

**Evidências contemporâneas sobre o uso da terapia de reposição hormonal****Contemporary evidence on the use of hormonal replacement therapy**

Recebimento dos originais: 09/01/2019

Aceitação para publicação: 11/02/2019

**Matheus Moura da Silva**

Farmacêutico. Especialista em Farmácia Clínica pelo Intuito Israelita de Ensino e Pesquisa  
Albert Einstein

Instituição: Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

Endereço: Av. Albert Einstein, 627 - Morumbi, São Paulo - SP

E-mail: matheusmms95@hotmail.com

**Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno**

Farmacêutica. Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté  
(UNITAU) e Especialista em Hematologia Clínica pelo Conselho Regional de Farmácia do  
Estado do Maranhão (CRF-MA)

Instituição: Docente pela Faculdade de Imperatriz (FACIMP/WYDEN)

Endereço: Av. Prudente de Moraes, s/n - Parque Sanharol, Imperatriz - MA,

E-mail: rayssa.castro@facimp.edu.br

**Maria Simone Pereira Maciel**

Farmacêutica. Especialista em Farmacologia e dispensação farmacêutica pela Faculdade  
Cathedral e Especialista em Citologia Clínica pelo Instituto Educacional Santa Catarina,  
Faculdade Guaraí.

Instituição: Faculdade de Imperatriz (FACIMP)

Endereço: Av. Prudente de Moraes, s/n - Parque Sanharol, Imperatriz - MA,

E-mail: msimonep@gmail.com

**Rafaela Maianna Cruz de Castro Freitas**

Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal  
de Santa Catarina (UFSC) e Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pelo Instituto  
Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO)

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: Rua Augusto Corrêa, 1 - Guamá, Belém - PA, Brasil.

E-mail: rafa\_maianna@hotmail.com

**Talita Pinho Marcelino**

Farmacêutica. Especialista em Farmacologia Clínica e Hospitalar – Instituto Nordeste de  
Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO)

Instituição: Docente pela Faculdade de Imperatriz (FACIMP/WYDEN)

Endereço: Av. Prudente de Moraes, s/n - Parque Sanharol, Imperatriz – MA

E-mail: talita.pinho@facimp.edu.br

**RESUMO**

A Reposição Hormonal é uma terapia baseada na administração de estrógenos e progestógenos separadamente ou em combinação, sendo a mesma indicada para o alívio dos sintomas relacionados com o período da menopausa. Hoje após muitas análises e com o avançar das pesquisas novas conclusões a respeito da reposição hormonal ganharam a mídia. Partindo deste pressuposto, o presente estudo objetivou-se, identificar a aplicabilidade da terapia de reposição hormonal considerando seus benefícios e malefícios, analisando o cenário regional, de forma a compreender os motivos que comumente levam os médicos a indicarem que mulheres optem por terapia de reposição hormonal, avaliando assim o conhecimento dos mesmos, bem como os cuidados tidos no momento da prescrição e acompanhamento destas pacientes. Para obtenção dos resultados e conseqüentemente atingir os objetivos da pesquisa foram realizadas entrevistas com médicos especialistas em ginecologia da cidade de Imperatriz – MA, entre outras evidências encontradas na pesquisa destacam-se, a alta frequência de mulheres a procura por tratamento da menopausa, porém ainda na região ainda é pequena a busca especificamente pela TRH diferentemente de outras regiões, isso porque segundo os especialistas as mulheres desconhecem ou tem medo da hormonioterapia, porém tal característica não impede de constantemente eles indicarem para suas pacientes a TRH. Com base nos estudos realizados fica evidente que a reposição é uma terapia eficaz e segura, desde que realizada com segurança, devidamente acompanhada por um profissional qualificado e dentro dos limites evidenciados pela ciência.

**Palavras-chaves:** Terapia de reposição hormonal. Evidências atuais. Riscos. Benefícios.

#### **ABSTRACT**

Hormonal Replacement is a therapy based on the administration of estrogens and progestogens separately or in combination, and is indicated for the relief of the symptoms related to the period of menopause. Today after much analysis and with the advancement of research new findings on hormone replacement have won the media. Based on this assumption, the present study aimed to identify the applicability of hormone replacement therapy considering its benefits and harms by analyzing the regional scenario in order to understand the reasons that commonly lead physicians to indicate that women opt for replacement therapy hormonal, thus evaluating their knowledge, as well as the care taken at the time of prescription and follow-up of these patients. In order to obtain the results and consequently to reach the objectives of the research, interviews with physicians specialized in gynecology of the city of Imperatriz - MA, among other evidences found in the research, stand out the high frequency of women seeking treatment for menopause, but still in the region is still small the search specifically for HRT differently from other regions, this because according to the experts women are unaware or afraid of hormone therapy, however such a characteristic does not prevent them from constantly indicating to their patients HRT. Based on the studies performed it is evident that the replacement is an effective and safe therapy, provided it is performed safely, duly accompanied by a qualified professional and within the limits evidenced by science.

**Keywords:** Hormone replacement therapy. Current evidence. Scratches. Benefits.

## **1 INTRODUÇÃO**

A Reposição Hormonal é uma terapia realizada com estrógenos que representa um grupo de substâncias derivadas da aromatização de andrógenos precursores, progestógenos que em certo número advém da progesterona sinteticamente alterada e associações, que vem sendo usada no controle de manifestações vasomotoras e urogenitais decorrentes do decréscimo de produção de esteroides, tendo em base seus princípios, a mesma também auxilia no rejuvenescimento da pele, na manutenção da libido, melhora da qualidade de vida e atua como adjuvante no controle da depressão associada à menopausa (GREENHALGH, 1997).

A utilização de hormônios para fins terapêuticos teve seu nascer no início do século 19, quando se notou que transplantes ovarianos em animais de estudo impediam os efeitos da gonadectomia, partindo desse pressuposto ocorreu, especialmente nos últimos 50 anos, um alavancar nos conhecimentos oriundos a terapia endócrina, aprofundamento de pesquisas relacionadas ao mecanismo de ação e metabolismo dos esteroides ovarianos, e ainda na síntese de compostos de maior atividade biológica, popularizando assim hormonioterapia (SILVA, 2013).

Todavia o uso prolongado desta, objetivando prevenir outras alterações relacionadas à menopausa, está sendo vista com cautela, isso porque nas últimas décadas muitas informações desconstruídas foram veiculadas, elencando uma série de questões sobre a real eficácia e benefícios da terapia de reposição hormonal elevando desta forma a necessidade de estudos direcionados ao tema.

De forma geral, com o crescimento abrupto e modernização da terapia de reposição hormonal, certos questionamentos a respeito da sua aplicabilidade surgiram e tomou destaque na mídia, entretanto, outras linhas de pesquisa refutam tais informações, formando então um ambiente complexo e de insegurança em torno da TRH (Terapia de Reposição Hormonal), o que afeta diretamente as mulheres, que em suma, encontram-se na situação de desconforto a despeito de tal temática e por falta de informações ou por desconhecerem as características do período da menopausa, em sua maioria não consegue proceder quanto aos possíveis tratamentos do climatério.

Portanto, levando em consideração todas as características envolvidas nesta temática o presente estudo, Objetivou-se, identificar a aplicabilidade da terapia de reposição hormonal considerando seus benefícios e malefícios, analisando o cenário regional, de forma a compreender os motivos que comumente levam os médicos a indicarem que mulheres optem

por terapia de reposição hormonal, avaliando o conhecimento dos mesmos, bem como os cuidados tidos no momento da prescrição e acompanhamento destas pacientes.

Desta forma, estudos voltados para este contexto tornam-se de grande valia, pois reúne informações importantes, atualizadas e pertinentes sobre aplicabilidade, riscos e também os benefícios associados a reposição hormonal em mulheres.

## **2 MÉTODO**

O presente estudo classifica-se quanto aos fins como pesquisa descritiva, pois a mesma baseia-se na observação, registro, análise e o correlacionamento de fatos sem modifica-los, objetivando desta forma, descobrir a frequência de um possível fenômeno, ressaltando assim a relação existente entre ele e outros, sempre explorando sua natureza em busca de suas características e exploratória, pois por meio de um levantamento bibliográfico objetiva-se proporcionar uma visão mais aprofundada de determinado fato visto a pouca exploração do tema, visando desta forma maiores informações sobre o fenômeno ou desenvolver novas percepções e conceitos (CERVO; BERVIAN 1996; GIL, 2008). As informações contidas na pesquisa foram obtidas mediante aplicação de pesquisa bibliográfica e de campo, com característica qualitativa descritiva.

O universo da pesquisa compreendeu a cidade de Imperatriz – MA, com uma população estimada de 253.123 habitantes segundo o senso do ano de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) sendo desta forma a segunda maior cidade do estado.

A amostragem se deu por acessibilidade de forma não probabilística, constituindo assim um tipo menos rigoroso de pesquisa e amostragem destituída desta forma de qualquer rigor estatístico, sendo que as informações obtidas por facilidade de acesso à médicos especialistas em ginecologia (GIL, 2008). Os dados foram obtidos mediante a realização de entrevistas com os profissionais em seus respectivos locais de atendimento.

Como instrumentos de coleta de dados foram realizadas entrevistas com 05 (cinco) profissionais médicos que trabalham na área da ginecologia da cidade de Imperatriz – MA com o intuito de obter informações pertinentes a Terapia de Reposição Hormonal bem como procedimentos de indicação e opinião sobre a temática.

Para a realização da análise de dados dos discursos obtidos das entrevistas com os ginecologistas, foi utilizado o software Qualiquantsoft, que consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua fonte de informação,

extraindo-se de cada um destes materiais obtidos informações, formulado assim o Discurso do Sujeito Coletivo (DCS).

O DSC trata-se de uma metodologia que está baseada no agrupamento de expressões individuais que apresentam informações semelhantes pertinentes a uma determinada temática, dispostas em Ideias Centrais que representam por meio de trechos específicos, de forma mais sintética possível, a essência do discurso do entrevistado para cada questionamento evidenciado, dando base para a formulação do DSC ou Ancoragem que é caracterizada por meio de expressões contendo uma opinião ou teoria própria do depoente que está presente no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer, porém de relevância para a pesquisa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, o presente foi submetido ao comitê de ética, atendendo desta forma, todos os fundamentos éticos e científicos exigidos. Ressalva-se que, os participantes não foram obrigados a participarem, podendo então desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, de forma que, toda e qualquer informação pertinente ao presente estudo poderá ser consultada no acervo bibliográfico da instituição ou recorrer ao orientador para maiores esclarecimentos. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Bioética (COEB) da instituição envolvida. Cada participante da pesquisa foi instruído e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a utilização de seus dados na pesquisa.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 ASPECTOS GERAIS DA FISIOLOGIA FEMININA**

A diferenciação sexual humana tem seu início ainda da fertilização, momento no qual os dois conjuntos haploides de cromossomos juntam-se ao zigoto que é resultado da união dos gametas masculino e feminino que transporta os genes responsáveis por definirem o conjunto de características de um indivíduo, formando uma célula que contém o complemento de cromossomos que dentre esses se destacam os cromossomos sexuais X e Y, no qual um zigoto feminino apresenta dois cromossomos X diferentemente do zigoto masculino que apresenta um cromossomo X e outro Y (BERNE et al., 2004).

Nas primeiras semanas de gestação o desenvolvimento gonadal é o mesmo para ambos os sexos, ou seja, não há diferença entre homem e mulher, porém a partir da 8ª a 9ª semana de vida embrionária inicia-se a diferenciação sexual, no qual para ocorrer expressão fenotípica masculino depende-se diretamente da secreção de testosterona pelas células intersticiais de

Leydeig, contudo na ausência desse esteroide leva a formação do trato genital feminino (DAVIES, et al., 2002).

Ainda segundo DAVIES, et al., (2002), por conta da não secreção testicular de testosterona ou do hormônio inibidor mulleriano (MIH), os ductos de Muller sofrem o amadurecimento para a formação dos ovários, útero, cérvix e parte da vagina ao passo que o sistema de ductos Wolffianos regride, ainda nessa perspectiva, sob forte influência do hormônio luteinizante hipofisário (LH) o sistema feminino se desenvolve com as pregas uretrais e áreas de turgência genital formando os pequenos lábios e o tubérculo genital tornando-se o clitóris. Outras características associadas à diferenciação sexual fenotípica feminina se dão após o parto, especialmente na puberdade.

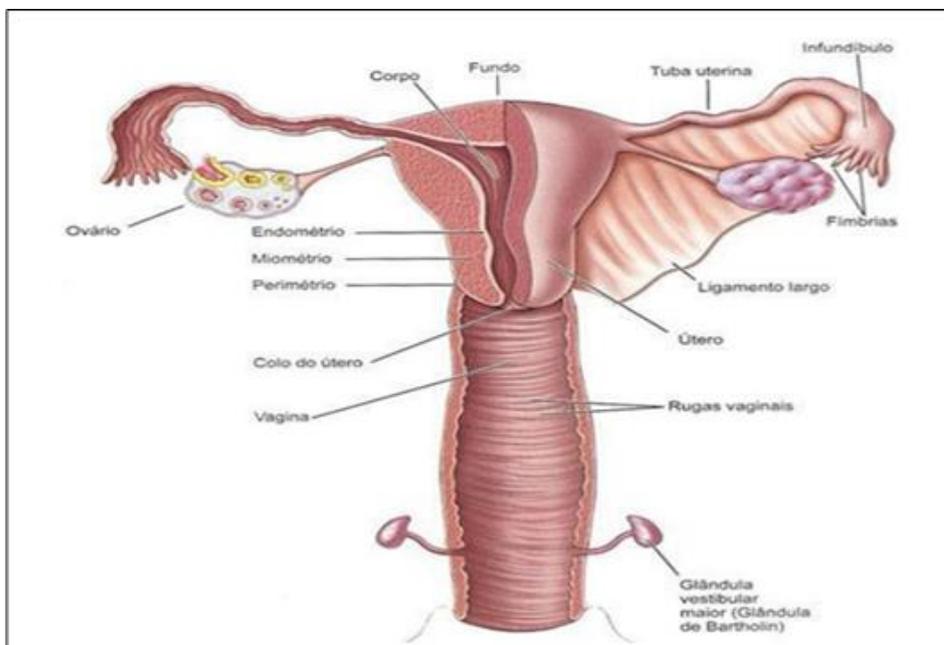
Ao chegar à puberdade, que é a transição da infância para a fase adulta, a mulher apresenta o seu primeiro ciclo menstrual que é denominado como menarca. Por volta dos oito anos de idade ocorre um gradual aumento na secreção do hormônio gonadotrópico pela hipófise que normalmente entre 11 e 16 anos leva a mulher a iniciar a puberdade. Deve-se ressaltar que na infância, por razões ainda desconhecidas a hipófise infantil e os ovários não secretam quantidades significativas de hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), estudos mostram que é necessário o hipotálamo, que por si só é capaz de secretar este hormônio, seja estimulado por alguma área do cérebro, podendo ser algum ponto do sistema límbico, e esta sinalização só ocorre próximo a puberdade. Após tal aumento ocorre um progressivo decréscimo na produção hormonal, levando a mulher ao período da menopausa (GUYTON; HALL, 2006).

O climatério, é comum em ambos os sexos sendo que o mesmo é caracterizado como, um declínio da produção hormonal gonadotrópica por volta dos 50 anos de vida do indivíduo, nas mulheres especificamente, a capacidade reprodutiva é perdida levando a menopausa, tanto em homens como mulheres a secreção de esteroides sexuais diminui, de forma que a retroalimentação negativa diminuída leva ao aumento dos níveis de gonadotropina plasmáticas. O nível do hormônio folículoestimulante (FSH) torna-se mais elevado do que os níveis de LH e o aumento é mais distinto em mulheres. Ocorrem quedas na produção de estradiol e testosterona acompanhados com o decréscimo na secreção dos hormônios do crescimento GH e IGF-1, levando a perda de massa óssea e muscular bem como um ganho de massa adiposa (BERNE et al., 2004).

**3.1.1 Estrutura anatômica do sistema reprodutivo feminino**

A estrutura geral que compõe o sistema reprodutivo feminino é composta pela vagina, um canal tubular que liga genitália externa ao útero, por sua vez o útero é uma estrutura muscular onde o feto se desenvolve. Outro órgão que compõe a estrutura reprodutiva são as trompas uterinas, posicionadas nas laterais superiores do útero, apresentam uma curvatura ao logo da sua estrutura em direção lateral e posterior, em torno da cavidade pélvica. De forma suspensa sob a franja terminal de cada trompa uterina, encontram-se dois ovários. A composição estrutural reprodutiva feminina pode ser vista com detalhes na figura 1 (GUYTON, 1988).

Figura 1 - Anatomia da sistema reprodutor feminino.



Fonte: UFJF (2014)

O útero apresenta um estreitamento inferior denominado como colo uterino ou cérvix, que se abre na porção da vagina. No aparelho genital feminino o rolhão de muco cervical é a única barreira física entre a vagina e o útero, por sua vez a vaginal apresenta uma abertura localizada posteriormente à abertura uretral. Há também dois orifícios que se apresentam recobertos longitudinalmente por pregas que são os pequenos e os grandes lábios. O clítoris é uma pequena estrutura formada por tecido erétil, situada na extremidade anterior dos pequenos lábios (FERNANDES; FORTUNATO; CORREIA-PINTO, 2003).

### 3.2 FISILOGIA DO SISTEMA ENDÓCRINO HUMANO

O sistema endócrino humano é um grupamento interligado de órgãos que de forma bem organizada possibilita um estado de equilíbrio metabólico, ou homeostático, entre os órgãos do corpo. Os órgãos do sistema endócrino são mediados por agentes na sinalização que atuam em células-alvos que estão distantes de seus locais de síntese, tais agentes são normalmente denominados hormônios (ROBBINS; COTRAN, 2010).

De acordo com Junqueira e Carneiro (2013) hormônios são agentes químicos sinalizadores, que são liberados por células especializadas denominadas como endócrinas, pois secretam tais compostos dentro do organismo, a união de várias células endócrinas formam a glândula endócrina, em que se posicionam em forma de cordões celulares, com exceção da glândula tireoide, que as células estão organizadas na forma de folículos. O autor complementa afirmando que os hormônios só atuam distantes de seu local de síntese por conta da proximidade das células endócrinas com os capilares sanguíneos, que acolhem a substância e a distribui por todo o organismo.

A interação hormônio célula-alvo se dá pelo reconhecimento celular hormonal por meio da ligação com seu receptor específico dentro ou imediatamente adjacente à membrana da célula, desta forma um sinal é gerado por meio de um complexo enzimático produzindo assim um efeito esperado, toda via há um segundo mecanismo no qual o hormônio adentra a célula juntamente com seu receptor para enfim gerar uma resposta, esse mecanismo é comum entre homônimos esteroides e da tireoide. Nesse caso no interior da célula o hormônio interage com o DNA do núcleo, modificando a expressão genica gerando uma resposta, de forma que, a interação hormônio receptor é a resposta primaria e essencial, e o DNA um segundo mensageiro (BERNE et al., 2004).

#### 3.2.1 Hormônios sexuais femininos, características e funções

A hipófise é uma glândula endócrina, localizada na base do cérebro ligada ao hipotálamo, fisiologicamente ela é dividida em duas porções distintas a hipófise anterior também chamada de adenohipófise, e hipófise posterior ou neurohipófise, nesse interim, deve-se ressaltar a adenohipófise por conta de seu desempenho nas funções metabólicas do organismo humano, especialmente na fisiologia feminina, destacando-se a secreção dos hormônios gonodotrópicos, folículoestimulante e o hormônio luteinizante que controlam o crescimento ovariano e suas atividades hormonais (GUYTON; HALL, 2000).

Os hormônios folículoestimulante (FHS) e luteinizante (LH) são caracterizados como glicoproteínas de massa molecular em torno de 30 KDa e divididos em duas subunidades, uma beta ( $\beta$ ) única para cada hormônio e a outra alfa ( $\alpha$ ) apresentando sequência de aminoácidos iguais (MARSHALL; BANGERT; LAPSLEY, 2013). O FSH é essencial para a ovulação, é o responsável pelo crescimento e maturação folicular. Na vida adulta da mulher as concentrações máximas deste hormônio são atingidas nas proximidades da ovulação e após a menopausa, sua secreção é diminuída por ação hormonal da inibina. Já o LH é o responsável pelo rompimento do folículo maduro, desenvolve as células da teca e estimula o interstício, suas concentrações juntamente com as do FHS apresentam-se elevadas 16 – 24 horas antes da ovulação e início da fase progestacional (CINGOLANI; HOUSSAY, 2004).

Os estrógenos são originários dos ovários e placenta pela síntese do colesterol. Os principais estrógenos endócrinos nos humanos são o estroma, estriol e o mais potente o estradiol. Os estrógenos agem concomitantemente com a progesterona induzindo assim a síntese dos receptores de progesterona no útero, vagina, adeno-hipófise e hipotálamo, toda via a progesterona decai a expressão de receptores de estrógenos no trato reprodutor (RANG; DALE, 2011). Os estrógenos também atuam a nível sistêmico, proporcionando as características físicas femininas, concentração de gordura para modelação das mamas e nádegas, tom de voz por meio de modificações na laringe, distribuição dos pelos, reabsorção de sódio a nível renal e interfere na modelação e estrutura óssea (FERNANDES; FORTUNATO; CORREIA-PINTO, 2003).

A progesterona é um intermediário essencial na síntese do hormônio esteroide, tem sua excreção a níveis consideráveis realizados apenas pelo corpo lúteo e placenta. Durante a segunda parte do ciclo menstrual a progesterona tem suas maiores concentrações e tem seu decréscimo após a concepção, liga-se a albumina e transcortina na corrente sanguínea, é pirogênica e eleva a temperatura basal corporal. Exerce grandes e importantes efeitos sob o útero, destacando-se a preparação do endométrio para a implantação do embrião e efeitos sobre o colo do útero, seios e vagina (MARSHALL; BANGERT; LAPSLEY, 2013).

Outro hormônio importante para a sexualidade feminina é testosterona, uma esteroide diretamente ligado ao sexo masculino, porém é produzido em pequenas quantidades nos ovários e suprarrenais interferindo diretamente na serotonina e prolactina, também agem sob a dopamina e vasopressina (CRENSHAW, 1998; DAVEY, 2012; FONSECA et al., 2010; KINGSBERG et al., 2007). Entretanto, com o decréscimo dos níveis de andrógenos na corrente sistêmica por conta da idade, desencadeiam uma síndrome caracterizada pela

deficiência androgênica levando a mulher na pós-menopausa a uma possível queda da libido e ao distúrbio sexual hipoativo (REVICKI, et al., 2011).

### **3.2.2 Alterações patológicas ligadas à menarca e ao climatério**

A menarca representa a primeira menstruação da mulher como já exposto anteriormente, tomando desta forma destaque na sequência maturativa do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO), por conta da imaturidade deste eixo os ciclos menstruais tomam características irregulares, permanecendo deste modo durante os primeiros anos após a menarca, mesmo essa irregularidade representando um evento fisiológico normal existem certas patologias que alteram o ciclo menstrual antes ou depois da primeira menstruação, já no estágio oposto a menarca tem-se o climatério e a menopausa que caracteriza-se pela depressão progressiva da síntese estrogênios e outros hormônios desencadeando uma serie de alterações que podem ser anormais (BEZNOS, 2006.; ALDRIGHI; ALDRIGHI; ALDRIGHI, 2005).

O sangramento uterino disfuncional ou endócrino é um exemplo de distúrbio patológico comumente presente logo após a menarca ou em qualquer período reprodutivo feminino, todavia deve-se destacar a prevalência do mesmo na perimenopausa. (MACHADO, 2001), é a forma anormal de sangramento uterino, sem causa orgânica específica. Desta forma, esta alteração está relacionada a fatores hormonais podendo então ocorrer em ciclos anovulatórios e em ciclos ovulatórios (MUNEYYIRCI-DELALE et al., 2010).

Outra patologia é o carcinoma do endométrio que caracteriza-se como uma neoplasia ginecológica maligna que estar ligada diretamente aos hábitos e estilo de vida (SILVA; SIMÕES, 2006), dentre os vários fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma do endométrio encontram-se a menarca precoce e menopausa tardia (UFSP, 2001). Nesse interim, outro tumor que deve ser ressaltado é o leiomioma, pois apresenta-se sendo o de maior frequência entre mulheres, é um tumor benigno de células do tecido muscular presente no miométrio (FEBRASGO, 2004). Segundo Banda (2001), o aparecimento desta neoplasia é aumentado à medida que a idade da menarca é antecipada e apresenta uma regressão da multiplicação celular com a chegada da menopausa vista a diminuição da produção de hormônios.

O desenvolvimento do câncer de mama pode estar associado entre outros fatores de risco com a menopausa e com a menopausa tardia. A idade da menarca também é um fator de predisposição, segundo estudos realizados nos Estados Unidos da América o risco para o

desenvolvimento de tal neoplasia gira em torno de 20 – 40%, uma explicação viável está baseada no tempo de exposição do epitélio mamário aos hormônios progesterona e estrogênio, por conta da irregularidade da primeira menstruação ou no caso de menarca precoce por conta da elevação dos níveis de estradiol que acabam favorece o desenvolvimento desse tipo de câncer (BERKEY et al., 1999; BERNSTEIN, 2002).

Outra alteração patológica que vale apenas ressaltar é a hipertecoseestromal, podendo ser chamada também de hiperplasia estromal cortical que caracteriza-se por ser um distúrbio no estroma ovariano. Nessa alteração constata-se o aumento do ovário, estroma hipercelular e luteinização celular estromal. A hipertecoseestromal é comumente apresentada em mulheres pós-menopausa, todavia pode mostrar-se juntamente com a síndrome do ovário policístico (ROBBINS; COTRAN, 2010).

Segundo Brasileiro Filho (2012), 15% das afecções ginecológicas são hiperplasias endometriais, sendo o período da perimenopausa a maior prevalência de sua ocorrência por conta dos ciclos anovulatórios, porém não é regra, pois, pode acometer mulheres mais jovens ou após o período da menopausa. A explicação para o desenvolvimento desta hiperplasia está associada a um desequilíbrio da atividade hiperestimulada estrogênica e a ausência da progesterônica.

A osteoporose é uma patologia que atinge diretamente o sistema esquelético humano, é caracterizada por sua vez, pela perda de massa óssea deterioração microarquitetural do tecido ósseo, deixando, portanto, o osso deformado e conseqüentemente fragilizado (SHAW; WITZKE, 1998). É a menopausa o prédio para desencadear a osteoporose, pois é nessa fase que os ovários diminuem a produção do estrogênio, porém o mesmo participa da absorção do cálcio pelo intestino e na sua ausência tal processo é comprometido favorecendo a desmineralização óssea desencadeando a osteoporose (LANZILLOTTI et al., 2013 apud, ULRICH et al., 1996; NIEVES et al., 1998).

### 3.3 CARATERIZAÇÃO DA MENOPAUSA

Na contemporaneidade o climatério vem sendo visto não apenas simplesmente como o evento de parada da vida reprodutiva feminina, diferentemente do passado, que por conta do posicionamento da mulher na hierarquia social, tal assunto era tratado com preconceito e sem importância. Contudo, com o evoluir da sociedade e a mudança gradual da expectativa de vida da mulher por volta século do XX, associada com o advento da tecnologia e pesquisa em

saúde, a menopausa passou a tomar novas perspectivas e um novo olhar foi voltado a ela (UTIAN, 1993; UCHÔA, 2003).

Voltando aos aspectos fisiológicos, a menopausa é caracterizada pela depressão gradual da produção de estrógenos pelas gônadas sexuais femininas até a interrupção dos ciclos menstruais, o início da fase é dada por volta dos 35 e 40 anos tendo seu final aos 65 anos (LORENZI, 2009). Como avançar das pesquisas sobre o tema, tem-se relacionado à sintomatologia e a qualidade de vida na menopausa com fatores oriundos não somente da diminuição do estrogênio, mas a fatores psíquicos e sociais voltados ao processo de envelhecimento (SOBRAC, 2003).

Entre o sintomatologia da peri e pós-menopausa encontra-se em destaque as ondas de calor que afetam em média 60% a 80% das mulheres (WELTON, 2008). Outro sintoma que atinge cerca de 20% a 40% das mulheres menopausadas é a atrofia vulvovaginal que se resume em mudanças características nas superfícies vaginais e vulvares que, de forma que 20% a 45% das mulheres apresentam sintomas relacionados a essa atrofia, como por exemplo, a ausência de lubrificação e dispareunia (LINDAU, et al., 2007; SANTORO; KOMI, 2009).

Por conta da relação e regulação direta de certos hormônios sexuais com a atividade neural, e por influência da diminuição de estrógenos por conta da menopausa acabam então surgindo sintomas de ordem psíquicos, destacando irritabilidade, mau humor, queda da libido, problemas de memória e concentração. A baixa autoestima também é um fator influenciador da qualidade de vida da mulher nesse período, pois, esta acaba desencadeando episódios de ansiedade que só retraem-se por meio da polifagia (NEVES-E-CASTRO, 2009).

Neve-e-Castro (2009) complementa ainda em seu estudo, que por conta da baixa de estrogênio pode haver um desenvolvimento de componentes da síndromes metabólica como insulinoresistência, hipertensão arterial e a baixa do colesterol-HDL, outros fatores influenciados pela hipoestrogenemia na menopausa são a flacidez da pele, mamas e osteoporose.

### 3.4 RELATO HISTÓRICO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NA MENOPAUSA

A terapia de reposição hormonal (THR) para mulheres no período da menopausa é realizada com a administração de estrógenos e progesterona exógenos, com a finalidade de controlar os sintomas desta fase, que entre outros se destacam, picos de calor, sudorese noturna, secura vaginal, prevenção de cardiopatias ou fraturas (WHI, 2001). Mesmo com o

avancar das pesquisas relacionadas com a temática, a TRH ainda esta rodeada de incertezas, por conta disso, cresce o interesse de investigação da mesma na contemporaneidade (BOYLE et al, 1998, CLINICAL SYNTHESIS PANEL, 1999).

A hormonioterapia teve seu início em 1942, e em meados de 1960, Robert Wilson a popularizou relacionado o tratamento com o rejuvenescimento, seu ápice se deu em 1990 com um grande número de mulheres adeptas a reposição hormonal. Com o passar dos anos, muito foi descoberto a respeito da terapia de reposição hormonal, porém até o ano de 2002 poucos questionamentos eram levados em consideração, pois riscos relacionados à terapia eram sobrepostos pelos benefícios atrelados a ela (ROZENBERG; VANDROMME; ANTOINE, 2013).

Todavia, com a iniciativa tomada por instituições como Women's Health Initiative (WHI), Postmenopausal Estrogen/Progestin Intervention (PEPI) Trial, Heart and Estrogen-Progestin Replacement Study (HERS I e II) de realizar ensaios clínicos com a finalidade de estudar pacientes usuárias da terapia, desencadeou resultados que levaram ao surgimento de questionamentos, modificando assim a fundamentação e aplicabilidade da hormonioterapia voltando os interesses para o uso racional da mesma (MICHELS, 2003).

### 3.5 HORMONIOTERAPIA, O TRATAMENTO E SUAS ESPECIFICIDADES

Segundo as diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (2008), a hormonioterapia deve ser indicada para o tratamento da sintomatologia da menopausa mediante o diagnóstico clínico do climatério. Desta forma, a avaliação clínica no período da pós-menopausa deve ser levado em consideração amenorreia há mais de um ano, acompanhada por sintomas neurológicos ou vaginais, podendo também ser avaliado amenorreia assintomática, ou em casos de administração de 10 mg de medroxiprogesterona em um período de 5 a 10 dias de forma a não apresentar suspensão do sangramento. Pode ser sugerida a terapia de reposição hormonal também mediante a avaliação na pré-menopausa em mulheres com idade superior a 40 anos apresentado sangramento irregular, acompanhado ou não de sintomas.

A terapia de reposição hormonal baseia-se na administração de estrógenos e progesterona que decaem com a chegada da menopausa. A administração local creme, anéis ou comprimidos contendo estrogênio para terapêutica na pós-menopausa está vinculado ao funcionamento sexual por meio da vascularização da vagina e dispareunia sem outras finalidades a nível sistêmico (SIMON, 2012).

Segundo Athayde (2012), para a escolha das vias de administração e forma farmacêuticas incorporadas na terapia, deve ser analisado com cautela tanto pelo médico prescritor e possível usuário para que assim haja uma boa adesão ao tratamento, deve-se ressaltar que em caso de problemas relacionados diretamente com as glândulas endócrinas os hormônios usados devem ser exatamente iguais aos endógenos produzidos pelo o organismo. O uso isolado de estrogênio só deve ser sugerido em mulheres que tenham realizado histerectomia. Para que ocorra a produção do endométrio deve ser indicada progesterona ou suas derivações, por fim, a escolha para administração por via oral é indicada especialmente na presença de colesterol alto, e tratamento de sintomas sistêmicos.

Convencionalmente a terapia hormonal está baseada na utilização de medicamentos sintéticos tendo estrógenos como base da formulação, grande parte destes medicamentos são compostos por fármacos como estradiol e estroma que são originários dos ovários, tem-se também o estriol oriundo do metabolismo do estradiol e estroma, para administração oral estes medicamentos estão disponíveis em comprimidos, adesivos, percutâneos e creme vaginal como citado anteriormente, a forma administrada oralmente é biotransformada pelo fígado e a transdérmica e percutânea não sofrem metabolismo hepático (ARAÚJO JUNIOR; ATHANAZIO, 2007).

A terapia hormonal (TH) é contraindicado em pacientes acometidas por câncros hormonodependentes, trombopatias em geral doenças cardiovasculares e hepáticas, a depender das características clínicas apresentadas pela paciente certos cuidados devem ser tomados tornado a terapia contraindicada (ÁGUAS, 2011). Por conta disso, é de grande valia destacar a necessidade de investigação de histórico de tromboembolismo, mastopatia funcional, fatores relacionados à obesidade, períodos pós-cirúrgicos, exclusão de hábitos como o tabagismo, miomas e cistos de ovários (ATHAYDE, 2012).

### **3.5.1 Aplicabilidade da terapia de reposição hormonal**

Na contemporaneidade inúmeros são os benefícios atrelados para a terapia hormonal (TH), Entre outros, a terapia é indicada para redução dos sintomas vasomotores, e segundo pesquisas publicadas pela Cochrane Library 75% das mulheres envolvidas na pesquisa mostrou redução das ondas de calor (MACLENNAN, 2012). Reafirmando os resultados da Revisão do Clínico que estudou por meio de ensaios randomizados envolvendo mulheres em uso de estrógenos, em comparação com placebo mostrou-se resultados significativos quando relacionado aos sintomas vasomotores, outro ponto evidenciado pelo estudo é que a terapia

combinada entre estrogênio e progesterona não mostrou-se tão eficaz quanto ao uso isolado apenas de estrogênio. (RYMER; MORRIS, 2000; MACLENNAN; LESTER, 2001).

Outra indicação já comprovada é o uso hormonal para o tratamento de ressecamento das mucosas vaginais e dispareunia na menopausa (CARDOZO, 1998). Em seis ensaios clínicos randomizados foi demonstrado a aplicabilidade e eficácia da hormonioterapia para lubrificação vaginal independentemente da via de escolha para a administração do hormônio, ressalva-se que o uso tópico vaginal de estrogênio mostra-se com menor prevalência de efeitos colaterais (WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

A terapia hormonal torna-se cada vez benéfica na prevenção de osteoporose, influenciando desta forma o uso de estrógenos no tratamento da mesma em pacientes menopáusicas (SBRH, 2001). Como o estrogênio está envolvido diretamente com o processo de mineralização óssea o efeito dos estrógenos associados ou não com a progesterona tem se demonstrado eficaz e a redução destes hormônios interferem diretamente na densidade mineral óssea, porém não é recomendado a TH em doses usuais padrões em mulheres após 60 anos com a finalidade de prevenção de fraturas (PORDINI, 2014).

No hipocampo, córtex, amígdala e locus ceruleus há presença de receptores para estrógenos, com base nessa perspectiva, estudos experimentais mostraram o estímulo das sinapses e o crescimento neural causado pelo estrogênio, outros fatores influenciados pelo estrogênio são os níveis de neurotransmissores, redução da beta amiloide, elevação do fluxo sanguíneo e regulação de enzimas específicas do cérebro, podendo desta forma ser útil para o tratamento de Alzheimer (XU, et al. 1998; GENAZZANI; SPINETTI; GALLO; BERNARDI, 1999). Todavia as relações evidenciadas até então, ainda se mostram pouco consistentes em relação à prevenção e tratamento do Alzheimer (BIRKHÄUSER et al., 2000).

Estudos atuais vêm mostrando a ineficácia da terapia com estrogênio com a finalidade de melhorar a libido, resposta ao orgasmo e excitação. Durante o ato sexual a aplicação de estrógenos locais, isso com base em nível de evidência: A melhora a lubrificação, elevação do fluxo sanguíneo na região vaginal e dispareunia, como já discutido anteriormente. Estudos realizados pela Women's Health Initiative (WHI) mostraram ineficiência da TH usada como única forma de tratamento para melhorar a persistência sexual (nível de evidência: A), entretanto quando a terapia hormonal composta por tibolona ou com estrogênio administrado concomitantemente com 1,25 ou 2,5mg/dia de metiltestosterona sistêmicos tem mostrado eficaz para tratamento de distúrbios sexuais no período da menopausa (HUANG, et al., 2008; GASS et al., 2011; NIJLAND, et al., 2009; WARNOCK, et al., 2005).

Segundo Rozenberg, Vandromme e Antoine, (2013). A redução dos riscos de câncer de cólon são ligados a reposição de estrogênio, porém o mecanismo de ação detalhado ainda encontra-se desconhecido, o que está sendo visto é a queda de ácidos biliares que favorecem o desenvolvimento de células malignas na região do cólon por ação estrógena, outro fator de relevância é a hipótese sobre a ação antiproliferativa no ciclo proteico de células colônicas realizado pela progesterona. A terapia hormonal usando estrogênio e progesterona, com base nos estudos da WHI e HERS, vem se demonstrando eficiente na queda nos riscos de desenvolvimento do diabetes melito tipo I e redução de gordura nas regiões periféricas e abdominal (SANTEN, et al., 2010).

Por tanta, em virtude dos vários sintomas relacionados com a menopausa a qualidade de vida torna-se comprometida para a mulher nesse período, a TH torna-se uma forma de melhora na qualidade de vida das usuárias vista a diminuição de sintomas como problemas vasomotores, insônia e melhora da função sexual (ROZENBERG; VANDROMME; ANTOINE, 2013).

Segundo as conclusões plenárias da Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC), na publicação do Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa, (2014, p. 19), decide-se que:

O tratamento dos sintomas vasomotores intensos e moderados permanece como a indicação primária da TH. Essa terapia e o tratamento mais efetivo para os sintomas vasomotores na peri e pos-menopausa, sendo especialmente indicada a mulheres sintomáticas abaixo dos 60 anos e com menos de dez anos de menopausa (nível de evidencia: A). Terapia estrogênica é efetiva para tratar sintomas isolados da atrofia vaginal e dispareunia, sendo a via vaginal preferível (nível de evidencia: A). TH é efetiva e apropriada para prevenir fraturas osteoporóticas em mulheres na pos-menopausa (nível de evidencia: A). A dose e a duração da TH para tratamento dos sintomas devem ser individualizadas.

### **3.5.2 Riscos associados à terapia de reposição hormonal**

Estudos realizados pela The Nurses'HealthStudy sugeriu que estrogenerapia fosse eficaz na prevenção de doenças cardiovasculares primárias, tais estudos pontuou a redução de 31% na incidência de doenças cardíacas, com o ajuste da dosagem por idade das participantes (GRODSTEIN, 1996). Em contra partida, segundo publicações da WHI (2001) com base em seus estudos randomizados, a prevenção de doenças cardíacas por meio da TH mostrou-se ineficiente culminando no desenvolvimento de infarto do miocárdio na forma não fatal e morte cardiovascular, as publicações complementam mostrando a prevalência do

desenvolvimento de doenças coronarianas em 29% mais em usuárias da terapia de reposição hormonal.

Ensaio clínico randomizado publicado no ano de 2003 que tiveram a finalidade de investigar os efeitos da terapia hormonal na prevenção da memória com 4.532 mulheres em pós-menopausa com idade superior a 65 anos sem sintomas de demência num período de seis anos, mostrou que ao final do período, 61 mulheres apresentaram diagnóstico de provável demência 40 no grupo das usuárias da TH e 21 no grupo placebo (JOSEFSON, 2003; SHUMAKER, et al., 2003).

Outro risco apresentada pela terapia de reposição hormonal está associada ao desenvolvimento do câncer de endométrio, especialmente pelo uso isolado de estrogênio, dose e duração do tratamento, destaca-se um estudo realizado num período de três anos com usuárias de estrogênio isolado, dentre as participantes um terço apresentou hiperplasia endometrial adenomatosa ou atípica (WRITING GROUP FOR THE PEPI TRIAL, 1995).

Desde os primórdios dos estudos relacionados com o uso de estrogênio como base da terapia hormonal, foi-se observado a elevação do risco do câncer de mama, de forma que estudos envolvendo mulheres menopausadas por fatores fisiológicos normais ou cirúrgicos e tratadas com estrogênio não foi detectado nenhuma relação com o desenvolvimento do câncer antes dos cinco anos de exposição ao tratamento hormonal, porém esses mesmos estudos mostrou o aumento de 30% em usuárias com mais de 30 anos submetidas à terapia (STEINBERG, et. al, 1991).

Eventos tromboembólicos são elencados na lista de riscos da hormonioterapia especialmente quando associados com outros fatores como obesidade e idade superior a 60 anos. Outros fatores que são relatados com o aumento de risco de tromboembolismo são via de administração da terapia, a dosagem da associação de progesterona e estrogênio. Outro fato que aumenta os riscos deste evento é a terapia combinada de estrógenos e progestógenos quando comparada como a monoterapia com estrogênio (SARE, 2008; ROZENBERG, VANDROMME; ANTOINE, 2013).

#### **4 ANÁLISE DE DADOS**

Para a obtenção dos resultados do presente estudo, foram entrevistados por acessibilidade 05 (cinco) médicos especialistas em ginecologia que atuam profissionalmente na cidade de Imperatriz – MA com experiência na área que varia de 6 a 36 anos, no qual

foram indagados sobre generalidades da realidade regional do tratamento da menopausa e especificidades sobre a hormônio terapia e suas variantes. A respeito da apresentação dos resultados, os mesmos serão expostos em quadros evidenciando o discurso do sujeito coletivo (DSC) e os entrevistados serão identificados como E1, E2, E3, E4 e E5.

No Brasil a ocorrência de estudos relacionados ao número de mulheres no período da menopausa é escasso, ou os critérios de inclusão do público na pesquisa são com base em usuárias de serviços de saúde que acaba não caracterizando os reais índices nacionais. Todavia, mediante a tal realidade, pode-se levantar como parâmetro de avaliação para essa classe, os últimos dados emitidos pelo IBGE (2015), onde se nota o ligeiro aumento da expectativa de vida da mulher para 79,1 anos, em que cerca de 15.820,622 mulheres brasileiras encontram-se na faixa de idade entre 45-59 anos enquadrando-se faixa etária da menopausa.

Outro dado a ser evidenciado é o aumento do número de brasileiras que fazem tratamento dos sintomas da menopausa, segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013), 22,9% das mulheres acima de 45 anos fazem tratamento dos sintomas da menopausa. Isso evidencia a busca da mulher por bem estar na vida adulta, entretanto ainda é um número pequeno quando comparado ao total de mulheres nessa fase, contudo especialistas afirmam que a procura por tratamento da sintomatologia do climatério vem crescendo cada vez mais, como é exposto no quadro 1.

O quadro 1 expõe segundo os entrevistados o quanto é evidente a procura por tratamento dos sintomas deste período. Tal evidência pode ser explicada com base nas transformações sociais ocidentais, que personifica a figura feminina com maior evidência dentro da sociedade diferentemente de épocas mais remotas, tal característica aponta a necessidade do bem estar feminino na vida adulta no que tange a saúde, e a menopausa acaba transformando-se em um período de qualidade de vida questionável, que atinge diretamente as atividades da mulher nessa perspectiva moderna (SANCHEZ M; ROEL I, 2001)

Quadro 1 – DSC sobre a procura por tratamento dos sintomas da menopausa

Tema	Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Procura das mulheres por tratamento da sintomatologia da menopausa	<p>A procura é grande.</p> <p>É muito grande a procura.</p> <p>Sem dúvidas é grande a procura.</p> <p>É muito frequente.</p> <p>É grande.</p>	<p>A frequência é grande, porém as mulheres apresentam muitas dúvidas. É comum elas virem buscar conhecer os sintomas da menopausa. Eu atendo o dia inteiro, acabo atendendo bastante mulheres no climatério, que é onde ocorre a menopausa, elas (as mulheres) se queixam bastante, os sintomas incomodam tanto que levam a mulher a procurar o ginecologista, de 100 mulheres cerca de 30 procuram como tratar os sintomas deste período.</p>

Fonte: Pesquisa de Campo

Neste quadro, outro ponto de relevância é o desconhecimento evidente por parte das mulheres sobre o período da menopausa, segundo os ginecologistas entrevistados as suas pacientes sempre apresentam questionamentos a despeito das características desta fase ou se os sintomas realmente são normais para essa situação. O entrevistado E2 afirma:

“É comum elas nos procurarem aflitas, queixosas dos sintomas principalmente dos fogachos, que são ondas de calor repentinas que podem durar até 3 minutos e do ressecamento vaginal, e com muitas dúvidas, pois elas não sabem distinguir se os sintomas sentidos são normais ou não para esse período.”

De acordo com Costa e Gualda (2007), o conhecimento sobre a menopausa por parte das mulheres é muito variado, pois as mesmas interpretam essa fase que é natural, a partir de conhecimentos obtidos ao longo da vida, crenças ou de padrões culturais. Desta forma a ausência de padronização de informações sobre a temática favorece os tabus e questionamentos a respeito deste período, influenciando diretamente na qualidade de vida e bem estar, pois assim como existem dúvidas sobre a sintomatologia, o tratamento para muitas pessoas é uma incógnita (UTIAN, 2005).

Partindo do pressuposto tratamento, especialmente o hormonal, nota-se uma característica de poucas pesquisas quantitativas sobre aspectos psicossociais que permeiam o climatéricos e a adoção da reposição hormonal como tratamento, desta forma o arsenal informações sobre o significado individualizado e a visão da experiência de mulheres brasileiras sobre tais assuntos é pouco representativo. Sendo assim, foi-se questionado aos ginecologistas sobre a procura por parte das mulheres especificamente para a realização da hormonioterapia como tratamento da menopausa, os mesmos foram unânimes em afirmar que na região a procura pela terapia de reposição hormonal é muito pequena.

“São poucos as mulheres que procuram especificamente a hormônio, tem casos que já vem, principalmente depois de uma reportagem na mídia, por exemplo, tem uma reportagem na mídia, então naqueles próximos 15 dias elas já vêm com procura espontânea, dizendo "eu quero reposição hormonal", entendeu?” ( Entrevistado E3.)

“Ao longo dos 25 anos vem mudando, teve períodos de ausência que foi influenciado pela mídia. Hoje a procura é razoavelmente pequena.”(Entrevistado E2.)

Como pode ser notado, um dos fatores destacado pelos médicos que influenciam suas pacientes a procura-los direcionadas a TRH é a mídia com suas informações, desta forma deve-se enfatizar a necessidade da exposição correta da temática nos meios de comunicação, visto tamanha influência sobre a classe feminina, não apenas evidenciando os benefícios comprovados como é exposto na maioria das vezes, mas também ressaltando as peculiaridades dos contras atrelados à terapêutica. Portanto, nesse interim, destaca-se a figura do profissional de saúde que deve estar devidamente atualizado e, portanto capacitado para realizar orientações mais seguras vista a importância da individualização da terapêutica para então proporcionar as possíveis usuárias eficácia e segurança durante o tratamento.

Ainda a respeito de informações repassadas pela mídia e que influenciam até hoje a opinião não somente das mulheres mais também dos profissionais da área médica, foram os resultados dos estudos norte-americano do Women's Health Initiative (WHI) que durante 5,2 anos investigaram mulheres com idade média de 63,5 anos (um dos pontos questionado pelos entrevistados) que faziam uso de hormônios para o tratamento da menopausa, tal estudo foi citado pelos entrevistados, entre as falas dos mesmos destacam-se os resultados

inconclusivos, mas que foram importantes para o que se sabe da reposição hormonal como é mostrado na ancoragem evidenciada no quadro 2.

Quadro 2 - Discurso do sujeito coletivo (DSC) da ancoragem dos entrevistados a respeito do estudo WHI.

Expressões chaves	Ancoragem
<p>O estudo do WHI foi o responsável por diminuir a procura por terapia de reposição.</p> <p>Foi um divisor de águas para a TRH.</p> <p>Foi um estudo mal direcionado.</p>	<p>Com o lançamento do estudo WHI em 2004, houve uma queda na procura da terapia de reposição, esse estudo foi o terror da reposição hormonal, ao mesmo tempo ele foi um estudo que também levantou inúmeros questionamentos e ele também não deixou de ajudar a terapia, na questão de que o hormônio dá câncer, que o usar hormônio ou não acaba sendo perturbador para o paciente que nem sempre tem conhecimento para optar se faz ou não faz. E Acaba optando por não fazer. Esse estudo ele é baseado no número de 28 mil mulheres, e o critério foi se a mulher tinha útero ou não. Quem tinha útero usava estrogênio e progestágenos e quem não tinha útero usava apenas estrogênio. O que aconteceu? eles interromperam o estudo por causa do índice aumentado de infarto e câncer de mama em cinco anos nas pacientes que usavam estrogênio e progesterona, porém eles não tiveram outros critérios como se tem hoje, como por exemplo, média de idade, que muitas vezes uma mulher de 60 anos possui características que contraindicam a terapia de reposição hormonal. É um estudo muito citado entre os ginecologistas, especialmente quando a gente vai em congressos ele sempre é citado, porque ele foi muito contestado, porque na época que ele foi lançado ele acabou com a terapia de reposição hormonal, ao ponto das mulheres não quererem usar a terapia. todavia foi um estudo divisor de águas para a hormônio terapia, ele foi o responsável por se descobrir muito do que se sabe hoje sobre a terapia, o mesmo acabou sendo um estudo mal direcionado, porém eficiente para quebra de muitos tabus. A conclusão é que a terapia de reposição hormonal deve ser indicada avaliando os riscos benefícios, pois a mulher tem muito a ganhar quando ela não tem fator de risco.</p>

Fonte: Pesquisa de Campo

Com base na ancoragem acima, os médicos acreditam que os estudos do WHI, mesmo contendo resultados que não condizem em sua totalidade com a realidade brasileira, serviu de

base para tomada de decisões e conclusões importantes que tornaram-se de fundamental importância para a modernização da terapia hormonal.

Após os estudos do WHI e de outras recomendações, preconiza-se hoje que a TRH somente é indicada para mulheres sintomática, não ultrapassando 5 (cinco) anos de uso, a base de hormônios naturais e em baixas doses, não obstante a isso deve-se sempre ir em busca da individualização do tratamento em todos os casos. Tornando-se necessário monitorização com mamografia obrigatória, buscando sempre estimular a usuária a praticar exercícios físicos, dieta equilibrada bem como abster-se do tabagismo (LIMA; ALDRIGHI, 2002).

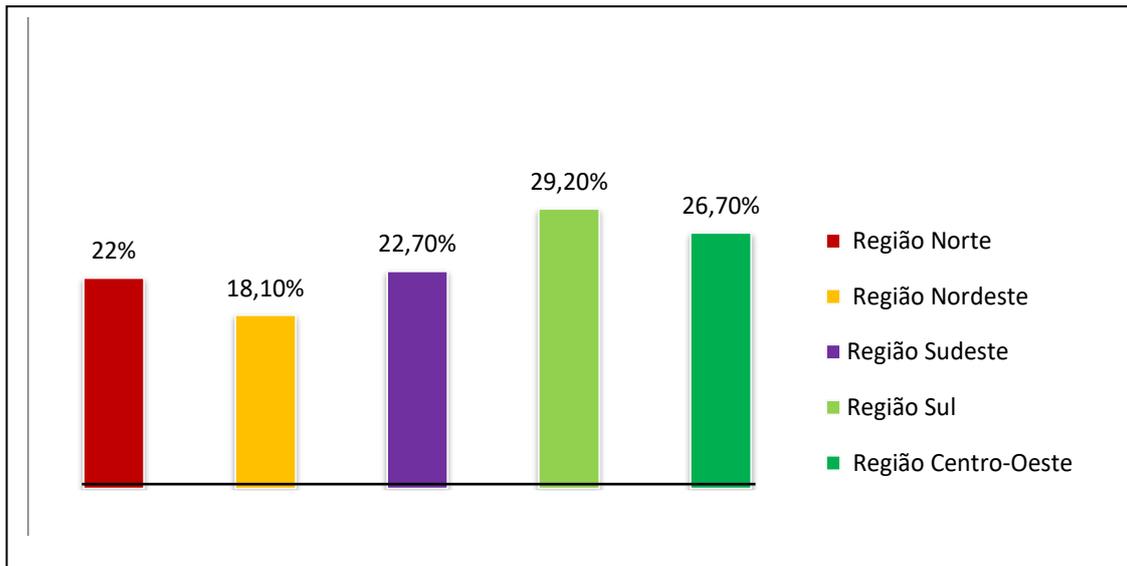
Outro dado a ser evidenciado foi a carta aberta emitida pela Sociedade Brasileira do Climatério – SOBRAC logo após a interrupção e posteriores conclusões do WHI, nesta publicação oficial a SOBRAC informa em suas considerações finais generalidades quanto os riscos e benefícios atrelados a TRH e quanto ao WHI o risco do câncer de mama só foi notório após 5,2 anos de uso da terapia em um esquema terapêutico combinado de estrogênio e progesterona de forma interrupta. Quanto ao uso profilático para patologias cardiovasculares, não se deve indicar para pacientes em condições semelhantes com as participantes do estudo então há até o momento conclusões definitivas sobre os benefícios ou riscos cardiovasculares dos demais planos terapêuticos, não avaliados no estudo WHI (HALBE; LOPES; CELESTINO, 2003).

Ainda sobre a procura em específico pela terapia de reposição hormonal por parte das mulheres no climatério, foi apresentado pelos entrevistados que a procura na região da cidade de Imperatriz – Ma, é pequena, porém em grandes cidades é muito maior, com base em sua experiência profissional o entrevistado E1 afirma:

“Trabalhei por 5 anos em outra região do país, atuei na cidade de São Paulo e a procura era maior, entendo que isso ocorra por falta de informação das pacientes, que em sua maioria ainda acreditam que a terapia de reposição hormonal ainda cause câncer.”

Além da falta de informação, outros fatores como a facilidade de acesso aos serviços de saúde e renda mensal são prováveis causas para a procura pela TRH apresentar-se em baixa na região. Outro ponto que caracteriza essa afirmação pode ser analisado no gráfico 1 que expõe em porcentagem a distribuição regional de mulheres em tratamento da menopausa no Brasil.

Gráfico 1 - apresenta a distribuição regional brasileira das mulheres em tratamento dos sintomas da menopausa.



Fonte: PNS, 2003

O gráfico acima expõe os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2003 (última tabulação deste grupo de pesquisa) onde pesquisou-se mulheres acima de 40 anos de idade, na menopausa destacando as que estavam em tratamento dos sintomas deste período. A pesquisa torna-se de relevância dentro desta pesquisa, pois retrata que, mesmo com a grande procura por tratamento relatada pelos entrevistados a adesão do mesmo ainda é pequena especialmente na região nordeste onde mostrou-se com o menor número de mulher em tratamento. E outro dado a ser evidenciado foi o relatado pela entrevistada E1 citado anteriormente, onde a mesma afirma que procura por reposição hormonal é maior na região de sudeste. Tal informação pode ser explicada com base no gráfico da figura 3, pois o número de mulheres em tratamento dos sintomas da menopausa no sudeste é 4,6% maior que no nordeste.

Outro ponto destacado nas entrevistas realizadas com os médicos foi a ocorrência de indicação da TRH para suas pacientes quando as mesmas apresentam-se queixosas dos sintomas da menopausa. O Discurso do Sujeito Coletivo contendo informações sobre o abito dos ginecologistas participantes em prescreverem está terapia pode ser visto abaixo, no quadro 3.

Quadro 3 - Expõe o DSC sobre a indicação da TRH

Tema	Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Como médico, você costuma indicar a terapia de reposição hormonal para suas pacientes?	<p>Sim, eu costumo indicar a terapia.</p> <p>Sim, costume rotineiramente indicar a terapia.</p> <p>Sim, porém após uma avaliação.</p> <p>Sim, sou totalmente adepta.</p> <p>Sim, desde que a paciente tenha indicação para a terapia de reposição hormonal.</p>	<p>Eu costumo falar para a paciente sobre a terapia, pois eles nos procuram para tratamento cheias de dúvidas. Eu indico a terapia à paciente sintomática e que esses sintomas estejam atrapalhando a qualidade de vida dela.</p> <p>É importante também antes de prescrever a reposição hormonal que seja investigada as contraindicações absolutas. Desta forma, após uma avaliação, porque você tem que avaliar o útero, avaliar a mama, e se aquela paciente se encaixa naquele protótipo, se garante que ela vai receber benefícios mais do que riscos, então a essa paciente eu ofereço. Ressaltando que somente indico se ela seja realmente necessária.</p>

Fonte: Pesquisa de Campo

As informações contidas no quadro 3 representa um ganho para a terapia de reposição hormonal, pois todos os médicos entrevistados costumam indicar em seu dia a dia profissional a TRH, além disso, é uma forma mais segura de se propagar informações sobre a temática e encontrar novas adeptas a terapêutica. Deve-se ressaltar a importância na prática clínica de conversar muito bem com a paciente e investigar as reais necessidades para a prescrição da mesma, como foi destacado pelo grupo de entrevistados, sempre pontuando com as possíveis usuárias que o tratamento é individualizado, e que em sua totalidade os hábitos de vida serão determinantes para o sucesso e segurança do tratamento.

Segundo o entrevistado E3 além de avaliar os fatores de risco como o câncer de mama, tabagismo, obesidade, entre outros, é importante saber a disposição da mulher para receber a TRH.

“Eu respeito muito a paciente, por exemplo, se é uma paciente que ela entende que a terapia de reposição hormonal é ótima, mas ela não quer, por alguma razão, por ela querer ir pelo lado naturalista, por ela ter medo, eu respeito, eu mostro a terapia de reposição hormonal convencional, eu digo quais são os defeitos, eu falo quais são as qualidades, mas mesmo assim, ela quer um fitoterápico, por exemplo, eu passo o fitoterápico pra ela.” (Entrevistado E3)

Em situações como essas, é dificultoso para o médico prescritor, mesmo para aqueles com experiência profissional, que lhes permite entender os aspectos metodológicos científicos, ou que atualizam-se constantemente junto a literatura de qualidade, não é fácil tomar decisões clínicas, especialmente quando trata-se de avaliação de risco e benefício, neste ponto a figura da mulher como possível usuária é indispensável e seu querer deve ser respeitado independentemente de interesses (ROZENFELD, 2007).

Ainda na linha de raciocínio voltada à indicação médica da TRH, questionou-se aos entrevistados se eles seguiam alguma padronização ou protocolo para a indicação da reposição hormonal, o resultado pode ser analisado na quadro 4 logo abaixo:

Quadro 4 - DSC sobre a indicação da TRH.

Tema	Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Os critérios seguidos para a indicação da terapia de reposição hormonal na menopausa.	Não sigo nenhum protocolo.	Não existe um protocolo fixo, mas sigo alguns critérios: como a vontade da paciente ela deve querer fazer a reposição, se ela tem sintomas, e outros como, por exemplo, avaliação do lado emocional delas né, outra coisa, os fogachos, que são os calores e qual a intensidade desses fogachos. Os sintomas emocionais que elas têm como choro fácil, insônia, nervosismo, irritabilidade, intolerância, porque cada uma chega, por exemplo, tem gente que vem e não tem fogacho, mas o lado emocional tá terrível, tem gente que o lado emocional está ótimo, não tem fogacho, mas tem insônia, então a gente vai, segue, faz todas essas perguntas e aí em cima disso você vai orientar qual é a melhor saída para ela. Desta forma a gente realiza o check-up geral, e o mais específico é a mamografia por conta da interferência da terapia na mama e a partir daí a gente entra com a terapia.

Fonte: Pesquisa De Campo

O quadro 4 apresenta o DSC dos médicos relacionados aos critérios para indicação da TRH, como é apresentado no mesmo nenhum médico tem um protocolo a ser seguido, porém segue alguns critérios para a indicação da terapia, como, avaliação da mama, fatores psicológicos e a real necessidade da mulher, o que acaba sendo de grande importância para o bom andamento do tratamento e segurança da paciente, tais cuidados devem sempre servir de base para a indicação visto a complexidade e riscos se as contraindicações não forem devidamente avaliadas pelo prescritor.

Mesmo os médicos não citando em nenhum momento das entrevistas, eles seguem os critérios presentes no Consenso Brasileiro de Terapêutica da Menopausa, lançado em 2014 pela SOBRAC. O mesmo conclui que quanto a dosagem e tempo de terapia deve ser estritamente individualizada, e a mesma deve ser apenas indicada para pacientes abaixo dos 60 anos com sintomas vasomotores intensos e moderados, sintomas isolados e atrofia vaginal e dispareunia, depressão e comprovação clínica do climatério ou menopausa no caso de

prevenção de certas patologias deve-se analisar com cautela o caso enfocando os níveis de evidência científica.

Segundo a Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), em publicação oficial no ano de 2002, preconiza em suas conclusões que toda mulher, candidata à utilização de terapia de reposição hormonal após a menopausa, deve ser informada sobre os riscos. Partido deste pressuposto, perguntou-se aos especialistas sobre a apresentação dos riscos atrelados a terapia de reposição para as pacientes interessadas pelo tratamento, abaixo segue as repostas obtidas:

“O início da terapia deve ser uma decisão conjunta da paciente com o médico, desta forma costumo indicar o riscos e a decisão final é da paciente.” (Entrevistado E1)

“Sim, claro. A responsabilidade é de ambas as pessoas tanto do médico quanto da paciente, porém a decisão final é da paciente.” (Entrevistado E2)

“Sim, costumo falar para as pacientes. É muito importante a paciente saber o quê que ela tá tomando, quais os efeitos colaterais, então eu falo assim "olha, essa medicação vai te dar um pouco de dor na mama, mas fique tranquila que não tem problema, você vai ter a sensação, determinada sensação, mas não se preocupe não tem nada a ver, não é que daí vai se desenvolver algo errado", então além de eu dizer pra ela os efeitos colaterais, eu ainda tranquilizo ela de alguns sintomas que ela vai ter, mas que não têm muita importância.”(Entrevistado E3)

“Sim, costumo explicar não somente os riscos mais também a terapia como um todo.” (Entrevistado E4)

“Costumo sim apresentar os riscos, bem como os benefícios também.” (Entrevistado E5)

Com base nos discurso dos ginecologistas exposto acima, todos ressaltam os riscos da hormonioterapia, visto a importância que é tanto para o bom andamento do tratamento como também para a escolha da paciente. Desta forma destaca-se a resposta do entrevistado E2, onde ele coloca com propriedade que independente da vontade do médico e as condições favoráveis, a decisão final em optar ou não pela TRH é sempre da mulher.

Sendo assim, os médicos devem estar devidamente capacitados para prosseguir com um tratamento alternativo caso a paciente seja contrária a terapêutica sugerida vista a importância

já evidenciada neste trabalho para a qualidade de vida da mulher que é tratar os sintomas da menopausa.

Os resultados obtidos das análises das entrevistas foram bem semelhantes quanto a procedimentos e opiniões sobre a TRH, porém um fato desarmônico notado durante as respostas dos entrevistados pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1 -Periodicidade do retorno ao médico durante a terapia de reposição hormonal

Entrevistados	Opinião
E1	Revisão semestral, com realização de exames de rotina anualmente.
E2	Revisão anual.
E3	Vária segundo as características da paciente
E4	Revisão deve ser semestralmente
E5	Não informou.

Fonte: Pesquisa De Campo

A tabela acima mostra a opinião dos ginecologistas quanto à periodicidade do retorno das usuárias para a avaliação do tratamento de base hormonal no tratamento sintomatológico da menopausa, como pode ser notando as repostas dadas variam em semestralmente e anualmente, não havendo assim um consenso aparente entre a classe.

Tal dado pode ser explicado por conta da ausência de uma normatização quanto a essa característica, não há publicações oficiais que abordem essa problemática, reforçando assim a responsabilidade do médico prescritor em orientar sua paciente quanto ao retorno na forma mais segura. Segundo o entrevistado E3 a forma mais segura de realizar o acompanhamento da terapia é da seguinte forma:

“eu faço uma sequência assim, eu entro com aquela medicação, noventa dias a gente se vê novamente, porque em noventa dias ela vai me dizer, como ela está se sentido e como esta o tratamento, os primeiros noventa dias ela vai me trazer um retorno, aí eu vou pedir um controle desses hormônios porque em noventa dias eu já tive um parâmetro deles bem aqui na primeira consulta, né? Aí eu vou ter um parâmetro com noventa dias, aí depois eu vou tendo esse parâmetro de seis em seis meses, depois anualmente.”

Já para o Entrevistado E4 o retorno apenas anual acaba se tornando um empecilho para o bom andamento levando a mulher em um grupo de risco, segundo ele as brasileiras não tem um abito de procurar o médico sem apresentar sintomas.

“Se a paciente começar a usar a terapia e se sentir bem, sabendo que o retorno é apenas em um ano ela não volta, a gente tem casos de que a paciente não se adapta a terapia e rapidamente volta, ela não esquece do retorno, entendeu? Se ela vai bem em um ano dificilmente ela volta, ela acaba esquecendo, eu prefiro optar por retorno semestralmente mais por uma questão de proximidade com a paciente e consequentemente segurança pra ela.” (Entrevistada E4)

Desta forma entende-se que, o retorno ao médico acaba tornando-se um problemática a ser evidenciada, infere-se, portanto que, o profissional que acompanha o tratamento deve sempre incentivar a visita mesmo que não apresente sintomas negativos, uma forma de assegurar seu retorno é a conscientização da paciente de forma a apresentar os riscos que a mesma corre caso o tratamento não seja acompanhado corretamente. Assim como ressaltado pelos entrevistados E1 e E3 realização de exames de rotina e avaliação hormonal são importantes para um bom acompanhamento e monitorização da terapia.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Indubitavelmente, o histórico do hormônio terapia apresentou-se em períodos de baixa e alta procura, partindo deste pressuposto hoje a TRH mostra-se em ascensão, graças a elevação da figura feminina na sociedade, busca por melhor qualidade de vida, mídia e a facilidade de acesso a informação, entretanto observa-se um grau de dúvida e insegurança por parte da mulher no climatério.

Portanto, no atual contexto faz-se necessário a atualização das publicações voltadas para a temática, visto a importância que é o tratamento da sintomatologia da menopausa para a mulher. Observa-se a deficiência no que se refere a conteúdos atualizados, poucas pesquisas voltadas a temática e divulgações de materiais informativos confiáveis voltados especialmente para o público feminino.

A TRH é uma terapia que se apresenta envolta de muitos questionamentos e críticas, toda via, com base nas evidências atuais disponíveis, nota-se portanto, que é um terapia eficaz e segura, desde que realizada com cautela, devidamente acompanhada por um profissional qualificado e dentro dos limites evidenciados pela ciência.

Em relação à aplicabilidade da terapia de reposição hormonal, pode-se destacar sua influência no tratamento e prevenção da osteoporose, diminuição de sintomas vasomotores interferindo diretamente nas ondas de calor comuns na perimenopausa, melhora da libido, diminuição da atrofia vaginal e aumento da lubrificação na região íntima, outro ponto pode

ser seu como adjuvante no tratamento de depressão na menopausa e por conta do estímulo das sinapses e o crescimento neural causado pela influência do estrogênio a TRH está sendo indicada no tratamento de Alzheimer, outro ponto a ser levantado é sua ação profilática relacionado ao câncer de cólon.

Quanto à decisão de fazer o tratamento hormonal, a mesma deve estar pautado em comum acordo entre paciente e prescritor, de forma que a decisão final sempre é da mulher. Para melhor qualidade e aumento da margem de segurança do tratamento, a mulher deve estar sábia que o estilo de vida e a prática hábitos saudáveis devem estar atrelados à terapêutica.

Nesse interim, ressalta-se a necessidade do público feminino se alto conhecer, dentre as estatísticas evidenciadas no presente estudo, nota-se que a quantidade de mulheres em tratamento é muito inferior quando comparado com a totalidade dos casos de menopausa no Brasil, isso evidencia a necessidade de políticas de incentivo, divulgação e programas mais abrangentes e acessíveis voltados à mulher no climatério.

A menopausa é um período fisiológico normal da vida da mulher, todavia representa uma fase de intensa modificação e peculiaridades que atingem aspectos físicos e psicológicos, que de forma direta interfere na qualidade de vida. Portanto deve-se voltar especial atenção para esse tema, especialmente no que se refere a tratamento, onde a TRH toma posição de destaque por conta da sua eficiente aplicabilidade, entretanto não é a única via terapêutica.

## REFERÊNCIAS

ÁGUA, Fernanda. **Menopausa** – Cap. 18. Lisboa, 2011.

ALDRIGHI, José Mendes; ALDRIGHI, Cláudia Maria S.; ALDRIGHI, Ana Paula Santos. Alterações sistêmicas no climatério. **Rbm - Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, p.15-21, maio 2005. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2168&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2168&fase=imprime)>. Acesso em: 10 maio 2016.

ARAÚJO JÚNIOR, Naidilton Lantyer Cordeiro de; ATHANAZIO, Daniel Abensur. Terapia de reposição hormonal e o câncer do endométrio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 23, p.2613-2622, nov. 2007.

ARTICLE: The Current Outlook for Testosterone in the Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women. **The Journal Of Sexual Medicine**, [s.l.], v. 5, p.182-193, set. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00961.x>.

ATHAYDE, Amanda. **Menopausa e Terapia Hormonal na Menopausa (THM)**. 2013. Elaborado por: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/menopausa-e-terapia-hormonal-na-menopausa-thm/>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

BERKEY, Catherine S. et al. Adolescence and breast carcinoma risk. **Cancer**, [s.l.], v. 85, n. 11, p.2400-2409, 1 jun. 1999. Wiley-Blackwell.

BERNE, Robert M. et al. **Fisiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 1082 p.

BERNSTEIN, L. Epidemiology of endocrine-related risk factors for breast cancer. **J Mammary Gland Biol Neoplasia**. Norwell, v. 1, n. 7, p.03-15, jan. 2002. Disponível em: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp3.20.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00124746-200207010-00002&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>>. Acesso em: 11 maio 2016.

BEZOS, Geni Worcman. DISTÚRBIOS MENSTRUAIS. In: Secretaria de Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São: Uni Repro, 2006. p. 229. Disponível em: <[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BIRKHÄUSER MH, STRNAD J, KÄMPF C, BAHRO M. Oestrogens and Alzheimer's disease. **Int J Geriatr Psychiatry**. 2000; 15:600-9.

BOYLE P, HORTON R, RADDA G, et al. Open debate on hormone replacement therapy. **Lancet** 1998; 352: 836.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 1501 p.

CARDOZO, L. et. al. Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the hormones and urogenital therapy committee. **ObstetGynecol**, Hargenstown, v. 2, p. 722- 727, 1998.

CERVO, Luiz Amado; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CINGOLANI, Horacia E.; HOUSSAY, Alberto B.. **Fisiologia Humana da Houssay**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1124 p.

Clinical Synthesis Panel on HTR. Hormone replacement therapy. *Lancet* 1999; 354: 152-155.

COSTA, Gabriela Maria C.; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 1, n. 42, p.81-89, 04 jun. 2007. Disponível em: <[http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3913/art\\_GUALDA\\_Conhecimento\\_e\\_significado\\_cultural\\_da menopausa\\_para\\_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3913/art_GUALDA_Conhecimento_e_significado_cultural_da menopausa_para_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

CRENSHAW, Theresa L.. **A Alquimia do Amor e do Tesão**. São Paulo: Record, 1998

DAVEY, Dennisa. Androgens in women before and after the menopause and post bilateral oophorectomy: clinical effects and indications for testosterone therapy. **Women's Health**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.437-446, jul. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.27>.

DAVIES, Andrew; BLAKELEY, Asa G. H.; KIDD, Cecil. *Fisiologia Humana*. Porto Alegre: Artmed, 2002. 980 p.

FEBRASGO. **Leiomioma Uterino: Manual de Orientação**. São Paulo: Nilo Bozzini, 2004. 117 p.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Climatério: Atenção Primária e Terapia Hormonal*. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e**

**Conselho Federal de Medicina**, São Paulo, p.01-13, 13 jun. 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/034.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2016.

FERNANDES, João Soares; FORTUNATO, Jm Soares; CORREIA-PINTO, Jorge. **Fisiologia do sistema reprodutor feminino**. Braga: Universidade do Minho, 2003. Disponível em: <[www.uff.br/WebQuest/downloads/FisiolApRepFem.pdf](http://www.uff.br/WebQuest/downloads/FisiolApRepFem.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2016.

FONSECA, A. M; CAVALCANTI, A.; FEGIES, L. C.; BAGNOLI, V. R.; ABDO, C. H. (2001). Transtornos Sexuais e Menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 12, 45-52.

GASS M.; COCHRANE B. B; LARSON J. C. et al. Patternsandpredictorsof sexual activityamongwomen in thehormonetherapytrialsoftheWomen's Health Initiative. **Menopause**. 2011; 18: 1160-71.

GENAZZANI A. R.; SPINETTI A.; GALLO R.; BERNARDI F; Menopauseandthe central nervous system: interventionoptions. **Maturitas**, 1999; 31: 103-10.

GIACOMINI, Danieli Ribeiro; MELLA, Eliane Aparecida Camposatto. Reposição Hormonal: Vantagens e Desvantagens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 71-92, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2008. 198 p.

GREENHALGH, T. Gettingyourbearings (decidingwhatthepaperisabout). **BMJ**, London, v. 315, p. 243-246, 1997.

GRODSTEIN F.; STAMPFER M. J.; COLDITZ G. A.; WILLET W. C.; MANSON J. E.; JOFFE M; ROSNER B; FUCHS C; HANKINSON S. E.; HUNTER D. J.; HENNEKENS C. H.; SPEIZER F. E.; Postmenopausalhormonetherapyandmortality. **N Engl J Med** 1997; 336: 1769-75.

GRODSTEIN, F. et al. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. **N Engl J Med**, Boston, v. 335, p. 453-461, 1996.

Guanabara Koogan S.A., 2000. 973 p.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E.. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1115 p.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E.. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro:

HALBE, Hans Wolfgang; LOPES, Ceci Mendes Carvalho; CELESTINO, Clíce Aparecida. Tratamento hormonal da menopausa pós-HERS I/II e WHI. **Sinopse Ginecol Obstet**, v. 3, p. 72-78, 2003.

HUANG A, YAFFE K, VITTINGHOFF E, et al. The effect of ultra- low-dose transdermal estradiol on sexual function in postmenopausal women. **Am J Obstet Gynecol**. 2008; 198:265-7.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). **Maranhão - Imperatriz**. 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=210530&search=maranhao|imperatriz>>. Acesso em: 02 jun. 2016

JOSEFSON, D. Latest HRT trial results show risk of dementia. **BMJ**, London, v. 326, p. 1232, 2003.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos; CARNEIRO, José. **Histologia Básica: Texto & Atlas**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 538 p

KINGSBERG, SHERYL A.; SIMON, JAMES A.; GOLDSTEIN, Irwin. ORIGINAL **BMJ**, London, v. 321, p. 1516-1519, 2000.

LANZILLOTTI, Haydée Serrão et al. Osteoporose em mulheres na pós-menopausa, cálcio dietético e outros fatores de risco. **Rev. nutr**, v. 16, n. 2, p. 181-193, 2003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discourseofthecollectivesubject: social representationsand communication interventions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.502-507, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

LIMA, Sônia Maria Rolim Rosa; ALDRIGHI, José Mendes. Indicações atuais da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) após a menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 48, n. 4, p.288-288, dez. 2002. Elsevier BV.

LINDAU S.T., SCHUMM L.P., LAUMANN E.O., et al. A studyofsexualityandhealthamongolderadults in the United States. **N ENGL J MED**. 2007; 357:7 p. 62-74.

LORENZI, Dino Roberto Soares de et al. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p.459-466, dez - 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 jun. 2016.

MACHADO, Lucas V.. Sangramento Uterino Disfuncional. **ArqBrasEndocrinolMetab**, São Paulo, v. 4, n. 45, p.375-382, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a10v45n4.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

MACLENNAN A. H. et al. Oral oestrogenandcombinedoestrogen/progestogentherapy versus placebo for hot flushes. Cochrane DatabaseofSystematicReviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 1, Art. No. CD002978. DOI: 10.1002/14651858. CD002978.pub1

MACLENNAN, A.; LESTER, S.; MOORE, V. Oral oestrogenreplacementtherapy versus placebo for hot flushes. **The Cochrane Library**, 2001.

MARSHALL, William J.; BANGERT, Stephen K.; LAPSLEY, Marta. **Química Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 376 p.

MICHELS, K. B.. PostmenopausalHormoneTherapy: A Reversalof Fortune. **Circulation**, [s.l.], v. 107, n. 14, p.1830-1833, 15 abr. 2003. Ovid Technologies (WoltersKluwer Health).

MUNEYYIRCI-DELALE, Ozgul et al. Management of dysfunctionaluterinebleedingbasedon endometrial thickness. **Int J Womens Health**, Bethesda, v. 2, p.297-302, Não é um mês valido! 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990898/>>. Acesso em: 10 maio 2016.

NEVES-E-CASTRO, Manuel. Climatério e Menopausa \*. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, Lisboa, v. 3, n. 2, p.67-83, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.neves-e-castro.pt/uploads/trabalhos\\_publicados/climaterio\\_e\\_menopausa.pdf](http://www.neves-e-castro.pt/uploads/trabalhos_publicados/climaterio_e_menopausa.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

NIEVES, J.W., KOMAR, L., COSMAN, F., LINDSAY, R. Calcionpotentatestheeffectofestrogenandcalcitoninonbonemass: reviewandanalysis. **American JournalofClinicalNutrition**, Bethesda, v.67, p.18-24, 1998.

NIJLAND E. A., NATHORST-BOOS J, PALACIOS S, et al. Improvedbleeding profile andtolerabilityoftibolone versus transdermal E2/NETA treatment in postmenopausalwomenwithfemale sexual dysfunction. **Climacteric**. 2009; 12: 114-21.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 58, n. 2, p.172-181, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-2730000003044>.

placebo for hot flushes (Cochrane Review). In: **THE COCHRANE Library**. Oxford:

PSN, Pesquisa Nacional de Saúde -. **Módulo de saúde da mulher: %Mulh.45a+c/trat.p/sint.menop.** segundo Região. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnsr.def>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

RANG, H. P.; DALE, M. M.. **Rang&Dale Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 768 p.

**Reposição Hormonal e o Câncer do Endométrio.** Rio de Janeiro, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/08.pdf>. Acesso em: 19/06/2016.

REVICKI, Dennis A. et al. Content Validity of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Pre- and Postmenopausal Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. **The Journal Of Sexual Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 8, p.2237-2245, ago. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02312.x>.

ROBBINS, Stanley Leonard. **Robbins & Cotran, Bases patológicas das doenças.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ROZENBERG, Serge; VANDROMME, Jean; ANTOINE, Caroline. Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. **Nat Rev Endocrinol**, [s.l.], v. 9, n. 4, p.216-227, 19 fev. 2013. Nature Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2013.17>.

ROZENFELD, Suely. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.437-442, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

RYMER, J; MORRIS, E. P. Extracts from "Clinical Evidence" - Menopausal symptoms.

SANCHEZ, M.; ROEL, I. El proceso de envejecimiento en la mujer. **Retirado em**, v. 21, p. 2001, 2001.

SANTEN RJ, ALLRED DC, ARDOIN SP, Archer DF, BOYD N, BRAUNSTEIN GD, et al. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. **J Clin Endocrinol Metab.** 2010, (7 Suppl 1): S1-S66.

SANTORO N; KOMI J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. **J Sex Med.** 2009; 6:21 p.33-42.

SARE G.M.; GRAY L.J.; BATH P.M.;  
 Association between hormone replacement therapy and subsequent arterial and venous vascular events: a meta-analysis. **Eur Heart J.** 2008;29:2031-41.

SBRH - Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Reprodução & Climatério: uma nova era! **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.05-62, Não é um mês válido! 2001. Disponível em: <[http://www.sbrh.org.br/sbrh\\_novo/restrito/revista/2001\\_jan\\_mar.pdf](http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/restrito/revista/2001_jan_mar.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SHAW, J. M.; WITZKE, K. A.; WINTERS, K. M. Exercise for skeletal health and osteoporosis prevention. **ACSM'S RESOURCE. Manual for guidelines for exercise testing and prescription**, v. 3, p. 288-239, 2001.

SHUMAKER, A. S. et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. The Women's Health Initiative Memory Study. **JAMA**, Chicago, v. 289, p. 2651-2662, 2003.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**: Penildon Silva. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, Sheila Rebeca Rodrigues da; SIMÕES, Simone Castelo Branco. **Estudo do Perfil das Portadoras de Adenocarcinoma de Endométrio do Hospital de Câncer de Pernambuco e Verificação e Análise dos Principais Fatores de Risco**. São Paulo: Unicamp, 2006. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_SAU\\_PO58\\_Silva\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_PO58_Silva_texto.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2016.

SIMON, James A. Problems of sexual function in menopausal women. **American Society For Reproductive Medicine**, Salt Lake City, v. 20, n. 4, p.01-06, out. 2012. Disponível em: <[http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/News\\_and\\_Publications/Journals\\_and\\_Newsletters/Menopausal\\_Medicine/2012/MenopausalMedicineOctober2012.pdf](http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Journals_and_Newsletters/Menopausal_Medicine/2012/MenopausalMedicineOctober2012.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SOBRAC (Sociedade Brasileira de Climatério). **Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica**. São Paulo; 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a11v9n4.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

SPRITZER, Poli Mara; WENDER, Maria Celeste Osório. Terapia hormonal na menopausa: quando não usar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 51, n. 7, p.1058-1063, out. 2007.

STEINBERG, K. K. et. al. A meta-analysis of the effect of estrogen replacement therapy on the risk of breast cancer. **JAMA**, Chicago, v. 265, p. 1985-1989, 1991.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p.849-853, maio 23.

UFJF. **SISTEMA GENITAL FEMININO**. Juiz de Fora: Pdf, 2014. Color. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/anatomia/files/2012/04/S-GENITAL-FEMININO-2014.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

UFSP - Universidade Federal de São Paulo. **Prevenção primária e secundária**. São Paulo.2001. Disponível em: < [www.virtual.epm.br/material/gineco/epica.htm](http://www.virtual.epm.br/material/gineco/epica.htm).>

ULRICH, C.M., GEORGIO, C.C., SNOW-HARTER, C.M., GILLIS, D.E. Bone mineral density in motherdaughterpairs: Relationstolifetimeexercise, lifetimemilkconsumption, andcalciumsupplements. **American JournalofClinicalNutrition**, Bethesda, v.63, p.72-79, 1996.

UTIAN W. H. Menopause, a modern perspective from a controversialhistory. **Maturitas**1993;26:73-82.

UTIAN, Wulf H. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 1, p. 1, 2005.

WARNOCK J. K; SWANSON SG, BOREL RW, et al. Combined esterified estrogens and methyltestosterone versus esterified estrogen alone in the treatment of loss of sexual interest in surgically menopausal women. **Menopause**. 2005; 12: 374-84.

WELTON A.J., VICKERS M.R., KIM J, et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. **BMJ**. 2008; p. 337 - 1190

WHI - Women's Health Initiative. HORMONE REPLACEMENT TRIAL. **Whi Manuals: WHI**, Seattle, v. 2, n. 5, p.01-05, ago. 2001. Disponível em: <[https://www.whi.org/researchers/studydoc/WHI and ES1 Manual of Operations/1993-2005](https://www.whi.org/researchers/studydoc/WHI%20and%20ES1%20Manual%20of%20Operations/1993-2005)

WHI CT and OS/Vol 2, 05 - Hormone Replacement Trial (HT).pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

WRITING GROUP for the PEPI Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. **JAMA**. 1995; 273: 199-208

WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 321-333, 2002.

XU H.; GOURAS G. K.; GREENFIELD J. P.; VINCENT B., NASLUND J.; MAZZARELLI L, et al. Estrogen reduces neuronal generation of Alzheimer beta-amyloid peptides. **Nat Med** 1998; 4: 447-51.

**APÊNDICES**

APÊNDICE A – Entrevista realizada com profissional médico.

**Entrevista - Médico**

01 – Quantos anos você exerce a profissão médica?

02 – Qual a frequência da procura para tratamento de menopausa?

03 - Você costuma indicar para suas pacientes, terapia de reposição hormonal em casos de menopausa?

04 – Em contra partida, como é a procura por terapia de reposição hormonal por parte das pacientes no período menopausa?

05 – Você segue algum protocolo para a prescrição da terapia hormonal, se sim, qual é ele?

06 – Você costuma apresentar as pacientes os riscos atrelados à terapia hormonal para tratamento dos sintomas da menopausa?

**APÊNDICE B – Cata de informação ao sujeito.**DeVry  
Brasil**CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO**

Esta pesquisa tem como intuito, compreender os motivos que levam as mulheres a optarem por terapia de reposição hormonal, bem como, avaliar o conhecimento das mesmas sobre o uso da terapia de reposição hormonal, a opinião de médicos sobre os procedimentos de prescrição da terapia e suas conclusões sobre o tema. Para tanto, realizaremos aplicação de questionários com usuárias de terapia de reposição hormonal e entrevistas semiestruturadas com médicos. Para tal solicitamos sua autorização para a realização dos procedimentos previstos. O contato interpessoal e a realização dos procedimentos oferecem riscos físicos e/ou psicológicos mínimos aos participantes. As pessoas não serão obrigadas a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Em eventual situação de desconforto, os participantes poderão cessar sua colaboração sem consequências negativas. Todos os assuntos abordados serão utilizados sem a identificação dos participantes e instituições envolvidas. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou a qualquer momento poderá ser esclarecidas, bastando entrar em contato pelo telefone abaixo mencionado. Ressaltamos que se trata de pesquisa com finalidade acadêmica, referida ao trabalho de conclusão de curso, que os resultados da mesma serão divulgados em trabalho acadêmico, obedecendo ao sigilo, sendo alterados quaisquer dados que possibilitem a identificação de participantes, instituições ou locais que permitam identificação. De acordo com estes termos, favor assinar abaixo.

\_\_\_\_\_  
 Matheus Moura da Silva  
 Acadêmico de Farmácia

\_\_\_\_\_  
 Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno  
 DEVRY - FACIMP  
 (99) 98277-1477



Av. Prudente de Moraes, s/nº | Residencial JK | Imperatriz - MA - CEP 65.910-140

[www.facimp.edu.br](http://www.facimp.edu.br)

**APÊNDICE C – Cata de informação à instituição**DeVry  
Brasil**CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO**

Esta pesquisa tem como intuito conhecer os benefícios que justificam o emprego da terapia de reposição hormonal. Para tanto, realizaremos entrevistas com profissionais da saúde que trabalham diretamente com a terapia de reposição hormonal e com mulheres usuarias do estabelecimento que fazem uso de tal terapia. Para isso solicitamos a autorização desta instituição para o encaminhamento de participantes, e para a realização dos procedimentos previstos. O contato interpessoal e a realização dos procedimentos oferecem riscos físicos e/ou psicológicos mínimos aos participantes e à instituição. As pessoas não serão obrigadas a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Em eventual situação de desconforto, os participantes poderão cessar sua colaboração sem consequências negativas para si ou para a instituição. Todos os assuntos abordados serão utilizados sem a identificação dos colaboradores e instituições envolvidas. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou a qualquer momento poderá ser esclarecidas, bastando entrar em contato pelo telefone abaixo mencionado.

Ressaltamos que se trata de pesquisa com finalidade acadêmica, referida ao trabalho de conclusão de curso, que os resultados da mesma serão divulgados em trabalho acadêmico obedecendo ao sigilo, sendo alterados quaisquer dados que possibilitem a identificação de participantes, instituições ou locais que permitam identificação. De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia deste documento ficará com a instituição e outra com o pesquisador. Obrigado.

\_\_\_\_\_  
Matheus Moura da Silva  
Acadêmico de Farmácia

\_\_\_\_\_  
Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno  
DEVRY - FACIMP  
(99) 98277-1477



Av. Prudente de Moraes, s/nº | Residencial JK | Imperatriz - MA - CEP 65.910-140

[www.facimp.edu.br](http://www.facimp.edu.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) \_\_\_\_\_, após a leitura da Carta de Informação ao sujeito, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que o (a) senhor (a), a qualquer momento, poderá retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Imperatriz (Ma) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



Av. Prudente de Moraes, s/nº | Residencial JK | Imperatriz - MA - CEP 65.910-140

[www.facimp.edu.br](http://www.facimp.edu.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) \_\_\_\_\_, representante da instituição, após a leitura da Carta de Informação à Instituição, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Imperatriz (Ma), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante da Instituição



Av. Prudente de Moraes, s/nº | Residencial JK | Imperatriz - MA - CEP 65.910-140

[www.facimp.edu.br](http://www.facimp.edu.br)