

**ROTINAS DO AMBULATÓRIO
DE
CLIMATÉRIO**

CONTEÚDO

Introdução	3
1 – Anamnese	4
2 - Exame Físico Geral	5
3 - Exame ginecológico	5
4 - Exames Complementares	5
4.1 - Exames laboratoriais	5
4.2 - Rastreamento mamário	6
4.3 - Colpocitologia oncótica	7
4.4 - Investigação endometrial	7
4.4.1 - Teste do progestogênio	7
4.4.2 - Ultrassonografia pélvica transvaginal	8
4.5 - Avaliação óssea	8
5 – Tratamento	9
5.1 - Terapia Hormonal (TH)	9
5.2 - Tratamento Medicamentoso não Hormonal	9
5.3 – Fitoterápicos	10
ANEXO 1 – Terapia Hormonal	11
ANEXO 2 - Terapia não hormonal	13
Referências Bibliográficas	14

Rotinas do Ambulatório de Climatério da 28ª Enfermaria da

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

- Serviço do Prof. Silvio Silva Fernandes -

O ambulatório da 28ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro vem ao longo destes anos cumprindo um papel de grande importância em nossa sociedade.

O atendimento se faz de forma multidisciplinar. Além de termos especialistas nas diversas sub-áreas dentro da ginecologia, contamos também com equipes de nutrição e psicologia que funcionam de maneira totalmente integrada à equipe médica.

Climatério, termo derivado do grego *Klimacton* que significa “período de crise ou mudança”, pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva ou menacme e a fase não-reprodutiva ou senilidade. Inicia-se em torno dos 40 anos e termina ao redor dos 65 anos de idade, durante o qual ocorre a menopausa (do grego *mens* = mês; *pausis* = pausa) que é definida pela OMS como a parada permanente da menstruação, em consequência da perda definitiva da atividade folicular ovariana, o que acontece entre 48 e 52 anos. Divide-se em duas fases: a pré-menopausa, que se estende dos 40 anos até a menopausa e na qual, até a sua primeira metade (45 anos), em geral não ocorre qualquer sinal clínico, embora seja acompanhada por mínimas alterações endócrinas, e a fase pós-menopausa, cujo marco inicial é a menopausa e se estende até os 65 anos, quando se inicia a senilidade. O termo perimenopausa é utilizado para descrever o período entre alguns anos antes da menopausa (sintomas como irregularidade menstrual, vasomotores ou carenciais de estrogênio) e termina doze meses após a última menstruação¹.

Por ser um momento de transição, a perimenopausa é o período do climatério de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos devido à flutuações hormonais. Os sintomas depressivos incluem: irritabilidade, choro fácil, labilidade do humor, ansiedade, perda de energia, desânimo, diminuição da atenção e insônia.

Tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, diabetes mellitus, sedentarismo e deficiência estrogênica, são fatores de risco para a formação da placa aterosclerótica. Mudanças que ocorrem durante a menopausa, incluindo perfil lipídico e peso, contribuem ao aumento do risco de doença cardiovascular após esta fase.

Esta breve seção tem por objetivo apresentar nossa maneira de abordagem às mulheres no Climatério.

O atendimento médico consta de anamnese, exame físico e ginecológico cuidadosos, dirigidos à identificação de possíveis doenças clínicas, rastreamento de câncer e osteoporose, seguidos dos exames complementares básicos e, quando necessários, específicos.

1- Anamnese:

- **Queixas clínicas:** fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, cansaço, diminuição da memória, da libido, ressecamento vaginal, dispareunia, astenia e sintomas gênitourinários.
- **História ginecológica e obstétrica:** idade da menarca; data da última menstruação/menopausa; irregularidades menstruais; paridade, tipos de parto; método contraceptivo; hábitos sexuais, número de parceiros (comportamento de risco para DST/AIDS).
- **Antecedentes pessoais:** cirurgias, alergias, tabagismo, etilismo, doenças crônicas, uso de medicamentos.

- **Fatores de risco para doenças cardiovasculares(DCV):** hipertensão, tabagismo, dislipidemias (aumento do colesterol LDL, diminuição do HDL e aumento dos triglicerídeos), *Diabetes mellitus*, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, envelhecimento, fatores psicossociais e história familiar.
- **Fatores de risco para osteoporose:** Maiores: fratura anterior causada por pequeno trauma, sexo feminino, baixa massa óssea, raça branca ou asiática, idade avançada em ambos os sexos, história familiar de osteoporose ou fratura de colo de fêmur, menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada, Uso de corticóides. Menores: doenças que induzam à perda de massa óssea, amenorréia primária ou secundária, menarca tardia, nuliparidade, hipogonadismo primário ou secundário, baixa estatura e peso (IMC < 19), perda importante de peso após os 25 anos, baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio, alta ingestão de proteína animal, pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas freqüentes, sedentarismo, tabagismo e etilismo, medicamentos (heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio), alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola e chás).
- **História familiar:** doenças crônico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares), gastrointestinais, osteoporose, câncer ginecológico e outros.
- Funcionamento gastrointestinal e urinário.
- Freqüência de realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e do câncer de mama.
- Hábitos alimentares: ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos, atividades físicas (tipo, regularidade e duração).

2- Exame Físico Geral

- Verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$): baixo peso ($IMC < 18,5$), sobrepeso ($IMC > 25$) ou obesidade ($IMC > 30$).
- Verificação da pressão arterial (PA).
- Medida da circunferência abdominal (> 80cm indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica e risco cardiovascular).
- Inspeção: fáscies, aspecto da pele, fâneros, mucosas, alterações circulatórias (varizes, edema).

3- Exame ginecológico

- Avaliação mamária: assimetrias, retrações, abaulamentos, nódulos, descarga papilar; palpação axilar.
- Palpação abdominal e pélvica (investigação de anormalidades na parede e na cavidade ou alterações nas características dos órgãos internos (localização, volume, forma, consistência, mobilidade)).
- Inspeção da vulva (trofismo, coloração, distribuição dos pelos); distopias, roturas perineais,
- Exame com espécuro: a avaliação do pregueamento da mucosa bem como da lubrificação vaginal, avaliação do colo (coloração, presença de lesões).

4- Exames Complementares:

4.1- Exames laboratoriais. Rotineiramente devem ser colhidos após 12 horas de jejum com frequência anual. A pesquisa de sangue oculto nas fezes requer orientações dietéticas prévias à coleta do material para evitar os falso-positivos. Havendo necessidade de exames mais específicos, devem ser solicitados de acordo com as indicações individuais.

- Hemograma completo: anemia, processos infecciosos, alterações imunológicas
- TSH: hipo/hipertireoidismo (= 20 anos: 0,45-4,5 mUI/L)
- Glicemia: nesta faixa etária observa-se maior incidência de diabetes mellitus tipo II (DM II), e na maioria das vezes, apresenta-se de forma assintomática e relacionado à obesidade abdominal (normal: 70 a 125mg/dl).
- Teste oral de tolerância à glicose: indicado em mulheres obesas, com história familiar de DM e glicemia de jejum normal.
- Colesterol total e frações: dislipidemias (desejável: inferior a 200 mg/dl; limítrofe: de 200 a 239 mg/dl; elevado: superior a 239 mg/dl)
- Triglicérides: risco de DCV (= 150 mg/dl)
- EAS ou urina tipo I: função renal
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO)*: rastreamento para câncer colorretal.

*Dieta para a PSO: 3 dias de dieta – colher as fezes no quarto dia: NÃO PODE: chás, feijão, verduras, cenoura, carne, medicamentos com ferro; PODE: arroz, batata, frango, chuchu.

Sendo o diagnóstico do climatério essencialmente clínico, as dosagens hormonais ficam reservadas para os casos em que haja dúvida no diagnóstico como na falência ovariana prematura, por exemplo. A dosagem do FSH é suficiente para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana, quando o resultado for maior que 40 mUI/ml.

4.2- Rastreamento mamário. Segundo as Normas e Recomendações do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama (2004)²², recomenda-se:

1. rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, anualmente;
2. rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
3. exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres com risco elevado de desenvolver este câncer;
4. garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

São definidos como grupos de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

1. mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com este diagnóstico, abaixo dos 50 anos de idade, ou com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
2. mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
3. mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ²².

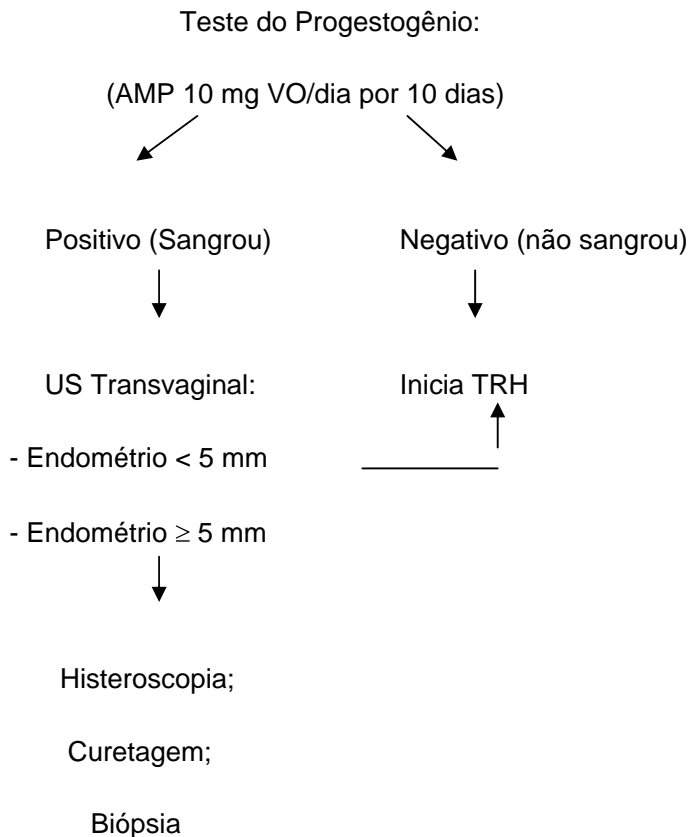
A Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM)³⁵ em conjunto com as sociedades de especialidades, entre elas a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), realizaram um trabalho para elaboração de Diretrizes Médicas baseadas em evidências científicas com o objetivo de padronizar condutas em diversos assuntos. Em relação ao câncer de mama, as orientações são as seguintes:

1. AEM mensalmente a partir dos 20 anos de idade
2. ECM entre 20 e 40 anos a cada 3 anos e a partir dos 40, anualmente.
3. MMG anual a partir dos 40 anos de idade; entre os 50 e 69 anos, a cada 2 anos; após os 70 anos, de acordo com a expectativa de vida.

4.3 - Colpocitologia oncótica para rastreamento das lesões do colo uterino em seus estágios iniciais. A colpocitologia representa bom parâmetro para seguimento da hormonioterapia.

4.4 - Investigação endometrial

4.4.1 - Teste do progestogênio. Ministra-se 10 mg/dia de Acetato de Medroxiprogesterona por 10 dias como rastreamento para o câncer de endométrio. Havendo sangramento (teste positivo), deve-se proceder à ultra-sonografia transvaginal a fim de mensurar a espessura endometrial. Sendo esta medida menor que 5 mm, está autorizado o início da terapia hormonal (TH), assim como nos casos de não ter havido sangramento (teste negativo). Estando a medida endometrial maior ou igual a 5 mm, torna-se mandatório prosseguir a investigação com avaliação histológica.



4.4.2 - Ultrassonografia pélvica transvaginal. Útil na mensuração e observação do aspecto endometrial. É considerado normal até 5 mm (e até 8mm nas mulheres usuárias de TH). Nos casos de espessamento é obrigatório prosseguir a investigação por histeroscopia e biópsia endometrial, ou mesmo curetagem para estudo anatomopatológico.

4.5 - Avaliação óssea

Nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação essa perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical. A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, sendo as de vértebras, fêmur e antebraço as mais freqüentes.

Deve-se considerar a avaliação de mulheres após a menopausa que possuem um ou mais fatores de risco para osteoporose e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco.

5 - Tratamento

5.1 - Terapia Hormonal (TH)

Indicações:

- Correção da disfunção menstrual na perimenopausa;
- melhoria dos sintomas climatéricos;
- prevenção secundária e melhora da osteoporose;
- proteção cardiovascular;
- prevenção e tratamento da atrofia urogenital.

Contra-indicações absolutas:

- sangramento vaginal não-identificado
- doença hepática aguda
- carcinoma de mama
- trombose vascular aguda

Contra-indicações relativas:

- história de tromboembolismo
- leiomioma uterino
- endometriose
- calculose biliar
- disfunção hepática crônica
- câncer de endométrio
- hipertensão arterial
- *Diabetes mellitus* não-controlados.

Em mulheres na pré-menopausa, com irregularidade menstrual, inicia-se a TH com progestogênio.

Em mulheres na pós-menopausa com útero intacto, deve-se prescrever estrogênio associado a progestogênio, nas menores doses possíveis suficientes ao alívio dos sintomas.

Em mulheres na pós menopausa histerectomizadas, prescreve-se apenas estrogênio.

5.2 - Tratamento Medicamentoso não Hormonal

O tratamento medicamentoso não hormonal pode melhorar os sintomas vasomotores, principalmente se leves ou moderados, ansiedade e/ou depressão, relacionados ou não ao climatério.

Indicações:

- mulheres que não desejam a hormonioterapia
- mulheres com efeitos colaterais da TH
- contra-indicação à TH
- mulheres sintomáticas em que a resposta à terapia hormonal é insatisfatória.

5.3 - Fitoterápicos

Os fitoterápicos ainda não dispõem de resultados que apóiem o seu uso, não sendo recomendado pelas sociedades da especialidade (FEBRASGO, SOBRAC).

Ademais, discutidos todos os potenciais riscos e benefícios da TH, sugeridas mudanças no estilo de vida sempre que necessário, é decidido individualmente, em consenso com a paciente, qual a melhor terapêutica a ser instituída.

ANEXO 1 – Terapia Hormonal

Estrogênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Estrogênios conjugados (EC)	0,3 - 0,45 - 0,625 - 1,25 mg/dia	Estrogenon, Estroplus, Menosedan, Merimono, Premarin, Repogen.
Valerato de Estradiol (VE)	1 – 2 mg/dia	Primogyna
Hemisuccinato de Estradiol (HE)	1,5 mg/dia	Estreva, Estrofen
Estriol (E ₃)	2 – 6 mg/dia	Ovestrion
Via transdérmica		
Estradiol transdérmico (E ₂)	25 – 50- 100yg/dia	Climaderm 7 dias, Estraderm Matrix, Estraderm TTS, Fem 7, Ginedisc, Menorest, Lindisc 50, System
Estradiol gel (E ₂)	0 – 5 – 1,0 - 1,5 - 3,0 mg/dia	Estreva gel, Oestrogel, Sandrena
Via nasal		
Estradiol intranasal (E ₂)	300 yg/dia	Aerodiol
Via subcutânea		
Estradiol implante (E ₂)	25 mg cada 6 meses	Riselle
Via vaginal		
Estrogênios conjugados (EC)	0,625 mg/dia	Premarin
Estriol (E ₃)	1 - 2 mg/dia	Ovestrion
Promestrieno	10 mg/dia	Colpotrofine

Progestagênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Acetato de Medroxiprogesterona	1,5 – 2,5 – 5,0 – 10 mg/dia	Acemedrox, Acetoflux, Farlutal, Provera
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 – 0,5 – 0,7 – 1,0 mg/dia	Primolut- nor

Acetato de nomegestrol (ANG)	2,5 – 5,0 mg/dia	Lutenil
------------------------------	------------------	---------

ANEXO 1 – Terapia Hormonal (cont.)

Estrogênios + Progestogênios: doses e vias de administração

Via oral	Dose	Nome comercial
Estradiol (E ₂) + Noretisterona (NETA)	1,0 – 2,0 mg/dia 0,5 – 1,0 mg/dia	Activelle, Cliane, Kliogest, Suprema, Trisequens
Valerato de Estradiol (VE) + Acetato de Ciproterona (AC)	2 mg/dia 1 mg/dia	Climene, Elamax
Valerato de Estradiol (VE) + Ac. de Medroxiprogesterona (MPA)	2 mg/dia 10 mg/dia	Dilena
Valerato de Estradiol (VE) + Noretisterona (NETA)	1,0 – 2,0 mg/dia 1,0 – 0,7 mg/dia	Mericomb, Merigest
Valerato de Estradiol (VE) + Levonorgestrel	2,0 mg/dia 0,25 mg/dia	Postoval
Estrogênios conjugados (EC) + MPA	0,625 mg/dia 2,5 – 5,0 – 10 mg/dia	Menosedan ciclo/ fase/ MPA, Premarin MPA, Premelle/ciclo, Prempro mono/ bifásico, Repogen ciclo/conti.
Via transdérmica		
Estradiol + NETA	25 - 50 mcg/dia 0,25 – 50 – 125 - 250 mcg	Estalis SQ, Estracomb TTS, Estragest TTS, Ginedisc 50 plus, System conti/sequi

Classe de Medicamentos	Fármaco	Dose	Mecanismo de ação
Antidopaminérgicos	Veraliprida	100mg/dia	Ação central
	Sulpiride	100mg/dia	Ação central
	Domperidona	10 a 20mg/dia	Ação periférica
Antidepressivos	Venlafaxina	37,5mg a 75mg/d	Ação central - inibidores da recaptagem de serotonina e noradrenalina
Antidepressivos tricíclicos	Carbonato de lítio	300mg/dia	Ação central
	Imipramina	25 a 50mg/dia	Ação central
	Nomifensina	25 a 50mg/dia	Ação central
Antidepressivo tetracíclico	Cloridrato de fluoxetina	20mg/dia	Ação central
Hipno-sedativos	Fenobarbital	50mg/dia	Age no metabolismo do ácido gama aminobutírico
	Alfametildopa	250mg a 500mg/dia	Ação inibidora das catecolaminas
Vasoativos	Benciclano	300mg/dia	Ação vasodilatadora cerebral e periférica
	Cinarizina	75mg/dia	Ação anti-histamínica, age por competição H1
	Clonidina	0,1 a 0,2mg/dia	Ação hipotensora, agonista alfaadrenérgico
	Derivadas do Esporão do Centeio	4,5 a 20mg/dia	Ação vasodilatadora
	Nicergolina	300mg/dia	Ativadora do metabolismo cerebral
	Propranolol	80mg/dia	Ação beta-bloqueadora

Atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário	Bromoergocriptina	1,25 a 2,5mg/dia	Deprime os pulsos de LH
	Ciclofenil	200 a 400mg/dia	Ação na redução do FSH e Prolactina

Principais formulações em TRH de baixa dose

Via oral

17 β-estradiol micronizado 1 mg / didrogesteron 5 mg

17 β-estradiol micronizado 1 mg / acetato de noretisterona 0,5 mg

17 β-estradiol micronizado 1 mg / norgestimato 90 yg (regime intermitente)

Estrogênios conjugados 0,45 mg / acetato de medroxiprogesterona 1,5 mg

Estradiol 1 mg / trimegestona 0,5 mg

Via transdérmica

Estradiol 25 yg

Estradiol 25 yg / noretisterona 125 yg

ANEXO 2 - Terapia não hormonal

Referências Bibliográficas

1. Fernandes CE, Melo NR, Wehba S. Climatério Feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo Lemos editorial, 1999. págs 41 e 42
2. Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. Manual de Atencao a Mulher no Climaterio/Menopausa / Ministerio da Saude, Secretaria de Atencao a Saude, Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas. – Brasília : Editora do Ministerio da Saude, 2008.
3. Pedroso ERP, Oliveira RG. Blackbook – clínica médica. Belo Horizonte, Blackbook editora, 2007