Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Avaliação do uso de terapia de reposição hormonal em mulheres no climatério e menopausa

Evaluation of the use of hormone replacement therapy in women during climacteric and menopause

Evaluación del uso de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres durante el climaterio y la menopausia

Ana Luisa Teixeira[1], Ana Luiza Vieira Campos Bráulio[1], Flavyanne Salles Silva[1], Lívia Rodarte Pinto de Aguiar[1], Marina Camargos de Figueirêdo Neves[1], Nayla Yasmin Faria da Silva[1], Juliana Barroso Zimmermmann[1,2].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência do uso da terapia de reposição hormonal (TRH) e seus efeitos sobre os sintomas e a percepção de bem-estar em mulheres climatéricas e menopausadas. **Métodos:** Estudo transversal com 264 mulheres em climatério e menopausa, avaliadas por meio de questionário online aplicado entre novembro de 2024 e outubro de 2025. Foram incluídas variáveis clínicas, sintomas, tipo de TRH e percepção de qualidade de vida. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** A média de idade foi de 54 ± 7,17 anos, com menopausa aos 47,4 ± 5,91 anos. Os sintomas mais prevalentes foram fogachos (48,8%), insônia (22,7%) e irritabilidade (17,7%). Apenas 41,3% utilizavam TRH, sendo o gel transdérmico (27,5%) e a via oral (22,9%) as formas mais empregadas. Entre as não usuárias, o principal motivo foi a ausência de prescrição médica (48,3%). Entre as usuárias, 80% relataram boa adaptação e 61,1% melhora expressiva da qualidade de vida. **Conclusão:** A TRH mostrou impacto positivo na qualidade de vida e no controle dos sintomas climatéricos, mas ainda é subutilizada devido ao receio de riscos e à hesitação médica na prescrição.

Palavras-chave: Terapia hormonal, Menopausa, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of use of hormone replacement therapy (HRT) and its effects on symptoms and perception of well-being in climacteric and menopausal women. **Methods:** Cross-sectional study with 264 women in climacteric and menopause, assessed through an online questionnaire applied between November 2024 and October 2025. Clinical variables, symptoms, type of HRT, and perception of quality of life were included. The significance level adopted was $p < 0.05$. **Results:** The mean age was 54 ± 7.17 years, with menopause at 47.4 ± 5.91 years. The most prevalent symptoms were hot flashes (48.8%), insomnia (22.7%), and irritability (17.7%). Only 41.3% used HRT, with transdermal gel (27.5%) and oral administration (22.9%) being the most commonly used forms. Among non-users, the main reason was the absence of a medical prescription (48.3%). Among users, 80% reported good adaptation and 61.1% a significant improvement in quality of life. **Conclusion:** HRT showed a positive impact on quality of life and control of climacteric symptoms, but it is still underutilized due to fear of risks and medical hesitancy in prescribing.

Keywords: Hormone therapy, Menopause, Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la frecuencia de uso de terapia hormonal sustitutiva (THS) y sus efectos sobre los síntomas y la percepción de bienestar en mujeres climatéricas y menopáusicas. **Métodos:** Estudio transversal con 264 mujeres en climaterio y menopausia, evaluadas a través de un cuestionario en línea

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena. FUNJOBE, Barbacena – MG.
[2] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | ACEITO EM: 12/2025 | PUBLICADO EM: 1/2026

aplicado entre noviembre de 2024 y octubre de 2025. Se incluyeron variables clínicas, síntomas, tipo de THS y percepción de calidad de vida. El nivel de significancia adoptado fue p < 0,05. **Resultados:** La edad media fue de 54 ± 7,17 años, siendo la menopausia a los 47,4 ± 5,91 años. Los síntomas más prevalentes fueron sofocos (48,8%), insomnio (22,7%) e irritabilidad (17,7%). Solo el 41,3% utilizó THS, siendo el gel transdérmico (27,5%) y la administración oral (22,9%) las formas más utilizadas. Entre quienes no la utilizan, la principal razón fue la ausencia de prescripción médica (48,3%). Entre quienes la utilizan, el 80 % reportó una buena adaptación y el 61,1 % una mejora significativa en su calidad de vida. **Conclusión:** La terapia de reemplazo hormonal (TRH) mostró un impacto positivo en la calidad de vida y el control de los síntomas climatéricos, pero aún se utiliza poco debido al temor a los riesgos y a la reticencia médica a prescribirla.

Palabras clave: Terapia hormonal, Menopausia, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O climatério consiste em um período biológico de transição gradual entre o estado reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, iniciando-se, em média, por volta dos 40 anos e estendendo-se até aproximadamente 65 anos (SELBAC MT, et al, 2018). Esse período engloba a perimenopausa e a pós-menopausa, sendo a menopausa apenas um marco dentro do climatério. Assim, a cessação permanente dos ciclos menstruais, confirmada após 12 meses consecutivos de amenorreia e níveis séricos de hormônio folículo-estimulante (FSH) ≥ 30 UI/mL, desde que excluídas causas patológicas ou iatrogênicas, como ooforectomia bilateral e quimioterapia, caracterizam a menopausa (WENDER COM, et al, 2019).

O diagnóstico da menopausa é essencialmente clínico. Os sintomas resultantes da queda dos níveis estrogênicos incluem diminuição da libido e fertilidade, ondas de calor (“fogachos”), sudorese noturna, insônia, alterações emocionais como irritabilidade, ansiedade e depressão, além de mudanças cutâneas, distúrbios urinários e vaginais decorrentes da atrofia urogenital, perda de massa óssea e maior risco cardiovascular (WENDER COM, et al., 2019; ANDRADE NGA, et al., 2024).

A terapia de reposição hormonal (TRH) constitui um dos principais recursos terapêuticos para o manejo dos sintomas do climatério, objetivando restaurar níveis hormonais fisiológicos e melhorar a qualidade de vida da mulher (MELO ABO, et al., 2024). Desde a década de 1960, a TRH tem sido amplamente estudada e discutida, com destaque a partir dos anos 1990, quando se observaram benefícios na prevenção de osteoporose e doenças cardiovasculares (CLAPAUCH R, et al., 2005; SPRITZER; WENDER, 2007).Evidências atuais demonstram que a terapia hormonal é eficaz na redução dos sintomas vasomotores — diminuindo a eficazmente a frequência dos fogachos e sua severidade, além de melhorar a qualidade do sono, humor e trofismo genital (SOUSA JKA, et al., 2024; ANAGNOSTIS et al., 2019). Entretanto, a indicação deve ser individualizada, considerando o perfil clínico, histórico familiar e preferências da paciente (MELO ABO, et al., 2024; DO CARMO IA, et al., 2023).

Além dos sintomas físicos, há crescente reconhecimento de que o climatério afeta também as funções cognitivas e emocionais. A deficiência estrogênica influencia neurotransmissores como dopamina, serotonina e acetilcolina, interferindo nos circuitos cerebrais relacionados à memória, atenção e aprendizado. Consequentemente, muitas mulheres relatam lentificação cognitiva, esquecimento e dificuldade de concentração nesse período (LIMA SMR, et al., 2014; GREENDALE GA, et al., 2020; BRINTON RD, et al., 2023).

Apesar dos avanços, o receio em prescrever hormônios ainda persiste desde a divulgação do estudo *Women’s Health Initiative (WHI)* em 2002, que associou a terapia hormonal a maior incidência de câncer de mama, eventos cardiovasculares e demência (ROSSOUW JE, et al., 2002). Entretanto, muitas críticas surgiram em relação ao WHI, desde a seleção das pacientes, uso de apenas dois tipos hormonais, únicas vias de administração e dose (STUTE P, et al., 2023). Assim, pode-se dizer que o exagero do WHI residiu no fato do risco relativo (RR) ter sido aplicado à mulher na perimenopausa ou com menopausa recente (50-59 anos), amostra diferente da estudada. As publicações subsequentes e as reanálises do WHI, estratificaram os dados pelo tempo de menopausa (dentro de 10 anos vs. mais de 10 anos) e pela idade (50-59 anos vs. 70-79 anos) e revelaram um perfil de risco e benefício dramaticamente diferente. Assim, o risco de DAC (doença arterial coronariana) foi neutro ou até reduzido para mulheres mais jovens (até 59

anos). Tais achados, somados à ausência de benefício cardiovascular primário no*Heart and Estrogen/ProgestinReplacement Study (HERS)* em pacientes com doença estabelecida, levaram a uma revisão drástica nas diretrizes de prescrição (GRADY D, et al., 2002).

A evidência mais robusta para sustentar o potencial benefício cardiovascular da TRH reside na intervenção precoce. O *ELITE Trial* (*Early versus late intervention trial with estradiol*) forneceu a validação clínica para esta hipótese. Ao comparar o início de estrogênio oral em mulheres com início precoce (≤ 6 anos pós-menopausa) versus início tardio (> 10 anos pós-menopausa), o *ELITE* demonstrou que apenas o grupo de início precoce apresentou uma redução significativa na progressão da aterosclerose subclínica, mensurada pela espessura íntima da carótida (CIMT). Este achado sugere que o estrogênio confere proteção endotelial e aterosclerótica se iniciado antes que a placa aterosclerótica se estabeleça, explicando a diferença nos resultados de estudos anteriores, que recrutaram majoritariamente mulheres mais velhas (HODIS HN, 2016). Complementarmente, o *Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS*), avaliando mulheres saudáveis e próximas à menopausa, reforçou a segurança da intervenção precoce (HARMAN SM, et al., 2014; GLEASON CE, et al., 2016).

O medo da demência induzida pela TRH, derivado do WHIMS, deve ser rigorosamente contextualizado. O WHIMS avaliou mulheres com início tardio, sugerindo que o estrogênio pode ser prejudicial ou ineficaz na cognição quando o cérebro já apresenta neuropatologia ou declínio avançado. Em contraste, o subestudo *KEEPS-Cognition*, que investigou o início precoce da TRH, não apenas demonstrou ausência de declínio cognitivo global, mas também sugeriu potenciais benefícios em domínios cognitivos específicos, como a memória verbal (SHUMAKER SA, et al., 2003; HARMAN SM, et al., 2014).

Diante desse contexto, compreender o impacto da TRH ultrapassa o controle dos sintomas vasomotores, pois envolve avaliar seus efeitos sobre cognição, bem-estar emocional e qualidade de vida. Assim, este estudo propõe-se a avaliar a frequência de uso da terapia hormonal entre mulheres e as mudanças que a TRH promove em suas vidas, buscando contribuir para uma abordagem mais segura, humanizada e baseada em evidências no cuidado à mulher climatérica.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, que teve como objetivo avaliar a frequência de uso da terapia de reposição hormonal (TRH) entre mulheres em período de climatério e menopausa. As participantes foram avaliadas por meio de questionários estruturados, aplicados entre novembro de 2024 e outubro de 2025.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado utilizando o aplicativo *Google Forms*, plataforma digital gratuita que possibilitou a criação de formulários personalizados, o armazenamento automático das respostas e a geração de gráficos e planilhas para análise posterior. Entre as principais vantagens, destacaram-se o baixo custo, a ausência de necessidade de impressão em papel e a facilidade de acesso, uma vez que o questionário pode ser enviado por WhatsApp ou e-mail, permitindo que as participantes o respondessem em qualquer local (MOTA JS, 2019; DIAS GN, et al., 2021).

Os questionários foram encaminhados às funcionárias e alunas das instituições de ensinoque se encontravam em período de climatério ou menopausa. O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas e clínicas, como idade, número de gestações, partos e abortos, idade da menopausa, uso de hormonioterapia, via de administração (oral, transdérmica ou vaginal), tempo de uso, além de sintomas e efeitos colaterais relatados — incluindo ganho de peso, cefaleia e edema de membros inferiores. Os dados obtidos foram transferidos para planilhas do Microsoft Excel e analisados estatisticamente no software Jamovi para Mac. Para a comparação entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste do qui-quadrado; quando necessário, aplicou-se o teste de Kruskal–Wallis (Teste H). As variáveis quantitativas foram analisadas por meio dos testes ANOVA ou t de Student, conforme a distribuição dos dados. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

O cálculo amostral foi realizado a partir da definição da população-alvo, composta por mulheres em climatério ou menopausa vinculadas à Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME) e à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), incluindo estudantes e servidoras (docentes e técnico-administrativas) de ambas as instituições. Com base nos dados institucionais de número total de estudantes e funcionárias, estimou-se uma população de n = 267 mulheres em faixa etária compatível (≥ 40 anos). Para um nível de confiança de 95% (Z = 1,96), erro amostral de 5% (E = 0,05) e proporção esperada p = 0,5, aplicou-se a fórmula para amostras de proporção única, resultando em n_0 = 384,16. Após a correção para população finita (n= 267), obteve-se um tamanho amostral ajustado de n = 158, ao qual se acrescentou 20% para possíveis perdas ou não respostas, definindo uma amostra mínima recomendada de 198 participantes.

Foram incluídas no estudo mulheres em período de climatério ou menopausa que consentiram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram incluídos homens, mulheres fora do período estabelecido, aquelas que optaram por não participar da pesquisa e as mulheres trans. Foram excluídas aquelas mulheres que apesar de terem preenchido o questionário, não marcaram a opção de concordância com o estudo (n=2) ou não estavam na menopausa ou climatério (n=1), totalizando 264 questionários válidos.

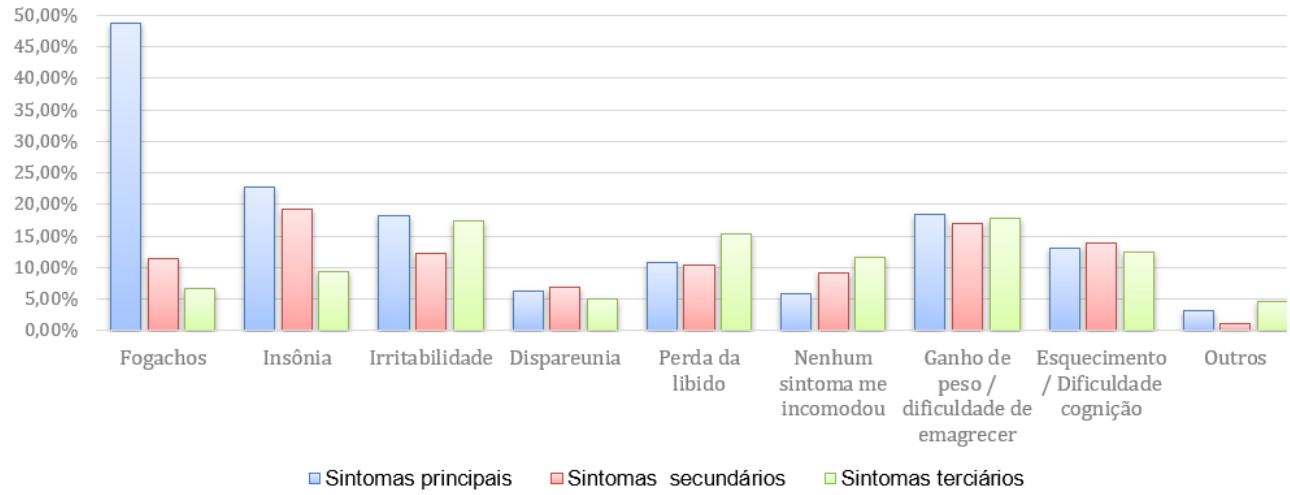
O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena (CEP-FAME), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer número CAAE 83449124.7.0000.8307, parecer número 7.168.220.

RESULTADOS

Foram considerados na avaliação 264 questionários válidos. A média de idade das mulheres foi de 54 ± 7,17 anos, com mediana de 54 anos, com média de 1,82 ±1,24 gestações, 1,53 ±1,01 partos e 0,45 ±0,87 abortos. A idade média da menopausa foi de 47,4±5,91 anos.

Quanto aos sintomas que mais incomodaram as pacientes (principais sintomas) observou-se que48,8% relataram os fogachos como o mais significativo, seguidos por insônia (22,7%), irritabilidade e variação de humor (17,7%). Ao avaliar o segundo sintoma mais importante (sintomas secundários), 19,2% das mulheres afirmaram não apresentar outros sintomas que interferissem em suas atividades ou qualidade de vida. Entre aquelas que referiram novas queixas, destacaram-se o ganho de peso ou dificuldade para emagrecer (16,9%) e o esquecimento ou dificuldade cognitiva (13,0%). Na sequência, quando questionadas sobre o terceiro sintoma mais incômodo (sintomas terciários), prevaleceram novamente o ganho de peso ou dificuldade de emagrecer (17,8%), seguido pela diminuição da libido (15,4%) e irritabilidade e oscilação de humor (15,4%).

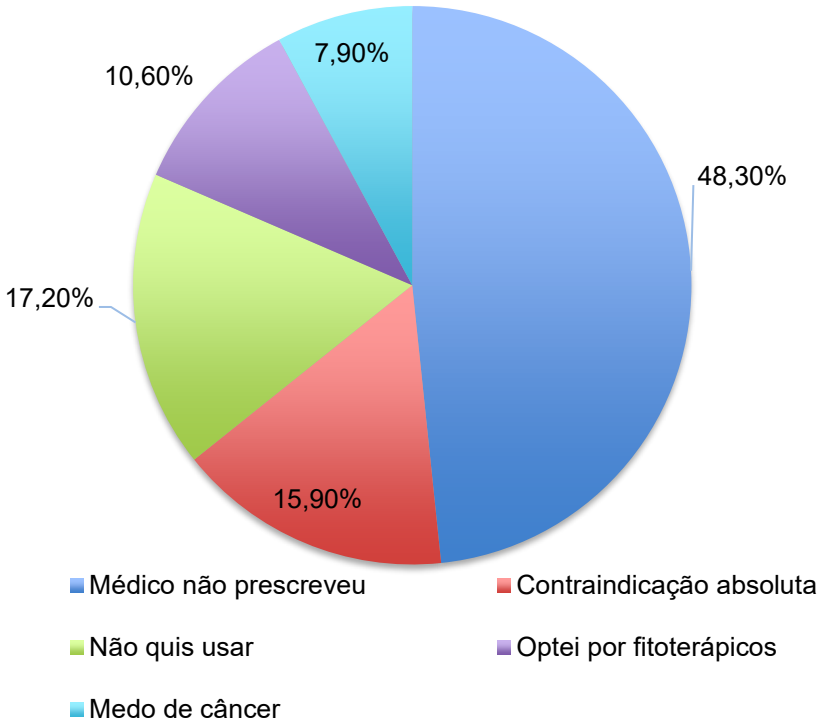
Figura 1 - Sintomas principais, secundários e terciários em mulheres no climatério e menopausa.



Fonte: Teixeira AL, et al., 2026.

A avaliação do uso da terapia de reposição hormonal (TRH) revelou que 41,3% das participantes faziam uso da medicação. Entre as razões para o não uso, destacaram-se a não prescrição médica (48,3%), opção pessoal por não utilizar (17,2%), contraindicação absoluta ao uso TRH (15,9%), uso de fitoterápicos como alternativa (10,6%) e medo de desenvolver câncer (7,9%).

Figura 2 - Motivo para não uso de TRH pelas mulheres avaliadas.



Fonte: Teixeira AL, et al., 2026.

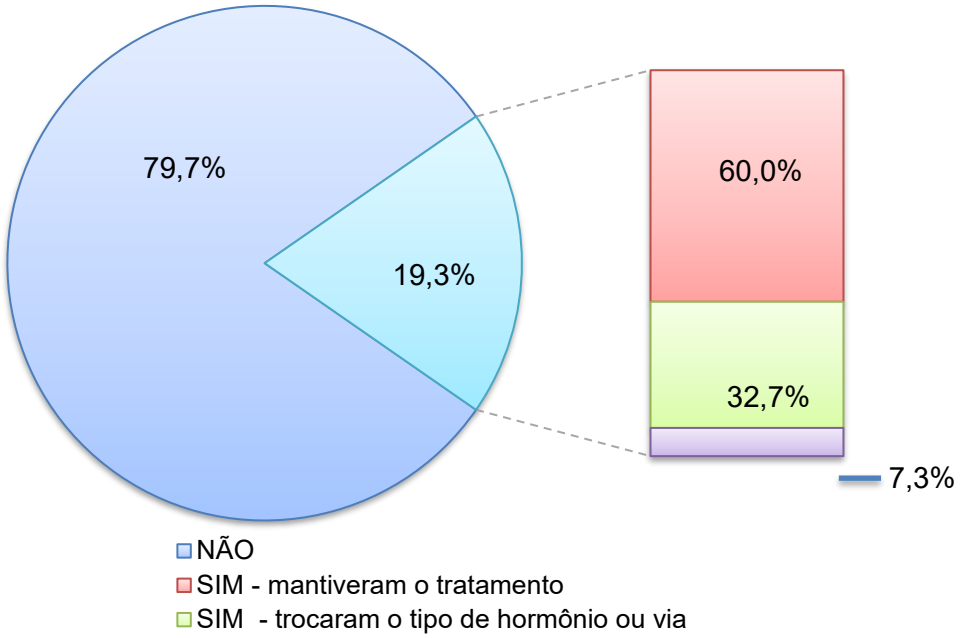
Entre as mulheres que não utilizavam TRH, 35,6% relataram não perceber qualquer prejuízo à saúde decorrente da ausência do tratamento. Entretanto, outras mencionaram sintomas persistentes, como fogachos (18,9%), cansaço (14,2%), insônia (10,8%), irritabilidade (6,8%) e dor durante a relação sexual (4,7%).

Frente a esses sintomas, foram investigadas as estratégias utilizadas para alívio. A minoria recorreu a alternativas específicas, como derivados da amora (17,6%), géis vaginais não hormonais (17,6%) e derivados da soja (1,5%), enquanto a maioria (63,2%) relatou o uso de outros recursos não especificados.

Entre as usuárias de TRH, a via transdérmica foi a mais prevalente (27,5%), seguida pela terapia oral (22,9%), combinação de gel transdérmico e progesterona vaginal (15,6%), adesivo com estrogênio e progesterona (11,0%), adesivo exclusivamente estrogênico (2,8%) e outra associação oral e vaginal (3,7%). Outras formulações ou vias foram citadas por 16,5% das participantes.

Os efeitos adversos foram relatados por 19,3% das usuárias de TRH. Entre estas, 60% optaram por manter a medicação, adaptando-se posteriormente; 32,7% realizaram troca do método hormonal e 7,3%interromperam o tratamento. Quanto ao tempo de uso da TRH, 36,1% utilizavam a medicação há menos de 1 ano, 45,4% entre 1 e 5 anos, 13,9% entre 5 e 10 anos, e 4,6% por mais de 10 anos.

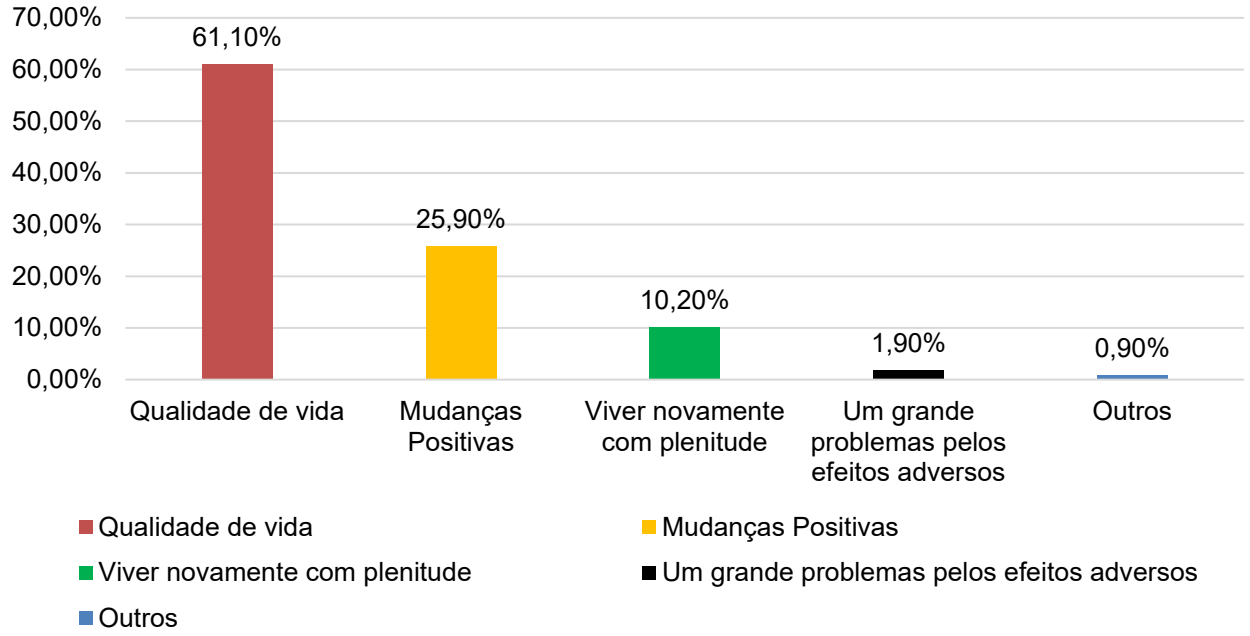
Figura 3 - Efeitos adversos da TRH nas mulheres avaliadas e conduta frente à TRH.



Legenda: NÃO = ausência de efeito adverso / colateral (79,7%). SIM - efeito colateral presente, mas que mantiveram o tratamento (60% - vermelho), SIM - efeito colateral presente e fizeram a troca por outra via ou outro tipo hormonal (32,7%- verde) e SIM – efeito colateral presente e suspenderam a medicação (7,3%).
Fonte: Teixeira AL, et al., 2026.

Por fim, quanto à percepção sobre a importância da TRH, a maioria das mulheres relatou impacto positivo sobre sua vida. Para 61,1%, o tratamento representou melhora significativa na qualidade de vida; 25,9% relataram mudanças positivas gerais e 10,2% descreveram a experiência como "viver novamente com plenitude". Apenas 1,9% das participantes avaliaram a terapia como problemática em razão dos efeitos colaterais (**Figura 4**).

Figura 4 - Papel da TRH na vida das pacientes avaliadas.



Fonte: Teixeira AL, et al., 2026.

Realizou-se associação entre a idade e uso de terapia hormonal (p=0,2), tipo de terapia hormonal utilizada (p=0,2), tempo de terapia hormonal (p<0,001) e aos efeitos adversos da TRH (p=0,04). Assim, verificou-se que as pacientes mais velhas eram aquelas que usavam terapia hormonal há mais tempo (p<0,001) e as que tinham mais frequência de efeitos colaterais (p=0,04). A idade da menopausa não teve associação com a terapia de reposição hormonal, tipo de terapia hormonal e tempo de terapia hormonal (p> 0,05).

Por outro lado, quando se associou idade aos sintomas primários (aqueles que mais incomodaram) verificou-se associação estatística com p<0,001, indicando que o tipo de queixa varia de acordo com a faixa etária. Mulheres mais jovens relataram com maior frequência sintomas cognitivos, de humor e insônia, aquelas com idade intermediária foram associadas aos fogachos e as de maior idade apresentaram predominância de queixas sexuais ou ausência de sintomas. Este mesmo padrão seguiu nos sintomas secundários, onde a média de idade mais baixa ocorreu entre as pacientes com queixas cognitivas e emocionais e idade mais elevada entre as que referiram sintomas urogenitais ou ausência de sintomas (F = 8,03; p < 0,001) e nos sintomas terciários (p < 0,001), conforme **Tabela 1**.

Tabela 1 - Sintomas e associação com a idade média das mulheres avaliadas.

Sintoma principal	**n**	**Idade média (anos)**	**Desvio-padrão (DP)**	**Valor de p**
Calores	126	55,1	6,9	
Dificuldade em perder peso / ganho de peso	21	52,0	6,3	
Esquecimento / dificuldade cognitiva	14	47,0	4,0	
Insônia	37	51,8	5,0	
Irritabilidade / mudança de humor	24	50,2	7,9	< 0,001
Nenhum sintoma	15	59,6	7,7	
Perda da libido	10	55,6	3,1	
Dispareunia	8	58,5	6,4	
Sintoma secundário	**N**	**Idade média (anos)**	**Desvio-padrão (DP)**	
Calores	29	54,0	6,33	
Dor na relação sexual / lubrificação diminuída	19	57,2	6,62	
Esquecimento / dificuldade de cognição	34	50,5	5,77	
Ganho de peso ou dificuldade para emagrecer	44	53,8	5,79	
Insônia	49	54,3	5,96	
Irritabilidade / mudança de humor	31	51,1	7,92	
Nenhum sintoma me atrapalhou	24	60,6	7,67	
Outros	3	46,7	17,39	
Perda da libido	27	53,6	6,54	
Sintoma terciários	**N**	**Idade média (anos)**	**Desvio-padrão (DP)**	
Calores	17	55,1	7,60	
Dor na relação sexual / diminuição da lubrificação vaginal	13	56,1	5,36	
Esquecimento / dificuldade de cognição	32	50,8	6,97	
Ganho de peso ou dificuldade de emagrecer	45	52,5	6,26	
Insônia	24	53,0	5,61	< 0,001
Irritabilidade / mudança de humor	45	54,6	6,14	
Nenhum sintoma atrapalhou	30	59,0	8,37	
Outros	12	49,8	9,25	
Perda da libido	40	53,6	5,91	

Fonte: Teixeira AL, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou mulheres com média de idade de 54 ± 7,17 anos e idade média de menopausa de 47,4 ± 5,91 anos, valores semelhantes aos descritos na literatura nacional, que apontam o início da menopausa entre 47 e 51 anos, dependendo de fatores genéticos, ambientais e comportamentais (SILVA LFA et al., 2024; MALTA DC, et al., 2022, SOUSA JKS, et al., 2024).

Os sintomas mais prevalentes foram os fogachos (48,8%), seguidos por insônia (22,7%) e irritabilidade (17,7%), achado semelhante aos estudos já publicados, que apontam os sintomas vasomotores como os mais comuns e de maior impacto na qualidade de vida (ARANTES CS, et al., 2024). Segundo a North American Menopause Society (2023), os fogachos afetam até 75% das mulheres na transição menopausal, com impacto direto na qualidade do sono e nas relações interpessoais. Em 13% das mulheres, o esquecimento e a dificuldade cognitiva foram relatados como segunda principal queixa, refletindo o crescente reconhecimento de que a menopausa interfere não apenas na esfera física, mas também na função neurocognitiva (GREENDALE GA, et al., 2020).

O declínio dos níveis de estrogênio tem sido associado à redução da conectividade entre córtex pré-frontal e hipocampo, com repercussão sobre atenção, memória recente e velocidade de processamento. Assim, pode-se dizer que o estrogênio é um regulador que atua por meio de uma rede de receptores para garantir que o cérebro responda efetivamente em escalas de tempo rápidas, intermediárias e longas, regulando o metabolismo energético cerebral por meio de vias de sinalização e transcrição coordenadas (BRINTON RD, et al., 2023).

A análise das associações entre idade e sintomatologia revelou um perfil etário distinto conforme o tipo de queixa. As mulheres mais jovens apresentaram maior frequência de sintomas relacionados à cognição, insônia e irritabilidade; nas com idade intermediária os fogachos se destacaram e nas mais velhas, a dispareunia e alteração da libido foram mais comentados. Estes achados são coerentes com o declínio estrogênico inicial, que afeta diretamente a modulação de neurotransmissores e a perfusão cerebral, seguido pela regulação térmica e posteriormente leva à atrofia geniturinária e alterações metabólicas. (KIM H, et al, 2022; LOUZADA GV, et al., 2023; DAVIS SR, et al., 2023; ARANTES CS, et al, 2024; AVIS NE, et al., 2015). A síndrome geniturinária da menopausa (SGM) afeta cerca de 50% das mulheres após cinco anos de menopausa e tende a piorar progressivamente, diferentemente dos fogachos, que diminuem com o tempo da menopausa (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023; KIM H, et al, 2022; LOUZADA GV, et al., 2023; DAVIS SR, et al., 2023; ARANTES CS, et al, 2024).

A ausência de associação entre a idade de início do climatério e o tipo de terapia hormonal utilizada sugere que a decisão pelo início da TRH depende menos da idade cronológica e mais da intensidade dos sintomas e da disponibilidade de acompanhamento médico especializado. O dado reforça a necessidade de difusão do conceito de “janela de oportunidade”, segundo o qual o início precoce da reposição — até dez anos após a menopausa — pode oferecer efeitos protetores cardiovasculares, ósseos e cognitivos, sem aumento significativo do risco trombótico ou oncológico (KIM H, et al., 2022; OLIVEIRA GMM, et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023). Esse dado é tão importante, que neste mês o FDA (Food and Drug Administration) retirou a tarja que indicava a terapia hormonal como uma medicação de risco para câncer de mama, doença cardiovascular e demência. Repara-se um erro histórico já que por mais de duas décadas, seja pela ciência inadequada e/ou inércia burocrática, determinou uma visão incompleta da terapia de reposição hormonal (TRH) tanto para as mulheres como para os médicos (FDA, 2025).

Apenas 41,3% das participantes faziam uso de terapia de reposição hormonal (TRH), o que evidencia subutilização importante do tratamento. A baixa adesão foi associada a ausência de prescrição médica (48,3%) e o medo de câncer (7,9%). Acredita-se que o temor ao câncer veio da repercussão do estudo *Women’s Health Initiative (WHI)*, de 2002. Revisões contemporâneas, entretanto, mostraram que o risco absoluto é baixo e que o início precoce da TRH reduz mortalidade cardiovascular e melhora marcadores endoteliais (ANAGNOSTIS P et al., 2019; DAVIS SR, et al.,2023; OLIVEIRA GLL, et al., 2024; LEE SA, 2020; LOUZADA GV, 2022; DAVIS SR, et al., 2023; OLIVEIRA GLL, et al., 2024). Com a mudança promovida pelo FDA, espera-se que as mulheres não sejam privadas dos benefícios transformadores da terapia de reposição hormonal devido a um dogma médico enraizado e a distorção de risco (FDA, 2025).

Neste estudo, a via transdérmica foi a mais utilizada (27,5%), seguida pela via oral (22,9%), padrão semelhante ao descrito por revisões recentes que apontam preferência crescente por formulações de menor risco trombótico e melhor tolerabilidade. Quando prescrita, a adesão à TRH foi alta, com 80% de boa adaptação e 61,1% relatando melhora significativa da qualidade de vida, resultados próximos aos de estudos com populações similares (DO CARMO IA et al., 2023; STUTE P, et al., 2023; DAVIS SR, et al., 2023).

Por fim, a percepção foi positiva da TRH entre as usuárias – 61,1% relataram melhora da qualidade de vida e 10,2% afirmaram "viver novamente com plenitude" – reforçando que quando bem indicada e acompanhada, a terapia promove benefícios significativos à saúde física, emocional e social. Esses resultados sustentam o conceito de que o tratamento hormonal, individualizado e monitorado, é capaz de restabelecer o equilíbrio fisiológico perdido no climatério, prevenindo comorbidades e prolongando a vitalidade feminina (SILVA LFA et al., 2024; LOUZADA GV, et al., 2023; OLIVEIRA GLL, 2024; (ANAGNOSTIS P, et al., 2019; SOUSA JKS, et al., 2024).

Apesar das limitações inerentes a um delineamento observacional e transversal, o estudo apresenta dados relevantes sobre o perfil e as percepções de mulheres em climatério e menopausa em relação à TRH. Por ter utilizado um questionário eletrônico, o método empregado possibilitou um baixo custo operacional e maior comodidade às participantes, ampliando a adesão e reduzindo perdas amostrais. Outro ponto de atenção diz respeito ao autor reporte das informações, que pode ter sido influenciado por viés de lembrança ou desejabilidade social, sobretudo em temas sensíveis como sintomas sexuais e qualidade de vida. Todavia, o anonimato do instrumento e a ausência de identificação pessoal contribuíram para reduzir constrangimentos e aumentar a fidedignidade das respostas.

Assim, mesmo com limitações, os resultados corroboram a literatura recente, indicando que a TRH, quando utilizada de forma individualizada e iniciada dentro da chamada janela de oportunidade, apresenta benefícios significativos na qualidade de vida da mulher. Assim, pode-se dizer que a menopausa é heterogênea e dinâmica, modulada por idade, tempo desde a última menstruação e percepção individual do corpo. A transição do foco sintomático — de queixas cognitivas e emocionais nas mais jovens para sintomas geniturinários e estabilidade emocional nas mais velhas — reflete o processo de adaptação fisiológica e psicológica ao novo estado hormonal. A orientação adequada sobre riscos e benefícios da terapia hormonal, aliada ao resgate da autonomia feminina e à superação de tabus ainda enraizados, é fundamental para transformar este período de perda para um momento de autocuidado, longevidade e redescoberta de si mesma.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a terapia de reposição hormonal (TRH) continua sendo uma ferramenta eficaz para o manejo dos sintomas do climatério e da menopausa, especialmente quando instituída dentro da chamada janela de oportunidade, período em que o equilíbrio entre benefícios e riscos é mais favorável. Os sintomas vasomotores permanecem como as principais queixas femininas nessa fase, seguidos por alterações emocionais e cognitivas nas mulheres mais jovens, e por manifestações urogenitais nas faixas etárias mais avançadas. O impacto positivo da TRH sobre a qualidade de vida foi evidente, pois mais de 60% das usuárias relataram melhora significativa do bem-estar geral, reafirmando que o tratamento, quando bem indicado e monitorado, é capaz de restaurar a vitalidade e reduzir a carga sintomática.

REFERÊNCIAS

1. ANAGNOSTIS P, et al. Menopausal hormone therapy and cardiovascular risk: where are we now? Curr Vasc Pharmacol. 2019; 17(6): 564–572.
2. ANDRADE NGA et al. Impacto da menopausa na saúde mental e física: Uma abordagem multidisciplinar. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(8):3042-57.

3. ARANTES CS, et al. Estudo sobre os sintomas climatéricos em mulheres: uma revisão de literatura. Revista Ft. 2024.
4. AVIS NE, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med, 2015; 175(4): 531-9.
5. BRINTON RD, et al. Estrogen regulation of brain metabolism and implications for Alzheimer's disease prevention. Nat Rev Endocrinol. 2023; 19(4): 213–230.
6. CLAPAUCH R, et al. Terapia Hormonal da Menopausa: Posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em 2004. Arq Bras Endocrinol Metab., 2005; 49 (3): 449-54.
7. DAVIS SR, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. Climacteric, 2023; 26(6): 517-536.
8. DIAS GN, PEREIRA LM. Uso do Google Forms em pesquisas clínicas: relato de experiência. Revista Brasileira de Pesquisa Aplicada em Saúde. 2021; 3(2):80–86.
9. DO CARMO IA, et al. Indicações e contraindicações do uso de terapia de reposição hormonal. Braz J Health Rev, 2023; 6(5): 24279–24286.
10. FDA. US Food & Drug Administration. FDA News Release HHS Advances Women's Health, Removes Misleading FDA Warnings on Hormone Replacement Therapy. 2025. Disponível em: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/hhs-advances-womens-health-removes-misleading-fda-warnings-hormone-replacement-therapy. Acesso em: 10 de novembro 2025.
11. GLEASON CE, et al. Effects of oral and transdermal estrogen on cognitive function in the KEEPS trial: do type and route of administration matter? JAMA Intern Med. 2016;176(10): 1499-1507.
12. GREENDALE GA, et al. The Menopause Transition and Cognition. JAMA, 2020; 21; 323(15): 1495-1496.
13. HARMAN SM, et al. KEEPS: The Kronos Early Estrogen Prevention Study. Climacteric. 2014;17(suppl 2): 3-11.
14. HODIS HN, et al. Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol (ELITE TRIAL). N Engl J Med., 2016; 374(13): 1221-31.
15. KIM H, et al. Hormone therapy and the decreased risk of dementia in women with depression: a population-based cohort study. Alzheimer's Res Ther, 2022; 16;14(1):83.
16. LEE SA RA, et al. The 2020 menopausal hormone therapy guidelines.Journal of menopausal medicine, 2020; 26(2): 69-98.
17. LIMA SMR, et al. Menopausa – O que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério. 2. ed. Editora Atheneu. Disponível em: https://www.amazon.com.br/dp/8538805282. Acesso em: 05 jun. 2024.
18. LOUZADA GV, et al. Os efeitos da terapia de reposição hormonal em mulheres na menopausa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2023; 23(1): e11625.
19. MALTA DC, et al. Cardiovascular Risk Estimates in Ten Years in the Brazilian Population, a Population-Based Study. Arq Bras Cardiol., 2021;116(3): 423-31.
20. MELO ABO, et al. Terapia de reposição hormonal: benefícios e riscos durante a menopausa. Periódicos Brasil. Pesquisa Científica. 2023; 5(3): 1436-46.
21. MOTA JS. Google Forms como ferramenta de coleta de dados em pesquisas em saúde: vantagens e limitações. Revista de Metodologias Digitais em Saúde. 2019; 1(1): 45–52.
22. NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). Position Statement on Menopausal Hormone Therapy. Menopause. 2023. Disponível em: https://www.menopause.org/. Acesso em: 09 jun. 2024.
23. OLIVEIRA GLL, et al. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa. Arq. Bras. Cardiol., 2024; 121 (7): 1-75.
24. ROSSOUW JE, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288(3):321-333.
25. ROSSOUW JE, Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA. 2007;297(13):1 465-77.

26. SELBAC MT et al. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: Climatério a menopausa. Aletheia, Periódicos eletrônicos em psicologia. 2018; 51:177-190.
27. SHUMAKER SA, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. JAMA. 2003; 289(20): 2651-62.
28. SILVA LFA, et al. Idade da menopausa e fatores associados em mulheres brasileiras: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023: 16(2): e16850.
29. SOUSA JKS, MARTINS LFS, OLIVEIRA JAF. (2024). Avanços na terapia de reposição hormonal na menopausa: eficácia e segurança. Braz J Implantol Health Sci. 6(1): 2234–44.
30. SOUZA JKS, et al. Avanços na Terapia de Reposição Hormonal na Menopausa: Eficácia e Segurança. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(1): 2234-44.
31. SPRITZER PM, WENDER MCO. Terapia hormonal na menopausa: quando não usar. Arq Bras Endocrinol Metab., 2007; 51 (7): 1058-63.
32. STUTE P, et al. Reappraising 21 years of the WHI study: Putting the findings in context for clinical practice. Maturitas, 2023; 174: 8-13.
33. WENDER MCO, et al. E-Book - Coleção Febrasgo - Climatério e Menopausa. 2019. 472p.