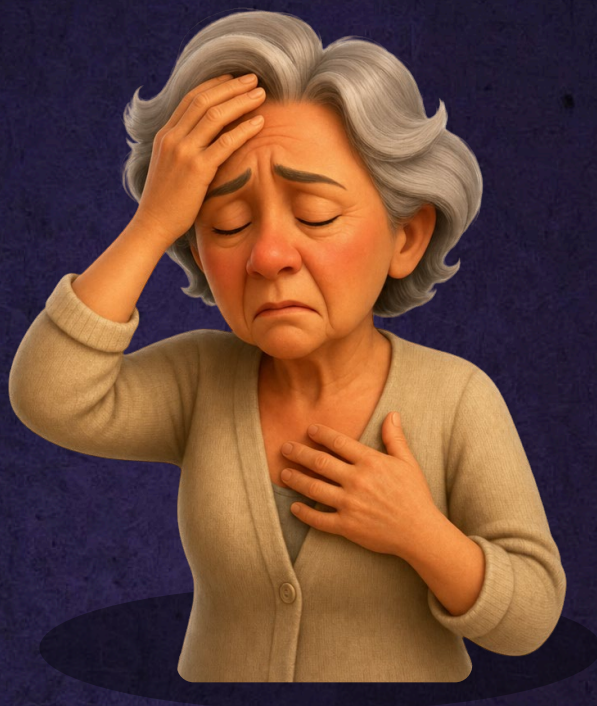




MED-REVIEW



**CLIMATÉRIO E
MENOPAUSA**

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

Apertem os cintos! O tema de Climatério e Menopausa é presença garantida nas provas e a Terapia Hormonal (TH) é, de longe, o assunto preferido das bancas. Para você gabaritar as questões sem medo, preparamos o mapa de prioridades abaixo.

SITUAÇÃO CLÍNICA	
SITUAÇÃO CLÍNICA	CONDUTA / PADRÃO DE PROVA
Janela de Oportunidade (Ouro!)	Iniciar TH em pacientes com < 60 anos OU < 10 anos de menopausa . Fora dessa janela, o risco supera o benefício.
Paciente COM útero	ESTROGÊNIO + PROGESTERONA . O uso de estrogênio isolado causa hiperplasia endometrial e câncer. (A progesterona micronizada é a mais segura).
Paciente SEM útero (Histerectomizada)	ESTROGÊNIO ISOLADO . <i>Exceção de prova:</i> se a paciente retirou o útero por endometriose grave, DEVE usar progesterona para não re-ativar focos.
Melhor via para hipertensas, diabéticas, obesas e tabagistas	VIA TRANSDÉRMICA . Evita a primeira passagem hepática, não altera fatores de coagulação, não piora triglicerídeos e não mexe com o sistema renina-angiotensina.
Quando usar Via Oral?	Dar preferência para as pacientes hígidas, sem risco cardiovascular e com dislipidemias (LDL alto) -> a via oral aumenta HDL e diminui o LDL (mas lembre-se! aumenta triglicerídeos).
Contraindicações Absolutas à TH	Câncer de mama ou endométrio, sangramento vaginal não investigado, doença hepática ativa/grave, tromboembolismo (TVP/TEP) prévio, porfiria.
Paciente com câncer de mama e fogachos	NÃO PODE TH . Usar inibidores da recaptação de serotonina/noradrenalina (Venlafaxina), Gabapentina ou Clonidina.
Atenção ao Tamoxifeno	Se a paciente usa Tamoxifeno para câncer de mama, NÃO use Paroxetina ou Fluoxetina (inibem o CYP2D6 e cortam o efeito do Tamoxifeno). Prefira Venlafaxina .
Atrofia vaginal isolada (SGM)	ESTROGÊNIO VAGINAL TÓPICO . Não precisa associar progesterona, mesmo com útero, pois a absorção sistêmica é quase zero.

INTRODUÇÃO

Contexto clínico

Você está no ambulatório de Ginecologia e recebe a Dona Maria, 51 anos. Ela senta na sua frente, abana o rosto com uma revista e diz: *"Doutor(a), não aguento mais. Estou há um ano sem menstruar, sinto uns calores que sobem para o pescoço e me fazem suar bicas no meio da noite. Não durmo, estou irritada, e para piorar, a relação com meu marido está insuportável de tanta dor."*

Pensa comigo... O que está acontecendo com a Dona Maria? Ela é o retrato clássico da mulher no climatério. A função ovariana dela está falhando, o estrogênio despencou e o corpo inteiro está sentindo essa privação. O nosso papel aqui não é apenas aliviar uma queixa isolada, mas resgatar a qualidade de vida dessa mulher e, ao mesmo tempo, proteger a saúde cardiovascular e óssea dela.

Por que esse tema cai tanto

Esse tema despenca nas provas porque exige do médico um raciocínio clínico integrado. As bancas não querem apenas saber se você sabe o que é um "fogacho". Elas querem saber se você domina a prescrição da Terapia Hormonal (TH) com base no Consenso Brasileiro da SOBRAC e da FEBRASGO (atualizado em 2024!).

Eles vão te testar com pacientes cheias de comorbidades: a hipertensa, a obesa, a que teve trombose, a que teve câncer de mama. Você vai precisar escolher o hormônio certo, na via certa, ou saber exatamente quando dizer "não" para os hormônios e usar alternativas farmacológicas.

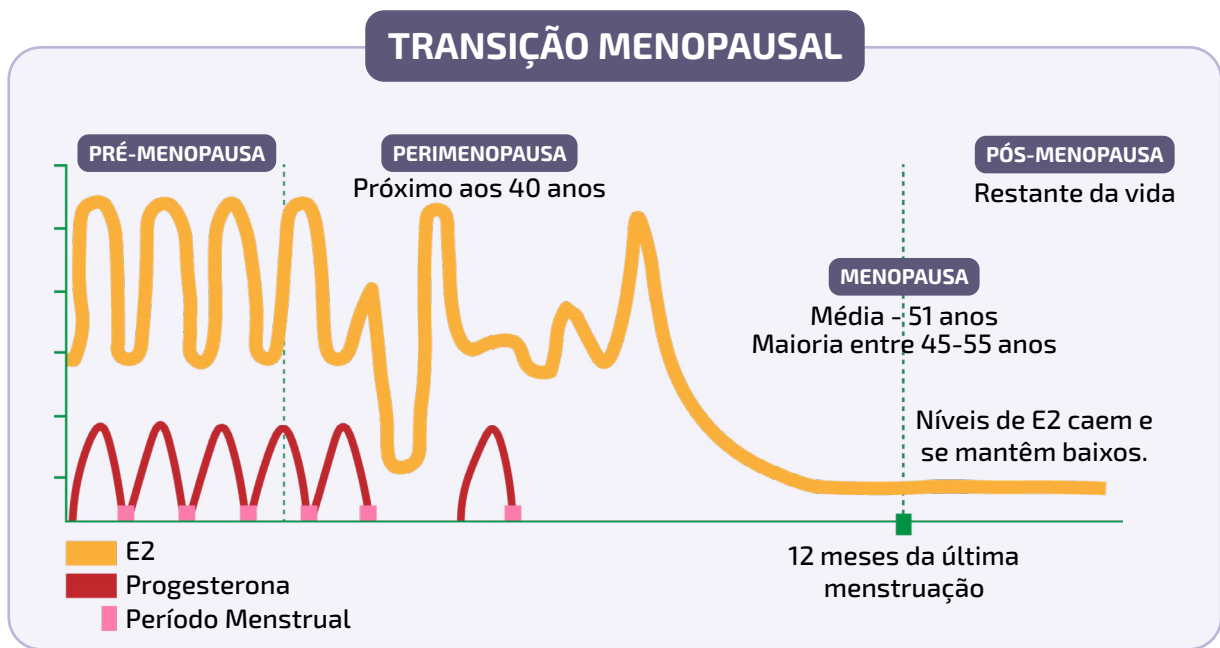
DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

A Transição Menopausal (Perimenopausa)

Muitas vezes, as bancas e até as pacientes usam os termos climatério e menopausa como sinônimos, mas eles não são! O **climatério** é a fase inteira de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. Dentro dele, temos a transição menopausal (ou perimenopausa).

Fisiologicamente, o que acontece primeiro? A redução do número de folículos ovarianos leva a uma queda na produção de **Inibina B**. Como a Inibina B é o freio do FSH (Hormônio Folículo-Estimulante), a sua queda faz com que o **FSH comece a se elevar**. Essa é a primeira alteração hormonal que vemos, mesmo com a mulher ainda menstruando!

Com a falência ovariana progressiva, os ciclos se tornam irregulares (oligomenorreia), ocorrem ciclos anovulatórios (muito estrogênio e pouca progesterona, o que pode causar sangramentos disfuncionais), até que a produção de estradiol finalmente desaba.



A Menopausa Estabelecida

A **menopausa** é um marco temporal retrospectivo: ela é definida como a **parada permanente da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorreia**. A idade média ocorre em torno dos 50 a 51 anos.



PULO DO GATO

Se a menopausa ocorrer antes dos 40 anos, chamamos de **Insuficiência Ovariana Prematura (IOP)**. Se ocorrer entre 40 e 45 anos, chamamos de menopausa precoce. A IOP exige tratamento de reposição até a idade fisiológica da menopausa para evitar riscos graves (cardiovasculares e ósseos)!

Após a menopausa, os ovários param de produzir estradiol de forma significativa. O principal estrogênio circulante passa a ser a **Estrona**, que é formada no tecido adiposo pela conversão periférica da androstenediona (pela enzima aromatase).

Exames importantes



ERRO COMUM

Achar que precisa pedir um painel hormonal gigantesco para toda mulher no climatério. O diagnóstico do climatério em mulheres com mais de 45 anos e sintomas clássicos é **eminente clínico**!

Não precisamos pedir dosagens hormonais de rotina. Contudo, em casos de **dúvida diagnóstica** (mulheres mais jovens ou com útero retirado que não menstruam mais), podemos solicitar o FSH. Um **FSH elevado ($> 30 \text{ mUI/mL}$)** associado a estradiol baixo sela o diagnóstico de falência ovariana.

Além disso, antes de iniciar a Terapia Hormonal (TH), é OBRIGATÓRIA a realização de uma propedêutica básica para descartar contraindicações:

- **Mamografia** (realizada há no máximo 1 ano).
- **Perfil lipídico e Glicemia de jejum** (para estratificar o risco cardiovascular).
- Exame ginecológico com colpocitologia oncótica (Papanicolaou) em dia.

Questão estratégica — Fisiopatologia



QUESTÃO UFRJ - 2024

Mulher, 56 anos, sem comorbidades, encontra-se em menopausa há 4 anos. Pode-se afirmar, considerando essas informações e a fisiologia do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, que o perfil hormonal mais esperado para ela é hormônio antimülleriano:

- A) $< 0,01 \text{ ng/mL}$; inibina B $< 10 \text{ pg/mL}$; estradiol $< 5 \text{ pg/mL}$; FSH = 78 mUI/mL .
- B) $= 1,2 \text{ ng/mL}$; inibina B = 110 pg/mL ; estradiol = 70 pg/mL ; FSH = 102 mUI/mL .
- C) $= 0,8 \text{ ng/mL}$; inibina B = 100 pg/mL ; estradiol $< 5 \text{ pg/mL}$; FSH = 75 mUI/mL .
- D) $< 0,01 \text{ ng/mL}$; inibina B $< 10 \text{ pg/mL}$; estradiol $< 5 \text{ pg/mL}$; FSH = 3 mUI/mL .

Comentário:

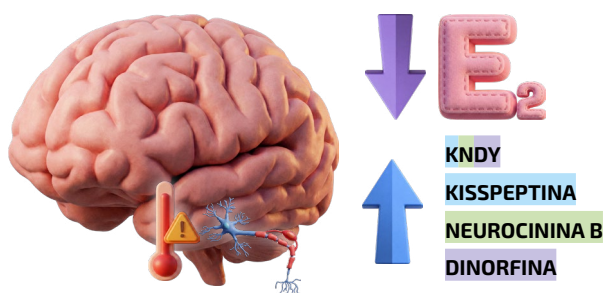
Como vimos, a falência ovariana gera um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. Os folículos se esgotam, então o hormônio antimülleriano (marcador de reserva) fica indetectável ($< 0,01$). A inibina B despenca. O estradiol também despenca (< 5). Sem a inibina e o estradiol para fazer feedback negativo, o FSH explode, ficando bem elevado (ex: 78 mUI/mL). Portanto, a alternativa A é o espelho perfeito do perfil laboratorial pós-menopausa.

Gabarito: Letra A

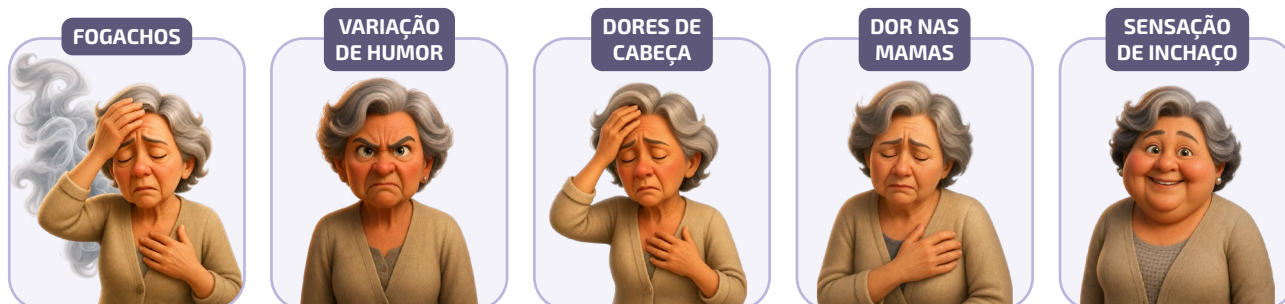
SINAIS E SINTOMAS

Sintomas Vasomotores e Neuropsiquiátricos

Os fogachos (ondas de calor) são a marca registrada da menopausa, afetando até 80% das mulheres. A queda do estrogênio afeta diretamente os neurônios do hipotálamo (via kisspeptina e neurocinina B), estreitando a “zona termoneutra”.

QUEDA DE ESTROGÊNIO**VASODILATAÇÃO**

O corpo acha que está superaquecido e desencadeia uma resposta súbita de vasodilatação e sudorese para dissipar o calor. Além disso, as pacientes frequentemente sofrem de insônia (muitas vezes secundária aos fogachos noturnos), irritabilidade, labilidade emocional e esquecimentos.

CLIMATÉRIO**Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM)**

Com a falta de estrogênio, a mucosa vaginal e uretral (que são ricas em receptores estrogênicos) sofrem atrofia. Há redução do glicogênio epitelial, o que diminui a população de bacilos de Döderlein e aumenta o pH vaginal (> 4,5). O resultado? Ressecamento vaginal, dispareunia (dor na relação), disúria e infecções urinárias de repetição.

**CONDUTA — TERAPIA HORMONAL (TH)**

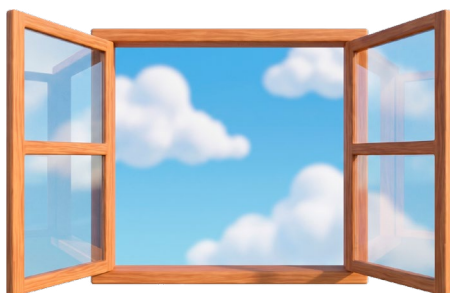
Aqui entramos no coração do capítulo. A Terapia Hormonal (TH) é o tratamento mais eficaz para os sintomas da menopausa. Mas a prescrição não é uma receita de bolo. Precisamos seguir regras estritas de segurança aprovadas pela FEBRASGO e pela SOBRAC (Consenso 2024).

Janela de Oportunidade

A TH não pode ser iniciada em qualquer momento da vida. Existe a “**Janela de Oportunidade**”: Devemos iniciar a TH **antes dos 60 anos de idade** OU com **menos de 10 anos de menopausa**.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

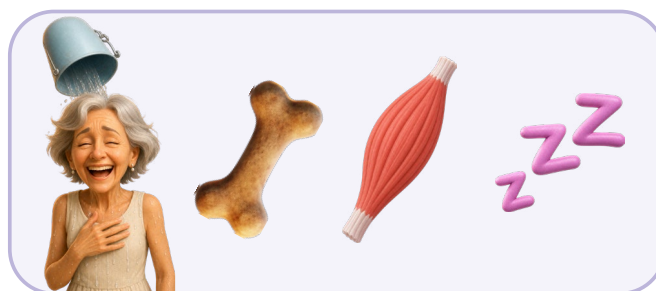
JANELA DA OPORTUNIDADE



TRANSIÇÃO MENOPAUSAL
Até 10 anos pós menopausa
< 60 anos



RISCOS > BENEFÍCIOS



DICA PRÁTICA

Se iniciada dentro dessa janela, a TH não só melhora a qualidade de vida como pode proteger o coração (reduz aterosclerose) e proteger os ossos (reduz fraturas). Se iniciada FORA dessa janela (ex: paciente com 65 anos querendo começar a usar hormônio), a TH **AUMENTA** o risco de infarto, AVC e eventos tromboembólicos. A placa de aterosclerose que já se formou nos vasos rígidos pode se instabilizar com o estrogênio tardio. A TH não deve ser indicada com a finalidade exclusiva de prevenir doença cardiovascular.

Escolhendo o Esquema — O Útero dita as regras

A escolha entre dar estrogênio sozinho ou associado depende da presença do útero:

- **Pacientes COM Útero:** Devem **OBRIGATORIAMENTE** usar **ESTROGÊNIO + PROGESTERONA** (Terapia Combinada). O estrogênio isolado estimula a proliferação do endométrio, levando à hiperplasia e câncer. A progesterona atua como “protetora do en-

dométrio". O melhor progestagênio do ponto de vista de segurança é a **progesterona natural micronizada**.

- **Pacientes SEM Útero (Histerectomizadas):** Usam **ESTROGÊNIO ISOLADO**. Adicionar progesterona aqui não traz benefício endometrial e pode até aumentar o risco de câncer de mama a longo prazo.



ATENÇÃO NA PROVA

A grande exceção! Paciente histerectomizada por causa de **ENDOMETRIOSE PROFUNDA**. Nesses casos, mesmo sem útero, devemos dar estrogênio + progesterona, para evitar que o estrogênio estimule e reative focos de endometriose residuais na pelve.

Questão Estratégica — O Útero Dita As Regras



QUESTÃO IAMSPE - 2018

Paciente de 51 anos refere fogachos frequentes há 6 meses, insônia e irritabilidade. Há 6 anos, foi submetida à histerectomia total por endometriose pélvica severa, com preservação ovariana. Nega qualquer outro antecedente e não faz uso de nenhuma medicação. O exame ginecológico foi normal. Com relação a esse caso, é **CORRETO** afirmar:

- A) Em razão da sintomatologia deve ser tratada com estrogênio natural, sem progesterona, pois, foi submetida previamente à histerectomia.
- B) Deve ser medicada com estrogênio + progesterona.
- C) Em razão da histerectomia, deve-se usar o raloxifeno, pois, além de aliviar os fogachos, é o que melhor preserva a densidade óssea.
- D) Em razão da endometriose pregressa, ela não pode usar estrogênio seja de forma isolada ou combinada.
- E) É indicação típica de tamoxifeno.

Comentário:

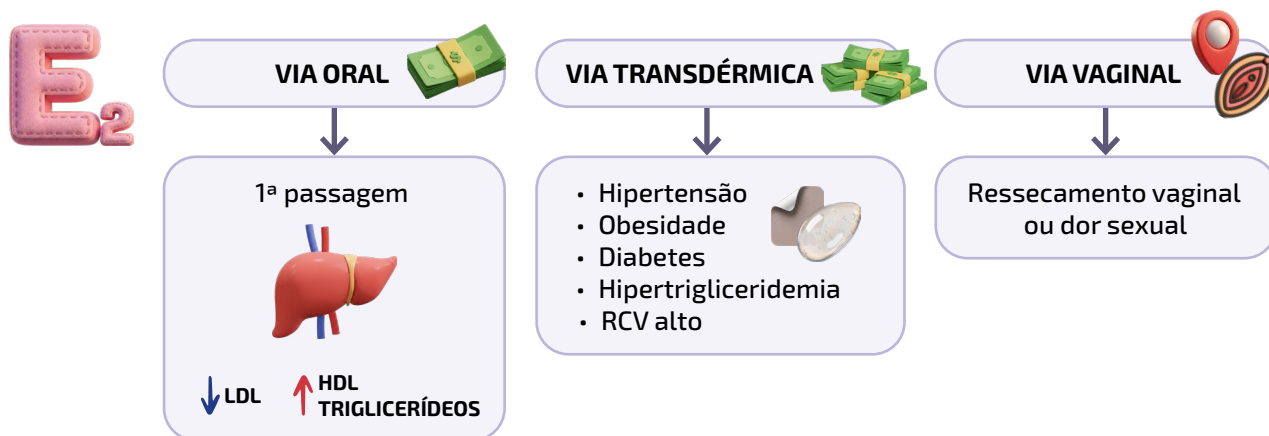
Aqui está a armadilha clássica das bancas! A paciente é histerectomizada, o que em 99% das vezes nos faria prescrever estrogênio isolado. Porém, ela teve o útero retirado por **endometriose pélvica severa**. Se dermos apenas estrogênio, corremos o risco de reativar focos de endometriose. Portanto, a progesterona deve ser associada!

Gabarito: Letra B

Escolhendo a Via de Administração (Oral x Transdérmica)

A via de administração é escolhida de acordo com as comorbidades da paciente.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL



- **Via Oral:** O estrogênio sofre a primeira passagem hepática. A via oral consegue auxiliar na redução do LDL e aumentar o HDL, mas é ruim porque estimula a síntese de triglicerídeos e fatores de coagulação, além do sistema renina-angiotensina.
- **Via Transdérmica (Adesivo ou Gel):** *Bypassa* o fígado. Não mexe na pressão, não aumenta fatores de coagulação e tem impacto neutro nos lipídios. **Indicação preferencial para:** Hipertensas, Diabéticas, Obesas, Tabagistas, hepatopatas leves, dislipidemias com hipertrigliceridemia e *preferencial* nas portadoras de enxaqueca com aura.

E₂ ESTROGÊNIO			
SISTÊMICO	QUANTIDADE	VIA VAGINAL	QUANTIDADE
17B-estradiol	2mg	Estriol creme	1mg
Valerato de estradiol	2mg	Estradiol cp	10 mcg
Estradiol transdérmico	50 mcg	Promestrieno óvulo/creme	10 mg
Estradiol gel	1,5mg	-	-

P PROGESTERONA		
MÉTODO	SEQUENCIAL (MG/DIA)	CONTÍNUA (MG/DIA)
Progesterona micronizada	200–300	100–200
Didrogesterona	10–20	5–10
Acetato de medroxiprogesterona	5–10	2,5
Acetato de norgestrel	5	2,5
Drospirenona	--	2
Noretisterona	1	0,5
Acetato de Clormadinona	10	5
Levonogestrel (DIU)	-	-

Questão Estratégica — Vias de Administração



QUESTÃO UNESP - 2021

Mulher de 51 anos queixa-se de fogachos principalmente à noite, acompanhados de suor e insônia. Relata cansaço e indisposição. AP: G2P2C2, DUM em 2018, HAS e hipotireoidismo controlados. AF: pai falecido por AVC aos 65 anos e avó materna por câncer de mama aos 75 anos. Exame físico: PA 125 x 80 mmHg, IMC 31 kg/m². Exame ginecológico: hipotrofismo vaginal. Mamografia recente: BI-RADS 2. Considerando o caso, assinale a alternativa correta.

- A) Terapia hormonal (TH) pode ser indicada, sendo a via transdérmica a primeira escolha.
- B) Pelos antecedentes pessoais e familiares, estrogênio via vaginal é a melhor indicação.
- C) Pelas contraindicações à TH, melhor indicar o uso de antidepressivos no alívio dos fogachos.
- D) Pela contraindicação do uso do estrogênio no hipotireoidismo, indica-se progesterona isolada.

Comentário:

A paciente tem indicação clássica de TH (fogachos intensos). Ela possui útero (precisará de E+P). Ela tem obesidade (IMC 31) e Hipertensão (HAS). Nessas comorbidades que aumentam o risco cardiovascular, para não ativarmos fatores pró-coagulantes e sistema

renina-angiotensina no fígado, a melhor via é a transdérmica! E veja: AF de câncer de mama em parente de 2º grau (avó) e hipotireoidismo não contraindicam a TH sistêmica.

Gabarito: Letra A

A AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ANTES DE PRESCREVER A TERAPIA HORMONAL (TH)

Esse assunto pode ser cobrado pelas bancas que adoram testar a sua atualização frente ao Consenso de 2024 da FEBRASGO/SOBRAC e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). O examinador quer saber se você pede os exames corretos (glicemia e perfil lipídico) e se sabe aplicar a ferramenta clínica certa para calcular o risco, fugindo de exames de imagem desnecessários para o rastreio inicial.

O CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA PRÁTICA

O Escore Global de Framingham

Para avaliar a segurança cardiovascular antes de iniciar a TH, não podemos contar apenas com o "olhômetro". É necessário o uso de ferramentas objetivas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sugere o emprego do **Escore Global de Risco de Framingham** para mulheres brasileiras.

Esse escore incorpora dados simples da anamnese e do exame físico:

- Idade da paciente
- Status de tabagismo
- Presença de diabetes
- Níveis de pressão arterial sistólica

Além disso, ele exige dados laboratoriais. Por isso, **a propedêutica básica pré-TH exige a solicitação de glicemia de jejum e perfil lipídico (Colesterol total, HDL, Triglicerídeos).**



PULO DO GATO

Com esses dados, o escore de Framingham classifica a paciente em risco baixo, intermediário ou alto para eventos cardiovasculares em 10 anos. Essa classificação vai guiar não apenas a viabilidade da TH, mas também a via de administração!

CONDUTA BASEADA NO RISCO CALCULADO

Adaptando a via de administração

Após o cálculo pelo Framingham, como você ajusta a conduta?

- **Risco Baixo:** A paciente pode utilizar a Terapia Hormonal por qualquer via (oral ou transdérmica), baseando-se na preferência pessoal e em outras queixas (ex: desejo de melhorar perfil lipídico com via oral).
- **Risco Intermediário, Diabéticas ou Síndrome Metabólica:** Se a paciente tiver indicação para tratar fogachos, a **via transdérmica é a preferida**. Ela evita o metabolismo de primeira passagem hepática, minimizando a produção de fatores pró-coagulantes e proteínas inflamatórias, o que confere maior segurança cardiovascular.
- **Risco Alto ou Doença Cardiovascular Estabelecida (Infarto, AVC):** A TH sistêmica não deve ser prescrita. O risco de instabilizar placas de ateroma já formadas e causar um evento trombótico agudo é inaceitável. A escolha deve recair sobre os antidepressivos (Venlafaxina, Desvenlafaxina, Escitalopram) ou Clonidina.

Questão Estratégica — Avaliação Cardiovascular



QUESTÃO UEL - 2025

Paciente, sexo feminino, 52 anos de idade, chegou ao consultório para consulta de rotina. Nega história familiar para doença arterial coronária. Sobre doenças de base, relata ter dislipidemia, porém não faz uso de medicação. Nega tabagismo e queixas cardiológicas. Ela trouxe um Doppler de carótidas e vertebrais, solicitado pela ginecologista para avaliação de possibilidade de reposição hormonal devido à menopausa (THM). Com base na Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024, atribua V (verdadeiro) ou F (falso) às afirmativas a seguir.

() A SBC, FEBRASGO e a SOBRAC posicionam-se contra a adoção de implantes hormonais manipulados ou outros hormônios bioidênticos manipulados e modulação hormonal.

() Embora a diretriz cite o aumento da espessura médio intimal carotídea como fator adicional de risco, a medida deixou de ser estimulada pela última atualização da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

() O risco de câncer de mama associado a THM é elevado, com mais de 1 caso adicional por 1000 mulheres por ano.

() O início da terapia na "janela de oportunidade", que seria tempo de menopausa menor que 5 anos e/ou menos de 60 anos de idade, é considerado cardioprotetor.

() O início da terapia de THM fora da "janela de oportunidade" deve ser evitada pelo aumento expressivo de risco cardiovascular e eventos cardioembólicos. Assinale a alternativa que contém, de cima para baixo, a sequência correta.

A) V, V, V, F, F.

B) V, V, F, F, V.

C) V, F, F, V, F.

D) F, F, V, V, V.

E) F, F, V, F, V.

Comentário:

Vamos analisar as afirmações baseadas no que acabamos de aprender e nas diretrizes de 2024:

- A primeira é Verdadeira: Sociedades médicas condenam implantes manipulados (os famosos "chips da beleza") por falta de segurança e padronização.
- A segunda é Verdadeira: Exatamente como vimos! A medida da espessura médio-intimal carotídea deixou de ser estimulada pela SBC para rastreamento.
- A terceira é Falsa: O risco de câncer de mama com TH é baixo, não ultrapassa 1 caso extra a cada 1.000 mulheres por ano.
- A quarta é Falsa: Essa é uma pegadinha forte! A "janela de oportunidade" (início com <10 anos de menopausa ou <60 anos) confere segurança e benefícios, MAS a TH **não tem aprovação e não deve ser iniciada com a finalidade exclusiva de cardioproteção.**
- A quinta é Verdadeira: Fora da janela de oportunidade (ex: iniciar TH aos 65 anos), aumenta o risco de eventos cardiovasculares pela instabilização de placas ateroscleróticas prévias.

Gabarito: Letra B

Contraindicações Absolutas da Terapia Hormonal

Você precisa tatuar isso na mente! NUNCA prescreva Terapia Hormonal sistêmica nas seguintes situações:

- **Câncer de mama** atual ou passado (independente se *in situ* ou não).
- **Câncer de endométrio** (tumores estrogênio-dependentes).
- **Sangramento vaginal inexplicado** (precisa afastar câncer de endométrio primeiro com USG ou histeroscopia).
- **Doença Hepática Ativa / Grave** (fígado doente não metaboliza o hormônio).
- **Eventos Tromboembólicos prévios** (TVP, TEP, AVC, Infarto).
- **Porfiria** (hormônios podem precipitar crises neuroviscerais).



ERRO COMUM

Achar que antecedente **familiar** de câncer de mama, tabagismo ou melanoma são contraindicações à TH. Eles não são!

Manejo Local para a Síndrome Geniturinária (SGM)

Se a paciente não tem fogachos, mas tem muito ressecamento vaginal e dor na relação (queixa exclusivamente urogenital), a escolha de ouro é o **Estrogênio Vaginal Tópico** (Estríol, Promestrieno). Vantagens: A absorção sistêmica é mínima. Mesmo que a paciente tenha útero, **NÃO precisa associar progesterona**. Até mesmo em sobreviventes de câncer de mama com atrofia severa e refratária a lubrificantes/hidratantes, o estrogênio vaginal em baixa dose pode ser considerado, sempre em decisão compartilhada com o mastologista.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

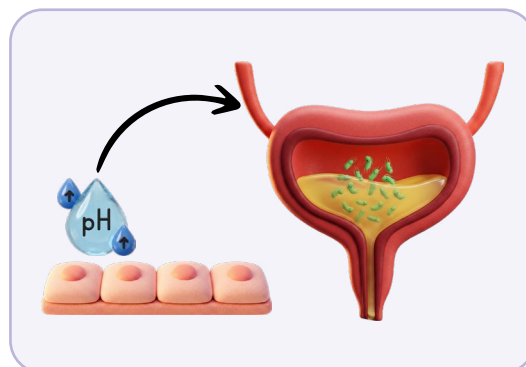
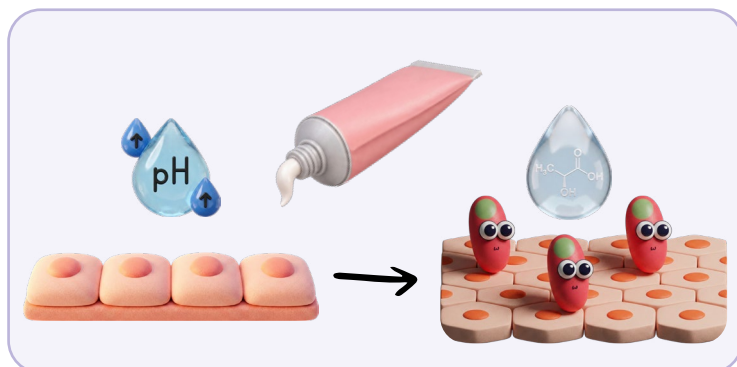
E₂

VIA VAGINAL



Ressecamento vaginal
ou dor sexual

SÍNDROME
GENITOURINÁRIA



ALTERNATIVAS NÃO HORMONAIS NA CONTRAINDICAÇÃO

O que fazer com a paciente que tem câncer de mama ou trombose prévia e está morrendo de fogachos? Temos um arsenal não hormonal:

- **Inibidores da Recaptação de Serotonina/Noradrenalina (ISRS / IRSN):** A **Venlafaxina** e a **Desvenlafaxina** são os queridinhos. A **Paroxetina** e o **Escitalopram** também são úteis.
- **Neuromoduladores:** Gabapentina e Pregabalina.
- **Anti-hipertensivos:** Clonidina.

SE CONTRAINDICAÇÃO AOS HORMÔNIOS

FARMACOLÓGICAS NÃO HORMONAIS



- ISRS
- Gabapentina
- Antagonista da neuroquinina B
- *** Paroxetina e fluoxetina
- *** Bupropiona



ATENÇÃO NA PROVA

Pacientes com câncer de mama costumam usar Tamoxifeno. O Tamoxifeno é um pró-fármaco que precisa da enzima **CYP2D6** no fígado para virar Endoxifeno (a forma ativa). A **Paroxetina** e a **Fluoxetina** são fortes inibidores dessa enzima. Se você prescrevê-las, vai cortar o efeito do remédio do câncer! A saída segura para essas pacientes é a **Venlafaxina**.

ISRS e IRSN modulam neurotransmissores envolvidos no controle termorregulatório central, enquanto o fezolinetanto bloqueia seletivamente o receptor NK3 da neurocinina B. . O tratamento não farmacológico e a mudança no estilo de vida são a base de apoio para toda mulher na transição menopausal. O pilar central envolve a perda de peso nas pacientes obesas/com sobrepeso, associado a evitar gatilhos ambientais (calor, pimenta, café, álcool). No campo das terapias comportamentais estruturadas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Hipnose brilham com Nível de Evidência A no combate aos fogachos. A acupuntura tem resultados muito modestos, e técnicas de respiração isoladas não possuem eficácia comprovada. Para a saúde óssea, a ordem é garantir aporte de cálcio e vitamina D, sol, musculação e zerar o tabagismo e o álcool.

SE CONTRAINDICAÇÃO AOS HORMÔNIOS**NÃO FARMACOLÓGICAS**

- Acupuntura e terapia cognitivo comportamental
- Atividade física e energias

Questão Estratégica — Alternativas Não Hormonais**QUESTÃO SURCE - 2021**

Mulher de 50 anos, procura unidade básica de saúde relatando calores noturnos intensos há cerca de 6 meses, sendo mais de 10 episódios durante a noite. Refere ainda insônia e irritabilidade associadas. Menopausa há 1 ano. Tem histórico de carcinoma ductal invasivo em mama direita há 2 anos, vindo em uso de tamoxifeno desde então. Nega outras medicações. Qual a conduta terapêutica medicamentosa mais indicada para esse caso?

- A) Clonidina.
- B) Paroxetina.
- C) Isoflavona.
- D) Venlafaxina.

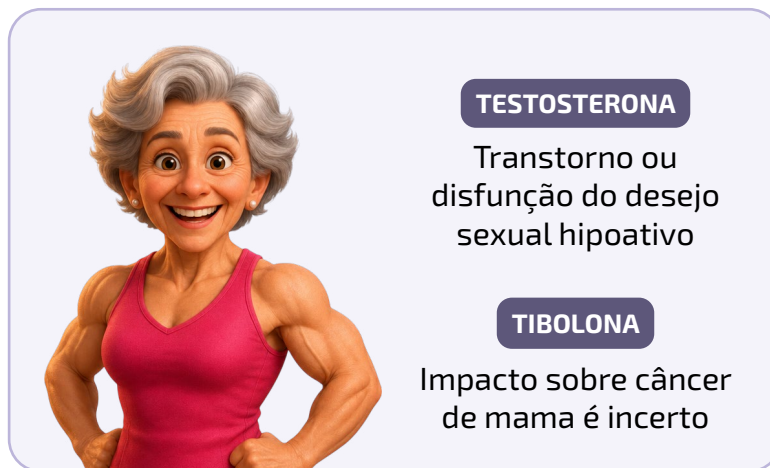
Comentário:

Paciente com câncer de mama não pode usar hormônio. Precisamos de uma alternativa não hormonal para os fogachos severos. Ela está em uso de Tamoxifeno! A Paroxetina é excelente para fogachos, mas inibe a CYP2D6 e bloqueia a ação do Tamoxifeno. Portanto, a resposta segura e mais indicada é a Venlafaxina (IRSN).

Gabarito: Letra D**RESUMO DAS OPÇÕES HORMONAIS ESPECIAIS**

- **Tibolona:** É um esteroide sintético coringa. Tem efeito estrogênico (melhora fogacho e atrofia), progestagênico (protege o endométrio) e androgênico (melhora a libido e a energia). Além disso, comprovadamente previne osteoporose e reduz risco de fraturas de forma clara em bula. Porém, não é recomendada para mulheres acima de 60 anos pelo risco aumentado de AVC.

- **Testosterona:** Só tem **UMA** indicação formal baseada em evidências no climatério: **Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH)** que não melhorou com a TH básica, em mulheres com reposição estrogênica adequada. Sempre usar via transdérmica e nunca usar implantes manipulados (contraindicados pelas sociedades médicas - FEBRASGO/SOBRAC).



E O FEZOLINETANTO?

O Fezolinetanto é um **antagonista seletivo do receptor NK3**. Ele bloqueia a ligação da Neuropeptídeo Y lá no centro termorregulador do hipotálamo. Com isso, ele "conserta" o termostato, reduzindo drasticamente os disparos de ondas de calor, sem usar uma gota de hormônio.



PULO DO GATO

Diferente dos antidepressivos (Venlafaxina, Paroxetina), que tentam modular a serotonina e a noradrenalina para "mascarar" o sintoma, o Fezolinetanto age direto na raiz do problema neurológico do fogacho! Aprovado em 2026 pela ANVISA!

USO DE TECNOLOGIAS BASEADAS EM ENERGIA NO CLIMATÉRIO

Apertem os cintos! O uso de dispositivos baseados em energia (como o laser e a radiofrequência) é uma fronteira terapêutica cada vez mais presente nos ambulatorios e que começou a brilhar nas diretrizes mais recentes (Consenso FEBRASGO/SOBRAC 2024) e sua principal indicação é no tratamento da Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM) (ressecamento vaginal, dispareunia, flacidez vaginal), especialmente quando há contraindicação ao estrogênio tópico.

SITUAÇÃO / CONCEITO	CONDUTA / PADRÃO DE PROVA
Tipos de Energia	Laser de CO2 (microablativo), Laser Er:YAG (fototérmico não ablativo) e Radiofrequência .
Mecanismo de Ação	Produzem aquecimento térmico controlado, induzindo proteínas de choque térmico (HSP), cascata inflamatória local, neovascularização e neocolagênese .
Eficácia	O Consenso 2024 já aponta que o desempenho terapêutico do laser e da radiofrequência é semelhante ao uso do estrogênio tópico .
População-Alvo Ouro	Mulheres com história de câncer de mama ou de endométrio (neoplasias estrogênio-dependentes) que sofrem com SGM intensa.
Pegadinha da Banca	O laser resolve queixas vaginais locais, mas não tem nenhum efeito sobre sintomas vasomotores (fogachos). Se a paciente tiver os dois, ela precisará de terapia combinada (ex: Venlafaxina + Laser/Hidratantes).



DICA PRÁTICA

Na prática, o resultado é o mesmo: a vagina volta a ter espessura, elasticidade, umidade e o pH diminui, melhorando a dispareunia e a queimação. Vários ensaios clínicos demonstraram que a eficácia do laser de CO2 não é inferior à do estrogênio tópico.



PULO DO GATO

A radiofrequência é excelente não apenas para a atrofia vaginal, mas tem ganhado muito destaque no tratamento da **flacidez vaginal (frouxidão)**, muitas vezes devolvendo o trofismo, a elasticidade e a lubrificação após algumas sessões.

Indicações baseadas no Consenso 2024

Segundo o Consenso de 2024 da SOBRAC/FEBRASGO, os dispositivos à base de energia demonstram desempenho terapêutico semelhante ao do estrogênio tópico.

A indicação clássica e mais cobrada em prova é para **mulheres com história de neoplasia maligna endometrial, de mama e outras doenças estrogênio-dependentes** que sofrem com sintomas intensos de SGM (ressecamento, dor) e não melhoram apenas com lubrificantes e hidratantes vaginais.



ERRO COMUM

Cuidado com as "pegadinhas" que misturam as queixas! O laser e a radiofrequência só agem **LOCALMENTE**. Se a paciente tiver contraindicação a hormônio e queixar-se de SGM + Fogachos intensos, o laser ajudará na vagina, mas você precisará prescrever um inibidor de recaptção de serotonina/noradrenalina (como a Venlafaxina) para tratar os fogachos sistêmicos.

Questão Estratégica — Opções não hormonais e Tecnologias



QUESTÃO USP RP - 2020

Mulher de 57 anos queixa-se de ondas de calor intensas, dor em queimação e prurido na região genital, e dor intensa nas relações sexuais. Encontra-se em seguimento de câncer de mama tratado há 3 anos e faz uso de tamoxifeno. Assinale a alternativa correta em relação ao esquema terapêutico correto para esta mulher.

- A) Venlafaxina, hidratante vaginal e lubrificante.
- B) Hidratante vaginal, laser e lubrificante.
- C) Paroxetina, estriol local e laser.
- D) Fluoxetina, promestrieno e laser.

Comentário:

Esta é a clássica paciente que não pode usar hormônios sob nenhuma hipótese por causa do câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ela apresenta queixas mistas: sistêmicas (ondas de calor) e locais (SGM). Por que a letra B está errada? Embora o laser seja uma opção válida e citada como equivalente ao estrogênio tópico para a SGM pelo Consenso 2024, ele tem ação apenas local. A alternativa B esqueceu de tratar os fogachos intensos da paciente! Por que as letras C e D estão erradas? Porque trazem Paroxetina e Fluoxetina, que inibem a enzima CYP2D6 e cortam o efeito do tamoxifeno. Além disso, trazem estrogênios locais (estriol/promestrieno) que, nas provas, costumam ser a última escolha ou contraindicados sem autorização rigorosa do oncologista. A letra A é perfeita: Venlafaxina (para os fogachos sistêmicos, sem interferir no tamoxifeno), associada a hidratantes e lubrificantes (terapia de primeira linha não hormonal para a atrofia).

Gabarito: Letra A



E OSTEOPOROSE?

As bancas amam testar o limite da sua indicação terapêutica. Elas querem saber se você compreende que, embora a TH seja maravilhosa para os ossos, não saímos prescrevendo hormônio para toda e qualquer mulher apenas com o intuito de profilaxia óssea, especialmente se houver contraindicações ou se estiverem fora da janela de oportunidade.

PERDA DE MASSA ÓSSEA

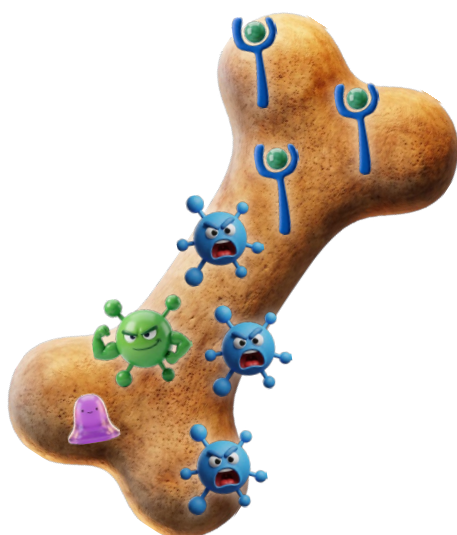


FISIOPATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

O papel do estrogênio no osso

Na vida reprodutiva, o estrogênio é o grande protetor dos ossos. Ele atua freando as células que destroem o osso (osteoclastos). Com a menopausa, a queda abrupta do estrogênio desequilibra a balança: há um **aumento da formação do RANKL** e uma **diminuição da Osteoprotegerina (OPG)**.

PERDA DE MASSA ÓSSEA



RANK-L

Ligante do receptor ativador do fator nuclear Kappa B



OSTEOPROTEGERINA



OSTEOCLASTOS



OSTEOBLASTOS



REABSORÇÃO ÓSSEA



DICA PRÁTICA

A Osteoprotegerina (OPG) funciona como um escudo. Sem o estrogênio, a OPG cai, o RANKL fica livre para se ligar aos osteoclastos, ativando-os intensamente. O resultado é a reabsorção acelerada, acometendo principalmente e inicialmente o **osso trabecular** (vértebras, por exemplo).

Quando pedir a Densitometria Óssea?



ERRO COMUM

Pedir Densitometria Óssea (DEXA) para toda mulher que acabou de entrar na menopausa aos 50 anos. O Ministério da Saúde e a FEBRASGO recomendam o rastreio universal apenas para **mulheres a partir dos 65 anos**. Em mulheres mais jovens, solicitamos apenas se houver fatores de risco clássicos (ex: histórico de fratura por fragilidade, baixo peso, uso crônico de corticoide, tabagismo ou menopausa precoce).

Questão Estratégica — Fisiopatologia da Osteoporose



QUESTÃO UERJ - 2023

A menopausa é um fator de risco para a osteoporose, por causar diminuição da densidade óssea. Sobre a osteoporose pós-menopausa, é correto afirmar que:

- A) a perda principal do osso cortical é o achado mais comum.
- B) esses pacientes apresentam hipocalcemia e aumento da fosfatase alcalina sérica.
- C) a densitometria óssea deve mostrar um T escore menor de -2,5 e Z escore maior de -1.
- D) a perda do estrogênio aumenta a formação do RANKL e diminui a osteoprotegerina no osso.

Comentário:

Acabamos de ver! A osteoporose pós-menopausa atinge inicialmente o osso trabecular (o que elimina a letra A). O diagnóstico por T-score precisa ser $\leq -2,5$, e o Z-score não é o padrão para essa faixa etária (eliminando a C). A fisiopatologia exata, muito cobrada, é o desequilíbrio na via RANK/RANKL/OPG. A falta de estrogênio aumenta o RANKL e reduz a osteoprotegerina (OPG), estimulando os osteoclastos.

Gabarito: Letra D

Terapia Hormonal (TH) x Bisfosfonatos

Se a paciente estiver na janela de oportunidade (< 60 anos ou < 10 anos de menopausa) e for usar TH por causa dos fogachos, ela terá o benefício “bônus” de prevenir e tratar a perda de massa óssea.



ATENÇÃO NA PROVA

A TH **não é a primeira linha** de tratamento para idosas (> 65 anos) com osteoporose já estabelecida. Nesses casos, o risco cardiovascular e trombótico da TH supera o benefício ósseo. O tratamento de escolha para osteoporose estabelecida baseia-se em **Bisfosfonatos (ex: Alendronato) + Cálcio + Vitamina D**.



PULO DO GATO

Se a prova trouxer uma paciente usando Alendronato que precisa fazer um procedimento odontológico invasivo (ex: **implante dentário**), marque que há risco de **osteonecrose da mandíbula**.

CONDUTA

Prevenção Primária e Estilo de Vida

Em uma mulher recém-menopausada, assintomática e sem osteoporose. Para ela, a prevenção primária não é com TH! A conduta de prova é a modificação do estilo de vida: **dieta rica em cálcio, vitamina D, exposição solar e exercícios físicos regulares (de força e impacto)**, além de cessar o tabagismo.

O tratamento da osteoporose inclui medicamento específico associado à garantia de aporte adequado de cálcio e vitamina D, preferencialmente pela alimentação e com suplementação quando a ingestão for insuficiente, houver deficiência ou maior risco clínico.

REVISÃO FINAL

Chegamos ao fim deste tópico inovador. O raciocínio central é sempre identificar a paciente de forma sistêmica. A paciente entrou na menopausa? Se tem sintomas intensos (fogachos) e está na janela de oportunidade (< 60 anos ou < 10 anos de amenorreia), a Terapia Hormonal é o padrão-ouro.

Tem útero? Estrogênio + Progesterona. Retirou o útero? Estrogênio isolado (salvo passado de endometriose grave). A paciente é hígida? Via oral é viável. Antes de prescrever a Terapia Hormonal é indispensável calcular o risco cardiovascular e deve ser feito através de escores clínicos validados, como o Escore Global de Framingham. Para aplicá-lo, o médico precisa, obrigatoriamente, aferir a pressão arterial e solicitar glicemia de jejum e perfil lipídico completo. A partir desse cálculo, individualizamos a via de administração. A paciente fuma, é hipertensa, diabética ou obesa? Via transdérmica para proteger de risco trombótico e cardiovascular. Tem câncer de mama, sangramento obscuro, doença do fígado ou TVP prévia? Esqueça a TH sistêmica. Pense em Venlafaxina, Clonidina ou Gabapentina. Se a queixa for só ressecamento vaginal doloroso, o estrogênio tópico vaginal resolve o problema brilhantemente, sem precisar de progesterona para acompanhar.

Precisamos entender que o hipoestrogenismo da menopausa destrói o colágeno e a vascularização da mucosa vaginal, gerando dor e secura. Lembrar que o hipoestrogenismo ativa a reabsorção óssea via aumento do RANKL e queda da OPG, afetando primeiro o osso trabecular e aumentando o risco de osteoporose.

Na Síndrome Geniturinária da Menopausa o tratamento padrão-ouro é o estrogênio tópico vaginal. No entanto, para as pacientes que possuem contraindicações absolutas (câncer de mama ou endométrio) ou que não desejam usar hormônios, as tecnologias de energia chegaram para ficar. As diretrizes atuais confirmam que essas tecnologias têm eficácia comparável ao estrogênio tópico para os sintomas geniturinários locais.

Resumo em 1 minuto

- **Tem útero?** → Usar Estrogênio + Progesterona para não ter câncer de endométrio.
- **Não tem útero?** → Usar Estrogênio Isolado (exceção: histórico de endometriose profunda).
- **Comorbidades (HAS, DM, Obesidade, Fumo)?** → Via Transdérmica (adesivo/gel). Evita primeira passagem no fígado e diminui o risco de trombose.
- **Câncer de Mama ou Trombose Prévia?** → Contraindicação ABSOLUTA à TH.
- **Câncer de mama usando Tamoxifeno + Fogachos?** → Prescrever Venlafaxina. Evitar Paroxetina e Fluoxetina (interação medicamentosa).
- **Apenas SGM (Secura Vaginal)?** → Estrogênio tópico. Absorção sistêmica desprezível, não precisa de progesterona.
- **Janela de Oportunidade:** → TH deve ser iniciada com < 60 anos ou < 10 anos de menopausa para garantir proteção cardiovascular. Fora disso, aumenta o risco!
- **Ferramenta de cálculo:** → Escore Global de Risco de Framingham.
- **Exames necessários pré-TH:** → Glicemia de jejum, Colesterol Total, HDL, Triglicerídeos (obrigatórios para o cálculo de risco).

- **Risco intermediário ou Síndrome Metabólica:** → Prescrever TH por via Transdérmica (não altera fatores de coagulação nem agrava triglicerídeos).
- **A “Pegadinha” da cardioproteção:** → A TH iniciada na janela de oportunidade (< 60 anos / < 10 anos de menopausa) tem benefícios vasculares, mas **NUNCA** deve ser prescrita com o objetivo exclusivo de cardioproteção.
- **Qual é o mecanismo das energias?** → Agressão térmica que induz proteínas de choque (HSP), neovascularização e intensa produção de colágeno (neocolagênese).
- **Quais são os dispositivos de energias?** → Laser de CO2 (microablativo), Laser Er:YAG e Radiofrequência.
- **Tem a mesma eficácia do hormônio?** → Sim! O Consenso de 2024 garante que o desempenho terapêutico do laser e da RF é semelhante ao do estrogênio tópico vaginal.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

