



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM SAÚDE (PET SAÚDE – EQUIDADE)  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

**PET-Saúde**  
EQUIDADE



# PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO MIRACEMA/TO



SAÚDE DA MULHER  
PALMAS - TO



**Organização: Programa Educação pelo trabalho em Saúde  
(PET Saúde-Equidade)**

**Elaboração:**

**Bruna Lima Silva  
Cleia Paixão Oliveira Gonçalves Candido  
Déborah Klen  
Mireia de Souza Carvalho  
Tálita Vargas Soares**

**Revisão:**

**Danielle Rosa Evangelista  
Eloise Schott**



Copyright © 2026 – Universidade Federal do Tocantins – Todos direitos reservados

Universidade Federal do Tocantins (UFT) | Câmpus de Palmas  
Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte  
Bloco IV, Reitoria  
Palmas/TO | 77001-090



Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins (SISBIB)**

---

P967    Protocolo municipal de atenção à saúde da mulher no climatério: Miracema/TO / Bruna Lima Silva; Cleia Paixão Oliveira Gonçalves Candido; Débora Klen; Mireia de Souza Carvalho; Tálita Vargas Soares; organização Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde – Equidade); revisão Danielle Rosa Evangelista e Eloise Schott.–Palmas, TO: Universidade Federal do Tocantins, 2026.  
36 f. : il.

ISBN: 978-65-87246-94-9.

1. Protocolos. 2. Saúde da mulher. 3. Climatério. I. Silva, Bruna Lima. II. Candido, Cleia Paixão Oliveira Gonçalves. III. Klen, Débora. IV. Carvalho, Mireia de Souza. V. Soares, Tálita Vargas. VI. Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde – Equidade). VII. Título.

CDD 618.175

---

**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte.**

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1: Quadro de sintomatologia transitória e não transitória da menopausa segundo o Protocolo da Atenção Básica-Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde-2016.**

**Quadro 2: Quadro de estratificação de risco cardiovascular segundo a Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa-2024.**

**Quadro 3: Guia de Atendimento à Mulher no Climatério segundo o Protocolo da Atenção Básica-Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde-2016.**

## SUMÁRIO

1.JUSTIFICATIVA	4
2.INTRODUÇÃO	6
3.ATENÇÃO A MULHER NO CLIMATÉRIO	7
3.1 OSTEOPOROSE E O CLIMATÉRIO	8
3.2 FATORES DE RISCO NO CLIMATÉRIO	17
3.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	17
4.AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO	19
4.1 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA - TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA (THM)	22
4.1.1 Recomendações Atuais para Terapia Hormonal da Menopausa	22
4.1.2 O que deve ser utilizado: Tipos, Doses, Vias de administração e Duração	25
4.2 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA - TERAPIA NÃO HORMONAL	28
4.3 TERAPIAS FARMACOLÓGICAS ALTERNATIVAS	28
REFERÊNCIAS	36

## 1. JUSTIFICATIVA

A elaboração de um Protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Mulher no Climatério para o município de Miracema do Tocantins justifica-se por múltiplos fatores que impactam diretamente a qualidade, a continuidade e a segurança da assistência prestada às usuárias da rede municipal de saúde. Um dos principais desafios enfrentados pelo município é a alta rotatividade de profissionais da área da saúde, decorrente do fato de grande parte da força de trabalho ser composta por servidores contratados. Esse cenário contribui para descontinuidade das práticas assistenciais, heterogeneidade nas condutas e dificuldade na consolidação de processos permanentes de cuidado.

Diante disso, torna-se fundamental instituir e fortalecer práticas padronizadas e baseadas em evidências científicas, capazes de orientar a equipe multiprofissional e garantir que a assistência prestada às mulheres no climatério siga critérios técnicos atualizados, independentemente das mudanças no quadro de profissionais. Um protocolo municipal fornece diretrizes claras, reduz a variabilidade clínica e contribui para maior segurança, qualidade e resolutividade do cuidado.

Outro aspecto relevante é a necessidade de assegurar a continuidade do cuidado, mesmo em um contexto de frequente substituição de profissionais. A ausência de padronização

assistencial pode gerar interrupções no seguimento das usuárias, desorganização dos fluxos e menor eficiência das intervenções propostas. O protocolo, ao definir fluxos, responsabilidades e condutas clínicas, possibilita que qualquer profissional que ingresse na rede possa rapidamente se integrar ao processo de trabalho, preservando a linha de cuidado da usuária e garantindo acompanhamento longitudinal, conforme preconizado para a Atenção Primária à Saúde.

Além disso, a criação deste protocolo está alinhada com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que estabelece a necessidade de assegurar atenção qualificada e resolutiva em todas as fases da vida da mulher, incluindo o climatério, período muitas vezes negligenciado na prática assistencial. A implementação integral da PNAISM no município requer instrumentos normativos que orientem a prática profissional e operacionalizar os princípios de integralidade, equidade, promoção da saúde e cuidado centrado na pessoa, incorporando as singularidades socioculturais da população de Miracema do Tocantins.

Portanto, a construção deste Protocolo Municipal representa uma estratégia estruturante para qualificar o cuidado ofertado às mulheres no climatério, aprimorar a organização dos processos de trabalho, garantir assistência contínua e

respaldada por evidências, e consolidar a implementação das políticas nacionais de saúde da mulher no âmbito local.

## 2.INTRODUÇÃO

A mulher passa por fases hormonais durante toda a sua vida, os primeiros sinais de puberdade marca a adrenarca, com os desenvolvimentos das mamas inicia-se a telarca, e a menarca iniciando a primeira menstruação (Oliveira et al.,2024). Já o climatério é o período da vida da mulher que marca a transição de sua fase reprodutiva para a fase não reprodutiva, pode ocorrer entre 40 a 65, e compreende uma transição natural, não patológica (Brasil, 2016).

Dentro desse período a mulher passa pela transição menopáusica, onde se iniciam irregularidades na menstruação até o último episódio de sangramento. A menopausa é a data do último sangramento menstrual. A perimenopausa, que inclui os anos mais sintomáticos e estende-se até 12 meses após a menopausa. E a pós-menopausa, a qual é o período após cessar totalmente a menstruação (Oliveira et al.,2024).

No climatério o marco da menopausa pode ter variação, como a menopausa precoce, que vai ocorrer antes dos 40 anos, devendo passar por avaliação com o ginecologista ou endocrinologista (Brasil, 2016). Tem-se ainda, outro fator que pode acometer as mulheres, a síndrome do climatério é um

episódio que pode ocorrer na mulher nesse período, no qual representa um quadro com vários sintomas e sinais que envolvem fatores sociais, culturais, psicológicos e hormonais que modificam a vida da mulher (Oliveira et al.,2024). De modo geral, o climatério é um momento marcado por mudanças e pode envolver todo o seu ciclo social e aspectos psicológicos e impactar a vida da mulher (Brasil, 2016).

Os sintomas no climatério incluem alterações transitórias, tais como: menstruação irregular com diminuição ou aumento da intensidade e intervalo, ondas de calor (fogachos), suor excessivo (sudorese), tontura, irritabilidade, alterações no desejo sexual, entre outros. E também permanentes: alterações urogenitais, cardiovasculares, no metabolismo ósseo e tendência a ganho de peso (ver Quadro 1). Entretanto, há mulheres que podem passar pelo climatério sem queixas. Assim, o diagnóstico do climatério é conduzido de maneira clínica, observando os sintomas e queixas da paciente, visando o diagnóstico precoce (Brasil, 2008; Brasil, 2016).

Considerando todas as nuances que envolve essa fase da vida da mulher, tem-se a necessidade de um atendimento humanizado, com acolhimento da paciente, escuta ativa das suas queixas, analisando a paciente em seus aspectos biopsicossociais, e com uma equipe multidisciplinar para uma abordagem mais ampla (Brasil, 2008).

### 3.ATENÇÃO A MULHER NO CLIMATÉRIO

O atendimento das mulheres voltado ao climatério deve ser realizado de maneira oportuna, quando a paciente procura o serviço de saúde, seja por outro motivo e o profissional de saúde utiliza esse momento para investigar fatores de risco e outras doenças e queixas. Podendo ainda, nesse momento, orientar ações de prevenção e orientar sobre como identificar os sintomas do climatério e procurar o serviço de saúde para acompanhamento (Brasil, 2016).

**Quadro 1: Quadro de sintomatologia transitória e não transitória da menopausa segundo o Protocolo da Atenção Básica-Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde-2016.**

<b>Manifestações Transitórias</b>	<b>Manifestações Não Transitórias</b>
<p data-bbox="483 1042 785 1115"><b>Menstruais:</b></p> <p data-bbox="483 1150 1145 1352">A menstruação fica desregulada, pode aumentar ou diminuir a intensidade e o intervalo entre menstruação.</p> <p data-bbox="483 1473 831 1545"><b>Neurogênicas:</b></p> <ul data-bbox="495 1593 866 2104" style="list-style-type: none"><li>• Fogachos;</li><li>• Sudorese;</li><li>• Calafrios;</li><li>• Palpitações;</li><li>• Cefaleia;</li><li>• Tontura;</li><li>• Parestesia;</li><li>• Insônia;</li><li>• Perda de memória;</li><li>• Fadiga.</li></ul> <p data-bbox="495 2239 831 2311"><b>Psicogênicas:</b></p> <p data-bbox="495 2346 1145 2494">Alterações na autoestima, irritabilidade, alterações no desejo sexual, alterações de humor.</p>	<p data-bbox="1180 1042 1482 1115"><b>Urogenitais:</b></p> <ul data-bbox="1192 1150 1831 1352" style="list-style-type: none"><li>• Alterações na mucosa;</li><li>• Ressecamento e secura vaginal;</li><li>• Dispareunia/Disúria/Polaciúria/Urgência miccional.</li></ul> <p data-bbox="1180 1473 1529 1545"><b>Metabolismo:</b></p> <ul data-bbox="1192 1593 1819 1795" style="list-style-type: none"><li>• Aumento do LDL e Triglicerídeos;</li><li>• Diminuição de HDL;</li><li>• Alteração na massa e arquitetura óssea.</li></ul> <p data-bbox="1180 2239 1436 2311"><b>Corporal:</b></p> <ul data-bbox="1192 2346 1761 2454" style="list-style-type: none"><li>• Ganho de peso e acúmulo de gordura na região abdominal.</li></ul>

### 3.1 OSTEOPOROSE E O CLIMATÉRIO

Segundo o Ministério da Saúde, a osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada pela redução da massa óssea e por alterações na microarquitetura do tecido ósseo, o que resulta em maior fragilidade e aumento do risco de fraturas. Além das fraturas, a condição pode acarretar importantes repercussões clínicas, como dor persistente, deformidades, perda da autonomia funcional, comprometimento da saúde mental e elevação da mortalidade. Estima-se que aproximadamente cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com 50 anos ou mais sofrerão, ao longo da vida, pelo menos uma fratura relacionada à osteoporose. O diagnóstico pode ser estabelecido tanto pela ocorrência de fraturas por fragilidade quanto pela avaliação da densidade mineral óssea, obtida por meio da densitometria óssea.

Devido o elevado custo da densitometria óssea, sua indicação é direcionada, prioritariamente, a indivíduos que apresentam fatores de risco para perda de massa óssea e ocorrência de fraturas, o que contribui para maior eficiência no rastreamento dos grupos mais vulneráveis. Entre os principais fatores associados ao desenvolvimento da osteoporose destacam-se a idade avançada, o sexo, o índice de massa corporal, hábitos de vida e o histórico familiar (Brasil, 2014).

Segundo Pires et al. (2022), a menopausa corresponde à interrupção fisiológica dos ciclos menstruais, decorrente da redução da função ovariana, e constitui um marco relevante na vida da mulher, por envolver alterações biológicas, psicológicas e sociais. No período pós-menopausa, observa-se aumento progressivo da prevalência de osteoporose e de fraturas associadas, influenciado tanto pelo avanço da idade quanto pela duração do desequilíbrio hormonal. A deficiência estrogênica característica dessa fase compromete o processo de remodelação óssea, ao intensificar a reabsorção óssea sem um aumento proporcional da formação, resultando em perda gradual da densidade mineral óssea e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da osteoporose.

A osteoporose pós-menopausa está relacionada a fatores de risco não modificáveis, como predisposição genética, e a fatores modificáveis, especialmente aqueles vinculados ao estilo de vida. Entre os principais fatores de risco passíveis de intervenção destacam-se o sedentarismo, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a alimentação inadequada. Nesse contexto, a prevenção assume papel fundamental, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis capazes de reduzir o impacto da perda óssea, como a ingestão adequada de nutrientes essenciais para a manutenção da saúde óssea, como cálcio e vitamina D, bem como a prática regular de atividade física. De acordo com o

Institute of Medicine, a recomendação diária de cálcio para adultos com idade superior a 50 anos é de 1200 mg, preferencialmente obtidos por meio da alimentação, podendo ser complementados por suplementação quando necessário. No que se refere à atividade física, são indicados exercícios resistidos e supervisionados, voltados ao fortalecimento muscular, especialmente de membros inferiores, além de exercícios com o peso do próprio corpo, que favorecem o equilíbrio, a flexibilidade e a força muscular. Adicionalmente, a cessação do tabagismo, a moderação do consumo de bebidas alcoólicas e o uso criterioso de medicamentos sedativos contribuem para a prevenção da osteoporose, reduzindo o risco de quedas, fraturas e melhorando a qualidade de vida das mulheres no período pós-menopausa (Pires et al., 2022).

**Tabela 1 - Sequência de atendimento a osteoporose**

<h3>1. Atendimento inicial</h3> <table border="1" data-bbox="181 1142 1138 1585"> <tr> <td data-bbox="181 1142 655 1585"> <p><b>Sem fatores de risco importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações preventivas</li> <li>• Alimentação rica em cálcio</li> <li>• Exposição solar / vitamina D</li> <li>• Atividade física regular</li> <li>• Prevenção de quedas</li> </ul> <p>*Reavaliar periodicamente</p> </td> <td data-bbox="655 1142 1138 1585"> <p><b>Com fatores de risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar densitometria óssea (DXA) (coluna lombar e fêmur)</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p><b>Sem fatores de risco importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações preventivas</li> <li>• Alimentação rica em cálcio</li> <li>• Exposição solar / vitamina D</li> <li>• Atividade física regular</li> <li>• Prevenção de quedas</li> </ul> <p>*Reavaliar periodicamente</p>	<p><b>Com fatores de risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar densitometria óssea (DXA) (coluna lombar e fêmur)</li> </ul>	<h3>Avaliação de risco:</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sexo feminino</b></li> <li>• <b>Idade: mulheres <math>\geq 65</math> anos (ou homens <math>\geq 70</math> anos)</b></li> <li>• <b>Pós-menopausa</b></li> <li>• <b>Histórico familiar de fratura por fragilidade</b></li> <li>• <b>Baixo IMC</b></li> <li>• <b>Sedentarismo</b></li> <li>• <b>Tabagismo e etilismo</b></li> <li>• <b>Uso prolongado de corticoides</b></li> <li>• <b>Doenças associadas (artrite reumatoide, doenças endócrinas)</b></li> </ul>
<p><b>Sem fatores de risco importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações preventivas</li> <li>• Alimentação rica em cálcio</li> <li>• Exposição solar / vitamina D</li> <li>• Atividade física regular</li> <li>• Prevenção de quedas</li> </ul> <p>*Reavaliar periodicamente</p>	<p><b>Com fatores de risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar densitometria óssea (DXA) (coluna lombar e fêmur)</li> </ul>		
<h3>2. Avaliação do resultado da densitometria</h3>	<h3>Categorias:</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normal: Até -1</b></li> <li>• <b>Osteopenia: Entre -1 e -2,5</b></li> <li>• <b>Osteoporose: Igual ou inferior a -2,5</b>  <b>Osteoporose estabelecida - Igual ou inferior a -2,5 associada a fratura por fragilidade óssea</b></li> </ul>		

### 3. Investigação complementar

**Exames laboratoriais:** devem ser feitos com o objetivo de diagnosticar causas secundárias de osteoporose ou monitorar o tratamento. Podem ser incluídos o hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), dosagens séricas de cálcio, fósforo, albumina, creatinina, fosfatase alcalina, PTH, TSH, T4 livre, 25-hidroxivitamina D (25OHD) e dosagem de cálcio na urina de 24 horas<sup>25</sup>. Podem ser necessários outros exames complementares para diagnosticar causas secundárias de osteoporose, a partir do quadro clínico e da história do paciente.

**Diagnóstico por imagem:** em especial radiografias da coluna vertebral dorsal e lombar em AP (anteroposterior) e perfil, são indicados para diagnóstico de fraturas vertebrais, sintomáticas ou não, que aumentam em muito o risco de novas fraturas osteoporóticas, além de ajudar no diagnóstico diferencial com outras doenças ósseas. Devem ser solicitados nos casos de pacientes com diagnóstico densitométrico ou clínico de osteoporose, no início do tratamento e sempre que sintomas sugestivos de fraturas vertebrais (dor aguda intensa ou crônica persistente e perda de altura maior do que 4 cm) estiverem presentes.

<p><b>4. Prevenção</b></p>	<p>Em risco de desenvolver osteoporose, realizar medidas preventivas.</p> <p>Com baixa DMO ou histórico de fraturas, realizar tratamento visa diminuir o risco da primeira ou segunda fratura óssea e suas consequências de morbimortalidade.</p>
<p><b>5. Tratamento não farmacológico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios físicos.</li> <li>• Prevenção de quedas e reabilitação (além dos exercícios físicos, incluir revisão do uso de medicamentos associados ao risco de quedas, avaliação de problemas neurológicos, correção de distúrbios visuais e auditivos, medidas de segurança ambiental, conforme protocolos de prevenção de quedas.)</li> <li>• O tabagismo deve ser desencorajado, bem como a ingestão excessiva de álcool.</li> </ul>
<p><b>6. Tratamento farmacológico</b></p>	<p><b>Fármacos:</b> carbonato de cálcio; vitamina D (colecalfiferol); agentes anti reabsortivos bisfosfonatos (alendronato, risedronato, pamidronato e ácido zoledrônico); modulador seletivo dos receptores de estrogênio raloxifeno; estrógenos conjugados; calcitonina; agente anabólico teriparatida; agente antirresortivo e anabólico romosozumabe.</p> <p><b>*Preconiza-se a reposição de cálcio e de colecalfiferol (vitamina D) associada ao uso de um bisfosfonato (alendronato e risedronato), como tratamento preferencial.</b></p>

Segundo o Ministério da Saúde, a densitometria óssea (DMO) está indicada nos seguintes casos:

- mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
- mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
- mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento(s) de risco bem definido;
- adultos que sofrerem fratura após os 50 anos;
- indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas;
- adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses

**Tabela 2 - Fármacos e esquemas de administração**

<b>Reposição de cálcio e vitamina D</b>	Recomenda-se 1.000 a 1.200 mg de cálcio elementar/dia (manter a dose inferior a 1.400 mg/dia, fracionada em doses de 500 mg); e a ingestão de 800 a 1.000 UI de colecalciferol/dia ou a 7.000 UI/semana para todos os pacientes, exceto idosos a partir dos 60 anos, que podem necessitar de 2.000 UI/dia a 14.000 UI/semana.
<b>Bisfosfonatos</b>	<p>A classe mais utilizada entre os medicamentos que reduzem fraturas osteoporóticas. Importante: evitar o decúbito por até 30 a 60 min após ingestão do fármaco.</p> <p>*Pacientes que não possam utilizar alendronato ou risedronato, por intolerância gastrointestinal ou dificuldades de deglutição, devem utilizar um medicamento via endovenosa, como o ácido zoledrônico ou o pamidronato.</p> <p>*Manter por 5 anos em pacientes em uso de bisfosfonato oral e por 3 anos para bisfosfonato intravenoso. Com risco elevado de fratura (T-escore &lt; -3,0 ou na presença de fraturas): estender por 10 anos para bisfosfonato oral e 6 anos para bisfosfonato IV.</p>

<p><b>Raloxifeno (modulador seletivo do receptor de estrógeno)</b></p>	<p>Prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres após a menopausa e para a redução do risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa com osteoporose. Reservado para pacientes com baixo risco de eventos tromboembólicos, que não estão em uso concomitante de estrógenos e que tenham alto risco de câncer de mama; além de ser preconizado para mulheres com intolerância ou contraindicação aos bisfosfonatos com baixo risco de tromboembolismo venoso.</p>
<p><b>Estrógenos conjugados</b></p>	<p>Alternativa para prevenção de osteoporose em mulheres no climatério com comprometimento da qualidade de vida por sintomas vasomotores. Mulheres não submetidas à histerectomia necessitam fazer uso de associação com progestágenos</p>
<p><b>Teriparatida</b></p>	<p>Medicamento cuja composição assemelha-se ao hormônio da paratireoide (PTH), cuja ação estimula a formação óssea. Indicada para pacientes com todos os seguintes critérios: falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os demais medicamentos preconizados neste Protocolo; alto risco de fratura calculado pelo FRAX®; T-escore <math>\leq -3,0</math> DP ou com fraturas vertebral ou não vertebral por fragilidade óssea.</p> <p>*O tempo de uso de teriparatida é de no máximo dois anos devido ao risco de osteossarcoma.</p>

<p><b>Romosozumabe (anticorpo monoclonal humanizado)</b></p>	<p>Preconizado para o tratamento de osteoporose grave em pós-menopáusicas, &gt;70 anos, que apresentem todos os critérios a seguir: risco muito alto de fratura (quadro Estratificação de risco de fratura); falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os demais medicamentos preconizados</p> <p>O tempo de uso de romosozumabe é de no máximo um ano.</p>
<p><b>Calcitonina</b></p>	<p>Opção terapêutica somente nos casos raros de osteonecrose de mandíbula e fratura atípica e em pacientes com contraindicação absoluta aos outros fármacos.</p>

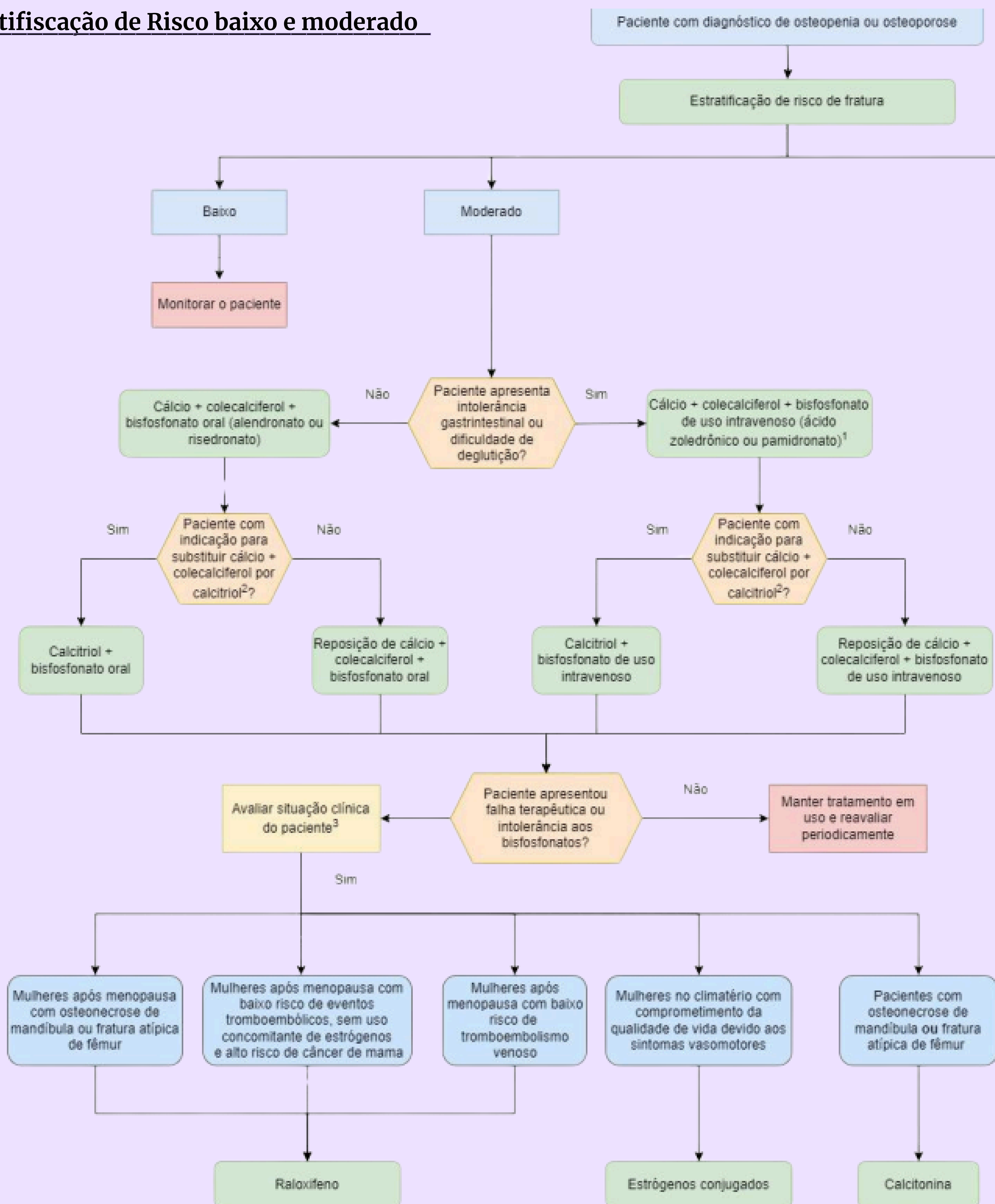
**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 19, de 28 de setembro de 2023.**

No que se refere à monitorização da osteoporose, recomenda-se a realização de densitometria óssea na avaliação inicial, com repetição do exame em intervalos de um a dois anos, até que seja constatada a estabilização da massa óssea. A partir desse momento, o seguimento deve ser individualizado, considerando as características clínicas de cada paciente. Sempre que possível, é indicado utilizar o mesmo equipamento de densitometria nas avaliações subsequentes, a fim de garantir maior confiabilidade na comparação dos resultados. A radiografia da coluna torácica e lombar em perfil deve ser solicitada diante de sinais clínicos sugestivos de fratura vertebral ou quando houver redução progressiva da

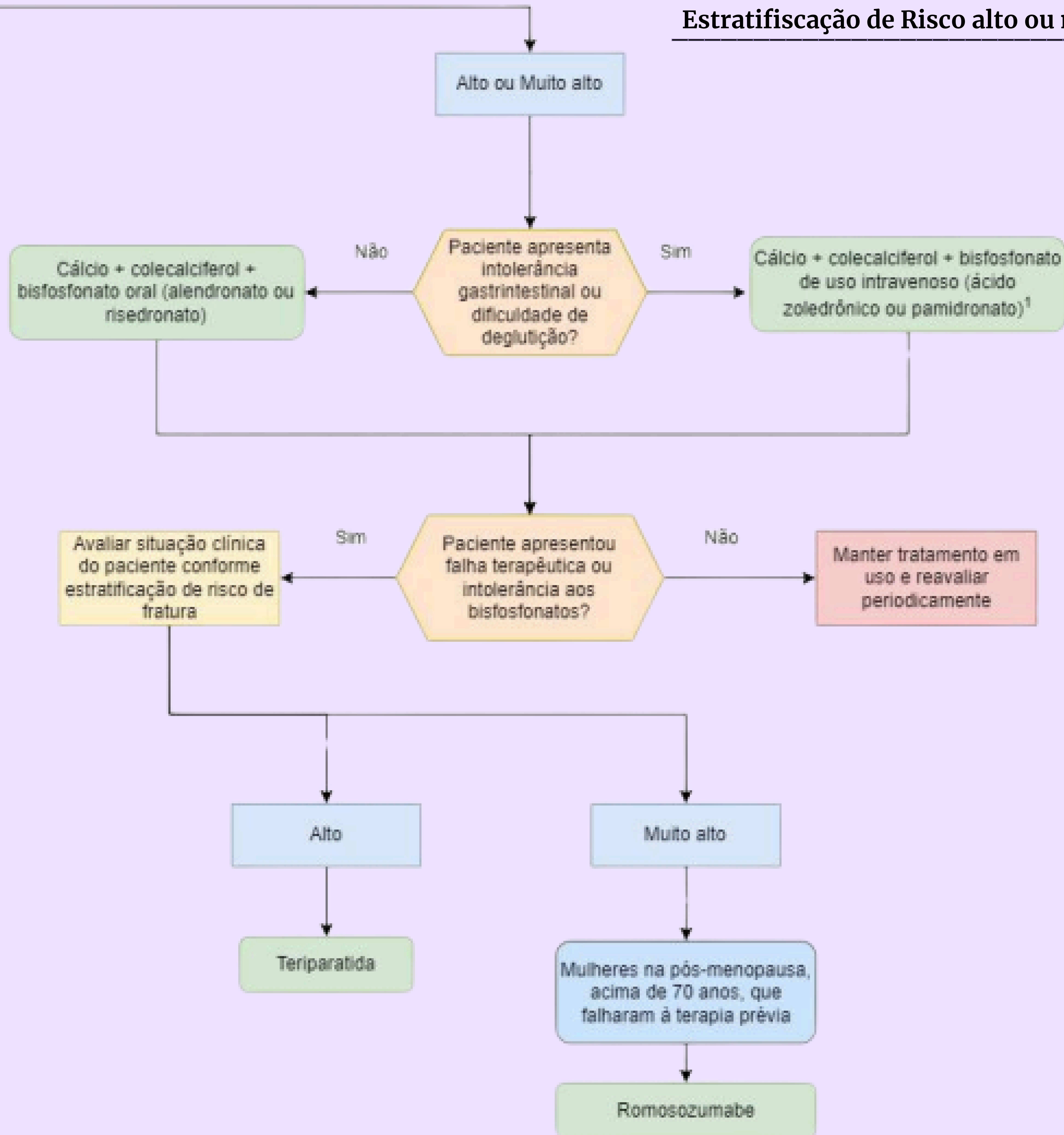
estatura superior a 4 cm. Os exames laboratoriais devem ser repetidos conforme julgamento clínico, principalmente para o acompanhamento dos níveis séricos de cálcio e vitamina D, bem como para a reavaliação de possíveis causas secundárias nos casos em que a resposta ao tratamento seja insatisfatória. O tratamento é considerado eficaz quando há manutenção ou aumento da densidade mineral óssea e ausência de novas fraturas. Além disso, a adesão às medidas terapêuticas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, deve ser acompanhada de forma contínua, com reforço das orientações quanto ao uso adequado dos medicamentos e identificação precoce de eventos adversos que possam comprometer a continuidade do tratamento (Brasil, 2023).

Tabela 3 - Fluxograma de tratamento da osteoporose

Estratificação de Risco baixo e moderado



## Estratificação de Risco alto ou muito alto



<sup>1</sup> O uso de pamidronato está reservado às situações em que o ácido zoledrônico estiver indisponível ou o paciente apresentar contraindicação ao seu uso.

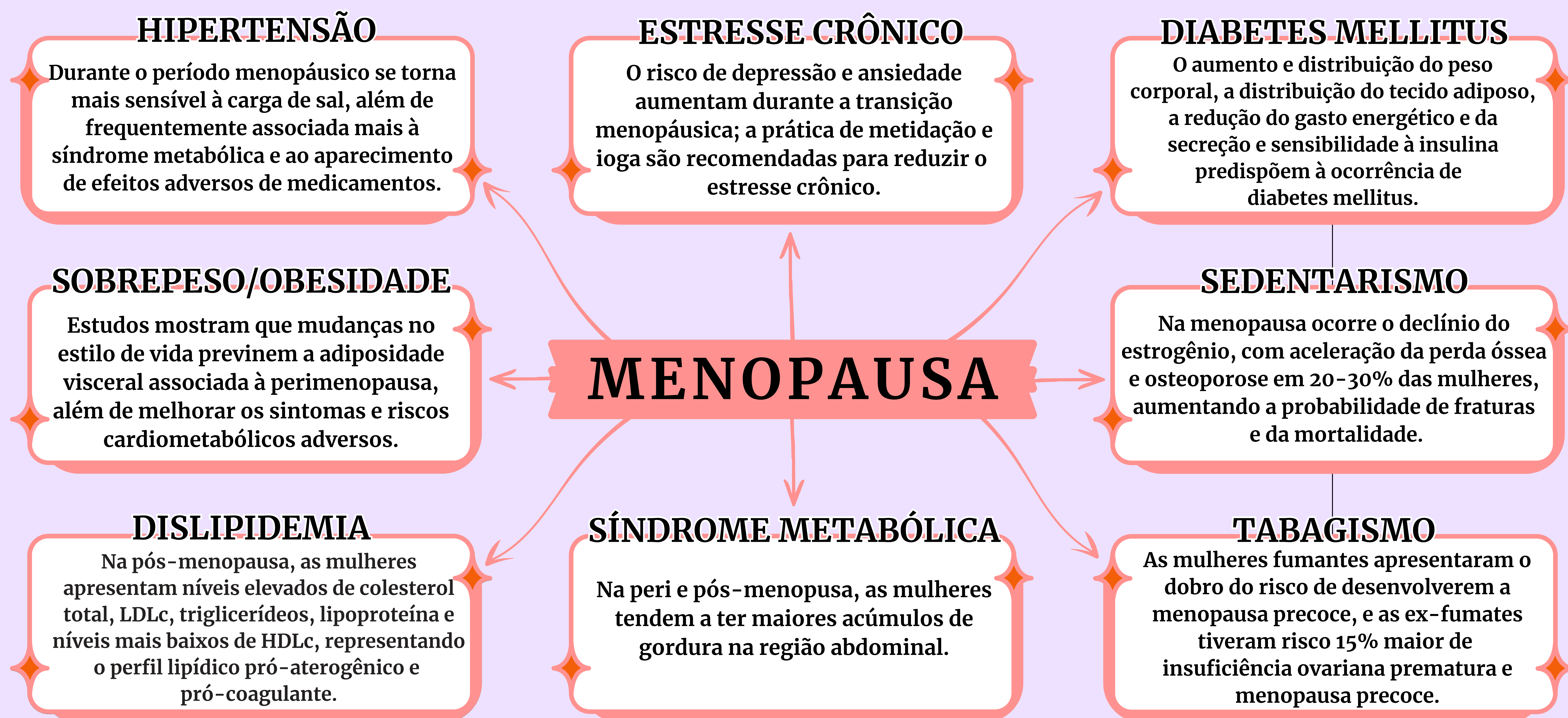
<sup>2</sup> O calcitriol é recomendado para pacientes renais crônicos com depuração de creatinina endógena (DCE) menor ou igual a 30 mL/mi, com osteomalácia hipofosfatêmica ou por deficiência de 1-alfa-hidroxilase, com insuficiência hepática ou hipoparatiroidismo.

<sup>3</sup> Manter a reposição de cálcio + colecalciferol ou calcitriol independente da alternativa terapêutica escolhida.

### 3.2 FATORES DE RISCO NO CLIMATÉRIO

O climatério afeta a saúde da mulher em vários aspectos, tais como o aumento da pressão, que é natural nos dois sexos, mas mais acentuado na mulher. Alterações fisiológicas e metabólicas por conta da deficiência de estrogênio, que podem levar ao aumento do peso corporal. Um estilo de vida sedentário contribui para maiores riscos para saúde muscular e óssea, o uso de psicoativos como tabaco pode propiciar a menopausa precoce, estresse crônico pode afetar a saúde mental. Entretanto, com um estilo de vida saudável, com alimentação adequada, sem uso de psicoativos e diminuição do estresse contribuem de maneira positiva no climatério, O fluxograma abaixo traz uma visão ampliada dos fatores de risco (Oliveira et al.,2024).

## RELAÇÃO ENTRE A MENOPAUSA E OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES TRADICIONAIS



### 3.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

O risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares aumentam com a idade avançada, mas nas mulheres esse risco se potencializa com a menopausa, sendo essencial a realização de avaliação de fatores que influenciam no desenvolvimento de doenças como a raça, história gestacional com histórico de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, o estilo de vida sedentário,

alimentação desequilibrada e consumo de psicoativos. E deve-se avaliar também o risco cardiovascular por meio da estratificação de risco.

**Quadro 2: Quadro de estratificação de risco cardiovascular segundo a Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa-2024.**

<b>TIPOS DE RISCOS</b>	<b>DOENÇAS RELACIONADAS / EXAME</b>	<b>METAS</b>
<b>Risco Baixo</b> Escore de risco global < 5% em 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame de estatinas: opcional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LDL-c &lt; 100 mg/dL</li> <li>• Não HDL &lt; 130 mg/dL</li> </ul>
<b>Risco Intermediário</b> Escore de risco global 5-10% em 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes sem Doença arterial coronária subclínica ou estratificadores de risco.</li> <li>• Exame de estatinas: recomendado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LDL-c &lt; 100 mg/dL</li> <li>• Não HDL &lt; 130 mg/dL</li> </ul>
<b>Risco Alto</b> Escore de risco global >10% em 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença aterosclerótica subclínica</li> <li>• Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• DRC (TFGe &lt; 60mL/min)</li> <li>• LDL ≥ 190 mg/dL</li> <li>• Diabetes + estratificadores de risco/aterosclerose</li> <li>• Exame de estatinas: estatinas de alta potência recomendadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LDL-c &lt; 70 mg/dL</li> <li>• Não HDL &lt; 100 mg/dL</li> </ul>
<b>Risco Muito Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aterosclerose significativa (obstrução de ≥ 50%) com/sem eventos clínicos em território.</li> <li>• Coronário.</li> <li>• Cerebrovascular.</li> <li>• Vascular periférico.</li> <li>• Exame de estatinas: Estatinas de alta potência e associações recomendadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LDL-c &lt; 50 mg/dL</li> <li>• Não HDL &lt; 80 mg/dL</li> </ul>

Oliveira et al., 2024.

#### 4. AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO

O climatério é o período de transição da fase reprodutiva para a cessação da função ovariana, que abrange a perimenopausa e a pós-menopausa. O diagnóstico de menopausa é confirmado após 12 meses consecutivos de amenorreia não atribuível a outra causa. Já na perimenopausa, a identificação baseia-se em alterações do padrão menstrual associadas a sinais e sintomas típicos. As manifestações mais frequentes incluem sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna), alterações do sono, alterações de humor (irritabilidade, ansiedade e depressão), secura geniturinária e dispareunia, além de mudanças metabólicas como ganho de peso, aumento da gordura central e piora do perfil lipídico e glicêmico. Essas alterações podem impactar negativamente a qualidade de vida e influenciar o risco cardiovascular, exigindo avaliação clínica individualizada para orientar condutas terapêuticas, incluindo a indicação ou não da terapia hormonal da menopausa (THM) e alternativas não hormonais.

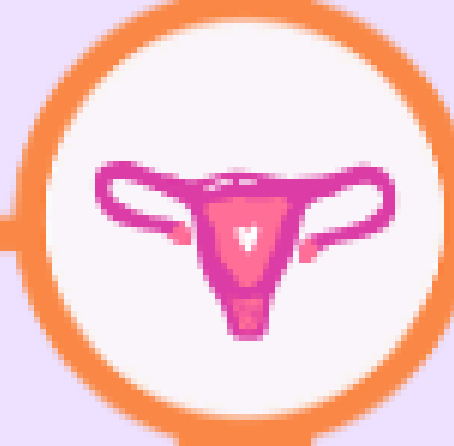
Dessa forma, a terapia hormonal sistêmica não é indicada para mulheres com doença cardiovascular estabelecida, histórico de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral prévio (ver figura com as principais contraindicações). Para pacientes

com antecedente de tromboembolismo venoso, a terapia hormonal por via transdérmica (gel ou adesivo) pode ser considerada, dependendo da causa do evento trombótico. Quando a terapia hormonal for contraindicada ou não for desejada, opções não hormonais podem ser eficazes para reduzir os sintomas vasomotores (Oliveira et al.,2024).

Antes de prescrever terapia hormonal da menopausa, a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC) recomenda, como imprescindível, a realização de mamografia em prazo inferior a 12 meses, além da avaliação laboratorial do perfil lipídico e de glicemia em jejum. Exames adicionais devem ser solicitados conforme sinais e sintomas identificados na anamnese e no exame físico. Outros rastreamentos ginecológicos devem seguir as diretrizes específicas de cada exame e não serem realizados apenas em função da possibilidade de iniciar a terapia hormonal da menopausa.

# PRINCIPAIS CONTRAINDICAÇÕES À TERÁPIA HORMONAL DA MENOPAUSA

**SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICADO**



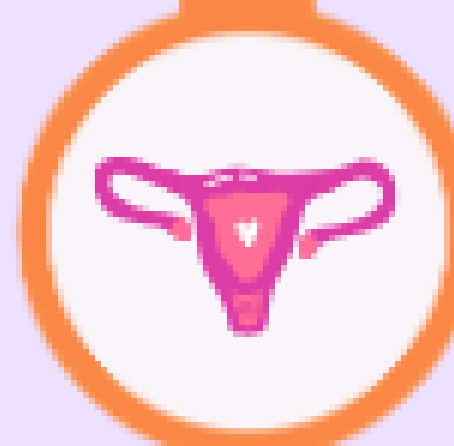
**DOENÇA HEPÁTICA DESCOMPENSADA**



**ANTECEDÊNCIA PESSOAL DE CÂNCER ESTROGÊNIO-DEPENDENTE**



**ANTECEDENTE PESSOAL DE DOENÇA CORONARIANA**



**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**



**TROMBOSE VENENOSA  
PROFUNDA**

**ELEVADO RISCO  
TROMBOEMBÓLICO POR  
DOENÇA ADQUIRIDA OU  
HEREDITÁRIA**

**PORFIRIA**

**LÚPUS ERITEMATOSO  
SISTÊMICO  
ASSOCIADO A RISCO  
ELEVADO PARA TROMBOSE  
VENOSA**

**ANTECEDENTE PESSOAL DE  
MENINGIOMA  
(CONTRAINDIÇÃO  
ESPECIALMENTE PARA O  
PROGESTAGÊNIO)**

## 4.1 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA - TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA (THM)

### 4.1.1 *Recomendações Atuais para Terapia Hormonal da Menopausa*

As sociedades brasileiras de Cardiologia, de Ginecologia e Obstetrícia e de Climatério apoiam o uso da terapia hormonal da menopausa em mulheres no climatério que apresentam sintomas e não têm contraindicações. Essa abordagem envolve a prescrição de hormônios sexuais ajustados individualmente, considerando os riscos e benefícios para cada paciente. As diferentes formulações, doses e vias de administração demonstram alta eficácia no controle dos sintomas do climatério.

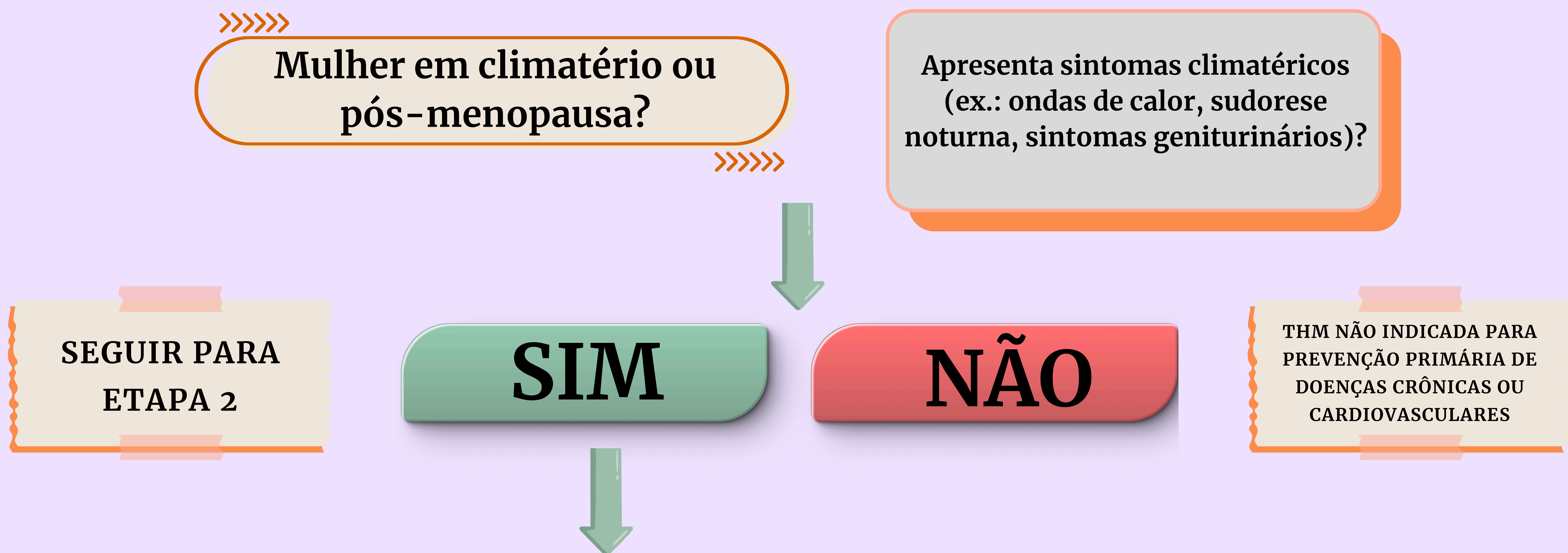
A indicação ideal para iniciar a terapia hormonal ocorre na chamada “janela de oportunidade”: preferencialmente nos primeiros 10 anos após o início da menopausa e/ou antes dos 60 anos de idade (quando a data da última menstruação for incerta, adota-se 60 anos como referência). Iniciar a terapia após 60 anos ou mais de 10 anos desde a menopausa está associado a aumento do risco absoluto de doença arterial coronariana (DAC), tromboembolismo venoso e acidente vascular encefálico (AVE).

Não se recomenda o uso combinado de estrogênio e progestagênio para prevenção

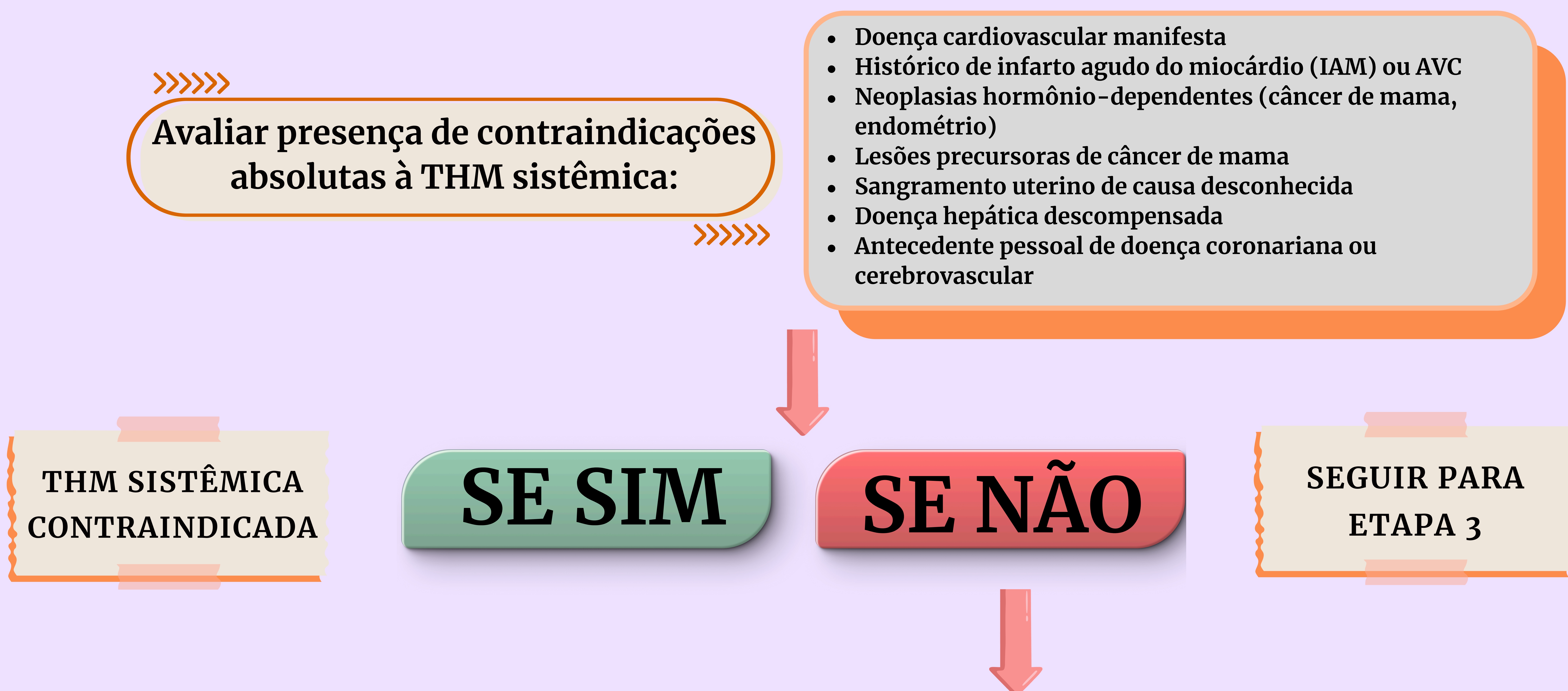
primária de doenças crônicas em mulheres assintomáticas na pós-menopausa, tampouco o uso de estrogênio isolado para prevenção primária em mulheres pós-histerectomia. Os efeitos da terapia hormonal sobre o risco cardiovascular dependem do momento do início: quando iniciada na janela de oportunidade em mulheres saudáveis, pode haver impacto favorável; porém, não se deve prescrever terapia hormonal com a finalidade exclusiva de prevenção primária cardiovascular em diferentes cenários clínicos. Iniciar a terapia tardiamente (após 60 anos ou mais de 10 anos de pós-menopausa) pode aumentar o risco absoluto de doença arterial coronariana, tromboembolismo venoso e acidente vascular cerebral.

**FLUXOGRAMA DECISÓRIO  
PARA USO DA TERAPIA  
HORMONAL DA MENOPAUSA  
(THM)**  
Baseado na Diretriz FEBRASGO 2024.

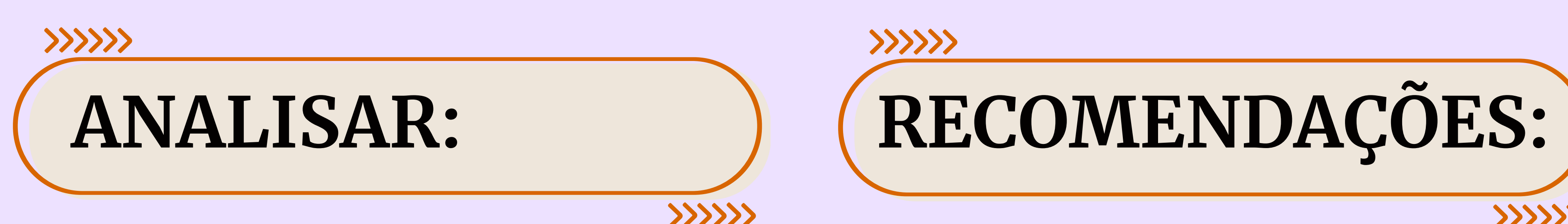
**ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE**



**ETAPA 2 – AVALIAÇÃO DE CONTRAINDICAÇÕES**

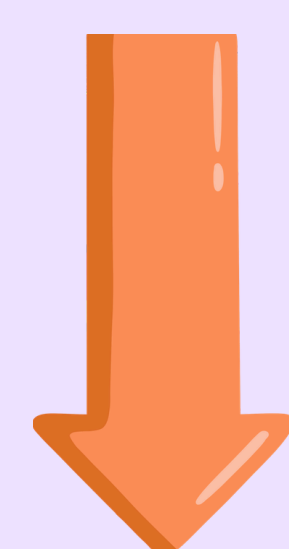


**ETAPA 3 – AVALIAÇÃO DO PERFIL DE RISCO**



- Idade da paciente
- Tempo desde a menopausa
- Presença de HAS, obesidade, dislipidemia, diabetes ou síndrome metabólica
- Histórico de tromboembolismo venoso (TEV)

- Preferir iniciar THM na janela de oportunidade → até 10 anos após a menopausa e/ou antes dos 60 anos
- Em mulheres com fatores de risco metabólico, preferir via transdérmica
- Em histórico de TEV, THM geralmente não recomendada, podendo-se considerar estrogênio transdérmico em situações selecionadas e após avaliação especializada



### ETAPA 4 – DEFINIÇÃO DA TERAPIA

Estrogênio associado obrigatoriamente a progestagênio

Mulher com útero intacto:

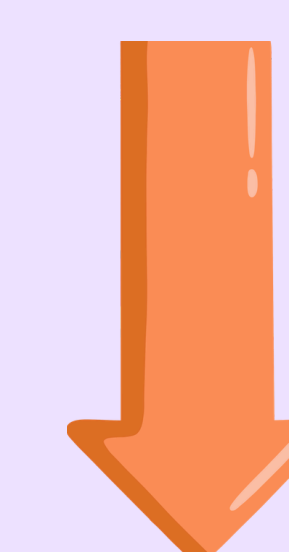
Mulher hysterectomizada:

Estrogênio isolado

#### Objetivo da THM:

TRATAMENTO DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS

NÃO INDICADA PARA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇAS CRÔNICAS OU CARDIOVASCULARES



### ETAPA 5 – VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Sintomas geniturinários, sem efeitos sistêmicos relevantes

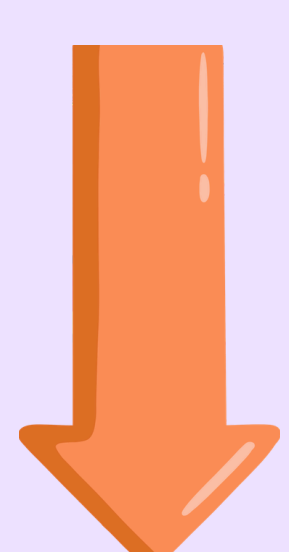
Via vaginal:

Via oral ou transdérmica:

Sintomas sistêmicos

Via transdérmica preferencial em:

- Obesidade
- Diabetes
- Dislipidemia
- Maior risco tromboembólico

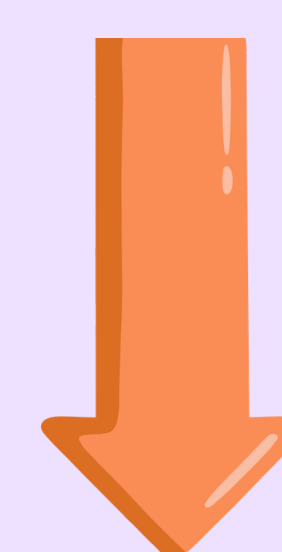


### ETAPA 6 – DOSE E ACOMPANHAMENTO

- Utilizar a menor dose eficaz
- Ajustar conforme resposta clínica
- Reavaliar periodicamente em consultas de seguimento

**NÃO HÁ IDADE LIMITE OU TEMPO MÁXIMO OBRIGATÓRIO PARA SUSPENSÃO DA THM**

**CONTINUIDADE DEVE SER BASEADA NA AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA DA RELAÇÃO RISCO-BENEFÍCIO**



### **ETAPA 7 – CONDUTAS NÃO RECOMENDADAS**

**USO DE THM PARA PREVENÇÃO PRIMÁRIA CARDIOVASCULAR**

**USO DE THM EM MULHERES ASSINTOMÁTICAS**

**A FEBRASGO, SBC E SOBRAC POSICIONAM-SE CONTRA A ADOÇÃO DE IMPLANTES HORMONAIS MANIPULADOS OU OUTROS HORMÔNIOS BIOIDENTICOS MANIPULADOS E MODULAÇÃO HORMONAL**

#### **4.1.2 O que deve ser utilizado: Tipos, Doses, Vias de administração e Duração**

A Terapia Hormonal da Menopausa (THM) consiste na administração de esteroides sexuais, especialmente estrogênios, isolados ou associados a progestagênios, indicada para mulheres no climatério e na pós-menopausa com sintomas relacionados ao hipoestrogenismo. Sua indicação no âmbito municipal deve ser baseada na avaliação

clínica individualizada, considerando a intensidade dos sintomas, o impacto na qualidade de vida e a relação risco-benefício, conforme as recomendações da FEBRASGO (2024).

O estrogênio é o principal componente da THM, sendo responsável pelo alívio dos sintomas vasomotores e geniturinários, bem como pela prevenção da perda óssea. Em mulheres com útero intacto, a associação

obrigatória de um progestagênio é necessária para prevenir a hiperplasia e o câncer de endométrio decorrentes da estimulação estrogênica isolada. Os estrogênios recomendados incluem o estradiol, idêntico ao hormônio endógeno, disponível nas formas de  $17\beta$ -estradiol ou valerato de estradiol, e os estrogênios conjugados. A tibolona pode ser utilizada como alternativa terapêutica em casos selecionados, considerando seu perfil farmacológico com ação estrogênica, progestagênica e androgênica.

Em relação aos progestagênios utilizados na THM, esses incluem a progesterona micronizada e os progestagênios sintéticos, como didrogestrona, drospirenona, noretisterona, acetato de nomegestrol e acetato de medroxiprogesterona. A escolha do progestagênio deve considerar o perfil clínico da usuária, a presença de comorbidades e os potenciais efeitos adversos.

A escolha da via de administração da THM deve priorizar a segurança e a efetividade do tratamento. O estrogênio pode ser administrado pelas vias oral, transdérmica ou vaginal. A via vaginal é indicada para o tratamento de sintomas geniturinários da menopausa, com ação predominantemente local e mínima absorção sistêmica. As vias oral e transdérmica são indicadas quando há necessidade de efeito sistêmico, sendo a via

transdérmica preferencial em mulheres com maior risco cardiovascular ou tromboembólico.

Recomenda-se a utilização da menor dose eficaz capaz de promover controle sintomático, com ajuste progressivo conforme resposta clínica (ver quadro 4). A menor dose eficaz de estradiol oral é de 0,5 mg (Oliveira et al.,2024). O estradiol transdérmico encontra-se disponível na forma de adesivos (25 mcg e 50 mcg) e gel (0,5 mg/dia a 3,0 mg/dia), devendo a escolha considerar a disponibilidade na rede municipal.

Sobre a duração, não há definição de tempo máximo obrigatório ou idade limite para o uso da THM. A continuidade do tratamento deve ser reavaliada periodicamente, preferencialmente em consultas de seguimento, com base na avaliação individualizada da relação risco-benefício. O acompanhamento clínico deve incluir monitoramento de sintomas, adesão ao tratamento, efeitos adversos e reavaliação das indicações, garantindo a segurança e a continuidade do cuidado na rede municipal de saúde.

## TIPOS, DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS ESTROGÊNIOS UTILIZADOS EM THM

### Via oral

17 $\beta$ estradiol	0,5 - 1,0 - 2,0 mg/dia
Valerato de estradiol	1,0 - 2,0 mg/dia

### Via transdérmica

17 $\beta$ estradiol gel	0,5 - 0,75 - 1,0 - 1,5 a 3mg/dia
17 $\beta$ estradiol adesivo	25 - 50 mcg/dia

### Via vaginal

Estriol creme	1,0 mg/g
Estradiol	10 mcg por comprimido
Promestrieno	10 mg/g

## TIPOS, DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS PROSTAGÊNIOS UTILIZADOS EM THM

### Via oral

Acetato de medroxiprogesterona	2,5 a 10 mg/dia
Acetato de ciproterona	1- 2 mg/dia
acetato de noretisterona	0,1 a 1 mg/dia
Acetato de nomegestrol	2,5 - 5 mg/dia
Didrogesterona	5 - 10 mg/dia
Drospirenona	2 mg/dia
Progesterona micronizada	100 - 200 mg/dia

### Via transdérmica

Acetato de noretisterona	140 - 170 mcg/dia
--------------------------	-------------------

### Via vaginal

Progesterona micronizada cápsula moles	100 - 200 mcg/dia
--	-------------------

### Via intrauterina

DIU - levonorgestrel	20 mcg/dia
----------------------	------------

## 4.2 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA - TERAPIA NÃO HORMONAL

As terapias não hormonais constituem alternativa terapêutica para o manejo das ondas de calor em mulheres com contraindicação, intolerância ou recusa ao uso da Terapia Hormonal da Menopausa (THM). Entre essas opções, destacam-se os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e norepinefrina (ISRSN), que atuam na modulação dos neurotransmissores envolvidos no centro termorregulador do hipotálamo, contribuindo para a redução da frequência e da intensidade dos sintomas vasomotores.

Os fármacos com maior evidência de eficácia incluem paroxetina (7,5–25 mg/dia), citalopram (10–20 mg/dia), escitalopram (até 20 mg/dia), venlafaxina (37,5–75 mg/dia) e desvenlafaxina (50–100 mg/dia). Esses medicamentos demonstram benefício clínico na redução da frequência e da gravidade dos sintomas vasomotores leves a moderados. O uso de sertralina e fluoxetina apresenta resultados inconsistentes quanto à eficácia no controle dos SVM e, portanto, não é recomendado no âmbito deste protocolo (Oliveira et al.,2024).

## 4.3 TERAPIAS FARMACOLÓGICAS ALTERNATIVAS

As terapias farmacológicas alternativas, incluindo o uso de fitoterápicos, têm sido estudadas como opção para o tratamento dos sintomas vasomotores, especialmente em mulheres que não desejam ou não podem utilizar terapias hormonais. Entre essas alternativas, destacam-se as isoflavonas, compostos não esteroidais de origem vegetal, estruturalmente semelhantes ao estradiol, capazes de se ligar aos receptores estrogênicos, exercendo ação agonista ou antagonista, conforme o tecido-alvo.

Estudos envolvendo isoflavonas de soja (*Glycine max*) e *Trifolium pratense* (red clover) apresentam resultados conflitantes quanto à eficácia na redução dos sintomas vasomotores, quando comparados ao placebo, não havendo consenso sobre seu benefício clínico. A *Cimicifuga racemosa* (*Actaea racemosa* L.), conhecida como black cohosh, é outro fitoterápico avaliado para esse fim, porém seu mecanismo de ação não está completamente elucidado e os estudos disponíveis também demonstram resultados inconsistentes (Oliveira et al.,2024).

Outros fitoterápicos, como erva-de-são-joão (*Hypericum perforatum*), ginkgo biloba e ginseng, não apresentam evidência científica suficiente de eficácia no tratamento dos sintomas vasomotores e, portanto, não

são recomendados para uso no âmbito da rede municipal de saúde (Oliveira et al.,2024).

**Quadro 3- Guia de Atendimento a Mulher no Climatério segundo o Protocolo da Atenção Básica-Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde-2016.**

O QUE FAZER?	COMO REALIZAR?	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Acolhimento	Identificar o motivo do atendimento e fazer os direcionamentos necessários.	Equipe multiprofissional
Consulta	<p><b>Anamnese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Data da Última Menstruação (DUM)</li><li>• Uso de Anticoncepcionais</li><li>• Uso de psicoativos</li><li>• Tabagismo/etilismo</li><li>• Histórico familiar de câncer de mama e útero</li><li>• Data do último exame citopatológico e de mama.</li><li>• Sintomas de climatério e sangramentos pós-menopausa</li><li>• Investigar outras queixas da paciente</li></ul> <p><b>Exame físico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exame direcionado para as queixas da paciente, comorbidades e risco</li><li>• Sinais vitais e antropometria</li><li>• Risco cardiovascular</li></ul> <p><b>Exame específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exame ginecológico e coleta de citopatológico para câncer de útero.</li><li>• Exame de mamas e solicitação de mamografia.</li></ul>	Médico e/ou Enfermeiro

	<p><b>Confirmação do climatério:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando a mulher estiver dentro da faixa etária esperada (40 a 65 anos) e apresentar:</li> <li>• Queixas sugestivas e/ou 12 meses consecutivos de amenorreia.</li> </ul> <p>Atenção: mulheres com queixas com idade inferior ao indicado devem ser encaminhadas para o ginecologista ou endocrinologista para avaliar menopausa precoce.</p>	
Plano de cuidados	<p><b>Abordagem Integral e Não Farmacológica das Queixas do Climatério.</b></p> <p><b><u>Fogachos e suores noturnos:</u></b></p> <p><b>Deve-se investigar:</b></p> <p>Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério.</p> <p><b>Orientações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dormir em ambiente bem ventilado;</li> <li>• Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas;</li> <li>• Usar tecidos que deixem a pele “respirar”;</li> <li>• Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles;</li> <li>• Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína;</li> <li>• Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las;</li> </ul>	Médico; Enfermeiro; e outros profissionais conforme a necessidade do paciente e disponibilidade de profissionais.

- Praticar atividade física;
- Perder peso, caso haja excesso de peso;
- Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.

### **Dificuldades relacionadas ao sono**

#### **Orientações:**

- Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior.
- Se houver necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos.
- Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir.
- Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde.
- Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno.
- Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis.
- Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde.
- Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer.
- Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos.

### **Sintomas urogenitais**

Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital.

#### **Considerar o uso de:**

Lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal.

### **Transtornos psicossociais**

Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido.

Estes sintomas variam na frequência e intensidade, conforme os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente.

#### **Conduta:**

- Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;
- Estimular a participação em atividades sociais;

- Avaliar estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;
- Considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.

### **Sexualidade**

A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas à beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos.

Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia.

### **Condutas:**

- Estimular o autocuidado;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.);
- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal;
- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares;
- Estimular a prática de sexo seguro;
- Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital.</li> </ul>	
Educação em saúde	<p>Promover orientação individual e coletiva as mulheres sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resignificação do climatério.</li> </ul> <p>Abordar a vivência da mulher nesta fase, do ponto de vista biopsicossocial, enfatizando que esta é mais uma fase da vida e que deve ser produtiva e saudável.</p> <p>Incentiva a troca de experiências entres as mulheres, a realização de atividades prazerosas de acordo com as necessidades e possibilidades das mulheres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Queixas do climatério;</li> <li>• Alimentação saudável;</li> <li>• Manutenção do peso normal;</li> <li>• Prática de atividade física;</li> <li>• Promoção a saúde bucal;</li> <li>• Doenças sexualmente transmissíveis;</li> <li>• Transtornos psicossociais;</li> <li>• Prevenção primária da osteoporose e quedas.</li> </ul>	Equipe multiprofissional
Abordagem Farmacológica - terapia não hormonal	<p>Indicada para mulheres com sintomas vasomotores proeminentes que não apresentaram melhoras com a terapias não farmacológicas.</p> <p>Manter a menor dose capaz de melhorar os sintomas.</p> <p>INDICAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepressivos (1ª escolha): paroxetina 12,5-25 mg/dia (de liberação prolongada) OU fluoxetina 20 mg/dia</li> </ul>	

	<p>OU venlafaxina 37,5-75 mg/dia OU imipramina 25-50 mg/dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outros:</li> </ul> <p>Clonidina 0,1-0,2 mg/dia OU metildopa 250-500 mg/dia OU propranolol 80 mg/dia OU cinarizina 75 mg/dia OU gabapentina 600 mg/dia</p>	
Gerar ficha no e-SUS	<p><b>CID 10:</b></p> <p><b>Z01.4:</b> exame ginecológico geral e de rotina. <b>N95.1:</b> estado da menopausa e do climatério.</p> <p><b>CIAP-2:</b></p> <p><b>X11:</b> sinais/sintomas menopausa.</p>	Médico/Enfermeiro

Brasil, Ministério da Saúde - 2016

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 451, de 9 de junho de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 19, de 28 de setembro de 2023. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2023.

ESTRATÉGICAS, Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção À. Saúde Departamento De Ações Programáticas. Manual De Atenção À Saúde Da Mulher No Climatério/Menopausa. [S.l.]: Ms, 2008.

OLIVEIRA, G. M. M. de et al. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024. Arq. Bras. Cardiol., v. 121, n. 7, e20240478, 2024.

Protocolos da Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher / Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. – 2022.

PIRES, Adrielly Carvalho Lopes et al. Prevenção à osteoporose em mulheres na pós-menopausa: uma revisão sistemática. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e16811124667, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24667.