

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

### Propedêutica mínima no climatério

Número 5 – Maio 2022

A Comissão Nacional Especializada em Climatério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

#### Pontos-chave

- A síndrome do climatério é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da interação entre fatores socioculturais, psicológicos e endócrinos que ocorrem na mulher que envelhece. Seu diagnóstico é clínico nas mulheres com faixa etária esperada para a hipofunção ovariana. O termo “menopausa” se refere à data do último episódio de sangramento menstrual apresentado pela mulher e sua definição é feita retrospectivamente.
- Mulheres na transição menopausal apresentam necessidades de prevenção de doenças e de promoção de saúde. O hipopostrogenismo associado ao envelhecimento e à síndrome metabólica pode levar a diminuição da qualidade de vida e maior ocorrência de doença cardiovascular.
- A consulta médica da mulher no climatério é uma excelente oportunidade para realizar rastreamento de doenças crônicas e neoplasias.
- A propedêutica complementar para mulheres no climatério deve ser realizada de maneira criteriosa. O benefício e o risco de cada exame devem ser observados. Exames complementares sem uma definição específica de plano diagnóstico e terapêutico devem ser evitados.
- A terapêutica hormonal (TH) da menopausa pode ser indicada para tratar os sintomas do climatério. História clínica detalhada e propedêutica complementar racional são fundamentais para definição do planejamento terapêutico e acompanhamento da mulher que realiza TH.

#### Recomendações

- Para mulheres com idade superior a 45 anos e sintomas sugestivos de hipopostrogenismo como ondas de calor típicas, o diagnóstico de síndrome do climatério é clínico. A definição da data da menopausa é feita retrospectivamente, após 12 meses de amenorreia em uma mulher com mais de 45 anos. Quando houver dúvida, recomenda-se duas dosagens de hormônio folículo-estimulante (FSH) com intervalo de 4-6 semanas. Valores acima de 25 mUI/mL indicam o início da transição menopausal. Para mulheres com idade inferior a 45 anos que apresentam queixas de sangramento uterino com padrão irregular e ciclos menstruais pouco frequentes, recomenda-se que seja realizada propedêutica complementar para investigação.
- O diagnóstico de síndrome geniturinária da menopausa deve ser realizado de forma proativa, com questionamento direcionado aos sintomas urogenitais, associado a exame ginecológico minucioso.
- Em mulheres com risco habitual, o rastreamento do câncer de mama deve ser iniciado aos 40 anos. A mamografia é o exame recomendado, com periodicidade anual (se estiver normal). Em mulheres com mamas densas, a ultrassonografia deve ser considerada como complementar à mamografia. O rastreamento do câncer de mama pode ser interrompido quando a expectativa de vida for menor que sete anos ou quando não houver condições clínicas para o diagnóstico ou tratamento.
- O rastreamento do câncer do colo uterino é realizado por meio de citologia oncológica periódica. Recomenda-se que, após a realização de duas citologias negativas consecutivas com intervalo anual, o exame seja realizado a cada três anos. O rastreamento pode ser interrompido após os 64 anos se a paciente tiver dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O exame físico ginecológico deve fazer parte da avaliação ginecológica periódica, independentemente de as mulheres não possuírem mais indicação de rastreamento de câncer do colo uterino.
- A solicitação de ultrassonografia pélvica e transvaginal para mulheres (de risco habitual) sem sinais ou sintomas sugestivos de doença não demonstra boa relação custo-benefício. Para mulheres sintomáticas, como aquelas com sangramento uterino anormal, sangramento vaginal na pós-menopausa ou desconforto abdominal, a ultrassonografia pélvica transvaginal apresenta boa relação entre acessibilidade e custo, sendo o exame complementar inicial de escolha para avaliar doenças do útero e ovários.
- Para mulheres com risco habitual e idade superior a 50 anos, recomenda-se o rastreamento do câncer colorretal.
- O rastreamento de fatores de risco para doença cardiovascular, entre eles, hipertensão, *diabetes mellitus*, obesidade, tabagismo e dislipidemia, deve ser sempre considerado na consulta da mulher climatérica. É fundamental pesquisar to-

dos os critérios para definição de síndrome metabólica. A transição menopausal é uma janela de vulnerabilidade para o desenvolvimento de alterações do humor, como o transtorno depressivo. Identificar mulheres que apresentam sintomas depressivos é importante para que a terapêutica adequada possa ser instituída.

- Recomenda-se a realização de densitometria óssea para o rastreamento de osteoporose em todas as mulheres com 65 anos ou mais. A densitometria também é indicada para mulheres no climatério com idade inferior a 65 anos que apresentem ao menos um fator de risco para osteoporose. O FRAX-Brasil, analisado de acordo com a recomendação do *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG), também pode ser utilizado para avaliar a necessidade de realização de densitometria.
- As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no climatério e pós-menopausa não podem ser subestimadas. O aconselhamento comportamental e o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa são importantes ferramentas para diminuir o risco de ISTs. O rastreamento de ISTs deve ser realizado com base nos dados da história clínica de cada paciente.
- As doenças da tireoide são prevalentes em mulheres que envelhecem e podem aumentar a morbimortalidade. A avaliação clínica da tireoide deve ser realizada rotineiramente durante o exame físico da mulher climatérica. Mulheres com idade superior a 60 anos ou com sintomas de disfunção tireoidiana devem ser avaliadas inicialmente com a dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH).

## Contexto clínico

Na vida da mulher, a transição entre o estágio reprodutivo e o não reprodutivo é denominada climatério.<sup>(1)</sup> Nessa fase, as mulheres apresentam inúmeras necessidades de prevenção de doenças e de promoção de saúde, e os médicos devem estar atentos a uma série de condutas direcionadas à otimização da qualidade de vida.<sup>(2)</sup> A consulta ginecológica é uma excelente oportunidade de suprir essas necessidades. Com o objetivo de sistematizar a propedêutica mínima durante a consulta ginecológica da mulher climatérica, foi realizada revisão da literatura pertinente sobre o tema. Os resultados mais relevantes são demonstrados a seguir, divididos em: diagnóstico de menopausa e síndrome do climatério; rastreamento oportunístico de doenças crônicas e neoplasias; propedêutica específica direcionada à mulher que utiliza TH da menopausa.

### Como é feito o diagnóstico de menopausa e de síndrome do climatério?

O envelhecimento leva à falência ovariana progressiva, determinando a interrupção dos ciclos ovulatórios e a parada do sangramento menstrual. Com o objetivo de normatizar a definição dos diferentes estágios do envelhecimento reprodutivo, foi desenvolvido o sistema STRAW, do inglês *Stages of Reproductive Aging Workshop*.<sup>(3)</sup> Com base em padrões de sintomas e de achados laboratoriais, é realizada a caracterização do período reprodutivo, da transição menopausal e do período pós-menopausa.

A data do último episódio de sangramento menstrual apresentado pela mulher é definida como menopausa.<sup>(1)</sup> Acontece em média aos 51 anos, e 90% das mulheres apresentam a menopausa entre os 45 e os 55 anos de idade.<sup>(4)</sup> Sua definição é feita retrospectivamente após 12 meses de amenorreia em uma mulher na faixa etária esperada para a transição menopausal.<sup>(4)</sup> A insuficiência ovariana prematura é uma síndrome decorrente da perda da atividade ovariana antes dos 40 anos de idade.<sup>(5)</sup> Essa condição afeta aproximadamente 1% das mulheres.<sup>(6)</sup> A menopausa que ocorre entre

os 40 e os 45 anos de idade acomete aproximadamente 5% das mulheres e tem sido denominada *early menopause*.<sup>(6)</sup>

O termo “síndrome do climatério” se refere ao conjunto de sintomas e de sinais decorrentes da interação entre fatores socioculturais, psicológicos e endócrinos que ocorrem na mulher que envelhece.<sup>(1)</sup> Seu diagnóstico se baseia em anamnese detalhada complementada por exame físico minucioso.<sup>(2)</sup>

Os sintomas vasomotores, também conhecidos como fogachos ou ondas de calor, são os mais frequentemente associados à transição menopausal. Consistem em sensações súbitas de calor na região central do corpo, mais notadamente na região da face, tórax e pescoço, e duram em média três a quatro minutos.<sup>(7)</sup> Frequentemente ocorre aumento na frequência cardíaca, vasodilatação periférica, elevação da temperatura cutânea e sudorese. Quando ocorrem durante a madrugada, podem se associar a insônia.<sup>(8)</sup>

Com frequência, mulheres procuram atendimento em decorrência de alterações do ciclo menstrual na transição menopausal. Em consequência da diminuição da produção ovariana de inibina B no final da quarta década de vida, pode ocorrer aumento nas concentrações séricas de FSH e de estradiol no início do ciclo, levando a encurtamento da fase folicular. O nível de progesterona na fase lútea também diminui devido à piora da qualidade do corpo lúteo. Um dos primeiros sinais da diminuição da reserva ovariana é o encurtamento do intervalo entre as menstruações.<sup>(9)</sup>

Com o passar dos anos, o processo de depleção folicular se mantém e a anovulação se torna cada vez mais frequente. Pela falta da contraposição progestacional, o intervalo entre os ciclos menstruais fica maior, passando para 40 a 50 dias. O aumento no intervalo entre os ciclos menstruais ocorre em média aos 47 anos.<sup>(9)</sup> Episódios mais longos de amenorreia passam a ocorrer, interrompidos por episódios de sangramento menstrual de volume variável. Esse padrão de sangramento menstrual pode durar de um a três anos antes da menopausa.<sup>(9)</sup>

Para mulheres com mais de 45 anos que apresentam queixas sugestivas de hipoestrogenismo, como sintomas vasomotores e alterações típicas do padrão menstrual (sangramento uterino pouco frequente), o diagnóstico de síndrome do climatério é clínico e não necessita de confirmação por outros exames complementares.<sup>(2)</sup> Se ocorrerem dúvidas quanto aos sintomas serem decorrentes de queda na produção ovariana de estradiol, a dosagem de FSH na fase folicular inicial pode confirmar o diagnóstico. Valores acima de 25 mUI/mL podem indicar o início da transição menopausal, entretanto suas concentrações podem ter grande variabilidade diária durante essa fase.<sup>(9)</sup> Recomenda-se, quando necessário, a realização de duas dosagens com intervalo de quatro a seis semanas entre elas.<sup>(2)</sup> Para mulheres com idade inferior a 45 anos que apresentem queixas de sangramento uterino anormal, com padrão irregular e ciclos menstruais pouco frequentes, mesmo que o quadro clínico seja compatível com hipoestrogenismo, recomenda-se que seja realizada propedêutica complementar para investigação dos sintomas e exclusão de outras causas de irregularidade menstrual.<sup>(9)</sup>

### Como as doenças crônicas e neoplasias podem ser rastreadas no climatério?

Durante o climatério é essencial que a mulher seja avaliada de forma individualizada para que suas necessidades de prevenção de doenças e promoção de saúde sejam supridas.<sup>(2)</sup> A seguir, são apresentados detalhes sobre o rastreamento de neoplasias malignas ginecológicas, câncer colorretal, fatores de risco para doença cardiovascular, osteoporose, depressão e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

### Como fazer o rastreamento do câncer de mama?

O câncer de mama é a segunda neoplasia mais frequente entre mulheres brasileiras, com uma incidência estimada em 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres.<sup>(10)</sup> O objetivo do rastreamento é reduzir a necessidade de procedimentos mutilantes e aumentar a sobrevida.<sup>(11)</sup> O rastreamento mamográfico pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em aproximadamente 20%, além de reduzir o risco de tumores de mama em estágios avançados em mulheres com idade superior a 50 anos.<sup>(12)</sup> A ultrassonografia mamária não deve ser usada como único método de rastreamento em decorrência da falta de estudos em mulheres com risco habitual, mas deve ser utilizada como método complementar à mamografia em mulheres com mamas densas. O uso de ressonância magnética não é orientado como método de rastreamento em mulheres com risco habitual.<sup>(13)</sup>

O rastreamento do câncer de mama pode apresentar riscos como sobrediagnóstico, sobretratamento e resultados falso-positivos.<sup>(14)</sup> A decisão compartilhada entre médico e paciente deve ser considerada para definir a idade de início, a periodicidade e até quando continuar o rastreamento. A Febrasgo sugere que, para mulheres com risco habitual, o rastreamento do câncer de mama seja iniciado aos 40 anos.

A mamografia é o exame recomendado, com periodicidade anual (se estiver normal). O rastreamento do câncer de mama pode ser interrompido quando a expectativa de vida for menor que sete anos ou quando não houver condições clínicas para o diagnóstico ou tratamento de uma mulher com exame alterado (Quadro 1).<sup>(13)</sup> O rastreamento para pacientes de alto risco para câncer de mama está fora do escopo desta publicação.

**Quadro 1.** Recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com risco habitual

Febrasgo/SBM/CBR	
Exame clínico por profissional de saúde	Recomendado
Autoexame	Recomendado
Idade recomendada para início da mamografia	40 anos
Periodicidade da mamografia	Anual
Idade recomendada para o término do rastreamento com mamografia	Interromper quando expectativa de vida < 7 anos ou não houver condições clínicas para diagnóstico/tratamento de exame alterado

### Como fazer o rastreamento do câncer de colo uterino?

O câncer do colo uterino é a quarta neoplasia mais frequente entre as mulheres brasileiras, com uma estimativa de 16.590 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022 e risco estimado de 15,43 casos para cada 100 mil mulheres.<sup>(10)</sup> O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o exame citopatológico como método de escolha para o rastreamento de lesões precursoras.<sup>(15)</sup> Orienta-se que a coleta seja iniciada aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram atividade sexual, com intervalo anual entre os dois primeiros exames. Se os dois primeiros resultados forem normais, a coleta passa a ser realizada com intervalo trienal. Caso a paciente possua dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos, o rastreamento citológico pode ser interrompido após os 64 anos de idade se a mulher nunca tiver apresentado histórico de lesão precursora pré-invasiva, inclusive se houver troca de parceiro sexual.<sup>(15)</sup> Para mulheres nessa faixa etária que nunca realizaram rastreamento, são recomendados dois exames citopatológicos com intervalo de um a três anos entre eles antes de se interromper o rastreamento.<sup>(15)</sup> A síndrome genitúrinária da menopausa, previamente conhecida como atrofia urogenital,<sup>(11)</sup> pode levar à ocorrência de resultados como “células escamosas atípicas de significado indeterminado” (ASC-US) em exames citopatológicos do colo uterino. A utilização de estrogênio tópico por pelo menos 21 dias antes da realização da próxima coleta pode ser útil nesses casos.<sup>(16)</sup> O uso de testes de detecção de papilomavírus humano (HPV) associados à citologia é recomendado por algumas sociedades nacionais e internacionais para mulheres a partir dos 30 anos. Por ser mais sensível e ter alto valor preditivo negativo, a estratégia de rastreamento incluindo o teste de HPV permite aumentar o intervalo entre as coletas de três para cinco anos quando ambos os resultados são negativos.<sup>(16)</sup> Mulheres

sem antecedentes de lesões precursoras do câncer de colo uterino não necessitam continuar o rastreamento após a realização de histerectomia total por doença benigna.<sup>(15)</sup> É de extrema importância ressaltar o fato de que a avaliação clínica ginecológica por meio do exame ginecológico deve ser mantida periodicamente, independentemente da realização do exame citopatológico.

#### A ultrassonografia pélvica ginecológica deve ser solicitada de rotina como exame de rastreamento?

Não existem evidências científicas que justifiquem o rastreamento do câncer de ovário e do câncer de endométrio em mulheres que apresentam risco habitual para essas neoplasias até o presente momento.<sup>(17-19)</sup> Com isso, a solicitação de ultrassonografia pélvica para mulheres com esse perfil de risco e que não apresentam sinais e sintomas sugestivos de doenças ovarianas ou uterinas não demonstra boa relação custo-benefício.<sup>(17-19)</sup> Entre os eventos adversos do rastreamento em mulheres com risco habitual, está o aumento do número de falso-positivos, ou seja, cirurgias e possíveis complicações associadas em mulheres que não apresentam câncer.<sup>(20)</sup> Destaca-se o fato de que, para mulheres sintomáticas, como aquelas com sangramento uterino anormal na perimenopausa, sangramento vaginal na pós-menopausa ou desconforto abdominal, a ultrassonografia pélvica transvaginal é o exame complementar inicial de escolha para avaliar doenças uterinas e ovarianas.<sup>(11)</sup>

#### Como fazer o rastreamento do câncer colorretal?

O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais frequente entre mulheres brasileiras, com estimativa de 20.470 casos novos no triênio 2020-2022 e risco estimado de 19,03 casos para cada 100 mil mulheres.<sup>(10)</sup> A redução da mortalidade devido à doença é possível mediante a identificação de neoplasias assintomáticas em estágio inicial por meio do rastreamento. Classificam-se os exames complementares em estruturais, por exemplo, colonoscopia, e não estruturais, por exemplo, sangue oculto nas fezes. Em casos de resultado positivo em exame não estrutural, é necessária a confirmação diagnóstica pela colonoscopia.<sup>(21)</sup> Os esquemas de rastreamento devem ser adaptados aos recursos disponíveis em cada região. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes a partir dos 50 anos deve ser realizado em países que possam garantir confirmação diagnóstica e tratamento.<sup>(22)</sup> No Brasil, o Ministério da Saúde considera que pessoas com risco habitual de câncer colorretal devem realizar rastreamento a partir dos 50 anos de idade, por meio de pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente, ou colonoscopia, sem periodicidade estabelecida.<sup>(23)</sup> Esse esquema de rastreamento pode ser diferente dependendo do contexto regional. A Sociedade Americana de Câncer orienta que o rastreamento em pacientes com fatores de risco habitual seja iniciado aos 45 anos, podendo ser feito com testes estruturais ou não estruturais (Quadro 2).<sup>(21)</sup> A Sociedade Norte-americana de Menopausa (NAMS) considera que, a partir dos 50 anos, a

colonoscopia a cada 10 anos (se o resultado do exame for considerado normal) é um esquema adequado de rastreamento para pacientes com risco habitual para câncer de cólon.<sup>(6)</sup> Ressalta-se que casos suspeitos de doença colorretal devem ser encaminhados para avaliação pelo médico especialista. O rastreamento para pacientes de alto risco para câncer colorretal está fora do escopo desta publicação.

**Quadro 2.** Rastreamento do câncer colorretal

Organização	População a ser rastreada	Opções para rastreamento
Ministério da Saúde <sup>(23)</sup>	Mulheres de risco habitual com idade entre 50 e 75 anos	Testes não estruturais: - Sangue oculto nas fezes anual ou bienal  Testes estruturais: - Colonoscopia se sangue oculto nas fezes positivo
American Cancer Society <sup>(21)</sup>	Mulheres a partir dos 45 anos até os 75 anos se expectativa de vida maior que 10 anos Para mulheres entre os 76 e os 85 anos, individualização baseada nas preferências do paciente, expectativa de vida e histórico de rastreamento anterior	Testes estruturais: - Colonoscopia a cada 10 anos - Retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos - TC colonoscopia virtual a cada 5 anos  Testes não estruturais: - Sangue oculto nas fezes anual - Teste fecal imunoquímico anual - DNA fecal a cada 3 anos

Fonte: Wolf et al.<sup>(21)</sup> e Ministério da Saúde.<sup>(23)</sup>

#### Como fazer o rastreamento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares?

Após a menopausa, o efeito benéfico do estrogênio endógeno no sistema cardiovascular é mitigado, e o número de eventos cardiovasculares aumenta.<sup>(24)</sup> Rastrear fatores de risco como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e obesidade é fundamental para a estratificação do risco e elaboração de planos terapêuticos (Quadro 3).

A consideração conjunta do histórico terapêutico e dos diferentes fatores de risco individuais é útil para uma melhor determinação do prognóstico cardiovascular. Instrumentos de cálculo de risco para a ocorrência de eventos como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral estão disponíveis para utilização. A Diretriz Brasileira para Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso do Escore Global de Risco de Framingham como instrumento para avaliação.<sup>(25)</sup>

#### Como fazer o rastreamento da osteoporose?

A osteoporose é frequentemente assintomática. Seu diagnóstico por meio do exame de densitometria óssea (DMO) ou por meio da documentação de uma fratura por fragilidade óssea assintomática é fundamental para a instituição de tratamento adequado.<sup>(26)</sup> Recomenda-se que a DMO seja realizada para todas as mulheres acima dos 65 anos de idade. Mulheres climatéricas com idade inferior a 65 anos que apresentem algum fator de risco para baixa massa óssea (Quadro 4) também devem realizar o exame.<sup>(26)</sup>

**Quadro 3.** Rastreamento de fatores de risco para doença cardiovascular segundo o Ministério da Saúde

Fator de risco	Recomendação	Comentários
Dislipidemia	Rastreamento a partir dos 45 anos em mulheres de alto risco para DCV	Intervalos de rastreamento a cada 4-6 anos. Idade para interromper o rastreamento não é bem definida
Obesidade	Cálculo do IMC durante visitas aos serviços de saúde	Se IMC alterado, planejar intervenção comportamental individual ou em grupo com aconselhamento sobre dieta e exercício físico Circunferência da cintura $\geq 89$ cm é considerada elevada e indicativa de maior risco cardiovascular
Diabetes mellitus	Se não tiver fatores de risco, rastrear a partir dos 45 anos sem periodicidade definida (possivelmente a cada 3-5 anos)	Hemoglobina glicosilada (%) Normal: $<5,7$ Intolerância à glicose: 5,7 a 6,4 Diabetes: $\geq 6,5$  Glicemia de jejum (mg/dL) Normal: $<100$ Intolerância à glicose: 100 a 125 Diabetes $\geq 126$
Hipertensão arterial	Rastreamento em adultos ( $>18$ anos). Periodicidade não estabelecida	Obter medidas fora do ambiente hospitalar ou clínico para confirmar o diagnóstico  $> 2$ aferições em duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas
Tabagismo	Questionamento quanto ao uso de tabaco a todos os adultos	Abordagem breve com cinco passos (os cinco As): 1. Aborde quanto ao uso de tabaco; 2. Aconselhe a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada; 3. Avalie a disposição em parar de fumar; 4. Assista-a a parar; 5. Arranje condições para o seguimento e suporte da paciente.

DCV: doença cardiovascular; IMC: índice de massa corporal.

Fonte: Ministério da Saúde.<sup>(23)</sup>**Quadro 4.** Fatores de risco que indicam a realização de densitometria óssea em mulheres climatéricas com idade inferior a 65 anos

Uso de corticoide em dose superior a 5 mg de prednisona/dia por 3 meses ou mais
Baixo peso
Tabagismo atual
Artrite reumatoide
Menopausa antes dos 45 anos
Antecedente de fratura por fragilidade óssea
Pais com antecedente de fratura de quadril
Etilismo ( $\geq 3$ unidades de álcool/dia)

Fonte: Rosen e Drezner.<sup>(26)</sup>

Recomendamos que, em casos de dúvida quanto à indicação de densitometria óssea, o FRAX-Brasil, analisado por meio das recomendações do *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG), seja utilizado.<sup>(27)</sup> O FRAX-Brasil é um algoritmo informatizado que calcula a probabilidade de ocorrência de fratura osteoporótica maior e de colo

femoral em 10 anos. FRAX e NOGG usados em conjunto possibilitam selecionar pacientes que se beneficiariam da realização de densitometria óssea. São considerados dois limites de intervenção com base na probabilidade de fratura específica da idade equivalente a mulheres com uma fratura por fragilidade prévia. Mulheres classificadas abaixo do limite inferior não necessitam realizar DMO, enquanto aquelas acima do limite superior são candidatas a tratamento farmacológico para osteoporose, independentemente dos resultados do exame de densitometria. Aquelas entre o limite inferior e o limite superior devem realizar DMO e posteriormente ser novamente classificadas pelo FRAX/NOGG.<sup>(27)</sup> O FRAX-Brasil/NOGG está disponível para uso no seguinte endereço eletrônico: <https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/>.

Fraturas por fragilidade óssea ocorrem na ausência de trauma ou na vigência de um trauma “menor”, frequentemente na coluna toracolombar, punho e quadril.<sup>(26)</sup> São a manifestação mais comum da osteoporose, podendo ser assintomáticas em até 70% dos casos. Como seu diagnóstico é fundamental para instituição de terapêutica adequada e redução no risco de novas fraturas, recomenda-se a realização de radiografia toracolombar para mulheres com as características descritas no Quadro 5.<sup>(28)</sup>

**Quadro 5.** Indicação de radiografia toracolombar para diagnóstico de fraturas vertebrais em mulheres assintomáticas

Fratura por trauma de baixo impacto após 50 anos
Tratamento prolongado com corticoides
Perda de estatura histórica <sup>a</sup> $\geq 4$ cm ou prospectiva <sup>b</sup> $\geq 2$ cm
Idade superior a 70 anos se <i>T-score</i> à DMO na coluna vertebral, colo do fêmur ou fêmur total $\leq -1,0^c$
Entre os 65 e 69 anos se <i>T-score</i> à DMO na coluna vertebral, colo do fêmur ou fêmur total $\leq -1,5^c$

DMO: densitometria óssea.

<sup>a</sup> Estatura atual comparada com a maior estatura durante a idade adulta. <sup>b</sup> Perda de estatura cumulativa aferida entre os intervalos das consultas médicas. <sup>c</sup> Se densitometria óssea indisponível, a radiografia pode ser considerada baseada apenas na idade.Fonte: Cosman et al.<sup>(28)</sup>

### Como fazer o rastreamento da depressão?

A transição menopausal é uma janela de vulnerabilidade para o desenvolvimento de alterações do humor e de transtornos depressivos. O risco de apresentar sintomas é elevado durante a perimenopausa, mesmo em mulheres sem histórico pessoal de transtorno depressivo.<sup>(29)</sup> Identificar mulheres que apresentam sintomas depressivos é importante para que a terapêutica adequada possa ser instituída. Não existem questionários específicos para o rastreamento de transtornos do humor em mulheres na menopausa, entretanto algumas ferramentas de rastreamento geral como o PHQ-9 podem ser utilizadas. Esse questionário é validado para o português brasileiro e escore  $\geq 9$  identifica indivíduos em maior risco de apresentar episódio depressivo maior.<sup>(30)</sup> Outros questionários sobre sintomas do climatério como o *Menopause Rating Scale* também incorporam questões relacionadas ao humor e podem ser utilizados com o intuito de identificar mulheres

de risco.<sup>(31)</sup> Recomenda-se que o diagnóstico definitivo seja feito em consulta com profissional de saúde mental.

### Como fazer o rastreamento das doenças sexualmente transmissíveis?

Nos últimos anos, observa-se um aumento na ocorrência de ISTs em mulheres no climatério e pós-menopausa. A alta prevalência de síndrome geniturinária da menopausa, que predispõe ao sangramento durante o ato sexual, associada à maior acessibilidade ao tratamento da disfunção erétil masculina, colabora para maior chance de infecção.<sup>(32)</sup> O aconselhamento comportamental quanto ao uso de preservativos e o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa são importantes ferramentas para diminuir esse risco. O rastreamento de ISTs deve ser realizado com base nos dados da história clínica de cada paciente.<sup>(6)</sup>

### Como fazer o rastreamento de doenças da tireoide?

As doenças da tireoide são prevalentes em mulheres que envelhecem e podem aumentar a morbimortalidade. A Sociedade Latino-americana de Tireoide (LATS) recomenda que mulheres com idade superior a 60 anos sejam rastreadas para doença tireoidiana inicialmente com a dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH).<sup>(33)</sup> Os sintomas de disfunção tireoidiana se assemelham àqueles do hipotireoidismo, portanto mulheres na perimenopausa que apresentam sintomas como ondas de calor, irregularidade menstrual, ganho de peso ou depressão também devem ter sua função tireoidiana avaliada.<sup>(6,33)</sup> O rastreamento do câncer de tireoide em mulheres de risco habitual não parece ser custo-efetivo, entretanto a avaliação clínica da tireoide deve ser realizada rotineiramente durante o exame físico da mulher climatérica. Quando houver alguma alteração, como suspeita de bócio ou nódulo, a realização de ultrassonografia da tireoide está indicada.<sup>(6,33)</sup>

### Quais exames complementares são necessários antes da prescrição da terapêutica hormonal e durante o seu uso?

A terapêutica hormonal (TH) da menopausa pode ser indicada para tratar os sintomas vasomotores associados ao hipotireoidismo, a síndrome geniturinária da menopausa, além de prevenir a perda de massa óssea e diminuir o risco de fraturas por fragilidade óssea.<sup>(11)</sup> A história clínica e o exame físico completo podem descartar a grande maioria das contraindicações ao uso de TH. Dados suspeitos na anamnese devem ser investigados com exames complementares. Ressalta-se que a presença de lesão precursora do câncer de mama é considerada contraindicação ao uso de TH. O exame clínico das mamas em mulheres assintomáticas possui baixa sensibilidade no diagnóstico de pequenas lesões, podendo levar a falso-negativos. Com isso, mulheres que iniciarão uso de TH devem ter mamografia de rastreamento realizada há no máximo um ano.<sup>(11)</sup>

Alguns exames complementares auxiliam na escolha pela melhor via de administração hormonal. Estudos

observacionais demonstraram que o estrogênio administrado por via transdérmica apresenta menor risco de eventos tromboembólicos.<sup>(34)</sup> A identificação de mulheres com maior risco de apresentar placas de aterosclerose já formadas é importante para definir o melhor esquema de administração da TH. Algumas sociedades internacionais recomendam o uso de instrumentos de cálculo de risco cardiovascular como ferramenta auxiliar na decisão sobre a administração de TH. A NAMS recomenda o uso da ferramenta desenvolvida pelo Colégio Americano de Cardiologia e que está disponível na internet para uso em computadores ou dispositivos móveis.<sup>(35)</sup> Segundo a NAMS, mulheres com risco inferior a 10% em 10 anos podem receber TH, entretanto as com risco cardiovascular entre 5% e 10% teriam maior benefício com a via transdérmica.<sup>(8)</sup> O uso de estrogênio em mulheres com alto risco cardiovascular (>10% em 10 anos) poderia instabilizar placas de aterosclerose e levar a eventos tromboembólicos como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.<sup>(8)</sup> As ferramentas de cálculo de risco utilizam dados de anamnese, exame físico e alguns exames laboratoriais, tais como colesterol total e HDL. Recomenda-se, portanto, a dosagem de glicemia de jejum e perfil lipídico antes do início da TH. Ressalta-se que, mesmo nas mulheres com baixo risco cardiovascular, a via transdérmica é mais adequada quando os valores de triglicérides forem superiores a 400 mg/dL.<sup>(8)</sup>

Garantir a segurança da paciente durante o uso da medicação é fundamental; para tanto, deve ser mantida avaliação clínica rotineira. Os fatores de risco cardiovascular devem ser reavaliados periodicamente. O Quadro 3 detalha os esquemas de rastreamento propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil. O estrogênio administrado por via oral pode aumentar os níveis séricos de triglicérides e HDL, além de diminuir os níveis de LDL. Quando administrado por via transdérmica, o efeito é menos evidente. Sugere-se avaliação anual do perfil lipídico de mulheres usuárias de TH por via oral.<sup>(11)</sup> Não há evidências de que a redução do intervalo de rastreamento do câncer de mama para um período inferior a um ano seja benéfica. Recomenda-se que o rastreamento mamográfico seja mantido com periodicidade anual. Não há evidências de que a suspensão da medicação hormonal por um ou dois meses antes da mamografia melhore a interpretação do exame por uma suposta diminuição da densidade mamária.<sup>(11)</sup>

Espera-se que mulheres usuárias de TH sistêmica contínua combinada de estrogênio e progestagênio apresentem amenorreia, entretanto episódios de sangramento irregular podem acontecer nos primeiros meses de uso.<sup>(36)</sup> A avaliação do endométrio com ultrassonografia transvaginal e biópsia deve ser realizada se houver persistência do sangramento. Mulheres em uso de TH sistêmica combinada contínua em amenorreia que apresentem novo episódio de sangramento e as que usam TH cíclica, mas que apresentam sangramento irregular, também necessitam de avaliação endometrial.<sup>(11)</sup> A terapia estrogênica isolada em baixa dose por via vaginal pode ser utilizada para tratar a

síndrome geniturinária da menopausa. Nesses casos, o uso de progestagênio não é necessário, entretanto a ocorrência de sangramento uterino anormal exige pronta investigação endometrial complementar.<sup>(37)</sup>

## Considerações finais

O envelhecimento populacional é um fenômeno estabelecido em diversos países. Aspectos relacionados à senilidade deverão ser motivo constante de consulta aos profissionais de saúde. O climatério merece destaque, pois é acompanhado de uma série de mudanças fisiológicas que implicam necessidades de prevenção de doenças e de promoção de saúde. A consulta médica da mulher climatérica é uma oportunidade para rastrear doenças crônicas e neoplasias. A realização de propedêutica adequada nessa fase da vida é um dos passos iniciais para que o médico contribua com a qualidade de vida de suas pacientes.

## Referências

1. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. *Exp Gerontol.* 1994;29(3-4):245-51. doi: 10.1016/0531-5565(94)90003-5
2. Ministério da Saúde. Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
3. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362
4. Welt CK. Ovarian development and failure (menopause) in normal women [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ovarian-development-and-failure-menopause-in-normal-women>
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Insuficiência ovariana prematura. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo-Ginecologia, no. 26/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
6. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014;21(10):1038-62. doi: 10.1097/GME.0000000000000319
7. Voda AM. Climacteric hot flash. *Maturitas.* 1981;3(1):73-90. doi:10.1016/0378-5122(81)90022-0
8. Kaunitz AM, Manson JE. Management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2015;126(4):859-76. doi: 10.1097/AOG.0000000000001058
9. Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of menopause [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause>
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
11. Pompei LM, Machado RB, Wender MC, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (Sobrac). São Paulo: Leitura Médica; 2018.
12. Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):279-96. doi: 10.7326/M15-2886
13. Urban LA, Chala LF, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NM, et al. Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. *Radiol Bras.* 2017;50(4):244-9. doi: 10.1590/0100-3984.2017-0069
14. Committee on Practice Bulletins - Gynecology. Practice Bulletin Number 179: breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e1-e16. doi: 10.1097/AOG.0000000000002158
15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2020 Jun 21]. Available from: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf)
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo: Febrasgo; 2017.
17. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Singh N, Ryan A, Karpinskyj C, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2021;397(10290):2182-93. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
18. Pinsky PF, Yu K, Kramer BS, Black A, Buys SS, Partridge E, et al. Extended mortality results for ovarian cancer screening in the PLCO trial with median 15years follow-up. *Gynecol Oncol.* 2016;143(2):270-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.08.334
19. Chen L, Berek JS. Endometrial carcinoma: clinical features, diagnosis, prognosis, and screening [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-clinical-features-diagnosis-prognosis-and-screening>
20. Committee Opinion No. 716: the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk. *Obstet Gynecol.* 2017;130(3):e146-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000002299
21. Wolf AM, Fonhtam ET, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):250-81. doi: 10.3322/caac.21457
22. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2020 Jun 23]. (Caderno de Atenção Básica; no. 29). Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf)
24. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(4):220-31. doi: 10.1038/nrendo.2016.164
25. Prêcoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891. doi: 10.5935/abc.20190204
26. Rosen HN, Drezner MK. Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-evaluation-of-osteoporosis-in-postmenopausal-women>
27. Albergaria BH, Paula FJ. The Algorhythm: FRAX Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(8):467-8. doi: 10.1055/s-0039-1695027
28. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2014;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2
29. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause.* 2018;25(10):1069-85. doi: 10.1097/GME.0000000000001174
30. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(8):1533-43. doi: 10.1590/0102-311X0014461
31. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28
32. Baill IC, Castiglioni A. Health maintenance in postmenopausal women. *Am Fam Physician.* 2017;95(9):561-70.
33. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013;57(4):265-91. doi: 10.1590/s0004-27302013000400003
34. Mohammed K, Abu Dabrh AM, Benkhadra K, Al Nofal A, Carranza Leon BG, Prokop LJ, et al. Oral vs transdermal estrogen therapy and vascular events: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(11):4012-20. doi: 10.1210/jc.2015-2237

35. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S49-73. doi: 10.1161/01.cir.0000437741.48606.98
36. Archer DF, Pickar JH, Bottiglioni F. Bleeding patterns in postmenopausal women taking continuous combined or sequential regimens of conjugated estrogens with medroxyprogesterone acetate. *Menopause Study Group. Obstet Gynecol*. 1994;83(5 Pt 1):686-92.
37. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013;20(9):888-902. doi: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2

**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

**Comissão Nacional Especializada em Climatério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**

Presidente:

Luciano de Melo Pompei

Vice-Presidente:

Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Secretária:

Elizabeth Jeha Nasser

Membros:

Ana Lúcia Ribeiro Valadares

Célia Regina da Silva

Eliana Aguiar Petri Nahas

Jaime Kulak Junior

Luiz Francisco Cintra Baccaro

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues

Marco Aurélio Albernaz

Maria Celeste Osório Wender

Maria Célia Mendes

Rita de Cassia de Maio Dardis

Rodolfo Strufaldi

Rogério Cesar Bocardo

**Luiz Francisco Cintra Baccaro** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Lúcia Helena Simões da Costa Paiva** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Elizabeth Jeha Nasser** 

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

**Ana Lúcia Ribeiro Valadares** 

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Célia Regina da Silva** 

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Eliana Aguiar Petri Nahas** 

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

**Jaime Kulak Junior** 

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

**Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues** 

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Marco Aurélio Albernaz** 

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

**Maria Celeste Osório Wender** 

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Maria Célia Mendes** 

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

**Rita de Cassia de Maio Dardis** 

Departamento de Ginecologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Rodolfo Strufaldi** 

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

**Rogério Cesar Bocardo** 

Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil

**Luciano de Melo Pompei** 

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.