

MENOPAUSA E SEUS DESAFIOS APÓS O CÂNCER GINECOLÓGICO



Dra. Andréa Paiva Gadêlha Guimarães
Dra. Andressa Melina S. Teixeira
Dra. Giovana Junqueira Gerbasi
Dra. Maria Celeste Osório Wender
Dra. Marina A. Neumann
Dra. Paula Fernandes S. Pallone Dutra

ÍNDICE

Introdução	01
Entendendo a menopausa	02
O que é insuficiência ovariana prematura?	05
Por que o tratamento do câncer pode causar menopausa?	06
Como está a saúde das mulheres brasileiras durante a menopausa?	09
Como saber se estou na menopausa? Devo fazer exames?	10
Desafio do diagnóstico da menopausa após o tratamento do câncer	11
Quais as funções dos hormônios sexuais no organismo feminino?	13
Quais os sintomas de menopausa?	15
Quais as indicações da terapia de reposição hormonal (TRH)?	17
Quais as contra-indicações da terapia de reposição hormonal?	18
Quais os riscos e benefícios da terapia de reposição hormonal?	19
O que é atrofia genital	22
O que acontece na região vaginal com a queda do estrogênio?	23
Sintomas mais comuns da atrofia genital	25
Quais os impactos na vida da mulher	26
Como tratar a atrofia vaginal	26
Terapias integrativas complementares para alívio dos sintomas da menopausa	36
Cuidados necessários para mulheres em menopausa que irão iniciar um tratamento oncológico	42
Terapias farmacológicas não hormonais no manejo dos sintomas vasomotores do climatério	43
Terapia hormonal sistêmica no climatério em pacientes oncológicas ginecológicas	47
Mulheres portadoras do gene BRCA1/2 podem fazer uso da terapia de reposição hormonal (TRH)?	58
Referências bibliográficas	61

1- INTRODUÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos esta cartilha dedicada a um tema essencial na jornada da saúde feminina: a menopausa e sua relação com os cânceres ginecológicos.

A menopausa é uma fase natural da vida da mulher, marcada por transformações físicas, emocionais e hormonais. Apesar de fazer parte do ciclo feminino, ainda é cercada por dúvidas e desinformação — especialmente quando se trata de sua interseção com os tumores ginecológicos, como os de ovário, endométrio, colo do útero, vagina e vulva. O Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos EVA acredita no poder da informação como ferramenta, favorecendo autonomia e protagonismo da paciente no autocuidado.

Este Manual nasce do compromisso com a educação em saúde, com a escuta atenta e com o apoio às mulheres que vivem ou viverão essa fase, estejam ou não diante de um diagnóstico oncológico. Queremos que este material seja uma fonte de orientação segura e acolhedora, promovendo a conscientização, o diálogo aberto e a tomada de decisões informadas. Que ele ajude a romper tabus, reduzir medos e fortalecer vínculos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. Seguimos juntos! Por uma saúde feminina integral, com respeito, empatia e compromisso.

Andréa Paiva Gadêlha Guimarães

2- ENTENDENDO A MENOPAUSA

2A- O QUE É A MENOPAUSA?

A menopausa é um momento natural da vida da mulher, marcado pelo fim definitivo das menstruações. Isso acontece porque os ovários deixam de funcionar de forma regular, o que leva à queda na produção de estrogênio. Quando a mulher fica 12 meses seguidos sem menstruar, e não há outra causa envolvida, considera-se que ela entrou na menopausa. Isso costuma acontecer entre os 45 e 55 anos.

Com a queda hormonal, é comum surgirem sintomas como fogachos (episódios abruptos de calor), alterações do sono e do humor, além de ressecamento vaginal. Pode haver também alteração da memória e perda de massa óssea.

No caso das mulheres com câncer, a menopausa pode acontecer de forma mais abrupta, como consequência dos tratamentos, como cirurgia para retirada dos ovários, quimioterapia ou radioterapia. Nesses casos, ela pode ser temporária ou definitiva, dependendo da idade da paciente e do tipo de tratamento recebido.



2B- O QUE É A MENOPAUSA PRECOCE?

Chamamos de menopausa precoce quando a função dos ovários se encerra entre 40 e 45 anos. Isso pode acontecer de forma espontânea ou após tratamentos, como quimioterapia ou cirurgia.

Mulheres que passam por essa condição estão mais propensas a ter sintomas intensos, além de um risco maior de desenvolver osteoporose bem como doenças cardiovasculares, já que a proteção estrogênica se perde cedo.

3- O QUE É INSUFICIÊNCIA OVARIANA PREMATURA (IOP)?

A insuficiência ovariana prematura é uma condição em que os ovários deixam de funcionar antes dos 40 anos, causando ausência de menstruação e níveis hormonais alterados (como FSH elevado).

Diferente da menopausa precoce, a IOP pode ser intermitente, ou seja, os ovários podem “funcionar de vez em quando”. Por isso, ainda existe chance de ovulação e até gravidez em alguns casos.

4- POR QUE O TRATAMENTO DO CÂNCER PODE CAUSAR MENOPAUSA?

Alguns tratamentos contra o câncer podem interromper de forma abrupta a função dos ovários, levando à chamada menopausa induzida. Essa condição é comum em mulheres que enfrentam câncer ginecológico, como de ovário, útero ou colo do útero.

Como a queda dos hormônios é repentina, os sintomas tendem a ser mais intensos.

QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia atinge células que se multiplicam rapidamente, como as do câncer, mas também as dos ovários. Isso pode causar falência ovariana. Mulheres mais jovens podem recuperar a função dos ovários com o tempo, mas acima dos 40 anos o risco de menopausa definitiva é maior.

RADIOTERAPIA

Quando a radioterapia é aplicada na região da pelve, pode haver dano direto aos ovários. A depender da dose e da idade da paciente, esses efeitos podem ser irreversíveis.

- Doses acima de 5 a 10 Gy nos ovários já podem causar falência ovariana.

- A chance de preservação depende do campo irradiado e da técnica da radioterapia.

Segundo a Sociedade Norte Americana de menopausa, a menopausa induzida costuma ser precoce, intensa e com sintomas acentuados devido à queda rápida do estrogênio.

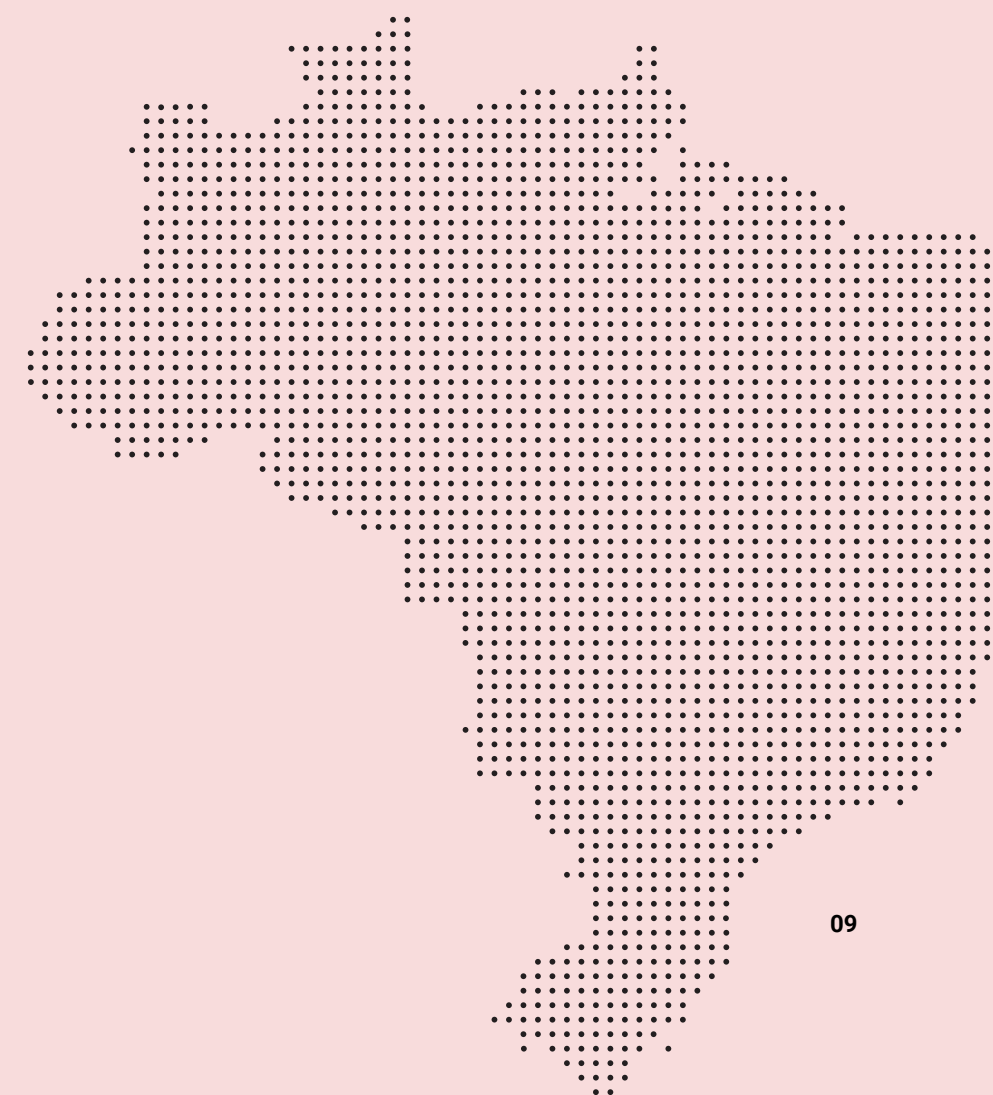




5- COMO ESTÁ A SAÚDE DAS MULHERES BRASILEIRAS NA MENOPAUSA?

Segundo um estudo nacional (Pompei et al., 2022), a idade média da menopausa no Brasil é de 48 anos. Cerca de 88% das mulheres relatam sintomas, como fogachos, insônia e irritabilidade.

Apesar disso, apenas 22,3% receberam orientação médica sobre terapia hormonal. Mesmo diante de sintomas desconfortáveis, o uso de terapia hormonal é baixo. Isso pode ocorrer por medo dos riscos do tratamento ou por falta de informação adequada.



6- COMO SABER SE ESTOU NA MENOPAUSA? DEVO FAZER EXAMES?

Se você tem mais de 45 anos e está há 12 meses sem menstruar, não está grávida e não usa nenhum método anticoncepcional hormonal (pílula, anel, adesivo, DIU hormonal), é bem provável que esteja na menopausa. Nesse caso, não é necessário fazer exames para confirmar

Os exames hormonais (como FSH e estradiol) são úteis em situações específicas, como:

- Mulheres com menos de 45 anos com suspeita de menopausa precoce ou insuficiência ovariana prematura.
- Casos de histerectomia (remoção do útero), em que não há mais menstruação.
- Mulheres que usam contraceptivos hormonais e não sabem se a pausa menstrual é decorrência do remédio ou da menopausa.

E o hormônio antimülleriano?

O hormônio antimülleriano (AMH) avalia a reserva ovariana, mas não é um exame recomendado para diagnóstico de menopausa, segundo a FEBRASGO, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Ele pode ter utilidade em alguns contextos de fertilidade, mas não substitui a avaliação clínica nem os critérios diagnósticos tradicionais da menopausa.

7- DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DA MENOPAUSA APÓS O TRATAMENTO DO CÂNCER

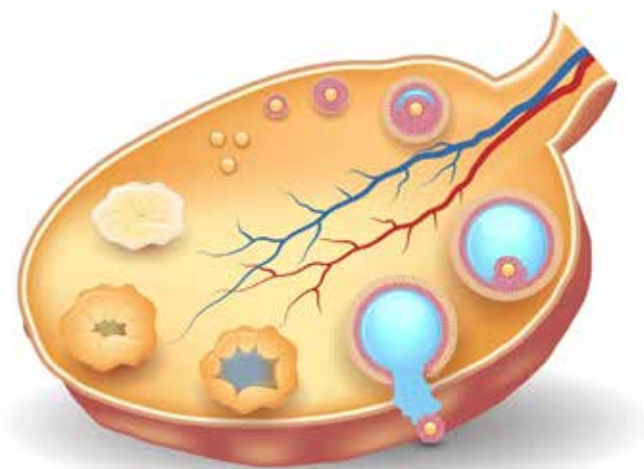
A identificação do status menopausal em mulheres que passaram por tratamento oncológico representa um desafio frequente na prática clínica. Critérios tradicionalmente utilizados, como a ausência de menstruação por 12 meses consecutivos ou a elevação dos níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH), tornam-se pouco confiáveis nesse contexto. Isso porque a função ovariana, especialmente após a quimioterapia, pode ser temporariamente suprimida e apresentar recuperação mesmo anos após o término do tratamento.



Em contrapartida, quando a paciente é submetida à radioterapia pélvica sem a realização prévia da transposição ovariana (deslocamento dos ovários do local original para local fora do campo da radioterapia), a falência ovariana tende a ser definitiva, dada a alta sensibilidade dos ovários à radiação.

O hormônio antimulleriano (AMH) tem se mostrado uma ferramenta promissora na avaliação da função ovariana pós-tratamento.

Níveis persistentemente indetectáveis de AMH após 30 meses do término da terapia oncológica podem indicar, com alta probabilidade, o estabelecimento da menopausa. No entanto, embora útil no diagnóstico, o AMH não deve ser utilizado como preditor absoluto da fertilidade residual ou da duração do período reprodutivo



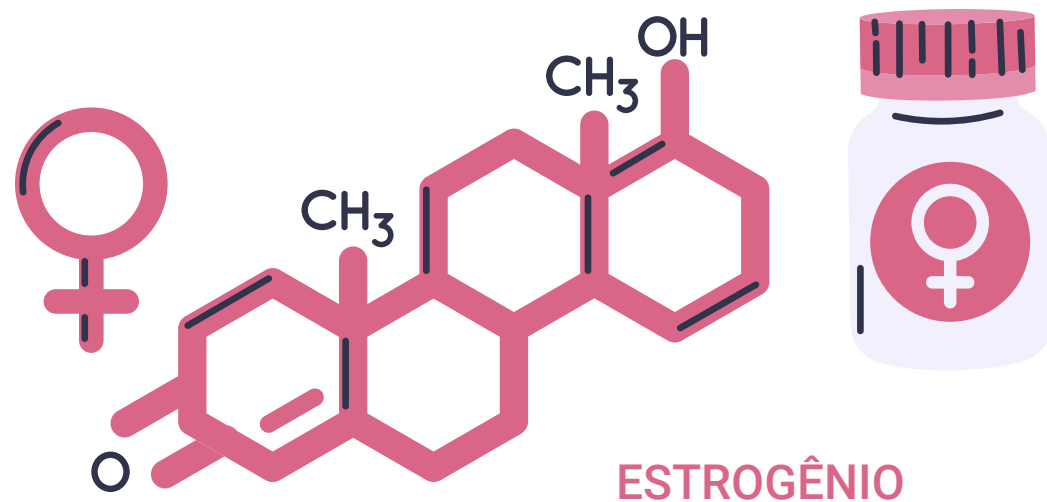
8- QUAIS FUNÇÕES OS HORMÔNIOS SEXUAIS EXERCEM NO ORGANISMO FEMININO?

As mulheres produzem 3 tipos de hormônios que atuam não apenas nos processos envolvidos na fertilidade feminina, mas que também exercem funções importantes em diferentes órgãos e tecidos.

1- ESTROGÊNIO

É o principal hormônio da mulher. Ele participa do ciclo menstrual preparando a camada interna do útero (o endométrio) para uma provável gravidez, além de estimular a ovulação. Mas além da função reprodutiva, mas também atua em outros órgãos:

- **Saúde cardiovascular:** mantém os níveis de colesterol ruim (LDL) mais baixos, além de níveis de glicemia estáveis e menor gordura abdominal e visceral.
- **Saúde óssea:** mantém a massa óssea com o equilíbrio entre os processos de formação e reabsorção dos ossos.
- **Saúde do sistema nervoso central:** atua como neuromodulador central na regulação da plasticidade sináptica, memória e saúde cognitiva, tanto por ação sistêmica quanto por síntese local no cérebro.
- **Trofismo do sistema genital e urinário:** mantém a sustentação e colágeno da vagina e bexiga, permitindo elasticidade e secreção adequadas vaginais, além da contenção urinária.



2- PROGESTERONA

É o principal hormônio que participa dos processos que iniciam e permitem a gravidez. Mas também apresenta outras funções:

- Neuroproteção e modulação do humor;
- Indução do sono;
- Participa da produção de outros hormônios.

3-TESTOSTERONA

A produção de testosterona na mulher é bem menor que no homem, apresentando pico no período peri-ovulatório. Dessa forma, consegue exercer sua principal função que é a regulação do desejo sexual, excitação e orgasmo.

9- QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA MENOPAUSA?

A menopausa representa o fim do ciclo reprodutivo da mulher, com diminuição importante e posterior cessação da produção hormonal pelos ovários. Dessa forma, existem algumas transformações no organismo feminino, às vezes assintomáticas.

O principal sintoma, que cerca de 80% das mulheres manifesta nesse período, é o fogacho ou “ondas de calor”.

Como o estrogênio ocupa receptores no hipotálamo, uma porção do nosso cérebro onde ocorre a regulação da nossa temperatura, na ausência do hormônio existe uma dissipação de calor exacerbada e independente do estímulo.

Frequentemente, esses episódios são acompanhados por um aumento na frequência cardíaca, vasodilatação periférica, elevação da temperatura da pele e sudorese. Se ocorrerem durante a madrugada, podem estar associados a distúrbios do sono, como insônia.

Algumas mulheres podem perceber alterações na memória, na concentração e até na orientação, o que pode atrapalhar nas tarefas do dia a dia. O sono fragmentado, associado ou não aos fogachos, também pode piorar esses sintomas, causando a chamada “névoa mental” (brain fog), além de trazer irritabilidade e cansaço.



Um conjunto de sintomas que compromete bastante a qualidade de vida das mulheres é a síndrome genitourinária da menopausa, relacionados tanto ao ressecamento vaginal, dor na relação sexual, diminuição de lubrificação e prurido; quanto ao trato urinário, incluindo urgência e aumento da frequência urinária, incontinência e infecções de repetição.

Alterações no metabolismo como aumento da gordura abdominal, alteração do perfil lipídico com aumento do colesterol ruim (LDL) e aumento dos níveis de glicemia, leva a aumento do risco cardiovascular. Por isso é tão importante a mudança do estilo de vida, com a prática regular de atividade física, alimentação balanceada e, em casos de maior risco cardiovascular, acompanhamento do cardiologista.

10- QUAIS AS INDICAÇÕES DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)?

De acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), as indicações se baseiam no tratamento dos sintomas, principalmente os fogachos (calorões). Para o alívio dos sintomas vaginais e urinários, podemos lançar mão da via vaginal isoladamente (caso a mulher não vá utilizar a reposição hormonal sistêmica) ou em conjunto com a reposição hormonal sistêmica, sempre que necessário.

Outra indicação importante é a reposição hormonal para pacientes com Insuficiência Ovariana Prematura, ou seja, antes dos 40 anos. Para elas é crucial esse tratamento para a proteção cardiovascular e prevenção de perda de massa óssea, por no mínimo até os 50 anos. Um estudo americano acompanhando enfermeiras que tinham retirado seus ovários junto com o útero por motivos benignos, mostrou que aquelas que o tinham feito antes dos 50 anos e não fizeram reposição hormonal, tiveram maior risco de morte por doenças cardiovasculares. Este dado nos sugere o benefício deste tratamento principalmente antes dos 50 anos.

11- QUAIS AS CONTRA-INDICAÇÕES DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL?

- História ou presença de câncer de mama, câncer de endométrio ou outros tipos de câncer que são estimulados por hormônios;
- Alterações nas artérias coronárias do coração;
- Trombose prévia (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar);
- Doença hepática ativa.

12- QUAIS OS RISCOS E BENEFÍCIOS DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL?

A avaliação para a terapia de reposição hormonal deve ser individualizada. Se a paciente não tem contraindicação absoluta, fatores como sintomas, idade, tempo de menopausa, risco cardiovascular e massa óssea devem ser considerados.

O principal estudo que avaliou a terapia de reposição hormonal (TRH) foi o WHI (Women's Health Initiative), realizado nos Estados Unidos e publicado em 2002. Neste estudo a média de idade das pacientes foi de 63 anos utilizando estrogênio e progesterona sintéticos em doses maiores que utilizamos atualmente, por via oral. O que se viu foi um aumento do risco de câncer de mama e de doenças cardiovasculares como infarto e AVC (acidente vascular cerebral).

Porém, ao se avaliar o subgrupo de 50 a 60 anos, ou seja, quando a TRH foi introduzida e administrada nestes primeiros 10 anos de menopausa, o risco do câncer de mama diminuiu bastante e as pacientes tiveram inclusive uma sobrevida global maior das que as que não utilizaram a reposição, ou seja, viveram mais.

Assim constituiu-se o conceito de “janela de oportunidade” da TRH, que constituem os primeiros 10 anos após a menopausa, em que os benefícios superariam os riscos, sempre individualizando a mulher. Com estudos subsequentes também entendemos que a via preferencial de administração do estrogênio nos casos de maior risco cardiovascular é a transdérmica (através de adesivos, gel ou spray, que são aplicados e absorvidos pela pele) e os hormônios com menores riscos, são os naturais, moléculas idênticas às produzidas pelos ovários, como beta-estradiol e progesterona natural micronizada.

TESTOSTERONA: O QUE TODA MULHER PRECISA SABER

Nos últimos anos, a testosterona ganhou destaque entre mulheres, com promessas de energia, emagrecimento e rejuvenescimento. No entanto, as principais sociedades médicas – FEBRASGO, SBEM, SOBRAC e SBC – alertam que o uso deve ser restrito e sempre acompanhado por médico.

- Quando é indicada:

Apenas para tratar o transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) em mulheres pós-menopáusicas, após descartar outras causas como falta de estrogênio, depressão, estresse, remédios ou problemas de relacionamento.

- Quando não é indicada:

Não há evidências de doses consideradas fisiológicas da testosterona tragam benefícios para emagrecimento, ganho de massa muscular, rejuvenescimento, regulação hormonal ou melhora de energia e humor.

- Atenção aos implantes hormonais:

Os chamados “chips da beleza” contêm doses altas e imprevisíveis de testosterona, com riscos sérios e efeitos colaterais irreversíveis. Por isso, não são recomendados pelas sociedades médicas.

Atenção:

O uso de testosterona deve ser criterioso, baseado em evidências e supervisionado por médico especializado. Promessas de benefícios estéticos ou de bem-estar não têm comprovação científica e podem prejudicar a saúde.



13- O QUE É ATROFIA GENITAL?

A atrofia genital acontece quando os tecidos da vulva, vagina e parte baixa do trato urinário ficam mais finos, menos elásticos e com funcionamento reduzido. Isso ocorre principalmente pela queda do hormônio estrogênio, que é essencial para manter a saúde da vagina, uretra, bexiga e músculos do assoalho pélvico. Hoje, o termo mais usado pelos especialistas é **Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM)**, pois ela afeta não só a vagina, mas também a vulva e o sistema urinário.

PRINCIPAIS CAUSAS:

A principal causa é a falta de estrogênio, que pode ocorrer em situações como:

- Menopausa natural ou após cirurgia para retirada dos ovários;
- Pós-parto e amamentação (fase em que o estrogênio fica naturalmente baixo);
- Uso de medicamentos que reduzem hormônios, como:
 - Tamoxifeno
 - Inibidores de aromatase
 - Análogos de GnRH

- Tratamentos contra o câncer, como radioterapia pélvica, braquiterapia ou quimioterapia
- Falência ovariana prematura
- Transtornos alimentares ou baixo peso extremo, que reduzem a produção hormonal

14- O QUE ACONTECE NA REGIÃO VAGINAL COM A QUEDA DO ESTROGÊNIO?

Quando o estrogênio cai, podem ocorrer alterações como:

- Afinamento da parede vaginal;
- Menor circulação de sangue na região;
- Perda de colágeno e elastina (menos elasticidade e firmeza);
- Redução dos lactobacilos (bactérias protetoras);
- Aumento do pH vaginal (menos ácido, facilitando infecções);
- Redução da lubrificação natural.

Essas alterações deixam os tecidos mais secos, finos, frágeis e sensíveis, aumentando o risco de lesões, dor e infecções.



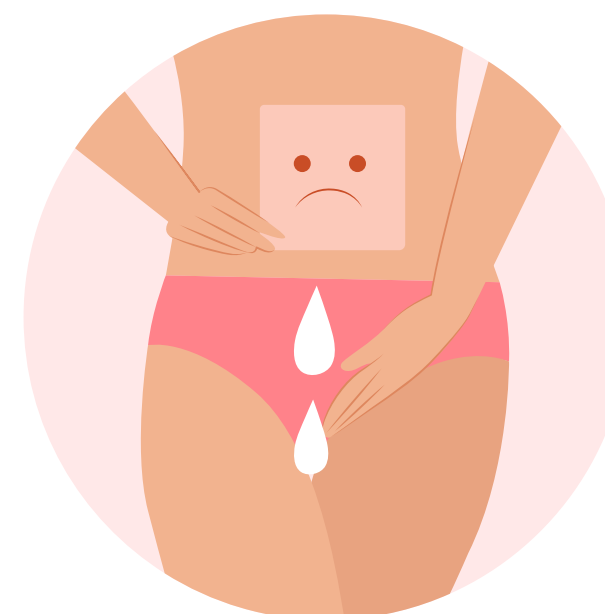
15- SINTOMAS MAIS COMUNS DA ATROFIA GENITAL

VAGINAIS E VULVARES:

- Ressecamento;
- Ardor, coceira ou queimação;
- Dor na relação sexual (principalmente na penetração);
- Sangramento após a relação sexual;
- Pequenas rachaduras na pele ou mucosa.

URINÁRIOS:

- Dor ou ardor ao urinar;
- Urgência para urinar;
- Necessidade de urinar muitas vezes ao dia;
- Infecções urinárias de repetição;
- Escapes de urina (incontinência).



16- QUAIS OS IMPACTOS NA VIDA DA MULHER?

- Dificuldade ou impossibilidade de manter relações sexuais;
- Queda da autoestima e da satisfação sexual;
- Mais infecções vaginais e urinárias;
- Perda do pH ácido protetor e desequilíbrio da flora vaginal.

17- COMO TRATAR A ATROFIA VAGINAL?

A escolha é feita caso a caso. O objetivo do tratamento é melhorar os sintomas, restaurar a saúde vaginal e melhorar a qualidade de vida.

1- TERAPIA HORMONAL LOCAL

É o tratamento de primeira escolha para sintomas moderados ou graves, pois é muito eficaz e tem baixo risco de efeitos no corpo todo. No Brasil, existem três formas principais:

- Creme vaginal
- Óvulos vaginais
- Comprimidos vaginais

Os medicamentos podem conter estriol, estradiol ou promestrieno, todos em doses baixas e com absorção limitada à mucosa vaginal. Não há diferença clara de eficácia entre eles, a escolha depende da tolerância, preferência da paciente e facilidade de uso. O promestrieno é a formulação que tem a menor absorção pela mucosa vaginal e portanto não aumenta os níveis de estrogênio do sangue.

O que mostram os estudos?

- Um estudo comparou o estradiol com o promestrieno e concluiu que o estradiol teve melhor resultado em conforto, higiene e redução dos sintomas.

- Ambos melhoraram a saúde vaginal e reduziram o pH, mas o estradiol foi mais eficaz em aumentar as células maduras do epitélio, ajudando na estrutura da mucosa.

Uso de hormônios vaginais em pacientes com câncer ginecológico

O uso do estrogênio vaginal depende do tipo de câncer e deve ser sempre avaliado pelo médico:

- **Câncer de endométrio:** podem ser usados se outros tratamentos como hidratantes vaginais não funcionarem, com acompanhamento rigoroso. Preferência ao promestrieno, com menor absorção.

- **Câncer de ovário:** geralmente é bem aceito e indicado para aliviar sintomas vaginais e urinários.
- **Câncer de colo do útero:** pode ser usado de forma rotineira, pois esses tumores não costumam ser hormônio-dependentes e os benefícios superam os riscos.
- **Câncer de vagina e vulva:** não há contra indicação conhecida e não existem evidências de aumento no risco de recidiva, podendo ser usado de forma rotineira.

Importante:

A decisão deve ser tomada juntamente com seu médico, considerando o tipo de câncer, a intensidade dos sintomas e as preferências pessoais. O acompanhamento especializado é fundamental para garantir segurança e qualidade de vida.

2- TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL SISTÊMICA

A terapia hormonal sistêmica (com estrogênio isolado ou combinado com progesterona, no caso de mulheres com útero) não é a primeira escolha para tratar os sintomas vaginais. Para especificidades sobre cada tumor recomendamos checar sessão específica nesta cartilha. No entanto, pode ser indicada quando:

- Há sintomas da menopausa (como ondas de calor e suor noturno) junto com atrofia genital;
- Há insuficiência ovariana precoce ou menopausa precoce;
- A mulher não aceita ou não se adapta ao uso vaginal e não tem contraindicações à TRH.

Importante:

- A reposição hormonal sistêmica pode melhorar a saúde vaginal indiretamente, mas de forma mais lenta e menos intensa do que o uso local.
- Para sintomas apenas vaginais ou urinários isolados, a via vaginal é preferível, pois é mais eficaz e tem menos absorção pelo corpo.
- Antes de prescrever, o médico precisa avaliar os riscos cardiovasculares, oncológicos, mamários e tromboembólicos.

3- TERAPIAS NÃO HORMONAIS PARA MULHERES COM CONTRAINDICAÇÃO AO ESTROGÊNIO OU QUE NÃO DESEJAM USÁ-LO

As terapias não-hormonais representam uma abordagem relevante para o manejo da síndrome geniturinária da menopausa em pacientes oncológicas, especialmente em mulheres que não desejam ou não podem fazer uso de estrogênios. Entre essas alternativas, destacam-se os lubrificantes vaginais, aplicados antes ou durante a atividade sexual, com o objetivo de reduzir a fricção, melhorar a lubrificação e proporcionar alívio temporário da dor na relação sexual.

Dentre as opções temos:

OS LUBRIFICANTES - que se classificam de acordo com sua base: água, silicone, vaselina ou óleo.

- **Lubrificantes à base de água:** são os mais utilizados, com formulações ideais livres de aditivos irritantes como parabenos. São hipoalergênicos, têm textura leve, menos espessura e sua ação é menos duradoura, exigindo reaplicações.

- **Lubrificantes à base de silicone:** têm textura mais densa e escorregadia, são à prova d'água e apresentam maior durabilidade, além de serem menos irritantes para a mucosa vaginal. Um estudo demonstrou que, embora ambos os tipos (água e silicone) melhorem o desconforto sexual em mulheres com histórico de câncer, o grupo que utilizou lubrificante à base de silicone apresentou maior alívio da dor e melhor aceitação.

- **Lubrificantes à base de óleo ou vaselina:** também reduzem o atrito, mas podem ser irritantes à mucosa vaginal, interferir na integridade do preservativo de látex e possivelmente impactar negativamente a microbiota vaginal. Estudos associaram o uso de óleo intravaginal a maior risco de candidíase e o uso de vaselina a maior incidência de vaginose bacteriana.

- **Lubrificantes durante a relação sexual:** à base de água e silicone são indicados para uso durante a atividade sexual, reduzindo a fricção e a dor durante o ato sexual.



OS HIDRATANTES - os hidratantes vaginais são considerados uma alternativa de primeira linha para o manejo do ressecamento vaginal, especialmente em mulheres com contraindicação ou recusa ao uso de terapia hormonal local.

Diferentemente dos lubrificantes, que têm efeito pontual e imediato durante a atividade sexual, os hidratantes atuam de forma contínua, promovendo hidratação duradoura da mucosa vaginal.

Seu uso regular, de duas a três vezes por semana, proporciona melhora significativa da lubrificação natural, elasticidade e umidade local. Esses benefícios refletem-se na redução do ressecamento e da dor nas relações sexuais. A ação dos hidratantes permanece na mucosa por até 72 horas, promovendo umidade prolongada.

O **Ácido hialurônico vaginal** apresenta resultados significativos no ressecamento vaginal e na dor nas relações sexuais, com uma boa eficácia, segurança e tolerabilidade pela maioria das pacientes.

4- DISPOSITIVOS DE ENERGIA (RADIOFREQUÊNCIA E LASER VAGINAL)

Duas opções que vêm ganhando destaque são as chamadas terapias à base de energia, como o laser vaginal e a radiofrequência (RF).

Elas não utilizam hormônios e têm sido estudadas como alternativas seguras e eficazes para aliviar os sintomas da síndrome geniturinária da menopausa na maioria das pacientes.

Como funcionam?

1- Laser vaginal (CO2 ou Erbium YAG): Atua na parede vaginal, promovendo a produção de colágeno, melhorando a circulação, e tornando o tecido mais espesso, elástico e saudável.

2- Radiofrequência vaginal: Aquece suavemente os tecidos, estimulando o remodelamento do colágeno e ajudando na hidratação, elasticidade e resistência da mucosa vaginal.

Ambas as terapias são realizadas em consultório, de forma rápida, indolor e com aplicação de anestésico local em forma de creme ou pomada. O resultado observado é a redução do ressecamento vaginal, menos dor nas relações sexuais, melhora da coceira, ardência e desconforto urinário. Melhora no conforto e no bem estar íntimo. **Esses efeitos costumam durar de 6 a 12 meses após o tratamento, com relatos de melhora significativa da qualidade de vida.**

Existe pouca evidência na literatura médica a respeito dos benefícios do laser vaginal para pacientes que realizaram a radioterapia pélvica e braquiterapia. Alguns estudos sugerem aumento do comprimento vaginal, sem complicações ou danos ao tecido vaginal. Portanto, a indicação dessa terapia deve ser discutida individualmente, considerando os riscos e benefícios para cada caso.

Estudos maiores e com maior impacto científico encontram-se em andamento e provavelmente em breve mais informações sobre a eficácia dessas tecnologias estarão disponíveis.

5- TERAPIAS FÍSICAS

Fisioterapia do Assoalho Pélvico e Uso de Dilatadores Vaginais:

Algumas mulheres podem sentir dor na relação sexual, perceber que a vagina está mais estreita ou ter contrações involuntárias da musculatura (espasmos), muitas vezes associadas ao ressecamento vaginal. Nesses casos, a fisioterapia do assoalho pélvico e o uso de dilatadores vaginais podem ajudar a melhorar o conforto, a função e a saúde sexual

- **Fisioterapia do assoalho pélvico:**

A fisioterapia ajuda a fortalecer e relaxar os músculos da região íntima, além de melhorar a circulação de sangue e a sensibilidade local.

Pode contribuir para:

- Reduzir dor durante a relação;
- Melhorar sintomas como urgência urinária e ressecamento;
- Promover mais controle e consciência da musculatura.

O tratamento pode incluir técnicas como eletroestimulação, biofeedback (aparelhos que mostram como os músculos estão funcionando) e laser de baixa intensidade.

Dilatação vaginal progressiva

Os dilatadores são dispositivos em diferentes tamanhos, usados de forma gradual para ajudar a manter a elasticidade vaginal e prevenir aderências (tecidos grudados) ou estreitamentos.

São especialmente indicados para:

- Mulheres que passaram por radioterapia ou braquiterapia na região pélvica.
- Casos de vaginismo (contração involuntária dos músculos vaginais) que surgiu após alguma doença ou tratamento.

Seja qual for a TRH, o uso deve ser orientado por um profissional de saúde para garantir segurança e eficácia.



18- TERAPIAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES PARA ALÍVIO DOS SINTOMAS DA MENOPAUSA

1-Hipnose

A hipnose clínica ajuda a reduzir ondas de calor, suores noturnos e melhorar o sono durante a menopausa.

Ela promove relaxamento e foco mental, treinando o corpo a reagir melhor aos sintomas.

Estudos mostram reduções de 50% a 70% nas ondas de calor e melhora do sono e da qualidade de vida.

A hipnose é reconhecida pela Sociedade Norte Americana de Menopausa e outras organizações como uma opção segura e com poucos riscos para aliviar sintomas da menopausa, especialmente para mulheres que preferem ou precisam evitar medicamentos.



2-Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A Terapia Cognitivo-Comportamental é um tipo de acompanhamento psicológico que ajuda a lidar com sintomas da menopausa, como ondas de calor, insônia, mudanças de humor e depressão leve. É um tratamento com duração limitada, que foca em mudar a forma como pensamos e agimos para reduzir o impacto dos sintomas no dia a dia.

Durante a TCC, a pessoa aprende estratégias como:

- Técnicas de relaxamento e respiração.
- Melhora dos hábitos de sono (“higiene do sono”).
- Mudanças no estilo de vida para aumentar o bem-estar.

3-Técnicas de Relaxamento

Ajudam corpo e mente a diminuir o ritmo, combinando respiração, relaxamento muscular e sons calmantes. Embora não substituam os tratamentos convencionais, algumas mulheres relatam benefícios como redução de ondas de calor, melhora do sono e diminuição do estresse. São simples, seguras e podem ser feitas em casa ou com orientação profissional.

Mindfulness (Atenção Plena – MBSR)

O mindfulness é uma prática que ensina a estar plenamente no momento presente, com aceitação e sem julgamentos, ajudando a mente a se desligar de preocupações e focar no agora.

Essa prática pode contribuir para:

- Diminuição do incômodo e da intensidade das ondas de calor;
- Melhora da qualidade de vida;
- Redução da ansiedade e estresse.

Ioga

A ioga reúne posturas físicas, respiração e atenção plena, promovendo equilíbrio entre corpo e mente. Estudos indicam que pode melhorar sintomas físicos e emocionais da menopausa, como fadiga, ansiedade e alterações de humor, além de favorecer o bem-estar geral.

Apesar dos benefícios, é considerada uma prática complementar, sem recomendação formal para substituir os tratamentos médicos convencionais.

Atenção: Mindfulness, ioga e técnicas de relaxamento podem ser aliados no bem-estar de mulheres na menopausa, mas devem ser entendidas como estratégias complementares, não substituindo tratamentos convencionais nem sendo recomendadas oficialmente por sociedades médicas nacionais e internacionais

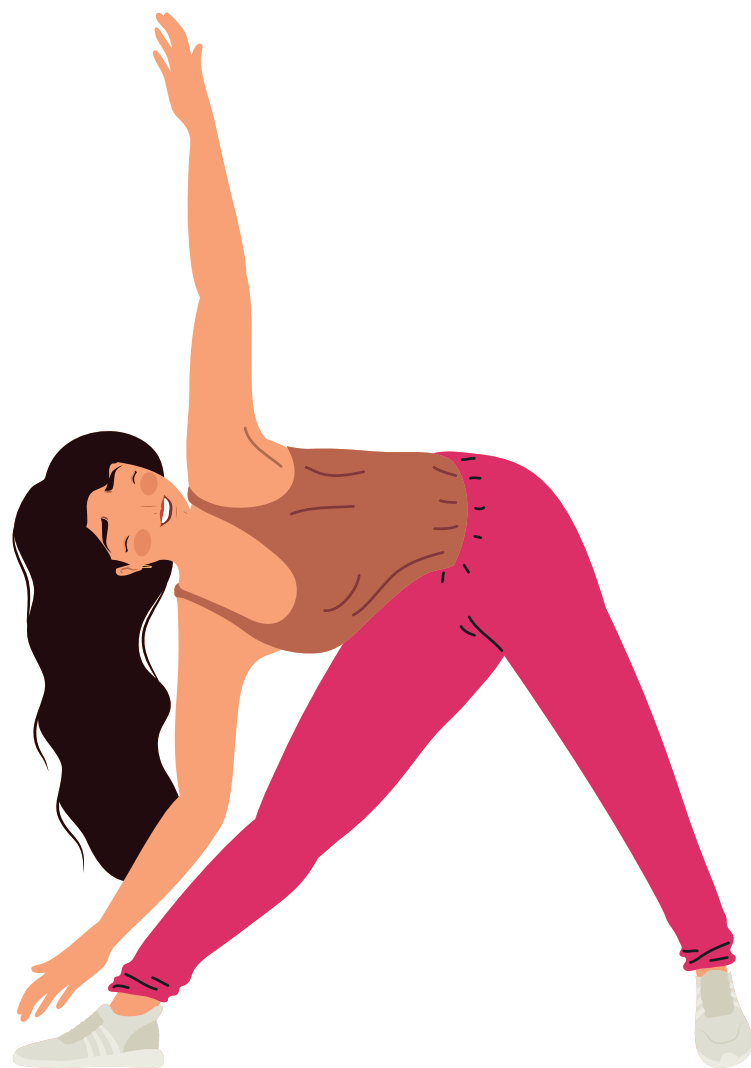


Prática de Exercícios Físicos

Com a menopausa, a redução dos hormônios femininos, especialmente o estrogênio, pode aumentar o risco de alterações no metabolismo e na saúde geral. A prática regular de atividade física ajuda a:

- Melhorar a qualidade de vida;
- Reduzir fadiga e ansiedade;
- Proteger a saúde do metabolismo e do tecido adiposo.

Caminhadas, musculação, alongamento e outras atividades podem ser adaptadas para cada pessoa, sempre com orientação adequada.



19- CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA MULHERES EM MENOPAUSA QUE IRÃO INICIAR UM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sabemos o impacto na vida de qualquer pessoa quando se tem um diagnóstico de câncer. Já abordamos neste material todos os efeitos colaterais a partir do momento que a paciente entra na menopausa.

O principal objetivo é minimizar os efeitos colaterais secundários ao tratamento e promover qualidade de vida durante e após o tratamento. Isso inclui a gestão de sintomas da própria menopausa, como ondas de calor, secura vaginal, alterações de humor, além dos cuidados com a pele durante a radioterapia e suporte para fadiga e outros efeitos dos próprios quimioterápicos.

Sabemos também que uma avaliação e uma equipe multidisciplinar, que inclui médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, são fundamentais para atender as necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente. Essa abordagem integrada visa otimizar a resposta ao tratamento, melhorar qualidade de vida, reabilitação pós tratamento.

É sempre importante reforçar que o diagnóstico e seu planejamento devem ser individualizados. O apoio emocional tanto para o paciente quanto aos familiares são essenciais nessa fase e após.

20- TERAPIAS FARMACOLÓGICAS NÃO HORMONAIS NO MANEJO DOS SINTOMAS VASOMOTORES DO CLIMATÉRIO

A terapia hormonal sistêmica (THS) permanece como o tratamento mais eficaz para os sintomas vasomotores, os calorões da menopausa. No entanto, uma proporção significativa de mulheres apresentam contra indicações formais ao uso de hormônios, recusa pessoal ou baixa adesão ao tratamento, o que torna essencial o conhecimento e uso racional de alternativas não hormonais baseadas em evidência científica.

1- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e serotonina-noradrenalina (ISRSN)

Os ISRS (paroxetina, citalopram, escitalopram) e ISRSN (venlafaxina, desvenlafaxina) têm sido amplamente utilizados no tratamento dos calores da menopausa. Essas medicações proporcionam alívio moderado dos sintomas, com taxas de melhora variando entre 30% e 60%. A paroxetina 7,5–25 mg, citalopram 10–20 mg e escitalopram 10–20 mg são opções eficazes, porém não devem ser utilizadas em mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno.

Nessa população, a venlafaxina (37,5–150 mg) e a desvenlafaxina (100–150 mg) são preferidas, pois não interferem no tratamento oncológico.

Efeitos adversos comuns da paroxetina, escitalopram e citalopram incluem náusea, cefaleia, tontura, fadiga, sonolência, boca seca, distúrbios gastrointestinais, ganho de peso e disfunções sexuais. Já a venlafaxina e a desvenlafaxina estão associados a náuseas, constipação, tremores, alterações de humor e aumento da pressão arterial, exigindo monitoramento rigoroso em pacientes hipertensas.

2- Gabapentinoides: gabapentina

A gabapentina, tradicionalmente usada como anticonvulsivante e para dor neuropática, demonstrou eficácia significativa na redução dos fogachos. Estudos reportam alívio de 45% a 54% na frequência e intensidade dos fogachos. O uso à noite é preferido para mulheres com distúrbios de sono associados aos calores da menopausa. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem sonolência, tontura, desequilíbrio e fadiga, que tendem a diminuir com o tempo.

3- Antagonistas do receptor de neurocinina 3 (NK3R): fezolinetanto

O fezolinetanto representa uma inovação terapêutica no tratamento dos calores da menopausa. Aprovado pelo FDA em 2023, é o primeiro medicamento que atua especificamente nos receptores de neurônios do hipotálamo, uma região do cérebro responsável pela regulação da nossa temperatura e dissipação do calor.

Estudos demonstraram reduções significativas na intensidade e frequência dos fogachos, com eficácia comparável ou superior a antidepressivos. Apresenta perfil de segurança favorável, embora estudos de longo prazo ainda sejam necessários para avaliação completa. Ainda não disponível no Brasil.

Considerações finais:

A terapia hormonal sistêmica continua a melhor opção no controle dos calores ou fogachos, mas o fezolinetanto, a venlafaxina e desvenlafaxina e a gabapentina apresentam desempenhos consistentes, configurando-se como alternativas válidas.

A decisão terapêutica deve ser individualizada, considerando o histórico pessoal da paciente, outras doenças como hipertensão, tipo de câncer, uso de medicações concomitantes e preferências pessoais. O conhecimento técnico e atualizado das alternativas não hormonais permite ampliar o acesso ao cuidado e melhorar a qualidade de vida das mulheres durante o climatério e tratamento oncológico.





21- TERAPIA HORMONAL SISTÊMICA NO CLIMATÉRIO EM PACIENTES ONCOLÓGICAS GINECOLÓGICAS: ENTENDENDO AS ESPECIFICIDADES DE CADA CÂNCER

1- CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero não é considerado hormônio-dependente, ou seja, o seu crescimento não está diretamente relacionado à presença de hormônios femininos. Em praticamente todos os casos, (cerca de 99%), a doença está associada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas (CEC), que representa aproximadamente 80% a 85% dos casos. Os demais 15% a 20% correspondem, em geral, a adenocarcinomas.

Quase quatro em cada dez mulheres recebem o diagnóstico antes dos 45 anos, e muitas desenvolvem menopausa precoce em consequência do tratamento oncológico. Esse quadro pode trazer sintomas como ondas de calor, ressecamento vaginal, alterações do sono, variações de humor e perda de massa óssea.

Quando a menopausa é induzida pelo tratamento, a terapia hormonal pode ser uma opção segura para aliviar sintomas e prevenir complicações, inclusive para mulheres que receberam quimioterapia ou radioterapia.

As formas mais indicadas são as terapias orais, porque as pacientes jovens necessitam de doses mais altas de estrogênio, mais eficazmente oferecida por essa via.

Quando o útero é preservado, deve-se associar a progesterona para proteção do útero (o estrogênio sozinho causa o crescimento descontrolado do endométrio, a camada interna do útero).

Além disso, o estrogênio vaginal, disponível em cremes, óvulos ou comprimidos, pode contribuir de forma significativa para o tratamento do ressecamento e da dor durante a relação sexual.

Do ponto de vista da segurança, no carcinoma de células escamosas há evidências sólidas indicando que a terapia hormonal sistêmica não aumenta o risco de recidiva ou mortalidade.

No adenocarcinoma cervical, embora os estudos sejam menores e mais limitados, os dados disponíveis sugerem que o tratamento pode ser seguro em casos iniciais, desde que haja acompanhamento próximo da equipe médica. Relembrando que o uso de terapia vaginal é seguro para os dois tipos citados acima, como já abordado na sessão de atrofia genital.

É fundamental que toda decisão seja tomada em conjunto com o médico responsável, considerando o tipo e o estágio do tumor, o histórico de saúde da paciente, o risco de trombose, a presença de doenças cardíacas, o estado da saúde óssea e outras condições clínicas que possam interferir na escolha terapêutica. Um estudo que acompanhou 1.826 mulheres com menos de 50 anos tratadas para câncer de colo do útero mostrou que apenas 39% utilizaram terapia hormonal nos dois primeiros anos após o tratamento, o que demonstra que, mesmo sendo segura e benéfica, essa opção ainda é pouco explorada.

Assim, a terapia hormonal sistêmica, quando bem indicada, pode ser uma importante aliada na melhoria da qualidade de vida e na prevenção de complicações a longo prazo para mulheres que entram na menopausa precocemente em decorrência do tratamento do câncer do colo do útero.

2- CÂNCER DE VULVA E DE VAGINA

São tumores raros do aparelho reprodutor feminino.

- **CÂNCER DE VULVA:** cerca de 4% dos tumores ginecológicos.

- **CÂNCER DE VAGINA:** aproximadamente 1% dos casos.

Principais causas e fatores de risco:

- Infecção persistente pelo HPV, principalmente o tipo 16.

- Idade avançada.

- Tabagismo.

- Baixa imunidade.

- No câncer de Vulva: doenças de pele crônicas, como líquen escleroso.

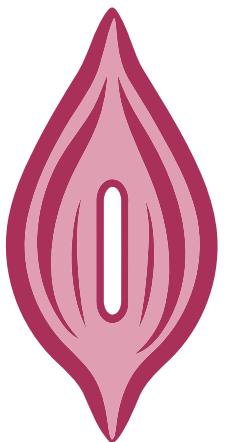
- No câncer de Vagina: histórico de câncer do colo do útero, uso pela mãe de dietilestilbestrol (DES) na gestação.

Tipos:

-Vulva:

- **Relacionado ao HPV** – mais comum em mulheres jovens.

- **Não relacionado ao HPV** – mais comum em idosas com doenças de pele na região.



- **Vagina:** mais frequente após os 60 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.

O tratamento é individualizado, podendo incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo. Em mulheres jovens, pode causar menopausa precoce, com sintomas como ondas de calor, ressecamento vaginal, alterações de humor, perda óssea e impacto na qualidade de vida.

Terapia de Reposição Hormonal (TRH) após o tratamento

Esses cânceres não são hormônio-dependentes, o que pode permitir o uso da TRH para aliviar sintomas da menopausa, desde que avaliado individualmente.

- **Preferência:** A via oral ou transdérmica podem ser consideradas, a depender da idade, preferências da paciente e avaliação dos riscos.
- **Mulheres com útero** devem associar progestágeno.

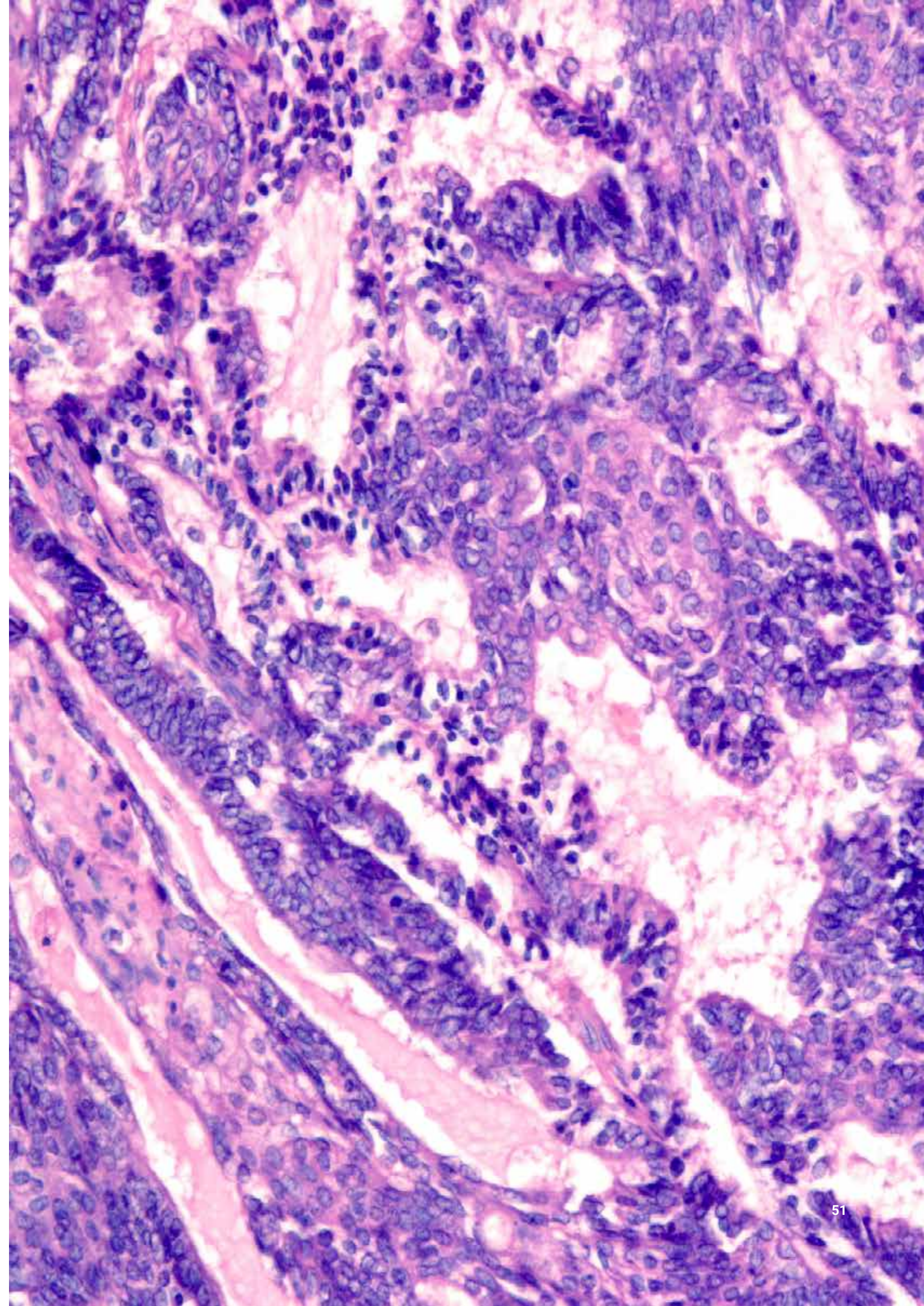
A decisão deve considerar tipo e estágio do câncer, sintomas e preferências da paciente, com acompanhamento médico especializado.

3- CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário pode ser dividido em dois grandes grupos:

1. Câncer de ovário epitelial

Esse é o tipo mais comum, representando mais de 85% dos casos. Ele se forma na camada mais externa do ovário, chamada epitélio.



Existem cinco principais subtipos:

- **Carcinoma seroso de alto grau:** o mais comum (cerca de 70% dos casos).
- **Carcinoma seroso de baixo grau:** mais raro (menos de 5%).
- **Carcinoma endometriode:** cerca de 10%.
- **Carcinoma de células claras:** também cerca de 10%.
- **Carcinoma mucinoso:** cerca de 3%.

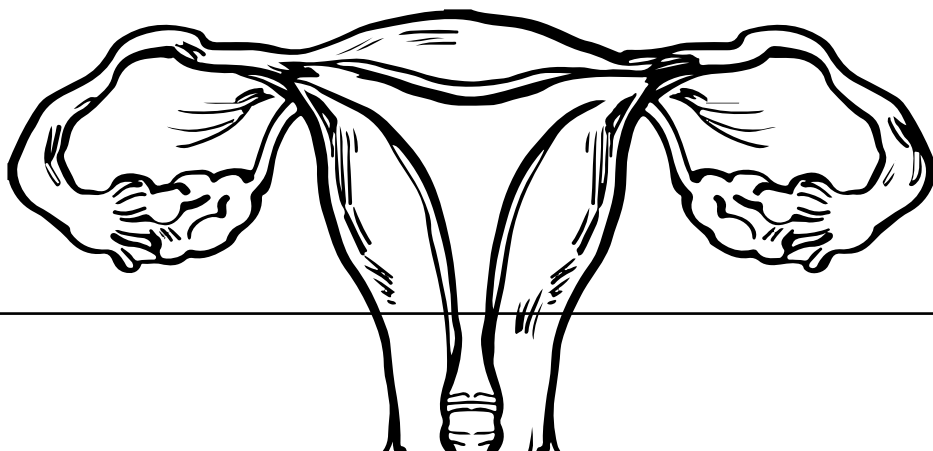
Há ainda o tumor **borderline de ovário**, um tumor que ainda não é considerado câncer, mas pode evoluir se não tratado, bastante comum em pacientes jovens.

2. Câncer de ovário não epitelial

Mais raro, representa cerca de 10% dos casos. Pode surgir de outras partes do ovário, como:

- **Tumores de células germinativas:** que se originam das células que formam os óvulos.
- **Tumores do estroma e cordão sexual:** que vêm das células que sustentam o ovário e produzem hormônios.

Quando pensamos em terapia de reposição hormonal (TRH), devemos considerar alguns fatores, pesando os riscos e benefícios da intervenção. O primeiro a ser considerado é a biologia do tumor: se ele apresenta receptores hormonais e responde a estímulo hormonal.



O segundo é a idade da paciente: quanto mais jovem e se ainda estiver na pré-menopausa, maior chance de sintomas impactantes na qualidade de vida e de prejuízo na saúde cardiovascular, óssea e cognitiva.

Infelizmente, o câncer de ovário é menos comum (cerca de 1,4% dos cânceres femininos), sendo o 8º mais frequente entre as mulheres no Brasil e temos poucos dados de estudos científicos envolvendo a TRH, principalmente associada aos subtipos menos prevalentes. Entre o subtipo mais comum, o carcinoma seroso de alto grau, estudos mostram que não há risco de recidiva, além de uma melhor sobrevida global da paciente.

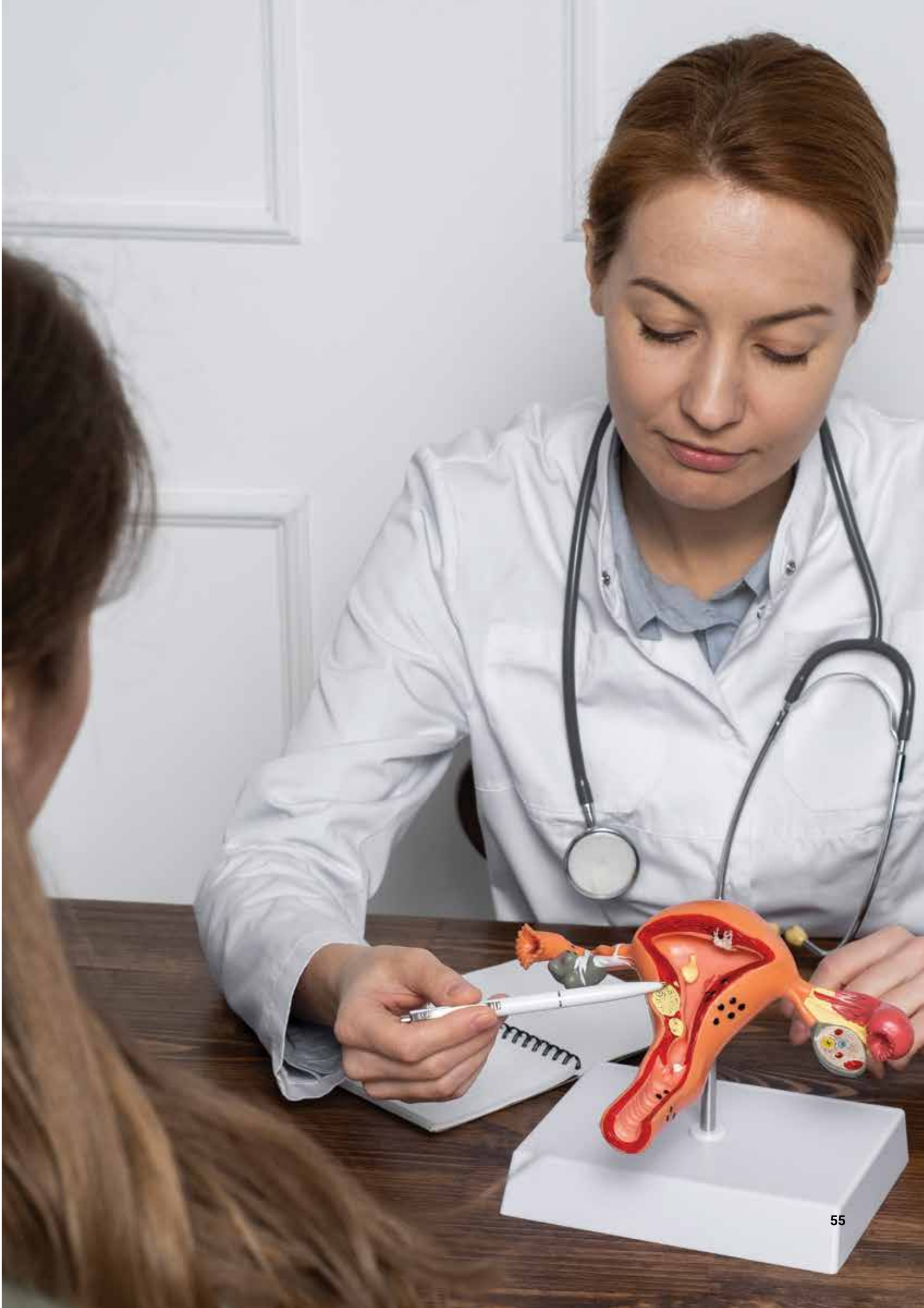
DE ACORDO COM O TIPO HISTOLÓGICO, AS RECOMENDAÇÕES SÃO AS SEGUINTE:

- **Carcinoma seroso de alto grau: permitido.**
Possui baixa predominância de receptores hormonais e dados científicos mostraram que a TRH não afetou o risco de retorno do tumor.
- **Carcinoma seroso de baixo grau: proibido.**
Possui receptores hormonais e alta sensibilidade ao estrogênio.
- **Carcinoma endometriode: proibido.**
Pode também expressar receptores hormonais e ser sensível ao estrogênio.
- **Carcinoma de células claras: permitido,**
porém apresenta alto risco de trombose e é crucial o uso da via transdérmica.
- **Carcinoma mucinoso: permitido.**
Não apresenta receptores hormonais.

- Tumores de células germinativas: permitido e estimulado, uma vez que na maioria das vezes o diagnóstico ocorre em mulheres muito jovens.
- Tumores do estroma e cordão sexual: proibido. Apresenta receptores hormonais e resposta ao estímulo estrogênico.
- Tumores borderline serosos: como podem progredir para carcinomas serosos de baixo grau, que tem alta sensibilidade ao estrogênio, deve haver bastante cuidado com pacientes de estadio mais avançado e que apresentaram implantes peritoneais ao tratamento.
- Tumores borderline mucinosos: permitido.

CÂNCER DE OVÁRIO	
	• Tumores de células da granulosa • Carcinoma seroso de baixo grau
	• Tumores borderline • Carcinomas endometrióides
	• Estágio inicial, grau I-II, cirurgia ótima: • Carcinoma seroso de alto grau • Carcinoma de células claras • Carcinoma mucinoso de alto grau • Tumores borderline mucinosos

Figura adaptada de Villa P. et al, Hormone Replacement Therapy in Post-Menopause Hormone-Dependent Gynecological Cancer Patients: A Narrative Review.



4- CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

O câncer de endométrio é uma neoplasia hormônio dependente, porém na grande maioria dos casos é diagnosticada em estágios iniciais, com grande possibilidade de cura e baixo risco de recidiva. Há poucos dados científicos de qualidade abordando o tema terapia de reposição hormonal (TRH) e câncer de endométrio, e os que existem incluíram na sua maioria pacientes com estágios iniciais.

Em uma revisão sistemática recente, as mulheres que mais se beneficiaram da TRH foram as com estágios iniciais (I e II), brancas e que usaram a terapia combinada de estrogênio e progesterona, mesmo após a realização da histerectomia. As que utilizaram o estrogênio via vaginal, também não apresentaram maior risco de recidiva, considerando que a absorção sistêmica dessas formulações são baixas. Em 2 estudos, mulheres negras tiveram maior risco de recorrência da doença com uso da TRH.

5- SARCOMAS UTERINOS

Constituem um grupo de tumores denominados mesenquimais, ainda mais raro e bastante heterogêneo, com vários subtipos. Portanto, não temos dados na literatura sobre a estratégia da utilização da TRH em sarcomas uterinos. Para auxiliar na decisão é interessante a identificação de receptores hormonais nesses tumores. Os sarcomas endometriais de baixo grau, adenossarcomas e leiomiossarcomas apresentam receptores hormonais e normalmente não há indicação de TRH.



Os sarcomas indiferenciados normalmente não apresentam receptores hormonais e os casos devem ser individualizados pela falta de dados.

Câncer Uterino	
INDICAR	Mulheres sintomáticas após tratamento cirúrgico com câncer endometrial inicial
ALERTA	Em estágios FIGO>II
NÃO INDICAR	- Câncer endometrial não dependente de estrogênio (alto grau e carcinosarcoma) - Sarcomas uterinos (sarcoma estroma endometrial, leiomiossarcomas e adenossarcomas)

Figura adaptada de da Silva AL et al, Menopause in gynecologic cancer survivors: evidence for decision-making. Rev Bras Ginecol Obstet. 2025 Feb 6;47:e-FPS1.

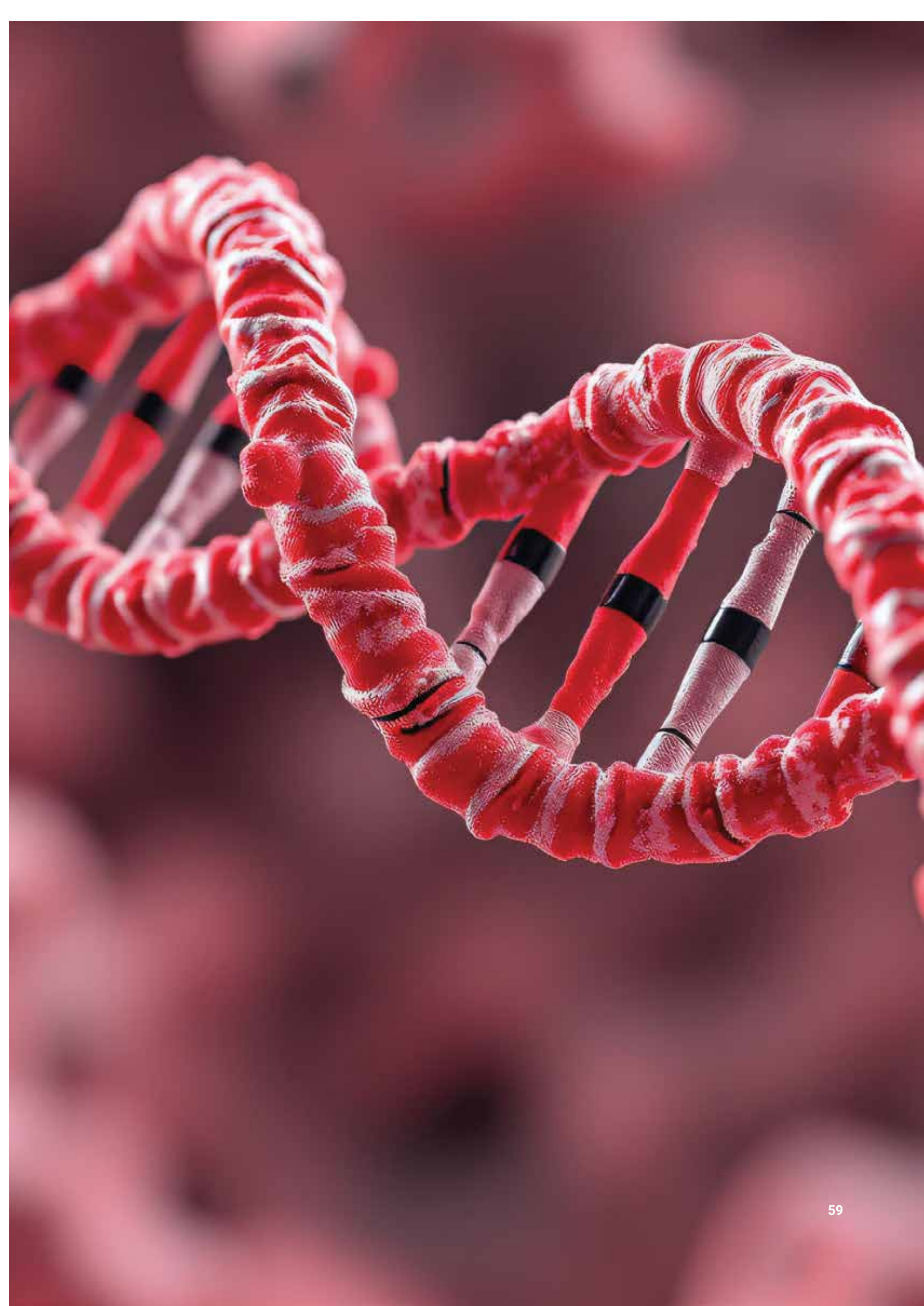
22- MULHERES PORTADORAS DO GENE BRCA1/2 PODEM FAZER USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)?

As mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2 aumentam muito o risco das portadoras de desenvolver câncer de mama e câncer de ovário ao longo da vida.

- Mulheres com mutação no gene BRCA1 têm um risco de cerca de 72% de desenvolver câncer de mama e 44% de desenvolver câncer de ovário até os 80 anos.
- Já as mulheres com mutação no gene BRCA2 têm um risco de cerca de 69% para câncer de mama e 17% para câncer de ovário até os 80 anos.

Para prevenção do câncer de mama, a mulher pode optar por duas estratégias: cirurgia preventiva das mamas (mastectomia redutora de risco) ou acompanhamento intensivo, com exames de imagem a cada 6 meses, incluindo ressonância magnética e mamografia.

Como o câncer de ovário não tem um exame eficaz de rastreamento, a principal medida preventiva para mulheres com mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2 é a retirada das trompas e ovários (salpingooforectomia profilática): até os 40 anos para quem tem mutação no BRCA1, até os 45 anos para quem tem mutação no BRCA2.



Essa cirurgia reduz significativamente o risco de câncer, mas também provoca uma menopausa precoce e abrupta, antes dos 50 anos. Isso pode causar diversos impactos na saúde e na qualidade de vida, como: piora da saúde cardiovascular, redução da densidade óssea e alterações cognitivas, além de fogachos e piora do sono. Por isso, a terapia de reposição hormonal (TRH) pode ser indicada para aliviar esses efeitos e proteger o organismo, especialmente em mulheres que não tiveram câncer de mama.

Principalmente para aquelas que não irão retirar as mamas, é recomendado que o útero também seja retirado durante a cirurgia. Isso permite que a reposição hormonal seja feita apenas com estrogênio, um hormônio que tem menos impacto sobre as mamas do que a combinação de estrogênio com progesterona. Essa estratégia é apoiada por estudos científicos. Um estudo recente mostrou que, em mulheres com mutação no BRCA1, aquelas que fizeram uso de TRH combinada (estrogênio + progesterona) tiveram maior risco de desenvolver câncer de mama, comparado com aquelas que usaram apenas estrogênio. Esses achados também foram confirmados no grande estudo WHI (Women’s Health Initiative). Nele, mulheres que já tinham retirado o útero e usaram apenas estrogênio apresentaram menor risco de câncer de mama do que aquelas que usaram a terapia combinada. Concluindo, mulheres portadoras dos genes BRCA 1 e 2, sem câncer podem se beneficiar da TRH, sendo a melhor estratégia a retirada de tubas, ovários e útero para redução de risco e, posteriormente, a reposição isolada do estrogênio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Perrone AM, Tesei M, Ferioli M, Pozzati F, Lima GM, Bianchini D, et al. Results of a phase I-II study on laser therapy for vaginal side effects after radiotherapy for cancer of uterine cervix or endometrium. *Cancers (Basel)*. 2020;12(6):1639. doi:10.3390/cancers12061639.

Di Stanislao M, Coad CA, De Terlizzi F, Ligonis R, Troisi F, Digesu GA. Laser therapy in heavily treated oncological patients improves vaginal health parameters. *Cancers (Basel)*. 2024;16(15):2722. doi:10.3390/cancers16152722.

Athanasios S, Pitsouni E, Grigoriadis T, Zacharakis D, Salvatore S, Pantaleo G, et al. A study protocol of vaginal laser therapy in gynecological cancer survivors. *Climacteric*. 2020;23(1):53-8. doi:10.1080/13697137.2019.1646720.

FEBRASGO. Diretriz Brasileira de Terapia Hormonal no Climatério e na Menopausa. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2021.

FEBRASGO. Posicionamento sobre Falência Ovariana Prematura (FOP). São Paulo: FEBRASGO; 2021.

FEBRASGO. Manual de Orientações para o Climatério. São Paulo: FEBRASGO; 2020.

The North American Menopause Society. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767–794.

The North American Menopause Society. *Menopause Practice: A Clinician’s Guide*. 6th ed. Mayfield Heights (OH): NAMS; 2020.

ESMO Guidelines Committee. Fertility- and menopause-related issues in young cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2020;31(12):1664–1678.

ESGO, ESGE, ESMO. Management of Menopausal Symptoms in Patients with Gynecological Cancers. 2020.

ASCO Clinical Practice Guideline Panel. Management of Menopausal Symptoms in Women with Cancer. *J Clin Oncol*. 2018;36(28):2974–2983.

ASRM Practice Committee. Premature ovarian insufficiency: A guideline. *Fertil Steril*. 2020;113(3):e1–e7.

ker WH, Feskanich D, Broder MS, Chang E, Shoupe D, Farquhar CM, Berek JS, Manson JE. Long-term mortality associated with oophorectomy compared with ovarian conservation in the nurses’ health study. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr;121(4):709-716. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182864350.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al.; Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321–33.

Oliveira GM, Almeida MCC, Artucio Arcelus CM, Espíndola LN, Rivera MA, Silva-Filho AL, et al.; Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DCM/SBC), FEBRASGO e SIAC. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024. *Arq Bras Cardiol*. 2024;121(7):e20240478. doi:10.36660/abc.20240478

ASRM Committee Opinion No. 738: Fertility Preservation in Patients Undergoing Gonadotoxic Therapy or Gonadectomy. *Fertil Steril*. 2018;110(3):380–386.

ESHRE Guideline Group on POI. ESHRE Guideline: Management of Women with Premature Ovarian Insufficiency. *Hum Reprod*. 2016;31(5):926–937.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019. Brasília: IBGE; 2020.

Sinno AK, Post MD, Blue NR, Fader AN, Guntupalli SR, Holschneider CH, et al.

Hormone therapy in women with gynecologic cancers and in women at high risk for developing a gynecologic cancer: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement. *Gynecol Oncol*. 2020;156(3):554–74. Eunjeong H, Suh DH, Kim M, Lee KH, No JH, Kim K, et al. Postoperative Hormone Replacement Therapy and Survival in Women with Ovarian Cancer.

Menopause. 2022;29(2):161–8.

Saeai N, Suprasert P. Hormone replacement therapy after surgery for epithelial ovarian cancer: A review. *Mol Clin Oncol*. 2020;13(3):15.

Zanello P, Grassi M, Brambilla M, Cioffi R, Busacca M, Candiani M, et al. Hormonal Replacement Therapy in Menopausal Women with History of Endometriosis: A Review of Literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(3):327–36.

Srinivasan S, Yuan Y, Duran P, Buras MR. Hormone therapy in menopausal women with fibroids: is it safe? *Climacteric*. 2018;21(6):562–7.

The North American Menopause Society. The 2020 Genitourinary Syndrome of Menopause Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976–92.

Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, Santoro N, Partridge AH, Kaunitz AM. Management of menopausal symptoms in women with cancer: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(10):2908–27.

Laganà AS, Vitale SG, Sapia F, Valenti G, Corrado F, Padula F, et al. Hormone Replacement Therapy and Cancer: The Current Evidence. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(10):560.

Colombo N, Peiretti M, Parma G, Lapresa M, Mancari R, Carinelli S, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(5):672–705.

Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women’s Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063–1068.

The North American Menopause Society (NAMS). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976–992.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diretriz da CNE de Climatério: Síndrome Geniturinária da Menopausa. São Paulo: FEBRASGO; 2018.

Biehl C, Corrêa M, Spritzer PM. Terapia hormonal vaginal em mulheres na pós-menopausa: evidências e segurança. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(3):122–128.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 659: The Use of Vaginal Estrogen in Women With a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer. *Obstet Gynecol.* 2016;127(3):e93-e96.

Biolab Sanus Farmacêutica. Estriol creme vaginal – bula do profissional de saúde. [Internet]. [citado 2025 jul 27]. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/estriol/bula>

Novo Nordisk. Vagifem® (estradiol 10 mcg) – bula do profissional de saúde. [Internet]. [citado 2025 jul 27]. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/vagifem/bula>

Palma PC, Riccetto CLZ. Terapia não hormonal da síndrome geniturinária da menopausa. *Femina.* 2020;48(4):223–230.

Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life: a review. *Climacteric.* 2014;17(1):3–9.

Salvatore S, Nappi RE, Zerbini N, Calligaro A, Ferrero S, Origoni M, et al. CO₂ laser therapy: a new option for treating vaginal atrophy in menopausal women. *Climacteric.* 2015;18(5):757–763.

Gambacciani M, Palacios S. Laser therapy for the restoration of vaginal function. *Climacteric.* 2017;20(4):379–385.

Perino A, Calligaro A, Forlani F, Tiberio C, Cucinella G, Svelato A. Vulvo-vaginal atrophy: a new treatment modality using thermopulsed CO₂ laser. *Maturitas.* 2015;80(3):296.

Vizintin Z, Lukac M, Kazic M, Tettamanti M. Erbium:YAG laser for minimally invasive vaginal rejuvenation: initial experience. *J Laser Health Acad.* 2012;1:58–65.

Panay N. Terapias não hormonais no manejo da síndrome geniturinária da menopausa. *Climacteric.* 2020;24(1):19–24.

Edwards D, Panay N. Atualizações sobre lubrificantes vaginais e seu papel na saúde íntima da mulher. *Climacteric.* 2016;19:151–161.

Brown JM, et al. Práticas intravaginais e risco de infecções vaginais entre mulheres nos Estados Unidos. *Obstetrics & Gynecology.* 2013;121(4):773–780.

Kaminsky M, Willigan DA. Toxidade de substâncias químicas aplicadas à mucosa vaginal. *Food and Chemical Toxicology.* 1982;20(2):193–196.

Faustino R, Pérez-López F, Vleira-Baptista P, et al. Diretrizes internacionais para o manejo da atrofia vulvovaginal na pós-menopausa. *Gynecological Endocrinology.* 2021.

Hickey M, Martin J, Marlin S, Braat S, Wren S. Comparação entre lubrificantes à base de silicone e de água para desconforto sexual após câncer de mama: estudo clínico randomizado. *Breast Cancer Research and Treatment.* 2016;158(1):79–90.

Nappi R.E., et al. Hidratantes e lubrificantes vaginais na menopausa: função e mecanismos de ação. *Healthcare (Basel).* 2022;10(7):1528.

R. Florencio-Silva,R. Santos Simões, J. Henrique Rodrigues Castello Girão, A. Aparecida Ferraz Carbonel, C. de Paula Teixeira, G.Rodrigues da Silva Sasso. Treatment of vaginal atrophy of women in postmenopausal; Review article. Elsevier 2017, April; doi: 10.1016/j.recli.2016.08.002.

Dos Santos CCM, Uggioni MLR, Colonetti T, Colonetti L, Grande AJ, Da Rosa MI. Hyaluronic Acid in Postmenopause Vaginal Atrophy: A Systematic Review. *J Sex Med.* 2021 Jan;18(1):156-166. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.016. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33293236.

Cold S, et al. *J Natl Cancer Inst.* 2022;114(10):1347-1354.

Agrawal P, et al. *Obstet Gynecol.* 2023 Aug 3.

McVicker L, et al. *JAMA Oncol.* 2024;10(1):103-108.

Dumas E. *Ann Oncol.* 2024;9(suppl_4):1–12.

Beste ME, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;232(3):262-270.e1.

C. N. Soares. Insomnia during menopause and perimenopause: clinical characteristics and therapeutic options. *Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)* 33 (2) • 2006 • <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200010>

Kargozar R, Azizi H, Salari R. Uma revisão de medicamentos fitoterápicos eficazes no controle dos sintomas da menopausa. *Médico de elétrons.* 25 de novembro de 2017;9(11):5826-5833. doi: 10.19082/5826. PMID: 29403626; PMCID: PMC5783135.

Naumova I, Castelo-Branco C. Opções atuais de tratamento para atrofia vaginal pós-menopausa. *Int J Saúde das Mulheres.* 31 de julho de 2018;10:387-395. doi: 10.2147/IJWH.S158913. PMID: 30104904; PMCID: PMC6074805.

Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *J Evid Based Integr Med.* 2019 Jan-Dec;24:2515690X19829380. doi: 10.1177/2515690X19829380. PMID: 30868921; PMCID: PMC6419242.

Marsh ML, Oliveira MN, Vieira-Potter VJ. Adipocyte Metabolism and Health after the Menopause: The Role of Exercise. *Nutrients.* 2023 Jan 14;15(2):444. doi: 10.3390/nu15020444. PMID: 36678314; PMCID: PMC9862030.

The North American Menopause Society. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2023;30(6):573–590.

The North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2022;29(7):767–794.

Sahni S, Avila C, Bretschneider CE. Nonhormonal management of menopausal symptoms: a review of clinical evidence. *Rev Endocrinol Metab Disord.* 2021;17(2):133–137.

David PS, Meserve EE, Handa VL. Nonhormonal management of vasomotor symptoms: a review of the literature. *Int J Womens Health.* 2022;14:353–361.

Bradbury M, Foster JC, Jacobsen PB. Considerations for nonhormonal therapy in breast cancer survivors. *Clin Breast Cancer.* 2022;22(3):e362–e373.

Al Wattar BH, Talaulikar V. Nonhormonal management of menopausal vasomotor symptoms. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2024;38(1):101819.

Shan D, Wang D, Xu H, Luo X, Huang X. Gabapentin for hot flashes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(6):564–579.e12.

Quintero GC. Review about gabapentin misuse, interactions, contraindications and side effects. *J Exp Pharmacol.* 2017;9:13–21.

Menown IB, Tello J. Fezolinetant as a novel treatment for vasomotor symptoms: mechanistic and clinical overview. *Adv Ther.* 2021;38:5025–5045.

Rahman UA, Ibrahim N, Ab Rahman N, Ahmad R. Efficacy and safety of fezolinetant for the treatment of vasomotor symptoms: a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(50):e36592.

Lega IC, Richardson H, Elwood C, et al. Comparative effectiveness of nonhormonal options for vasomotor symptoms: a network meta-analysis. *CMAJ.* 2023;195(19):E677–E672.

Djapardy V, Panay N. Integrative approaches to menopause symptom management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021. S1521-6934(21)00169-3.

Pompei LM, Ferreira FR, Steiner ML, et al. Uso da terapia hormonal da menopausa em mulheres brasileiras: resultados de estudo nacional. *Climacteric.* 2022;25(5):523–529.

Baquedaño L, Osis MJ, Makuch MY, Hardy E. Knowledge and attitudes of women toward menopause and hormone therapy: a cross-sectional study. *BMC Womens Health.* 2020;20:277.

Newton KM, Reed SD, Grothaus LC, et al. Use of alternative therapies for menopausal symptoms: results of a population-based survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(5):382–388.

Al Wattar BH, Talaulikar V. Nonhormonal management of menopausal vasomotor symptoms. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2024;38(1):101819.

Shan D, Wang D, Xu H, Luo X, Huang X. Gabapentin for hot flashes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(6):564–579.e12.

Silva Filho AL, Praça MSL, Lamaita RM, Cândido EB, Paiva LHSC, Soares Júnior JM, Marques RM, Wender MCO. Menopausa em sobreviventes de câncer ginecológico: evidências para a tomada de decisão. *Femina.* 2025;(1).

North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2022;29(7):767–794.

Sino AK, Post MD, Blue NR, Fader AN, Guntupalli SR, Holschneider CH, et al. Hormone therapy in women with gynecologic cancers and in women at high risk for developing a gynecologic cancer: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement. *Gynecol Oncol.* 2020;157(2):303–306.

Suzuki Y, Yagi A, Katayama A, Murakami T, Takeuchi S, Yamaguchi M, et al. Utilization and outcomes of hormone replacement therapy in young cervical cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer.* 2023;33(1):26–34.

Rees M, Moghissi KS, Jacobs HS. Hormone replacement therapy in women with cervical carcinoma. *Maturitas.* 2020;134:56–61.

Rees M, Panay N, Maclaran K, Stevenson J. Managing the menopause in women with a past history of endometriosis, fibroids or cancer. *Maturitas.* 2020;134:56–61.

Brennan DJ, Hickey M. Hormone replacement after gynaecological cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022;81:22–33.

Society of Gynecologic Oncology. Hormone therapy in women with gynecologic cancers: Clinical practice statement. *Gynecol Oncol.* 2020;156(3):554–574.

European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), European Society for Medical Oncology (ESMO). Guidelines for the management of patients with cervical cancer. ESGO/ESMO Clinical Practice Guidelines. [Acesso em 2025].

American Society of Clinical Oncology (ASCO). Management of menopausal symptoms in survivors of gynecologic malignancies. ASCO Guidelines Update.

Villa P, Bounous VE, Amar ID, Bernardini F, Giorgi M, Attianese D, Ferrero A, D’Oria M, Scambia G. Hormone Replacement Therapy in Post-Menopause Hormone-Dependent Gynecological Cancer Patients: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2024 Mar 1;13(5):1443.

da Silva AL, Praça MSL, Lamaita RM, Cândido EB, Paiva LHSDC, Soares JM, Marques RM, Wender MCO. Menopause in gynecologic cancer survivors: evidence for decision-making. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2025 Feb 6;47:e-FPS1.

Rees M, Angioli R, Coleman RL, Glasspool R, Plotti F, Simoncini T, Terranova C. European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. *Maturitas.* 2020 Apr;134:56-61.

Gordhandas S, Norquist BM, Pennington KP, Yung RL, Laya MB, Swisher EM, et al. Hormone replacement therapy after risk-reducing salpingo-oophorectomy in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations: a systematic review of risks and benefits. *Gynecol Oncol.* 2019 Apr;153(1):192–200.

Kotsopoulos J, Gronwald J, Karlan BY, Huzarski T, Tung N, Møller P, Armel S, Lynch HT, Senter L, Eisen A, Singer CF, Foulkes WD, Jacobson MR, Sun P, Lubinski J, Narod SA; Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. Hormone replacement therapy after oophorectomy and breast cancer risk among BRCA1 mutation carriers. *JAMA Oncol.* 2018 Aug;4(8):1059–1065.

MENSAGEM FINAL:

A vivência do câncer e da menopausa pode ser desafiadora em muitos aspectos — físicos, emocionais e sociais.

Mas é importante lembrar que ninguém deve enfrentar tudo isso sozinha. O apoio de parceiros, familiares, amigos e da rede de cuidado profissional faz toda a diferença nessa jornada.

O acolhimento, o diálogo aberto e a empatia fortalecem vínculos e criam um ambiente mais seguro e amoroso para lidar com as mudanças que esse momento da vida traz.

Parceiros atentos e presentes podem ser grandes aliados, ajudando a mulher a se sentir respeitada, compreendida e apoiada em sua totalidade.

Permita-se pedir ajuda. Cultive conexões. Valorize quem caminha ao seu lado. Afinal, cuidado também é afeto, e enfrentar os desafios com uma rede de apoio pode transformar essa fase em um tempo de superação, aprendizado e reconstrução.

Você não está sozinha!





Revisão:

Dr. Glauco Baiocchi Neto
Dra. Lúcia Helena Simões da Costa Paiva
Dra. Marcella Marinelli Salvadori
Dra. Marcela Bonalumi dos Santos

Criação e Diagramação:
Marcia Herchenhorn

Coordenação:
Ana Paula Teixeira



eva

Grupo Brasileiro
de Tumores
Ginecológicos