



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

## CIRCULAR INFORMATIVA Nº 01/ 2011

*Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da  
Região Norte (CRSMCA)*

### Menopausa - Conceitos e Estratégias

Documento orientador baseado nos consensos de 2003 e 2009 da Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM), que será actualizado, sempre que necessário, respeitando novas orientações desta organização.

---

**Grupo que elaborou a proposta:**

**Dr. José Furtado**

**Dr.ª Angelina Tavares**

**Dr.ª Cecília Lomba**

**Enf.ª Teresa Moreno**

*Emitido parecer favorável ao documento, em sede da CRSMCA, na reunião de 15 de Novembro de 2010 e aprovada a versão final, após discussão pública, na reunião de 17 de Janeiro de 2011.*

*Deliberado aprovar o documento em reunião do Conselho Directivo da ARSN de 20 de Janeiro de 2011.*



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

## 1. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

---

Menopausa é o termo usado para designar o momento da última menstruação, após um ano de ausência do período menstrual. Trata-se da expressão clínica mais objectiva resultante da falência da actividade endócrina dos ovários, sobretudo da sua incapacidade na produção de estrogénios.

A menopausa pode ser **fisiológica ou natural** resultante do processo biológico natural de cada mulher, ocorrendo habitualmente entre os 45 e os 55 anos ou **iatrogénica ou artificial** resultante duma ooforectomia cirúrgica bilateral, de qualquer acção terapêutica medicamentosa (citostática) ou da acção terapêutica por radiações (radioterapia).

A menopausa iatrogénica resulta sempre dum processo mais inesperado associando-se por isso, a um quadro clínico mais exuberante. Dependendo da idade a que acontece, necessita de cuidados médicos mais interventivos, nomeadamente, em relação às terapêuticas hormonais substitutivas quando não contra indicadas.

A menopausa pode ser ainda classificada de **precoce** quando acontece antes dos 40 anos ou de **tardia** quando surge após os 55 anos.

A menopausa antes dos 45 anos (engloba naturalmente a precoce) deve ser considerada em termos de intervenção terapêutica substitutiva.

A menopausa tardia, pela sua exposição prolongada aos estrogénios, requer uma vigilância clínica mais preocupada e cuidada, pelo aumento do risco de cancro do endométrio que esta situação determina.

A menopausa baseia-se na observação clínica, pela ausência de cataménios 12 meses após a última menstruação. No entanto, a confirmação diagnóstica deve ser realizada através do doseamento sérico da FSH e do Estradiol:

**Confirmação diagnóstica: FSH > 40 mUI/ml e Estradiol < 20-30 pg / ml.**

Durante este período e ao longo da transição é aconselhável a utilização de métodos contraceptivos adequados.

### **Climatério**

O climatério é o período da vida biológica da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, e no qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica.

O climatério engloba os períodos da **pré-menopausa** (início do declínio da função ovárica até à menopausa), da **peri-menopausa** (engloba a pré-menopausa até um ano após a última menstruação) e da **pós-menopausa** (período que começa com a última menstruação).

A carência hormonal provocada pela falência ovárica, fisiológica ou iatrogénica, conduz na mulher alterações físicas e psicológicas, a que se associam sinais e sintomas mais ou menos importantes, e que irão condicionar o estado de saúde geral dessas mulheres.

### **Sinais e Sintomas do Climatério**

A carência estrogénica atinge vários tecidos e vários órgãos, resultando daí a enorme diversidade de sinais e sintomas característicos desta fase. A intensidade dos sintomas está relacionada com a rapidez com que se instala a insuficiência estrogénica.

#### **Manifestações precoces - relacionadas com a flutuação dos níveis de estrogénios.**

Amenorreia - ausência de menstruação

Irregularidades menstruais

Perturbações vasomotoras - calores, afrontamentos, suores nocturnos.

Perturbações do sono

Perturbações do humor - irritabilidade, angústia, estados depressivos...

#### **Manifestações tardias (a médio e a longo prazo) - relacionadas com a carência de estrogénios.**

Alterações cutâneas - rugas, perda de elasticidade, da espessura e da resistência da pele.

Perturbações genitais - secura vaginal, dispareunia, disfunção sexual...

Perturbações urinárias - cistite, urgência miccional, incontinência urinária...

Alterações cerebrais - aumento do risco das D. de Alzheimer e AVC, déficite de concentração e perda da memória recente

Doenças cardiovasculares - aumento de risco de Enfarte Agudo do Miocárdio

Osteoporose

Com o aumento da esperança de vida, que na mulher ocidental se situa já para lá dos oitenta anos, e que implica que as mulheres hoje vivam mais de um terço das suas vidas em menopausa, estes efeitos nefastos têm cada vez mais importância em termos da qualidade de vida e devem ser cuidadosamente vigiados e minimizados.

## Tratamento

*‘Dar mais anos à vida e mais vida aos anos’ -*

*SPG - SPMenopausa*

A medicina preventiva apoiada na educação para uma dieta alimentar adequada, pobre em gorduras, na suplementação de cálcio (1000 a 1200g/d) e de vitamina D (700 a 800UI/d), na não ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, na abolição do tabagismo, e, no exercício físico regular são medidas de carácter geral que poderão minimizar os riscos dessa carência hormonal e, melhorar os índices de qualidade de vida das mulheres pós menopausicas.

Essas medidas de carácter geral são no entanto, inúmeras vezes insuficientes, pelo que, recorrer às **Terapêuticas Hormonais** são a alternativa.

### Indicações para as terapêuticas hormonais

- Estrogénios

Tratamento dos sintomas vasomotores

Tratamento da atrofia urogenital

Prevenção da osteoporose

- Progestagénios

Controle do ciclo na peri-menopausa

Regular o efeito proliferativo dos estrogénios a nível do tecido endometrial.

(a utilizar só nas mulheres com útero)

### Contra-indicações absolutas

Hemorragia genital não esclarecida

Tumores Hormonodependentes

Doença Hepática Aguda

Tromboembolismo Agudo

Meningioma (progestagénios)

### Contra-indicações relativas

Miomas

Porfíria

Endometriose



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

Enxaqueca  
Trombofilia  
Antecedentes de tromboembolismo  
Doença cardiovascular  
Insuficiência Hepática.

5

A Terapêutica Hormonal (TH) é a terapêutica mais eficaz para o tratamento dos sintomas vasomotores e da atrofia urogenital, contribuindo com eficácia reconhecida na melhoria das perturbações urinárias e psicológicas, na prevenção da osteoporose e do cancro do cólon da mulher pós menopausica. Está associada à diminuição da mortalidade global feminina e à melhoria da sua qualidade de vida.

A TH quando associada a outros factores, potencia o risco em relação ao tromboembolismo venoso, à doença cardiovascular e ao carcinoma da mama.

#### **Como e quando iniciar a Terapêutica Hormonal?**

Antes de iniciar qualquer tipo de terapêutica hormonal, a mulher deve ser submetida a história clínica com exame físico, mamografia, ecografia pélvica e perfil analítico. Deve haver decisão informada por parte da mulher.

A TH deve começar o mais precocemente possível, logo após o início dos sintomas, sendo a sua eficácia e a sua segurança tanto maiores quanto mais cedo se iniciar o tratamento.

A dose e a modalidade terapêutica deve ser personalizada e a mínima eficaz.

Na perimenopausa, quando surgem as irregularidades menstruais e, com o objectivo de prevenir a hiperplasia endometrial, deve ser instituído um regime progestagénico cíclico até cessarem as hemorragias de privação (sinal de hipoestrogenismo).

Pode ser instituído nestas situações e, como alternativa, uma terapêutica estro-progestagénica (TEP) preferencialmente, sequencial. Esta opção requer a confirmação laboratorial de menopausa (doseamento sérico da FSH) após a suspensão da TEP.

Na menopausa precoce (natural ou iatrogénica) é aconselhável TH pelo menos até aos 50 anos.

Nas mulheres hysterectomizadas a terapêutica deve ser só estrogénica.

A TH com estrogénios e progestagénios contínua pode ser efectuada durante cinco anos sem qualquer risco acrescido para cancro da mama e a TH só com estrogénios não apresenta risco acrescido para cancro da mama quando utilizada até aos sete anos.

A utilização de estrogenoterapia local deve ser considerada como forma isolada ou complementar à TH sistémica e, normalmente, pode e deve ser utilizada por períodos longos.



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

### Como vigiar?

A duração do tratamento é variável, dependendo sempre da relação risco/benefício e da vontade da mulher.

A vigilância clínica e analítica (perfil lipídico, glicemia, função hepática e renal) deve ser anual.

A ecografia pélvica deve ser transvaginal por apresentar maior acuidade diagnóstica, sendo obrigatória perante qualquer quadro de hemorragia.

A mamografia deve ser anual ou de dois em dois anos, individualizada conforme os factores de risco, e, a ecografia mamária será sempre considerada um exame complementar à mamografia.

A densitometria óssea (DMO) não faz parte dos exames de rotina para iniciar uma TH. Deve ser pedida quando se pretende efectuar tratamentos específicos em mulheres com factores de risco para osteoporose, idade > 65 anos, e, em situações clínicas que justifiquem a avaliação terapêutica.

As mulheres a efectuar TH devem efectuar citologias cervicais dentro do protocolo vigente para o rastreio do cancro do colo.

### Quando referenciar ao Hospital?

Na presença de efeitos colaterais da TH que sejam persistentes ou de difícil controlo.

Na presença de sintomas ou patologias ginecológicas ou mamárias suspeitas.

QUADRO 1 - Fármacos e Modalidades Terapêuticas

FÁRMACO	INDICAÇÃO	NOME COMERCIAL	OBSERVAÇÕES
<b>Estrogénios</b>	Histerectomizadas sem endometriose ou tumores hormonodependente (Ca do endométrio, Ca endometrióide do ovário, Ca da Mama, etc).	<i>Climara®</i> , <i>Dermestril®</i> , <i>Estraderm®</i> , <i>Estradot®</i> , <i>Estrofem®</i> , <i>Estreva®</i> e <i>Zumenon®</i>	
<b>Progestativos isolados cíclicos ou contínuos</b>	Perimenopausa - em mulheres com irregularidades menstruais após avaliação do endométrio	<i>Duphaston®</i> , <i>Lutenyl®</i> , <i>Primolut-Nor®*</i> , <i>Provera®</i> , <i>Mirena®*</i> , <i>Surgestone®</i> , <i>Utrogestan®</i>	Os progestativos, sobretudo a noretisterona tem algum efeito sobre a síndrome vasomotora
<b>Estroprogestativos cíclicos</b>	Irregularidades menstruais (após avaliação do endométrio) e perturbações vasomotoras da perimenopausa	<i>Angeliq®</i> , <i>Avadene®</i> , <i>Climen®</i> , <i>Dilena®</i> , <i>Estalis Sequi®</i> , <i>Estracomb®</i> , <i>Femoston 2/10®</i> ,	Na TH os progestativos devem ser utilizados o menor



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

		<i>Novofem®, Nuvelle®, e Trisequens®</i>	número de dias possível e por isso deve dar-se preferência aos esquemas cíclicos
<b>Estroprogestativos contínuos</b>	Vontade da mulher em não ter hemorragias (poderá ter <i>spotting</i> ) Epilepsia Endometriose	<i>Activelle®, Climodien®, Estalis®, Femoston 1/5®, Kliogest®, Mirena®* + estrogénio isolado</i>	Nas mulheres hysterectomizadas este esquema deve usar-se apenas na fase inicial
<b>Tibolona</b>	Indicações iguais aos estroprogestativos contínuos. Alterações da libido e do humor Tensão mamária/mastodínia, > da densidade mamográfica Antecedentes ou sob outras modalidades de TH Patologia benigna da mama e/ou do útero	<i>Clitax®, Goldar®, Livial®</i>	
<b>Estrogénios locais</b>	Boa actividade metabólica local, fraca absorção e fraca actividade sistémica	<i>Ovestin® Pausigin® Colpotrophine® Trophoseptine®</i>	Dar preferência às formulações com estríol para tratamento de patologia local. Pode ser usado como terapêutica isolada ou associada a outros fármacos, como a TH sistémica ou o Raloxifeno, no tratamento das vaginites, cistites, urgência miccional, dispareunia, etc.
	Boa actividade metabólica local, boa absorção e actividade sistémica igual à via oral ou à transdérmica.	<i>Vagifem®</i>	



Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

## Quadro 2 - Fármacos e Modalidades Terapêuticas

FÁRMACO	INDICAÇÃO	NOME COMERCIAL	OBSERVAÇÕES
<b>Fitoestrogénios</b>	Têm sido propostas para tratamento da sintomatologia vasomotora, embora não esteja comprovada a sua eficácia, por falta de estudos randomizados suficientes	Genisteína e daidzeína enterodiol e enterolactona 4'cumestrol	São substâncias derivadas de espécies vegetais, com alguma actividade estrogénica. Não se conhece o efeito potencial destas substâncias na mama e no endométrio
<b>Raloxifeno</b>	Prevenção e tratamento da osteoporose Mulher sem sintomatologia vasomotora (indicação reforçada em mulher com risco aumentado de cancro da mama)	<i>Evista® e Optruma®</i>	
<b>Bisfosfonatos</b> Risedronato, Ibandronato, Alendronato, Zoledronato	Tratamento da osteoporose trabecular e cortical e induzida por corticóides	<i>Actonel®, Bonviva Adronat e Adrovanse® Fosamax e Fosavance® Aclasta®</i>	
<b>Ralenato Estrôncio</b>	Tratamento da osteoporose	<i>Protelos® e Osseor®</i>	
<b>Teriparatida</b>	Tratamento da osteoporose	<i>Forsteo®</i>	
<b>Antidepressivos</b>		Fluoxetina ; Venlafaxina Paroxetina	
<b>Outras opções</b>		Clonixina, Tramadol	





Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

Quadro 3 - Fármacos e vias de administração

VIA	FÁRMACOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS	INDICAÇÕES
<b>ORAL</b>	<i>Estrofem®</i> , <i>Zumenon®</i> ; <i>Activelle®</i> , <i>Climen®</i> , <i>Climodien®</i> , <i>Dilena®</i> , <i>Femoston®</i> , <i>Kliogest®</i> , <i>Nuvelle®</i> , <i>Trisequens®</i> , <i>Avaden</i> .	Alívio mais rápido da sintomatologia vasomotora Efeitos positivos no metabolismo lipídico: ↓ mais rápida de colesterol total e LDL ; ↑ do HDL ↓ dos níveis homocisteína	↑ dos triglicéridos Pode aumentar a insulinoresistência nos regimesEP ↑ de marcadores inflamatórios associados a doença arterial (PCR) ↑ do substrato de renina ↑ da litogenicidade da biliar com aumento do risco de litíase vesicular ↑ do risco de hipercoagulação	TH em geral Preferência da mulher (caso não exista contra-indicação) Hipercolesterolemia Alergia e/ou má adesividade da via transdérmica
<b>TRANSDÉRMICA</b>  As hormonas por via transdérmica entram directamente na circulação evitando a primeira passagem hepática.	<i>Climara®</i> , <i>Dermestril®</i> , <i>Estraderm®</i> , <i>Estradot®</i> , <i>Estreva®</i> , <i>Femsete®</i> , <i>Estrapatch®</i> , <i>Estracomb®</i>	Níveis séricos hormonais estáveis que minimiza as flutuações hormonais, o que pode ser relevante nas mulheres com cefaleias e enxaquecas; Não interfere com níveis de triglicéridos Efeito neutro no sistema renina/angiotensina < efeito sobre os f. coagulação ↓ a SHBG com ↑ da testosterona livre	Alergia ou má adesividade Efeito menos marcado no colesterol Alívio menos rápido da sintomatologia vasomotora	TH em geral Preferência da mulher (caso não tenha contra-indicação) Diabetes Mellitus Litíase vesicular, HTA Risco > de tromboembolismo Cefaleias Epilepsia Mulheres hipocoaguladas Mulheres com polimedicação Hipertriglicéridemia Transplante renal/hepático
<b>MISTA</b>  Associação de um estrogénio oral ou transdérmico a DIU libertador de levonorgestrel	<i>Climara®</i> , <i>Dermestril®</i> , <i>Estraderm®</i> , <i>Estradot®</i> , <i>Estrofem®</i> <i>Zumenon®</i> associado a <i>Mirena®</i>	Permite administrar Estrog isolados em mulher não hysterectomizada Contraceção na pré-menopausa Controlo de menorragias da perimenopausa	Aplicação do DIU e aceitabilidade do método	TH em geral Preferência da mulher (caso não tenha contra-indicação ao DIU) Contraceção Controlo de menorragias na perimenopausa
<b>VAGINAL</b>	<i>Ovestin®</i> , <i>Pausigin®</i> , <i>Colpotrophine®</i> , <i>Trophoseptine®</i> <i>Vagifem®</i>	Efeito predominante a nível urogenital Reduzido efeito sistémico (estriol)	Não é eficaz no tratamento da sintomatologia vasomotora e não tem outros efeitos sistémicos benéficos (estriol)	Atrofia urogenital ↓ da incidência das infecções urinárias recorrentes Adjuvante no tratamento da urgência miccional

## 5. BIBLIOGRAFIA

---

- ▶ SPM: Consenso sobre terapêuticas hormonais. [www.spmenopausa.pt](http://www.spmenopausa.pt).
- ▶ SPM: Consenso da Sociedade Portuguesa da Menopausa sobre terapêuticas Hormonais - 2009. [www.spmenopausa.pt](http://www.spmenopausa.pt).
- ▶ SPM: Estratégias para a saúde da Mulher na pós-menopausa.
- ▶ DGS Circular Informativa nº12/2008 - OT para utilização DEXA.
- ▶ DGS Circular Informativa nº13/2008 - OT para suplementação de cálcio e vitamina D.
- ▶ DGS Norma n.º 001/2010 de 23/09/2010 - Avaliação da osteoporose no adulto.