem laboratorial da testosterona. Antes de iniciar a terapia, é essencial **excluir outras causas** de redução da resposta sexual, tanto fisiológicas quanto psicossociais. Deve-se considerar abordagens como **orientações comportamentais, terapia sexual ou cognitivo-comportamental**, além de ajustes em medicamentos ou contextos clínicos que possam interferir na libido.

Ao decidir pela prescrição da testosterona, o passo inicial é a **dosagem basal**, feita apenas em pacientes em que se planeja iniciar o tratamento, para **estabelecer um valor de referência individual**. Após o início da terapia, deve-se realizar nova dosagem **após um a dois meses**, com o objetivo de **verificar se os níveis estão dentro da faixa terapêutica segura**, evitando excessos.

A dose geralmente varia entre 1 mg e 5 mg ao dia, sendo comum iniciar com 3 mg, podendo-se ajustar de acordo com a resposta clínica e a sensibilidade da paciente.

O veículo recomendado é o **PentraVan®**, um meio transdérmico de alta qualidade, que **garante boa absorção cutânea**. A testosterona deve ser **manipulada em tubo com válvula dosadora**, de forma que cada “pump” libere a quantidade exata prescrita. A **aplicação é diária**, preferencialmente à noite, em locais como a **face interna do antebraço, raiz da coxa ou região posterior do joelho**. A aplicação em vestíbulo vulvar e clitóris também pode ser indicada, com intuito de promover a manipulação da região, estimulando o desejo sexual também localmente.

Caso a paciente **não apresente melhora em três meses**, o tratamento deve ser **interrompido**, visto que a testosterona não possui outras indicações terapêuticas válidas. Quanto à duração, os dados disponíveis apontam **segurança por até dois a três anos de uso contínuo**. Acima desse período, ainda não há estudos conclusivos sobre segurança cardiovascular

ou risco oncológico, especialmente em relação ao câncer de mama.

PRESCRIÇÃO

- Testosterona base - 1 mg a 5 mg.
- PentraVan® qsp 1 g.
- Tubo com válvula dosadora 1 g/mL.
- Aplicar 1 pump (1dose) em face interna de antebraço, raiz da coxa ou atrás do joelho, diariamente ao deitar.

8. CONTRACEPÇÃO

Durante a transição menopausal, muitas mulheres ainda se encontram em idade fértil, embora com fertilidade progressivamente reduzida. Apesar do **baixo risco de gestação nessa fase**, uma **gravidez não planejada pode representar altos riscos obstétricos**, sendo, portanto, fundamental manter a **orientação contraceptiva adequada**.

A **necessidade de contracepção** deve ser avaliada com base na idade, no uso de métodos hormonais e na presença de amenorreia:

- **Mulheres entre 40 e 50 anos:** a contracepção pode ser **suspensa após dois anos de amenorreia**, desde que esteja confirmada a entrada na menopausa.
- **Mulheres a partir dos 50 anos:** basta **um ano de amenorreia** para considerar a **suspensão do método contraceptivo**. Entretanto, muitas pacientes fazem uso de **contraceptivos hormonais contínuos, o que impede a avaliação clínica da amenorreia**. Nesses casos, a conduta deve ser ajustada conforme a **idade e o risco individual**.

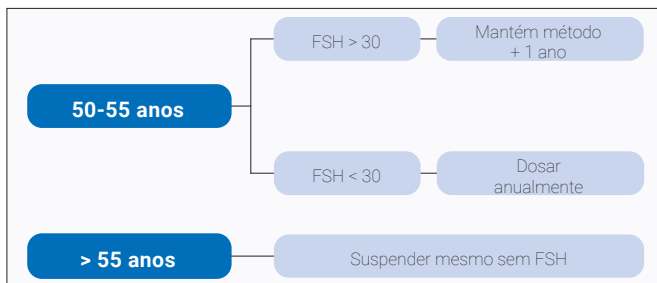
- **Entre 40 e 50 anos**, se a paciente estiver usando contraceptivo, o método pode ser mantido conforme os **critérios de elegibilidade da OMS**, com base no histórico clínico e fatores de risco.
- **Após os 50 anos, considera-se a troca do método**, priorizando aqueles com menor risco tromboembólico, como:
 - **Métodos com progestágeno isolado**, preferencialmente via vaginal;
 - **Combinados com estrogênios naturais**, quando necessário.

Nessa fase, a **dosagem do FSH** pode ser um recurso útil para definir o momento de suspensão do método contraceptivo:

- Em mulheres **entre 50 e 55 anos, dosa-se o FSH**:
 - Se o **FSH estiver acima de 30 mUI/mL**, repete-se a dosagem em **seis semanas**;
 - Caso se mantenha elevado, o **método é mantido por mais um ano** e, após esse período, pode ser suspenso com segurança;
 - Se o FSH for **inferior a 30 mUI/mL**, **mantém-se o método contraceptivo**, com reavaliações anuais até se confirmar elevação sustentada.
- Em pacientes **com mais de 55 anos, é possível suspender a contracepção sem necessidade de dosagem hormonal**, salvo se houver insegurança clínica ou preferência da paciente por maior confirmação laboratorial.

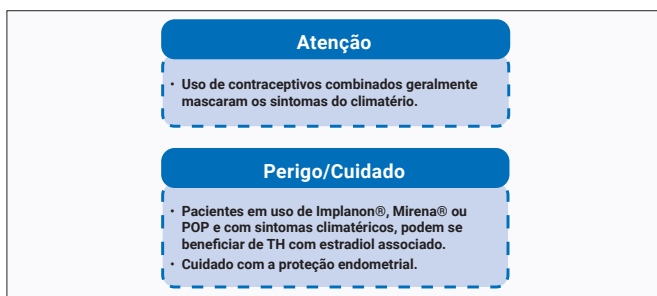
Esse cuidado individualizado evita riscos desnecessários e permite uma transição segura entre a **fase reprodutiva e a menopausa estabelecida**, respeitando o perfil clínico e os desejos da mulher.

Figura 03. Contracepção na transição menopausal.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 04. Cuidados com a contracepção na transição menopausal.



Fonte: elaborado pelo autor

Dosagem de FSH

A dosagem do hormônio folículo-estimulante pode ser útil para auxiliar no diagnóstico da menopausa em mulheres que ainda utilizam **métodos contraceptivos hormonais**, sobretudo após os 50 anos. No entanto, o momento adequado da coleta deve ser ajustado de acordo com o tipo de contraceptivo utilizado, uma vez que o **uso de estrogênio combinado pode suprimir artificialmente os níveis de FSH**, mascarando o verdadeiro estado hormonal da paciente.

Nas mulheres em **uso de contraceptivos combinados orais** (com estrogênio), o ideal seria interromper o uso por **seis semanas** antes da dosagem, para que o FSH reflita com precisão a função ovariana. No entanto, por **medo de gravidez ou insegurança clínica**, muitas pacientes não desejam realizar uma pausa tão longa. Nesses casos, uma alternativa viável é:

- Fazer uma pausa do contraceptivo por sete dias;
- Dosar o FSH no sétimo dia;
- Retomar o contraceptivo no oitavo dia, garantindo proteção contínua.

Esse método, embora menos sensível que a pausa prolongada, pode oferecer **dados clínicos úteis com menor impacto sobre a proteção contraceptiva**.

Nas pacientes que utilizam **progestágeno isolado**, a conduta varia conforme a forma de administração:

- **Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona):** o FSH deve ser dosado **imediatamente antes da próxima injeção**, ou seja, cerca de três meses após a aplicação anterior.
- **Implanon®, DIU hormonal ou pílula oral de progesterona:** a dosagem de FSH pode ser realizada em **qualquer momento, pois esses métodos não suprimem o FSH** de forma significativa.

Essas estratégias permitem uma avaliação mais precisa da função ovariana, mesmo na presença de contraceptivos, e são especialmente úteis na **definição do momento seguro para a suspensão do método** em pacientes próximas ou dentro da faixa etária da menopausa.

9. DURAÇÃO E SUSPENSÃO DA TH

A decisão sobre **quanto tempo manter a terapia hormonal** deve sempre ser guiada por uma **avaliação individualizada de riscos e benefícios**, realizada de forma compartilhada com a paciente. As principais sociedades médicas atualmente afirmam que não há uma duração máxima pré-definida nem uma idade limite para o uso da terapia hormonal. Ou seja, se a paciente **iniciou a TH dentro da janela de oportunidade — definida como até os 60 anos de idade ou até 10 anos após a menopausa —, ela pode continuar o tratamento enquanto os benefícios superarem os riscos**, independentemente da idade cronológica.

Existem algumas **situações específicas que merecem atenção**:

- Nas pacientes com **insuficiência ovariana prematura**, a TH deve ser mantida **obrigatoriamente até os 50 anos**, idade média da menopausa espontânea, podendo ser estendida após essa faixa etária com base nos mesmos critérios de risco-benefício.
- Nas pacientes **sobreviventes de câncer ginecológico**, como **câncer de ovário, endométrio ou colo do útero**, o uso da TH deve seguir **guidelines específicos**, avaliando o tipo de tumor, o risco de recidiva e as opções terapêuticas seguras para cada caso.

Quanto à **forma de interromper a TH**, não existe uma recomendação única sobre o desmame:

- A suspensão pode ser feita de forma **abrupta ou gradual**, sendo que ambas as estratégias podem levar à **recidiva temporária dos sintomas climatéricos em 40% a 50% das mulheres**, especialmente nos primeiros meses após a interrupção.
- Com o tempo, a maioria das pacientes tende a **se readaptar à ausência da medicação**, mas algumas podem necessitar de estratégias de suporte.

Outro ponto relevante é que, **independentemente da forma de suspensão**, ocorrerá **perda da densidade mineral óssea adquirida** durante os anos de uso da TH. Por isso, é fundamental manter o **acompanhamento clínico e densitométrico**, especialmente em pacientes com risco aumentado para osteoporose.

10. INTERCORRÊNCIAS

Durante o uso da terapia hormonal, é comum que algumas intercorrências ocorram, sendo o **sangramento uterino não programado** uma das mais frequentes. Até **40% das pacientes** podem apresentar esse sangramento, especialmente nos primeiros meses de uso. Em geral, ele tende a se resolver em **três a seis meses**, desde que a paciente esteja fazendo uso correto da medicação e que haja boa absorção dos hormônios.

Esse sangramento costuma ser mais comum nas mulheres nos primeiros dois anos da menopausa, por isso, prefere-se o uso de esquemas sequenciais nesse período. No entanto, é fundamental saber quando investigar: **persistência do sangramento após seis meses de tratamento**, sangramentos em **grande quantidade** ou em pacientes que estavam

há muito tempo em amenorreia e voltaram a sangrar são situações que **exigem maior atenção clínica**.

Entre os **fatores de risco para hiperplasia endometrial**, destacam-se a **obesidade, diabetes, o uso de estrogênio isolado em mulheres com útero, a má adesão ao uso de progestágeno e o uso desproporcional de estrogênio em relação ao progestágeno**. Por isso, é indispensável verificar se a dose do progestogênio está adequada e se a paciente está, de fato, fazendo uso conforme prescrito. Esquemas separados (como gel de estrogênio e cápsula oral de progesterona) exigem ainda mais cuidado com a adesão. Nesses casos, pode-se considerar opções combinadas — como adesivos com estrogênio e progestágeno, comprimidos combinados ou o DIU Mirena®, que oferece excelente proteção endometrial com maior comodidade.

Quando o sangramento ocorre, a **espessura endometrial pode guiar a conduta**. Em usuárias de **TH contínua**, espessuras de até 4 mm costumam ser tranquilizadoras; já em esquemas **sequenciais**, aceita-se espessura de até **7 mm**. Se houver espessamento acima desses valores, pode-se indicar **biópsia endometrial ou histeroscopia**, especialmente se houver outros fatores de risco. Mesmo em pacientes assintomáticas, um endométrio espessado maior que **10 mm** deve ser investigado em até seis semanas, ou antes, se houver risco aumentado.

- Avaliar riscos + Observar em 6 meses, se:
 - ▶ $EE \leq 4$ mm se TH contínua;
 - ▶ $EE \leq 7$ mm se TH sequencial;
- Biópsia ou Histeroscopia, se:
 - ▶ $EE > 4$ mm se TH contínua;
 - ▶ $EE > 7$ mm se TH sequencial
- Paciente assintomática, mas:
 - ▶ $EE \geq 10$ mm sem fatores de risco → Biópsia ou Histeroscopia em até 6 semanas.
 - ▶ $EE 10$ mm com fatores de risco → Biópsia ou Histeroscopia em até 2 semanas.

Além do sangramento, **outras intercorrências possíveis** durante o uso da TH incluem **eventos tromboembólicos, colecistopatias, doenças autoimunes, hiperplasia e câncer endometrial, além de efeitos colaterais hormonais** como mastalgia, cefaléia ou distensão abdominal. Por isso, o acompanhamento clínico regular é essencial para garantir segurança e eficácia da terapia hormonal.

10.1. Medicação recomendada

Quando a paciente está em uso de terapia hormonal (TH) e **apresenta sangramento uterino, mas expressa o desejo de manter o tratamento**, é necessário reavaliar cuidadosamente a conduta terapêutica. A primeira medida indicada é o uso do **sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena®)**, com 52 mg do hormônio, que oferece excelente controle tanto do sangramento quanto do espessamento endometrial.

Caso o DIU não seja viável, uma alternativa é **ajustar a dose do progestogênio**. Pode-se optar por aumentar a dose da **noretisterona, do acetato de medroxiprogesterona** ou

de outro progestágeno disponível. Quando o aumento do progestágeno não é possível — seja por efeitos adversos ou por características individuais da paciente —, pode-se considerar a **redução da dose de estrogênio** como forma de reequilibrar o esquema hormonal e minimizar o estímulo endometrial.

Nas pacientes que já estão em uso de esquemas combinados e apresentam sangramento recorrente, é essencial **avaliar a real necessidade de continuidade da TH**. Caso os benefícios permaneçam claros, pode-se seguir com o tratamento com ajustes — como a introdução do Mirena® — ou **trocar por uma via alternativa de tratamento hormonal**. Em situações em que a paciente não aceita nenhuma dessas opções e persiste o risco, pode ser considerada, em último caso, a **histerectomia**.

REFERÊNCIAS

1. Zhang GQ. Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review. 02 ago 2021. PubMed - Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review
2. Grandi G. Contraception During Perimenopause: Practical Guidance. 15 jul 2022. PubMed - Contraception During Perimenopause: Practical Guidance
3. Metha J. Risks, Benefits, and Treatment Modalities of Menopausal Hormone Therapy: Current Concepts. 26 mar 2021. PubMed - Risks, Benefits, and Treatment Modalities of Menopausal Hormone Therapy: Current Concepts
4. MANLEY, K.; et al. Management of unscheduled bleeding on HRT: A joint guideline on behalf of the British Menopause Society, Royal College Obstetricians and Gynaecologists, British Gynaecological Cancer Society, British Society for Gynaecological Endoscopy, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of General Practitioners and Getting it Right First Time. Post Reprod Health. 2024.
5. MACHADO, R. B.; POMPEI, L. DE M.; PAIVA, L. H. S. DA C.; MELO, N. R. DE; WENDER, M. C. O.; FERNANDES, C. E.; Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. 3. ed.. Alef Editora. 2024.