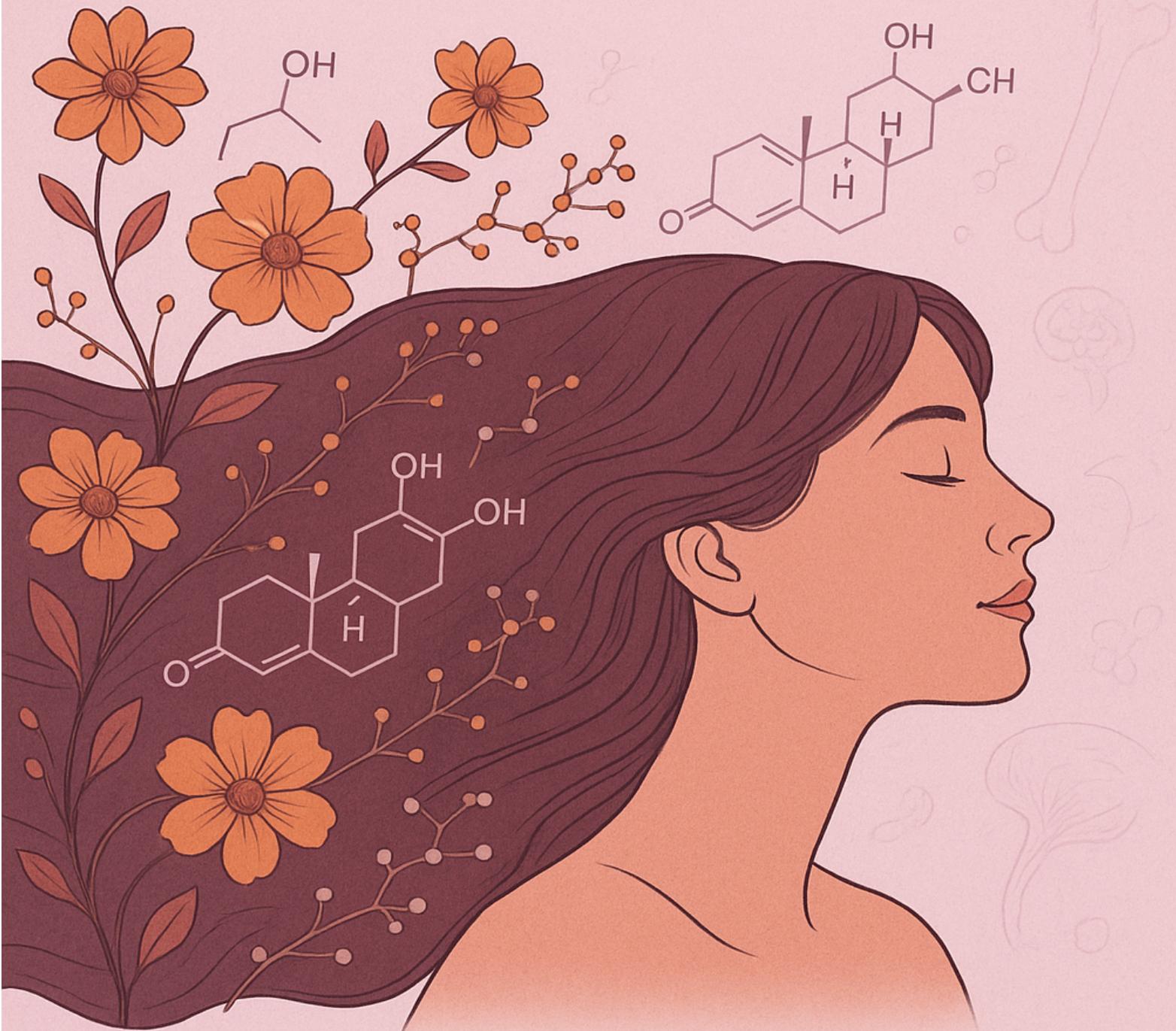


TRH

O que o paciente precisa saber



Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira

CRM/AC 844

Mastologista

Edição 01 • 2025

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Prefácio

Quando uma mulher atravessa a menopausa, ela não está apenas deixando de menstruar. Está vivendo uma revolução silenciosa — hormonal, emocional e física. Ondas de calor, insônia, irritabilidade, ressecamento vaginal, perda de libido, mudanças no corpo, na mente e no espelho. E em meio a tudo isso, muitas vezes, o que ela recebe são conselhos desconexos, medos infundados ou a velha frase: *"é da idade, tem que aguentar."*

Este livro nasce justamente para quebrar esse silêncio, desmistificar a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e devolver às mulheres o protagonismo sobre seu próprio corpo.

Ao longo da minha trajetória como médico, com especialização em mama, vi de perto o impacto positivo — e transformador — que a TRH pode ter na vida de muitas mulheres. Mas também compreendi a responsabilidade de orientar, esclarecer e, acima de tudo, individualizar cada decisão.

Não escrevo aqui para fazer propaganda de hormônio. Escrevo para oferecer conhecimento. E conhecimento é o que transforma medo em escolha consciente.

Este livro é voltado a você, mulher que vive (ou se aproxima de viver) o climatério e busca respostas claras, sem rodeios. Também é dedicado a colegas ginecologistas, mastologistas, endocrinologistas e estudantes que desejam aprofundar sua compreensão sobre um dos assuntos mais debatidos, controversos — e mal compreendidos — da medicina moderna.

Aqui você encontrará ciência, experiência clínica, gráficos didáticos, QR codes com vídeos explicativos e, ao final de cada capítulo, casos reais ou simulados que ajudam a aplicar o conteúdo no mundo real.

Que este livro possa ser um guia, uma ponte e, quem sabe, um alívio.

Porque menopausa não é o fim de nada — é o começo de um novo capítulo. E como todo capítulo, merece ser bem escrito.

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira

Mastologista



Índice Detalhado

◆ Parte I – Compreendendo a Menopausa e o Climatério

1. **O que é a menopausa e por que ela muda tudo?**
 - Quando começa e quando termina
 - O climatério é uma transição, não uma sentença
 - Como identificar os primeiros sinais
 - ❖ *Caso clínico: “Achei que era só estresse”*
 2. **A vida sem estrogênio: sintomas, impacto e qualidade de vida**
 - Fogachos, ressecamento, depressão e mais
 - Efeitos no cérebro, ossos, coração e pele
 - ❖ *Caso clínico: “A executiva que não dormia mais”*
-

◆ Parte II – O que você precisa saber sobre TRH

3. **Terapia de Reposição Hormonal: o que é e para quem é**
 - Hormônios sintéticos vs bioidênticos
 - Benefícios reais, riscos possíveis
 - ❖ *Caso clínico: “Mas doutor, minha mãe teve câncer...”*
 4. **Como iniciar TRH com segurança**
 - Avaliações obrigatórias
 - Janela de oportunidade: por que o tempo é ouro
 - Vias de administração: oral, transdérmica, vaginal
 - ❖ *Caso clínico: “Ela começou cedo e não se arrependeu”*
 5. **TRH e o câncer de mama: mitos, evidências e vigilância**
 - O que a ciência mostra
 - Quando é seguro, quando não é
 - Importância do mastologista na decisão
 - ❖ *Caso clínico: “Biópsia benigna, e agora?”*
-

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

◆ Parte III – Saúde integral na menopausa

6. **Sexualidade, libido e autoestima: reencontrando o prazer**
 - Desejo x resposta x hormônios
 - A vulva e a vagina também envelhecem
 - Comunicação no relacionamento
 - ❖ *Caso clínico: “Casada há 20 anos, mas desconectada”*
 7. **Imagem corporal e envelhecimento: como olhar no espelho e gostar**
 - Mudanças no corpo e peso
 - Exercício físico e tônus hormonal
 - A pele, os cabelos e o toque
 - ❖ *Caso clínico: “Ela quis voltar a se amar”*
 8. **Fitoterápicos e suplementação: aliados ou placebo?**
 - Cimicífuga, isoflavonas, DHEA, maca peruana
 - Vitamina D, magnésio, colágeno, ômega-3
 - Quando usar, quando evitar
 - ❖ *Caso clínico: “Natural não é sempre seguro”*
-

◆ Parte IV – TRH na prática médica

9. **Como o mastologista participa do cuidado da mulher climatérica**
 - Avaliação da mama antes e durante a TRH
 - Lipossustituição, adenoses, biópsias
 - Seguimento clínico conjunto
 - ❖ *Caso clínico: “TRH com acompanhamento sem sustos”*
 10. **Perguntas frequentes no consultório**
 - “Vou engordar?”
 - “E se eu sangrar?”
 - “Vou ter que tomar hormônio para sempre?”
 - “Posso fazer se tirei o útero?”
 - ❖ *Caso clínico: “Dúvidas que travam decisões”*
-

◆ Anexos e Recursos Extras

- Glossário de termos hormonais
 - Cronograma de exames de rastreio na menopausa
 - QR Codes para vídeos explicativos (ex: “Como funciona a TRH?”, “Entendendo seu exame de mama”)
 - Planilha de sintomas climatéricos para acompanhamento pessoal
 - Referências científicas utilizadas
-



Capítulo 1

O que é a menopausa e por que ela muda tudo?

O que é menopausa?

Tecnicamente falando, **menopausa é o nome que damos à última menstruação da mulher**, desde que ela ocorra **após 12 meses consecutivos de ausência do ciclo menstrual, sem outras causas hormonais ou patológicas envolvidas.**

Mas se você perguntar a uma paciente o que é menopausa, ela pode responder:

“É quando eu comecei a suar do nada, a dormir mal, a brigar por qualquer coisa e achar que estou ficando louca.”

E, de certa forma, ela está certa.

A menopausa é muito mais do que uma data. É uma **fase biológica complexa, com repercussões em praticamente todos os sistemas do organismo feminino**: cérebro, ossos, pele, coração, mucosas, metabolismo, libido, sono, humor, memória — e até na maneira como a mulher se enxerga.

O climatério: um declínio em câmera lenta

Antes da menopausa chegar, existe o **climatério**, uma espécie de “bastidores da transição hormonal”. Ele pode começar **entre os 40 e 45 anos**, ou até antes, com sintomas sutis: ciclos irregulares, oscilação de humor, enxaquecas, perda da libido, ganho de peso inexplicável.

O climatério é o **período de transição entre a vida reprodutiva e não reprodutiva**, quando os ovários começam a falhar em produzir estrogênio e progesterona de forma regular.

 Para muitas mulheres, o climatério é **mais difícil do que a menopausa em si.**

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Sinais e sintomas que merecem atenção:

- Ondas de calor (fogachos)
 - Insônia ou sono fragmentado
 - Irritabilidade, ansiedade, depressão
 - Queda da libido
 - Ressecamento vaginal
 - Dores articulares
 - Pele seca, cabelo quebradiço
 - Ganho de peso (especialmente abdominal)
 - Perda de memória recente ou “mente enevoada”
 - Cansaço crônico
-

Mas... por que o corpo muda tanto?

Porque o **estrogênio não é apenas um “hormônio sexual”** — ele atua em praticamente todos os tecidos do corpo feminino. Ele ajuda a modular a serotonina e a dopamina (humor), o GABA (sono), o metabolismo do cálcio (ossos), a integridade da pele e mucosas, e muito mais.

Com a sua queda, o corpo entra em um **estado de readaptação forçada**, e para muitas mulheres isso pode ser uma experiência exaustiva, solitária e mal compreendida.

Menopausa precoce e cirúrgica

- **Menopausa precoce:** ocorre antes dos 40 anos. Deve sempre ser investigada, pois pode ter causas autoimunes, genéticas ou ser idiopática.
- **Menopausa cirúrgica:** ocorre após retirada dos ovários. É abrupta, sem período de adaptação, e costuma ser mais sintomática.

Essas mulheres costumam se beneficiar fortemente da **TRH precoce**, se não houver contraindicações.

Exames que podem ajudar na avaliação:

Embora a menopausa seja um **diagnóstico clínico**, alguns exames podem ser úteis:

- FSH elevado + estradiol baixo (em contexto de sintomas)
 - Perfil lipídico, TSH, vitamina D
 - Densitometria óssea (em casos de menopausa precoce ou osteopenia suspeita)
-

Caso clínico: “Achei que era só estresse”

Paciente: Eliane, 47 anos

História: Executiva, mãe de dois filhos. Chegou ao consultório exausta. Queixava-se de cansaço constante, insônia, crises de ansiedade e aumento de peso abdominal. Achava que era “burnout”. Seus ciclos haviam se tornado esporádicos nos últimos 10 meses.

Exames: FSH elevado, estradiol muito baixo. Densitometria revelou osteopenia.

Conduta: Conversamos sobre o diagnóstico de menopausa iminente e a possibilidade de iniciar TRH. Com orientação adequada e exames de imagem normais, iniciamos estradiol transdérmico com boa resposta.

Resultado: Em três meses, sono restaurado, humor estável e autoestima renovada.

O que você precisa lembrar:

- Menopausa é natural, mas não precisa ser sofrida.
 - O climatério pode durar anos — e tem tratamento.
 - O estrogênio atua em múltiplos sistemas, e sua queda afeta muito mais do que a menstruação.
 - Avaliação clínica e escuta ativa são a base para propor soluções.
 - A TRH não é para todas, mas **deve ser considerada sempre que houver indicação.**
-

Capítulo 2

A vida sem estrogênio: sintomas, impacto e qualidade de vida

O que acontece quando o estrogênio vai embora?

Imagine que, por décadas, o seu corpo foi afinado por um maestro invisível chamado **estrogênio**. Ele coordenava seu sono, seu humor, sua pele, seus ossos, seus ciclos — e até seu desejo. Quando ele começa a desaparecer, o corpo entra em **descompasso**. Não é uma falha. É biologia. Mas pode ser devastador para quem está vivendo isso na pele.

Entendendo o papel do estrogênio

O estrogênio age em:

- **Sistema nervoso central:** regula neurotransmissores como serotonina, dopamina e GABA
- **Sistema cardiovascular:** tem ação anti-inflamatória, vasodilatadora e protetora do endotélio
- **Metabolismo ósseo:** reduz a reabsorção de cálcio pelos osteoclastos
- **Pele e mucosas:** mantém colágeno, hidratação e elasticidade
- **Função sexual:** atua na lubrificação vaginal, sensibilidade e libido
- **Distribuição de gordura corporal:** ajuda a manter o perfil ginecoide

Quando o estrogênio cai, tudo isso se desregula — e os sintomas aparecem.

Os principais sintomas da carência estrogênica

1. Fogachos (ondas de calor)

O sintoma mais comum. Acomete mais de 75% das mulheres. Podem ocorrer várias vezes ao dia e à noite, interrompendo o sono e afetando o humor.

2. Distúrbios do sono

Insônia de manutenção, sono superficial, dificuldade em adormecer. Muitas vezes confundido com ansiedade.

3. Alterações de humor

Irritabilidade, labilidade emocional, sensação de tristeza sem causa aparente.

4. Disfunção sexual

Ressecamento vaginal, dor na relação, perda de libido e diminuição da sensibilidade.

5. Alterações cognitivas leves

“Nevoeiro mental”, lapsos de memória recente, dificuldade de concentração.

6. Dores musculares e articulares

Muito comuns e frequentemente negligenciadas como parte do climatério.

7. Alterações dermatológicas e corporais

Pele mais fina, perda de brilho, cabelos quebradiços, unhas fracas, ganho de peso abdominal.

8. Sintomas urinários

Urgência miccional, infecções urinárias de repetição, incontinência leve.

O impacto na qualidade de vida

Esses sintomas não são “frescura” ou “coisas da idade”. Para muitas mulheres, são **invalidantes**. O impacto pode ser profundo:

- Redução de produtividade no trabalho
- Afastamento social ou conjugal
- Diminuição da autoestima
- Transtornos ansiosos e depressivos secundários

Muitas vezes, o ciclo vicioso se instala: **não dorme** → **irrita-se** → **engorda** → **se isola** → **sente culpa** → **piora tudo**.

O paradoxo: a mulher vive mais, mas sofre mais tempo

Com a expectativa de vida atual, uma mulher pode viver **30 a 40% da vida em menopausa**. Isso significa que **não tratar** pode ser uma escolha com consequências de longo prazo, não apenas na **qualidade de vida**, mas também na **saúde óssea, cardiovascular e cerebral**.

É só usar hormônio e tudo melhora?

Não necessariamente. A TRH é **poderosa, mas não é mágica**. Ela melhora significativamente os sintomas quando bem indicada, mas deve vir acompanhada de:

- Boa alimentação
- Atividade física regular
- Suporte emocional e/ou psicológico
- Monitoramento de exames

Quando bem usada, **a TRH transforma**. E isso vai além de suprimir sintomas: ela resgata a identidade da mulher que estava se perdendo.

Caso clínico: “A professora que parou de se reconhecer”

Paciente: Teresa, 51 anos, professora de ensino médio

História: Sempre foi ativa e bem-humorada. Nos últimos 6 meses, relatava cansaço persistente, insônia, crises de calor intensas e perda de interesse sexual. Passou a faltar ao trabalho por fadiga. Pensava que estava entrando em depressão.

Exames: FSH elevado, densitometria com início de osteopenia. Mamografia e ultrassonografia sem alterações relevantes.

Conduta: Após avaliação cuidadosa, iniciamos estradiol transdérmico em gel + acompanhamento multidisciplinar com psicóloga e nutricionista.

Resultado: Em dois meses, a paciente relatava melhora do sono, da disposição e da autoestima. Voltou a dar aula com prazer e, nas palavras dela, “*me reencontrei comigo mesma*”.

O que você precisa lembrar:

- Os sintomas da menopausa são reais, impactantes e tratáveis.
 - O estrogênio é essencial para múltiplas funções do corpo feminino.
 - A TRH pode ser uma ferramenta segura e eficaz para restaurar qualidade de vida.
 - Ouvir a paciente e validar seu sofrimento é o primeiro passo para uma conduta eficaz.
 - Climatério bem conduzido é sinônimo de longevidade com dignidade.
-



Capítulo 3

Terapia de Reposição Hormonal: o que é e para quem é

O que é a TRH, afinal?

A **Terapia de Reposição Hormonal (TRH)** é o uso de hormônios — geralmente **estrogênio, progesterona** e, em alguns casos, **testosterona** — com o objetivo de **suprir a deficiência hormonal que ocorre na menopausa**, aliviar sintomas e prevenir complicações a longo prazo.

Pense nela como um “ajuste fino” do corpo, devolvendo parte do que os ovários deixaram de produzir. Mas, como todo tratamento, a TRH deve ser **bem indicada, personalizada e acompanhada**.

Para quem a TRH é indicada?

De forma geral, os **principais candidatos ao tratamento hormonal** são:

- Mulheres com sintomas moderados a graves que impactam sua qualidade de vida
- Mulheres com menopausa precoce (antes dos 40 anos) ou cirúrgica
- Mulheres com risco aumentado de osteopenia/osteoporose
- Mulheres com sintomas geniturinários importantes (ressecamento, dor na relação, infecções urinárias recorrentes)

 **Importante:** A presença de sintomas é o principal critério. Nem toda mulher na menopausa precisa ou quer fazer TRH. E tudo bem. Mas ela deve saber que **tem essa opção**.

🚫 Quem não deve usar TRH?

Existem **contraindicações absolutas**, como:

- História atual ou prévia de **câncer de mama dependente de hormônio**
- **Trombose venosa profunda** ou **embolia pulmonar não provocada**
- **Doença hepática ativa**
- Sangramento vaginal não investigado
- **Infarto ou AVC recente** (nos últimos 12 meses)

E **contraindicações relativas**, como:

- Mioma uterino sintomático
- Endometriose ativa
- Hiperplasia endometrial não tratada
- Alto risco cardiovascular (avaliar risco/benefício)

Em muitos casos, com vigilância e acompanhamento conjunto com especialistas (mastologista, cardiologista, hematologista), é possível adaptar o tratamento.

✍ Bioidêntico, natural, sintético... o que é isso?

É aqui que o bicho pega na internet.

Bioidêntico é o hormônio com **mesma estrutura molecular** dos hormônios produzidos pelo corpo humano (ex: 17β -estradiol). **Sintético** pode ter estrutura diferente, mesmo que tenha efeito similar (ex: etinilestradiol). **Natural** não quer dizer seguro. Cicuta e veneno de cobra também são “naturais”.

👉 O que importa é: **via de administração, dose correta e acompanhamento médico.**

📖 A janela de oportunidade

Estudos mostram que iniciar TRH **nos primeiros 10 anos após a menopausa** ou **antes dos 60 anos** traz **maior benefício com menor risco.**

Essa é a chamada **“janela de oportunidade”**. Fora dessa janela, o risco cardiovascular e de eventos trombóticos pode ser maior, especialmente com hormônios orais.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Vias de administração

1. Transdérmica (padrão-ouro atual)

- ✓ Gel, adesivo, spray
- Menor risco de trombose
- Menor impacto hepático
- Liberação contínua e estável

2. Oral

- ✓ Comprimidos de estrogênio
- Aumenta proteínas hepáticas
- Risco um pouco maior de trombose
- Boa opção em pacientes sem risco

3. Vaginal

- ✓ Estrogênio local (pomadas, cremes, óvulos)
- Para sintomas geniturinários
- Quase nenhuma absorção sistêmica

4. Implantes (uso individualizado)

- ✓ Liberam hormônios de forma contínua
- Pouco flexíveis para ajuste
- Não isentos de riscos
- Não são regulamentados em todos os países

Quem prescreve TRH?

A prescrição pode ser feita por:

- Ginecologistas
- Mastologistas (com foco em vigilância mamária e segurança hormonal)
- Endocrinologistas
- Médicos da mulher com formação específica

O fundamental é que o profissional **entenda fisiologia hormonal, saiba interpretar exames e tenha bom senso clínico.**

Caso clínico: “Mas doutor, minha mãe teve câncer...”

Paciente: Marília, 50 anos, sem útero (histerectomia total aos 42 por miomatose). Relata sintomas intensos: fogachos, irritabilidade, secura vaginal e queda de libido.

História familiar: Mãe com câncer de mama aos 70 anos, tipo luminal A.

Exames: RNM e mamografia sem alterações. Perfil lipídico bom, sem comorbidades.

Conduta: Após avaliação e discussão dos riscos/benefícios, iniciamos **estradiol transdérmico isolado (gel)**. Seguimento a cada 6 meses com USG e mamografia anual.

Resultado: Sintomas reduzidos em 4 semanas. Paciente referiu melhora da disposição e da vida sexual. Com vigilância mamária ativa, manteve uso por 3 anos com segurança.

O que você precisa lembrar:

- TRH bem indicada transforma vidas.
 - Não é receita de bolo: cada mulher é única.
 - A segurança está no **acompanhamento**, e não no medo.
 - Hormônio não é vilão — é ferramenta.
 - A conversa médica honesta é o melhor começo.
-

Capítulo 4

Como iniciar a TRH com segurança

Primeiro passo: escutar e acolher

Antes de qualquer exame ou prescrição, é preciso **ouvir a mulher que está diante de você**. Quais sintomas ela tem? Qual o impacto na vida dela? Ela está com medo? Já foi mal orientada no passado? Ela quer começar ou ainda está avaliando?

Esse primeiro momento não é técnico — é **humano**.

Segundo passo: história clínica completa

Algumas perguntas são fundamentais:

- Há histórico pessoal ou familiar de **câncer de mama, ovário ou útero**?
- Já teve **trombose**? Usa anticoncepcionais hormonais no passado?
- Possui **hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade**?
- Usa medicamentos contínuos?
- Como está a **vida sexual**? Há dor na relação ou ressecamento?
- Fez **histerectomia total** ou o útero está preservado?
- Quando foi a última menstruação?

Essas respostas guiam todo o plano terapêutico.

Terceiro passo: exames prévios

Nem todos os exames são obrigatórios, mas os mais indicados são:

Para todas as pacientes:

- Perfil lipídico completo
- Glicemia, função hepática, função renal
- TSH e T4 livre (excluir disfunção tireoidiana)
- Mamografia atualizada (últimos 12 meses)
- Ultrassonografia de mamas e transvaginal (se útero presente)

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

◆ Quando indicado:

- Ressonância magnética das mamas (histórico familiar, lesões densas ou biópsias prévias)
 - Densitometria óssea (menopausa precoce, fatores de risco para osteopenia)
-

Quarto passo: avaliar risco x benefício

A TRH não deve ser encarada como obrigação, mas sim como uma ferramenta segura, quando bem indicada. O que pesa mais na balança?

-  Riscos cardiovasculares, trombóticos ou neoplásicos?
-  Ou sofrimento, perda de qualidade de vida e sintomas invalidantes?

Esse é o momento de explicar com clareza os dados reais, desmistificar medos e apresentar opções.

Quinto passo: escolher o esquema ideal

◆ Se a paciente tem útero:

- Estrogênio + **progesterona** (sintética ou micronizada)
- Pode ser em formulações combinadas ou separadas

◆ Se não tem útero:

- Estrogênio **isolado** é suficiente e mais seguro

◆ Se a queixa principal for vaginal/sexual:

- Estrogênio **local (vaginal)** pode resolver sem necessidade de TRH sistêmica

◆ Se for uma mulher com histórico de câncer de mama:

- TRH sistêmica costuma ser **contraindicada**
 - Estrogênio **vaginal em microdose** pode ser cogitado com consentimento e vigilância, em alguns casos, junto ao mastologista
-

Vias de administração e preferências

Via	Indicação preferencial	Observações
Transdérmica	Primeira escolha na maioria dos casos	Baixo risco de trombose
Oral	Alternativa em pacientes sem risco trombogênico	Maior ação hepática
Vaginal	Sintomas geniturinários isolados	Mínima absorção sistêmica
Implante	Casos selecionados, efeito prolongado	Menor flexibilidade de ajuste

17 E o acompanhamento?

TRH exige **acompanhamento regular**, o que inclui:

- Retorno em **2-3 meses após o início**, para ajuste de dose e avaliar efeitos
 - **Ultrassonografia de mamas semestral**, mamografia anual
 - Exames laboratoriais anuais
 - Avaliação ginecológica (se útero presente)
 - Avaliação da necessidade de continuar a TRH a cada 12-18 meses
-

Registro e consentimento informado

O ideal é que a paciente **assine um termo de consentimento informado**, reconhecendo:

- Os possíveis **benefícios e riscos**
- A importância da **vigilância mamária**
- Que a decisão foi **compartilhada** com o médico

Isso protege ambos e fortalece a relação médico-paciente.

Caso clínico: “Ela só queria parar de queimar”

Paciente: Carla, 53 anos, casada, sem útero. Queixa de fogachos intensos, insônia e queda de libido. Evita sair à noite por medo das “crises de calor”. Nunca teve filhos. Mãe faleceu de infarto aos 75 anos.

Exames: Mamografia e USG normais. FSH elevado, colesterol LDL discretamente alto. Nenhuma contraindicação evidente.

Conduta: Iniciamos TRH com estradiol transdérmico 1g/dia. Educamos sobre alimentação, exercício e hidratação. Acompanhamento trimestral.

Resultado: Fogachos reduziram 80% em 30 dias. Paciente referiu melhora da disposição, libido e segurança emocional. Sente-se “recuperada”.

O que você precisa lembrar:

- Avaliação criteriosa = tratamento seguro
 - O segredo está no **ajuste personalizado**
 - Via transdérmica é segura, eficaz e bem tolerada
 - O diálogo transparente cria confiança
 - A TRH, quando bem indicada, **é uma revolução positiva para a mulher**
-

Capítulo 5

TRH e o câncer de mama: mitos, evidências e vigilância

A origem do medo

Quando falamos de **terapia de reposição hormonal (TRH)**, o primeiro fantasma que aparece é quase sempre o mesmo: **“isso não dá câncer de mama?”**

Esse temor ganhou força principalmente após a publicação, em 2002, do grande estudo norte-americano **Women’s Health Initiative (WHI)**. Ele avaliou milhares de mulheres usando estrogênio conjugado com medroxiprogesterona e encontrou um aumento na incidência de câncer de mama.

O problema é que os detalhes do estudo foram mal interpretados por muitos profissionais e amplificados pela mídia:

- O risco observado foi **relativo e pequeno**
- O aumento ocorreu principalmente em mulheres que **usaram progestinas sintéticas**
 - A maioria das participantes tinha **mais de 60 anos** e iniciou TRH muito depois da menopausa
 - **Não foi feita estratificação de risco individual** nem uso de estrogênios bioidênticos

Ou seja: **a generalização de que TRH causa câncer de mama foi um erro histórico** — e muitas mulheres pagaram (e ainda pagam) o preço disso com sofrimento desnecessário.

O que os estudos mais recentes mostram?

Avanços no entendimento científico nos últimos 20 anos trouxeram mais luz ao tema. Eis o que sabemos hoje, com base em revisões sistemáticas e estudos de coorte:

- **Estrogênio isolado** (em mulheres hysterectomizadas) **não aumenta o risco** de câncer de mama. Em alguns estudos, parece até **reduzir discretamente esse risco**.
 - O risco mais relevante ocorre quando se associa **progestinas sintéticas**, especialmente com uso prolongado.
 - Quando se utiliza **progesterona micronizada** ou **didrogesterona**, o risco adicional é **muito menor**.
 - A **duração do uso** é fator importante: o risco começa a se elevar após **5 anos de uso contínuo**.
 - A TRH **não causa câncer**, mas **pode acelerar o crescimento** de um tumor já existente e subclínico.

Portanto, o risco não é binário (sim ou não), mas depende de **quem é a paciente, quando começou, por quanto tempo usa, que hormônios utiliza e como é o acompanhamento**.

TRH e mama: é possível conciliar?

A resposta curta é: **sim, com responsabilidade e vigilância**.

Mulheres com **exames de imagem mamária normais**, sem lesões proliferativas, sem histórico pessoal de câncer de mama e dentro da **janela de oportunidade** (até 60 anos ou 10 anos da menopausa) **podem se beneficiar da TRH com segurança**.

Claro, cada caso é único. A **participação do mastologista** neste contexto é um diferencial valioso para uma abordagem integrada.

Quando a TRH não deve ser iniciada?

Contraindicações absolutas para a TRH incluem:

- Câncer de mama **histologicamente confirmado**, especialmente do tipo **luminal A ou B**, com positividade hormonal
- **Hiperplasia ductal ou lobular atípica** não tratada
- **Neoplasia lobular in situ** com rastreamento deficiente
- Pacientes com mutação **BRCA1 ou BRCA2**, sem o devido acompanhamento mastológico/genético

Nestes casos, outras abordagens terapêuticas (fitoterápicos, estrogênios vaginais com consentimento, terapias não hormonais) devem ser consideradas.

Estratégias para segurança mamária na TRH

Para prescrever com segurança e responsabilidade, siga este roteiro:

- **Avalie história familiar detalhada:** idade de diagnóstico em parentes, tipo histológico, bilateralidade
- Realize **mamografia atualizada + ultrassonografia mamária** antes de iniciar
- Em casos de alta densidade mamária ou dúvidas: solicite **ressonância magnética das mamas**
- Opte, quando possível, por **estrogênio transdérmico** (menor impacto sistêmico)
- Se for necessário progestagênio, prefira **progesterona micronizada**
- Estabeleça **vigilância mamária semestral** com USG e **mamografia anual**
- Documente tudo e oriente a paciente com clareza e tranquilidade

Caso clínico: “Minha irmã teve câncer, posso usar hormônio?”

Paciente: Andreia, 48 anos, professora universitária. Menopausa há 2 anos. Relata que sua irmã foi diagnosticada com câncer de mama tipo HER2+ aos 59 anos. Andreia apresenta sintomas intensos de fogachos, distúrbios do sono, queda de libido e ressecamento vaginal. Relata perda de produtividade no trabalho e impacto no casamento.

Exames prévios:

- Mamografia e USG mamária recentes: sem alterações
- Ressonância magnética: negativa para lesões suspeitas
- Rastreamento genético: sem mutações patogênicas em BRCA1 ou BRCA2

Conduta:

- Início de **estradiol transdérmico em gel (1g/dia)**
- Avaliação de mastologista com plano de vigilância a cada 6 meses
- Educação da paciente sobre sinais de alerta e continuidade dos exames

Resultado:

Após 3 meses, Andreia relatou melhora de 90% nos fogachos, regularização do sono e recuperação da libido. Retomou rotina de trabalho com energia e segurança emocional. A vigilância mamária segue sem alterações.

O que você precisa lembrar:

- A relação entre TRH e câncer de mama **não é binária**: depende do tipo de hormônio, tempo de uso e perfil da paciente
- O **estrogênio isolado**, quando indicado, **não aumenta o risco** de câncer mamário
- **Progestinas sintéticas** elevam mais o risco que a **progesterona natural**
- A **vigilância mamária ativa** é parte essencial de qualquer plano de TRH
- Informar com ciência e calma **empodera a paciente** para decidir com liberdade e segurança



Capítulo 6

Sexualidade, libido e autoestima: reencontrando o prazer



Quando o desejo some e ninguém fala sobre isso

A menopausa não afeta apenas o corpo. Ela pode atingir diretamente a maneira como a mulher se vê, se sente e se relaciona com o outro. Um dos efeitos mais silenciosos (e muitas vezes ignorados) da queda hormonal é a **mudança no desejo sexual** e no prazer.

E aqui vale um alerta:

Baixa libido não é frescura, não é “idade chegando” e muito menos sinal de desinteresse pelo parceiro. É uma consequência **biológica, emocional e relacional** da mudança hormonal — e tem tratamento.



O que influencia a sexualidade feminina na menopausa?

A sexualidade na menopausa é multifatorial. Ela envolve:

- **Hormônios** (queda de estrogênio e testosterona)
- **Contexto emocional** (autoestima, saúde mental, estresse)
- **Relação conjugal** (diálogo, rotina, intimidade)
- **Mudanças físicas** (ressecamento vaginal, dor, alterações na lubrificação e sensibilidade)

Ou seja, é **corpo, mente e relação**, tudo ao mesmo tempo. E tudo impactado pelo climatério.



Os sintomas sexuais mais comuns:

- **Queda da libido** (desejo sexual diminuído)
 - **Ressecamento vaginal** (atrofia vulvovaginal)
 - **Dispareunia** (dor na relação)
 - **Dificuldade de excitação e orgasmo**
 - **Redução da sensibilidade genital**
 - **Afastamento afetivo-sexual do parceiro(a)**
-

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

O impacto silencioso

Muitas mulheres não falam sobre isso nem com seus médicos. Sentem vergonha, culpa ou acreditam que “é assim mesmo”. E, assim, vão se calando, se retraindo, e **abandonando uma parte fundamental de sua identidade.**

Outras, quando tentam buscar ajuda, encontram respostas como:

“É da idade”, “Com o tempo passa”, ou pior, “Você não precisa mais disso”.

Essa desinformação aprofunda o sofrimento — e afasta o cuidado.

Como a TRH pode ajudar?

A TRH atua diretamente em alguns dos fatores biológicos da queda de libido e prazer:

- **Estrogênio sistêmico e vaginal:** melhora a lubrificação, elasticidade e vascularização genital
- **Testosterona (em casos selecionados):** pode ajudar no desejo e na excitação
- **Reposição bem orientada:** melhora o sono, humor e disposição — que também afetam o desejo

Importante: **não é só aplicar hormônio e esperar milagre.** A abordagem precisa ser **integrada**, envolvendo o aspecto psicológico e relacional.

Intervenções complementares:

- **Lubrificantes vaginais:** uso durante o ato sexual
 - **Hidratantes vaginais:** uso contínuo para melhorar o trofismo da mucosa
 - **Estrogênio vaginal em microdoses:** excelente para sintomas locais
 - **Terapia de casal ou psicoterapia sexual**
 - **Atividade física regular:** melhora disposição e imagem corporal
 - **Laser vaginal (em casos refratários ou contra-indicações à TRH)**
-

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Caso clínico: “Não era falta de amor, era falta de estrogênio”

Paciente: Sônia, 56 anos, casada há 28 anos. Menopausa há 5 anos. Relata afastamento conjugal progressivo, dor durante as relações, vergonha do próprio corpo e perda completa da libido. Evitava qualquer contato íntimo por medo da dor e do constrangimento.

Histórico clínico: sem comorbidades, sem contraindicações para TRH.

Exames: USG e mamografia sem alterações.

Conduta:

- Início de **estradiol transdérmico + estrogênio vaginal local**
- Encaminhamento para terapia sexual com foco no casal
- Acompanhamento multidisciplinar com ginecologista e psicóloga

Resultado:

Após 2 meses, a paciente relata melhora significativa da lubrificação, redução da dor e, principalmente, **retomada do vínculo emocional e do desejo sexual**. O casal redescobriu o prazer de estar junto — com menos medo, mais liberdade.

O que você precisa lembrar:

- A sexualidade **não acaba na menopausa**, apenas muda
 - O desejo pode ser restaurado com cuidado, informação e escuta
 - TRH é uma aliada poderosa, mas deve vir com abordagem multidisciplinar
 - Médico que acolhe sem julgamento abre portas para uma vida íntima mais plena
 - Libido e prazer fazem parte da saúde — e têm tratamento
-



Capítulo 7

Imagem corporal e envelhecimento: como olhar no espelho e gostar

Quando o reflexo já não agrada

A menopausa não afeta apenas o que sentimos por dentro, mas também **como nos percebemos por fora**. Muitas mulheres, mesmo com boa saúde e vida ativa, relatam que **não reconhecem mais o corpo que veem no espelho**.

Essa desconexão pode gerar tristeza, baixa autoestima, retraimento social e perda de identidade.

Não é vaidade — é **identidade corporal**. E sim, faz parte da saúde.

As mudanças físicas mais comuns no climatério:

- **Ganho de gordura abdominal**, mesmo com a mesma dieta
- **Perda de massa muscular e flacidez**
- **Pele mais fina, seca e sem viço**
- **Aumento da celulite e redução do tônus cutâneo**
- **Queda capilar** ou perda de volume dos fios
- **Mamas mais flácidas, por reabsorção do parênquima mamário**

Essas alterações são resultado de um conjunto de fatores:

- Queda de **estrogênio** (pele e colágeno)
 - Queda de **testosterona e GH** (massa muscular e força)
 - Mudança na **resistência à insulina** (acúmulo de gordura)
 - Redução na **atividade física e metabolismo basal**
-

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

O corpo muda, a mente reage

A mulher que por décadas se olhou com segurança, de repente se vê evitando fotos, espelhos, roupas claras ou decotadas. E isso impacta:

- **Autoestima**
- **Desejo sexual**
- **Interações sociais e profissionais**
- **Humor e disposição**

Muitas relatam que se sentem “apagadas”, “invisíveis” ou “irreconhecíveis”.

Como a TRH contribui positivamente?

A **Terapia de Reposição Hormonal**, quando bem indicada, atua em várias dessas frentes:

- **Melhora da hidratação e elasticidade da pele**
- **Retardo da perda de colágeno e viço**
- **Redução da redistribuição central da gordura corporal**
- **Aumento da energia e disposição** (facilitando retomada da atividade física)
 - **Melhora da autoestima e humor** — o que influencia diretamente a forma como a paciente se vê

Claro: **TRH não é tratamento estético**, mas seus efeitos metabólicos e hormonais reverberam na aparência física com impacto emocional muito positivo.

O que mais pode ajudar nessa jornada?

Além da TRH, outras abordagens podem potencializar os resultados e restaurar o vínculo com a própria imagem:

- **Exercício físico regular** (principalmente musculação e treino funcional)
 - **Nutrição personalizada**, com foco em proteína, colágeno e controle glicêmico
 - **Suplementos direcionados**: vitamina D, ômega-3, coenzima Q10, magnésio, colágeno hidrolisado
 - **Cuidados dermatológicos**: skincare, procedimentos minimamente invasivos
 - **Acompanhamento psicológico ou coaching de imagem**: para reconstrução da autoestima
-

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Caso clínico: “Depois da TRH, ela quis voltar a se maquiar”

Paciente: Miriam, 52 anos, professora. Menopausa há 3 anos. Chega ao consultório com queixa de ganho de peso abdominal, queda de cabelo, ressecamento de pele e desânimo. Relata que “não se sente mais ela mesma” e que evita espelhos.

Histórico clínico: sem comorbidades importantes. Mamografia e USG atualizados, sem contraindicação para TRH.

Conduta:

- Início de **TRH transdérmica (estradiol gel + progesterona micronizada)**
- Encaminhamento para nutricionista e educadora física
- Introdução de colágeno tipo 1 e vitamina D
- Acompanhamento mensal multidisciplinar

Resultado:

Após 4 meses, Miriam relata melhora do sono, redução do inchaço e da gordura abdominal, maior disposição para exercícios e retorno da vaidade. Voltou a se maquiar, usar roupas coloridas e planejar viagens.

O que você precisa lembrar:

- A imagem corporal interfere profundamente na saúde emocional e relacional
 - Mudanças na menopausa são reais — mas **não irreversíveis**
 - TRH é um pilar de reequilíbrio, não milagre
 - Intervenções integradas (físicas, emocionais e nutricionais) trazem resultados sustentáveis
 - **Autocuidado é um ato de saúde — e de dignidade pessoal**
-



Capítulo 8

Fitoterápicos e suplementação: aliados ou placebo?

“Eu prefiro algo natural, doutor...”

Essa frase é cada vez mais comum no consultório. E faz sentido. Muitas mulheres, temendo os riscos da terapia hormonal ou influenciadas por conteúdos na internet, buscam **alternativas “naturais”** para amenizar os sintomas da menopausa.

A verdade? **Existem fitoterápicos e suplementos com efeito real** — mas também há muita promessa sem fundamento.

O que são fitoterápicos?

São medicamentos à base de **extratos vegetais padronizados**, utilizados por seus efeitos farmacológicos. Diferem de “chá caseiro” ou “produto natural” vendido sem controle. Nem todo fitoterápico é inofensivo — e **nem todo é eficaz**.

Principais fitoterápicos usados no climatério

Substância	Ação esperada	Evidência científica
Cimicifuga racemosa	Redução de fogachos e irritabilidade	Moderada a boa
Isoflavonas de soja	Ação estrogênica leve	Moderada
Maca peruana	Possível melhora de libido e energia	Baixa a moderada
Trevo vermelho	Semelhante à soja	Fraca
Dong quai	Amplamente usado na Ásia	Fraca e inconsistente

A maioria age como **fitoestrógenos**, ou seja, têm estrutura semelhante ao estrogênio, mas com ação mais fraca. Seu efeito é mais sutil e demorado — e variam muito de mulher para mulher.

Cuidado com o “natural”

Página

www.drsideynerogero.com.br | Livro TRH – O que o paciente precisa saber



TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Nem tudo que é natural é seguro. Alguns riscos incluem:

- **Interações medicamentosas** com anticoagulantes, antidepressivos e anti-hipertensivos
- **Sangramentos vaginais inesperados**
- **Ganhos de peso ou retenção líquida**
- **Inconsistência na composição de produtos manipulados**

Além disso, sem orientação adequada, a paciente pode **adiar tratamentos eficazes**, apostando em soluções ineficazes.

Suplementos que podem ser aliados reais

Durante a menopausa, alguns suplementos podem atuar como **coadjuvantes importantes**, principalmente na saúde óssea, muscular e mental.

Suplemento	Benefício principal
Vitamina D	Saúde óssea, imunidade, humor
Magnésio	Relaxamento muscular, sono, TPM
Ômega-3	Anti-inflamatório, saúde cardiovascular
Colágeno tipo I	Pele, articulações, estrutura dérmica
Coenzima Q10	Energia celular, fadiga, função mitocondrial

 Importante: nenhum desses substitui TRH, mas **potencializam qualidade de vida** quando bem indicados.

Quando prescrever?

- Sintomas leves e paciente **reticente ao uso de TRH**
- Mulheres que não têm **indicação formal de TRH**, mas querem suporte
- Pacientes **em uso de TRH**, como **suporte adicional**
- Casos em que há **risco aumentado** e TRH está contraindicada

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Caso clínico: “Ela achou que era natural e sem riscos”

Paciente: Lígia, 49 anos, empresária. Sintomas de fogachos, irritabilidade e ressecamento vaginal. Recusava TRH por medo. Iniciou, por conta própria, uso de cápsulas de soja, cimicifuga e óleo de prímula manipulados.

Quadro após 2 meses: inchaço abdominal, aumento de peso, episódios de sangramento vaginal leve e sem melhora significativa dos sintomas.

Conduta:

- Interrompido o uso de fitoterápicos não supervisionados
- Avaliação completa, com exames de imagem normais
- Início de **TRH transdérmica com estrogênio natural bioidêntico**
- Introduzido colágeno e vitamina D como suporte

Resultado:

Após 8 semanas, melhora significativa dos fogachos, humor estável e perda de peso leve. Paciente relatou: *“Agora me sinto cuidada de verdade, e com segurança.”*

O que você precisa lembrar:

- Fitoterápicos podem ajudar — mas **não são livres de risco**
 - Suplementos são coadjuvantes, não substitutos hormonais
 - A escolha deve ser baseada em **ciência, experiência clínica e escuta ativa**
 - O “natural” deve ser respeitado, mas **avaliado com rigor médico**
 - Informação salva vidas — e evita frustrações
-



Capítulo 9

Como o mastologista participa do cuidado da mulher climatérica



O climatério também passa pelas mamas

Embora muitas vezes o acompanhamento da mulher na menopausa seja feito exclusivamente por ginecologistas ou endocrinologistas, o **mastologista tem papel fundamental** na avaliação da saúde mamária antes e durante a Terapia de Reposição Hormonal (TRH).

E mais: quando existe **histórico pessoal ou familiar de alterações benignas, biópsias prévias ou medo do câncer de mama**, o olhar do mastologista não é apenas complementar — ele é **essencial para segurança e acolhimento**.



Por que envolver o mastologista?

A TRH **não é proibida para quem teve nódulos benignos, fibroadenomas ou cistos**. Mas é preciso avaliar caso a caso, com base em:

- **Exames de imagem atualizados**
- **Histórico pessoal e familiar**
- **Tipo e evolução das lesões**
- **Biópsias anteriores** e seus laudos
- **Densidade mamária** (mais comum em mulheres mais jovens ou usuárias de TRH)

Muitas pacientes chegam com medo:

“Tenho um cisto, posso usar hormônio?”
“Tive uma biópsia, agora TRH está proibida?”

E aqui entra o mastologista com **clareza, critério e segurança baseada em evidência**.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Avaliação clínica e por imagem

A conduta ideal no início da TRH inclui:

- **Exame clínico das mamas**
- **Mamografia bilateral atualizada (últimos 12 meses)**
- **Ultrassonografia mamária (principalmente em mamas densas ou heterogêneas)**
- **Ressonância magnética das mamas**, em casos de alto risco familiar ou alterações duvidosas
- Revisão de **laudos histopatológicos anteriores**, se houver

E se a paciente já tiver feito biópsia?

Nem toda biópsia mamária contraindica TRH. Vamos aos cenários:

Achado na biópsia	Pode TRH?	usar	Observação
Fibroadenoma, adenose, ectasias ductais	Sim		Sem contraindicação, seguir com vigilância
Hiperplasia ductal simples	Sim, cautela	com	Acompanhamento com imagem semestral
Hiperplasia atípica, LCIS	Em geral não		Requer avaliação especializada
Câncer de mama prévio	Contraindicado		TRH sistêmica não recomendada

17 Vigilância durante a TRH

Durante o uso da TRH, o mastologista atua como **guardião da mama**, realizando:

- **Ultrassonografia a cada 6 meses**, mesmo que sem sintomas
- **Mamografia anual**, com repetição em intervalos menores se alterações forem detectadas
 - Em alguns casos, **ressonância magnética anual** (mulheres de alto risco ou densidade mamária elevada)
 - Repetição de biópsias ou investigação quando há achados de nova assimetria, microcalcificações ou distorções

Esse acompanhamento reduz **drasticamente os riscos de atraso diagnóstico** e dá à paciente **confiança no tratamento**.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

TRH com segurança é TRH com equipe

O ideal é que o mastologista, o ginecologista e o endocrinologista **atuem em conjunto**, especialmente em casos limítrofes, como:

- Mulheres com **história familiar de câncer de mama**
- Usuárias de TRH por mais de 5 anos
- Pacientes com achados benignos recentes em imagem
- Pacientes que **recusam TRH, mas sofrem sintomas severos** e precisam de orientação equilibrada

Caso clínico: “TRH com aval mastológico me deu confiança”

Paciente: Ivana, 50 anos, menopausa há 3 anos. Apresentava queixas intensas de fogachos, perda de libido e insônia. Havia feito uma biópsia mamária 1 ano antes, com resultado de fibroadenoma calcificado. Expressava grande receio de iniciar hormônio por medo de câncer.

Conduta:

- Avaliação mastológica completa com exame físico e ultrassonografia
- Revisão do laudo de biópsia: benigno, sem atípias
- Mamografia atualizada: estável
- Início de **TRH transdérmica com vigilância mamária semestral**

Resultado:

Ivana iniciou a TRH com confiança, sabendo que estava sendo monitorada com critério. Em 3 meses, relatou melhora expressiva dos sintomas, retomada da vida íntima e qualidade de sono. Sente-se segura e amparada.

O que você precisa lembrar:

- O mastologista é peça-chave na equipe que cuida da mulher climatérica
- A vigilância mamária é o alicerce da segurança na TRH
- Nem toda alteração mamária é contraindicação para hormônio
- Informação de qualidade e acompanhamento regular reduzem medo e aumentam adesão
- A mulher bem acompanhada decide com autonomia e segurança

Capítulo 10

Perguntas frequentes no consultório

? **Dúvidas que acompanham a mulher desde a primeira consulta**

A consulta para iniciar Terapia de Reposição Hormonal (TRH) quase sempre vem acompanhada de um combo de medos, crenças populares, palpites da internet e conselhos bem-intencionados de amigas e familiares.

Esse capítulo é um convite à **clareza e objetividade**, para você — mulher ou profissional — entender as principais dúvidas e como abordá-las de forma embasada, ética e acolhedora.

“TRH engorda?”

 **Resposta técnica:** A TRH não causa ganho de peso por si só. O que acontece é que o climatério promove **queda da taxa metabólica**, redistribuição da gordura para o abdome e **perda de massa muscular**, o que pode favorecer o ganho de peso **com ou sem TRH**.

A boa notícia? A TRH **pode ajudar a reduzir esse efeito**, melhorando o metabolismo, disposição para exercício e qualidade do sono.

“E se eu tiver sangramento depois de começar a usar?”

 **Resposta técnica:** Sangramentos leves são relativamente comuns nos primeiros 3 meses de uso da TRH, especialmente em mulheres com útero que recebem estrogênio + progesterona.

Sangramentos persistentes ou intensos **devem ser investigados** com ultrassonografia transvaginal e, se necessário, histeroscopia. Em geral, é um ajuste fino de dose ou forma de administração, e **não um sinal de algo grave**.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

💬 “TRH causa câncer?”

👉 **Resposta técnica:** Não. A TRH **não causa câncer**. O que os estudos mostram é que, em alguns casos, **pode aumentar discretamente o risco de câncer de mama**, especialmente quando usada por longos períodos com **progestinas sintéticas**.

Mas com uso de **estrogênio isolado ou progesterona micronizada**, em mulheres bem selecionadas e acompanhadas, o risco é **muito baixo e aceitável**. A vigilância mamária regular é o que garante a segurança.

💬 “Vou menstruar de novo?”

👉 **Resposta técnica:** Depende do esquema.

- Em esquemas **combinados contínuos** (estrogênio + progesterona todos os dias), a mulher **não menstrua**.
- Em esquemas **cíclicos** (estrogênio contínuo + progesterona por 12 a 14 dias ao mês), ocorre **sangramento programado** semelhante à menstruação.

A escolha do esquema depende do tempo de menopausa, da preferência da paciente e da necessidade clínica.

💬 “E se eu tirar o útero? A TRH muda?”

👉 **Resposta técnica:** Sim. Se a paciente **não tem útero**, ela **não precisa usar progesterona**, o que simplifica o tratamento e **reduz o risco de efeitos colaterais**.

Nestes casos, usa-se **apenas estrogênio isolado**, geralmente pela via **transdérmica**, que é segura e eficaz.

💬 “Preciso usar hormônio para sempre?”

👉 **Resposta técnica:** Não necessariamente. A TRH pode ser usada por **quanto tempo a paciente se beneficiar dela**, desde que **não haja contraindicações**.

Muitos especialistas recomendam **avaliar a cada 1 a 2 anos** se ainda há necessidade clínica. Não existe um “prazo de validade” obrigatório. O desmame pode ser gradual e planejado, caso desejado.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

💬 “Quais exames preciso fazer durante o uso da TRH?”

👉 Resposta técnica:

- **Mamografia anual**
 - **Ultrassonografia de mamas a cada 6-12 meses**
 - **Ultrassonografia transvaginal**, se útero presente
 - **Perfil lipídico, função hepática, glicemia, TSH**
 - Acompanhamento clínico regular (preferencialmente a cada 6 meses)
-

🩺 Caso clínico: “Ela precisava de informação, não de opinião”

Paciente: Helena, 46 anos, administradora. Começou a ter sintomas intensos de climatério: insônia, irritabilidade, ressecamento vaginal, queda de produtividade. Consultou amigas e redes sociais, onde ouviu que “hormônio dá câncer”, “engorda” e “tira a menstruação pra sempre”.

Chegou ao consultório confusa, assustada, mas disposta a entender.

Conduta:

- Consulta educativa com explicações embasadas e linguagem simples
- Exames atualizados e todos normais
- Iniciamos **TRH transdérmica com progesterona micronizada cíclica** (ela preferia manter sangramento)
- Envio de material educativo e QR codes com vídeos explicativos

Resultado:

Após 2 meses, melhora significativa dos sintomas, e a paciente referiu:

“Agora sei que estou fazendo o certo, com segurança e clareza. Me sinto dona da minha decisão.”

✅ **O que você precisa lembrar:**

- As dúvidas mais comuns são legítimas e merecem respeito
 - Informação de qualidade combate o medo e empodera a decisão
 - A escuta ativa é mais poderosa que qualquer bula
 - Quando a paciente entende, ela adere — e confia
 - A consulta é um lugar de acolhimento, não de julgamento
-



Posfácio

A menopausa pode ser um divisor de águas. Para algumas mulheres, ela chega sutil. Para outras, como um furacão. Em qualquer caso, é certo que ela **transforma — o corpo, a mente, a rotina, a forma de amar, de trabalhar, de existir.**

Este livro foi escrito para ser ponte entre o desconforto e a clareza, entre o medo e a escolha, entre a dúvida e a decisão segura. Ele não substitui a consulta médica, mas empodera a paciente para fazer **as perguntas certas, no tempo certo, com o médico certo.**

Também foi pensado para os profissionais da saúde. Para que deixemos de ver a TRH com os olhos de 2002, e passemos a olhar com os dados de hoje, com a ciência de hoje, e principalmente com **a mulher de hoje** — que quer ser ouvida, compreendida, tratada como adulta e capaz de escolher.

A maior revolução da medicina moderna não veio dos hormônios bioidênticos, nem da inteligência artificial. Ela vem de algo muito mais simples: **o resgate da escuta, da humanização e da decisão compartilhada.**

Se você chegou até aqui, saiba que este livro foi escrito com o coração de um clínico e a mente de um professor. Mas também com os olhos atentos de quem vê, todos os dias, mulheres redescobrando sua potência, sua libido, sua alegria e sua autonomia — não por causa de um hormônio, mas porque alguém lhes devolveu **a permissão para cuidar de si mesmas com liberdade.**

Que a leitura tenha te servido. E que, daqui em diante, menopausa não seja sinônimo de perda. Mas de maturidade, potência e recomeço.

Com respeito, ciência e acolhimento,

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira

Mastologista

CRM/AC 844



Glossário de Termos Técnicos

Andropausa

Condição que afeta homens com declínio gradual da testosterona. Não é equivalente à menopausa, mas pode causar sintomas semelhantes, como cansaço e perda de libido.

Atrofia vaginal (ou geniturinária)

Afinamento e ressecamento da mucosa vaginal causado pela queda dos estrogênios, levando a dor na relação, coceira e infecções urinárias.

Bioidêntico (hormônio)

Hormônio com **estrutura molecular idêntica** ao produzido naturalmente pelo corpo humano. Exemplo: 17 β -estradiol.

BRCA1/BRCA2

Genes cuja mutação aumenta significativamente o risco de câncer de mama e ovário. Mulheres com mutações devem ter avaliação mastológica e ginecológica especializada antes de iniciar TRH.

Climatério

Período de transição entre a fase reprodutiva e a pós-menopausa. Pode durar anos e envolve oscilações hormonais intensas.

Dispareunia

Dor durante a relação sexual. Pode ter causas hormonais, anatômicas ou emocionais.

Endométrio

Camada interna do útero que sofre alterações hormonais ao longo do ciclo menstrual. É sensível ao estrogênio e, se exposto sem proteção de progesterona, pode se espessar de forma anormal.

TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Estrogênio

Principal hormônio feminino. Regula o ciclo menstrual, protege ossos, cérebro, coração, pele e mucosas. Sua queda causa os sintomas da menopausa.

Fogachos

Ondas de calor repentinas, geralmente acompanhadas de suor e palpitação. Sintoma clássico da queda estrogênica.

Hiperplasia endometrial

Espessamento anormal do endométrio, que pode ocorrer em uso inadequado de estrogênio sem progesterona. Pode evoluir para câncer, se não tratado.

Isoflavonas

Compostos derivados da soja e de outras plantas, com leve ação estrogênica. Usados como alternativa fitoterápica para alívio de sintomas leves.

LCIS (Neoplasia lobular in situ)

Alteração mamária com risco aumentado para câncer de mama. Exige vigilância, mas não é considerada câncer.

Medroxiprogesterona

Progestina sintética utilizada em algumas formulações de TRH. Está associada a maior risco de câncer de mama em comparação com progesterona natural.

Menopausa

Última menstruação da mulher, confirmada após 12 meses consecutivos sem ciclos menstruais. É um marco biológico.

Osteoporose

Doença caracterizada por perda de massa óssea e aumento do risco de fraturas. A queda de estrogênio acelera esse processo.

Progesterona

Hormônio feminino que prepara o útero para gestação e protege o endométrio. Na TRH, é usada para prevenir hiperplasia endometrial quando o útero está presente.



TRH – O que o paciente precisa saber

Dr. Sidney Rogério Alves de Oliveira, Cirurgião Geral e Mastologista

Progestina

Versão sintética da progesterona. Algumas têm efeitos colaterais indesejáveis e maior risco associado ao uso prolongado.

Ressonância Magnética das Mamas (RNM)

Exame complementar à mamografia e ultrassonografia, utilizado especialmente em mulheres com mamas densas ou alto risco de câncer de mama.

Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Uso de hormônios (estrogênio, progesterona e, em alguns casos, testosterona) para tratar os sintomas e consequências da menopausa.

TRH Cíclica vs. Contínua

- **Cíclica:** uso de estrogênio contínuo + progesterona por 12 a 14 dias/mês → causa sangramento programado
- **Contínua:** uso diário de estrogênio + progesterona → tende a não causar sangramento

Ultrassonografia Transvaginal

Exame para avaliar útero e ovários. Indicado especialmente em usuárias de TRH com útero preservado.



Bibliografia

1. **The North American Menopause Society (NAMS)**
The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society.
Menopause. 2022;29(7):767-794.
DOI: 10.1097/GME.0000000000002028
2. **International Menopause Society (IMS)**
IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy – 2022 update.
Climacteric. 2022;25(4):381–397.
DOI: 10.1080/13697137.2022.2072879
3. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)**
Diretrizes Brasileiras de Terapia Hormonal da Menopausa – Atualização 2021.
Disponível em: www.endocrino.org.br
4. **Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM)**
Consenso sobre reposição hormonal e risco mamário.
Rev. Bras. Mastologia. 2021;31(3):155-161.
5. **Women's Health Initiative (WHI) Study**
Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al.
Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women.
JAMA. 2002;288(3):321-333.
DOI: 10.1001/jama.288.3.321
6. **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer**
Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence.
Lancet. 2019;394(10204):1159–1168.
DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31709-X
7. **Endocrine Society Clinical Practice Guidelines**
Treatment of symptoms of the menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline.
J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):3975–4011.
DOI: 10.1210/jc.2015-2236
8. **Martin KA, Manson JE.**
Approach to the patient with menopausal symptoms.
N Engl J Med. 2021;384:469–479.
DOI: 10.1056/NEJMcp2002554
9. **Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al.**
Treatment of symptoms of the menopause: An Endocrine Society clinical practice guideline.
J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):3975–4011.
10. **Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al.**
Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline.
J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(10):3489–3510.