

EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA



GUIA DA SBOC EM TERAPIA HORMONAL E ANTICONCEPÇÃO NAS MULHERES COM E SEM HISTÓRICO DE CÂNCER

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE CIRURGIA
ONCOLÓGICA



ÍNDICE

1. Introdução	3
2. Fundamentos da Terapia Hormonal	5
3. Avaliação de riscos e benefícios em mulheres sem histórico de câncer	11
4. Terapia Hormonal em mulheres sobreviventes de câncer mama e câncer ginecológico	15
5. Terapia Hormonal em mulheres sobreviventes de outros cânceres (excluindo mama e ginecológico)	21
6. Considerações especiais - Terapia Hormonal em pacientes transgêneros e adolescentes/adultos jovens	25
7. Monitorização clínica e redução de riscos em sobreviventes	28
8. Anticoncepção em sobreviventes de câncer	30
9. Anticoncepção Hormonal e risco oncológico em mulheres sem histórico de câncer	33
10. Suporte Psicológico	53
11. Conclusão e Recomendações finais	39

AUTORES

Coordenadoras

Daniele Assad-Suzuki

Angélica Nogueira Rodrigues

Eduardo Paulino

Abna Faustina Sousa Vieira

Ana Carolina Pires

Ariane Vieira Carvalho

Tomás Reiner

Diocésio Andrade

Camila Kelly Chiodi

Thyciara Fontenele

Viviane Resende

Maria Celeste Osório Wender

Mona Lúcia Dall'agno

Fabiana Marthes Molli Caron

Revisão e coordenação executiva: Aline Lulho Roncalho

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA

1. Introdução

Autores: Daniele Assad-Suzuki e Angélica Nogueira Rodrigues

O aumento expressivo na sobrevivência de mulheres com diagnóstico de câncer transformou profundamente o cenário da oncologia contemporânea. Cada vez mais, o foco do cuidado oncológico se estende além do controle da doença, abrangendo a qualidade de vida, a saúde a longo prazo e o manejo de sintomas persistentes após o tratamento. Entre esses desafios, os sintomas climatéricos e as alterações decorrentes da deficiência hormonal adquirida ocupam papel central na jornada de muitas sobreviventes.

O climatério corresponde ao período de transição biológica natural que marca o fim da fase reprodutiva da mulher e o início da não reprodutiva. Trata-se de um processo gradual, caracterizado por oscilações hormonais, especialmente na produção de estrogênio e progesterona, que levam a alterações menstruais, sintomas vasomotores e mudanças metabólicas e emocionais. Dentro desse processo, a menopausa representa um marco específico, a última menstruação, reconhecida retrospectivamente após 12 meses consecutivos de amenorreia, sem outra causa patológica. Assim, enquanto o climatério designa todo o período de transição, a menopausa é o evento central que o define. Quando a menopausa ocorre precocemente, antes dos 40 anos, ou é induzida artificialmente por tratamentos oncológicos ou procedimentos cirúrgicos, seus impactos físicos e psicológicos tendem a ser mais intensos e abruptos. Nesses contextos, a perda hormonal acontece sem o processo gradual de adaptação que normalmente acompanha a transição natural, podendo acarretar sofrimento psíquico, prejuízos à sexualidade e alterações na autoimagem.

A literatura contemporânea evidencia que o cuidado integral dessas mulheres deve ultrapassar a dimensão endócrina, incorporando aspectos emocionais, relacionais e psicossociais. Diretrizes recentes de referência internacional (NICE, NAMS, ESHRE, IMS, ASCO e NCCN) enfatizam que o manejo da menopausa precoce e induzida requer uma decisão compartilhada, embasada em informações claras sobre riscos e benefícios da terapia hormonal (TH), além de um acompanhamento multiprofissional contínuo que envolva apoio multiprofissional, como psicológico, fisioterapia pélvica e orientação/terapia sexual (1,2,3,4).

A menopausa induzida pelo tratamento oncológico — seja por quimioterapia, radioterapia, supressão ovariana farmacológica ou ooforectomia — pode provocar sintomas vasomotores intensos, distúrbios do sono, disfunção sexual, alterações cognitivas e risco aumentado de osteopenia e doenças cardiovasculares (5). Para mulheres em transição climatérica ou já menopausadas ao diagnóstico, esses efeitos podem ser agravados, impactando de forma significativa o bem-estar físico, emocional e sexual (6).

Estudos demonstram que sintomas climatéricos não controlados podem comprometer a adesão à hormonioterapia adjuvante em pacientes com câncer de mama, reduzindo a persistência no tratamento e potencialmente afetando os desfechos oncológicos (1). Nesse contexto, a discussão sobre TH e estratégias não hormonais torna-se essencial para o manejo integral das sobreviventes, equilibrando segurança oncológica e qualidade de vida.

Historicamente, a TH é contraindicada em tumores hormônio-dependentes, especialmente no câncer de mama. No entanto, evidências recentes mostram que há cenários clínicos específicos em que o uso da terapia hormonal, sistêmica ou local, pode ser considerado, sempre mediante avaliação individualizada de risco e decisão compartilhada entre paciente e equipe multidisciplinar (1,5,6).

Além disso, a oncologia atual reconhece a importância de abordagens inclusivas e personalizadas, contemplando adolescentes e adultos jovens (AYAs), indivíduos transgênero e mulheres em diferentes fases do ciclo reprodutivo. Em todas essas populações, a terapia hormonal e o manejo dos sintomas climatéricos devem ser guiados por princípios de cuidado afirmativo, culturalmente sensível e centrado no paciente (2,7,8,9).

Este guia tem como objetivo oferecer recomendações práticas e baseadas em evidências para o manejo da TH e de suas alternativas tanto em mulheres sem histórico de câncer, quanto em mulheres sobreviventes de câncer de mama e ginecológico, bem como em pacientes com menopausa induzida por tratamento oncológico. O documento busca apoiar profissionais de saúde na tomada de decisão clínica, promovendo uma abordagem segura, multidisciplinar e orientada à melhoria da qualidade de vida.

Referências

1. Stuenkel CA. What is menopause? *Menopause*. 2024 Sep 1;31(9):837-838.doi: 10.1097/GME.0000000000002416.
2. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD002978.
3. Bachmann GA, Schaefer M, Uddin A, et al. Lowest effective transdermal 17 β -estradiol dose for relief of hot flushes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:771-9.
4. Biehl C, Plotsker O, Mirkin S. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Menopause* 2019;26:431-453.
5. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. STRAW +10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause* 2012;19:387-395. doi: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40.
6. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International journal of epidemiology* 2014;43: 1542-1562.
7. Thurston RC. Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric* 2018;21:96-100. doi: 10.1080/13697137.2018.1430131.
8. Faubion SS, Enders F, Hedges MS, et al. Impact of menopause symptoms on women in the workplace. *Mayo Clin Proc* 2023;98:833-845. doi: 10.1016/j.mayocp.2023.02.025.
9. The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2022;29:767-794 .doi:10.1097/GME.0000000000002028

2. Fundamentos da Terapia Hormonal

Autoras: Maria Celeste Osório Wender e Mona Lúcia Dall'Agno

A terapia hormonal da menopausa (TH) com estrogênio é o tratamento mais efetivo para sintomas da peri e pós-menopausa. Existem evidências clínicas suficientes que documentam a segurança e benefícios da TH quando usada em mulheres com menos de 60 anos ou no início da menopausa (com menos de dez anos de menopausa) para o alívio dos sintomas do hipogonadismo e para a prevenção da perda óssea em mulheres com risco elevado de osteoporose (1,2). Há uma variedade de formulações aprovadas que permitem a individualização da terapia para maximizar os benefícios e reduzir os riscos.

A TH é baseada na prescrição de hormônios esteroides sexuais. Esta terapia envolve a administração de estrogênio isolado ou associado a um progestagênio em diferentes doses e regimes terapêuticos que devem ser individualizados de acordo com as manifestações clínicas e riscos individuais de cada mulher (2).

Terapia estrogênica (TE) é a prescrição de um estrogênio sem oposição, indicado para mulheres na pós-menopausa histerectomizadas que não tenham contra-indicações(2).

Terapia estroprogestativa (TEP) é uma combinação de estrogênio e progestagênio (2). Essa associação objetiva reduzir o risco de hiperplasia e câncer endometrial em mulheres com útero, um risco significativo em mulheres que usam estrogênio isolado (1).

Tipos de hormônios

Estrogênios

O principal hormônio prescrito na TH é o estrogênio, que age melhorando os sintomas de hipogonadismo típicos da peri e pós-menopausa. Em mulheres, os receptores de estrogênio foram identificados em todos os tecidos, incluindo o trato reprodutivo, mama, cérebro, osso e pele (3).

Atualmente no Brasil preparações contendo 17 β -estradiol ou valerato de estradiol estão disponíveis em diferentes dosagens. Opções transdérmicas e percutâneas também contêm estradiol em suas formulações (2). As formulações prescritas de 17 β -estradiol são idênticas à estrutura do estradiol produzido pelos ovários (3).

A recomendação é iniciar a prescrição com a menor

dose efetiva capaz de aliviar os sintomas com menor risco de eventos adversos. A dose deve ser ajustada, para mais ou para menos, conforme a demanda (1,2).

Vias de administração

Os estrogênios podem ser administrados pela via oral ou transdérmica sob a forma de gel, spray ou adesivo cutâneo, além da via vaginal (4). A escolha da via é baseada no tipo de sintomas, na preferência e riscos individuais de cada mulher (1).

A administração de hormônios pela via subcutânea ou intramuscular através de implantes manipulados não é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (5). Há escassez de dados de segurança e eficácia. A impossibilidade de ajuste de dose, controle da liberação hormonal e do tempo de atividade do implante contribui para efeitos colaterais imprevisíveis e graves, além de a remoção do implante ser tecnicamente difícil ou inviável em alguns casos, prolongando a exposição ao risco. Em pacientes oncológicos, o risco é ainda mais significativo: a exposição inadvertida e prolongada a hormônios pode estimular a progressão tumoral e comprometer o controle da doença. (2).

Oral

Os estrogênios utilizados na TH oral são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal. Após a absorção, chegam ao fígado através da circulação portal, onde são metabolizados. A primeira passagem hepática resulta em altas concentrações de estrogênio no fígado e suas consequências: aumento da síntese de proteínas, como a globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG); aumento dos triglicerídeos; aumento do colesterol de alta densidade (HDL) e diminuição do colesterol de baixa densidade (LDL); ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e aumento dos fatores pró-trombóticos circulantes (fibrinogênio, proteína C, antitrombina III) (6).

A via oral é a mais popularmente empregada pela facilidade de uso e menor custo, e para mulheres saudáveis consiste em uma via de administração adequada, não sendo a via de escolha para pacientes hipertensas ou com risco aumentado de eventos tromboembólicos, incluindo-se as obesas. Outras condições clínicas como a hipertrigliceridemia, presença de riscos metabólicos e cardiovasculares também impactam na decisão da via a ser utilizada (6). Para esse grupo de

mulheres, a via transdérmica é a preferida já que elimina os riscos decorrentes da primeira passagem hepática associada à via oral (1,6).

Transdérmica

Os estrogênios também são bem absorvidos pela pele e pelas mucosas. Pela via transdérmica, o estrogênio atravessa a pele e atinge a circulação sanguínea sendo então transportado aos diferentes tecidos e órgãos, evitando os efeitos negativos da primeira passagem hepática. Apesar disso, sofrem captação hepática significativa, metabolismo e reciclagem entero-hepática (1,6).

Preparações transdérmicas causam menor variabilidade nos níveis sanguíneos de estrogênio do que preparações orais. No entanto, particularidades individuais podem interferir na absorção dessa substância, resultando em uma possível variabilidade nos níveis estrogênicos séricos. As administrações transdérmicas atingem níveis plasmáticos terapêuticos de estradiol com concentrações séricas menores e requerem doses totais mais baixas do que a terapia oral (6).

Vaginal

A via vaginal é a primeira opção para as pacientes que apresentam isoladamente a síndrome geniturinária da menopausa (SGUM), com o benefício de não estar associada a aumento dos níveis séricos de estrogênio, quando utilizado em baixas doses (1,7). O estrogênio vaginal tem um efeito apenas local, melhorando o trofismo da mucosa e, consequentemente, os sintomas vaginais e urinários (7).

Os compostos atualmente disponíveis no Brasil incluem o estradiol, o estriol, e o promestrieno. A absorção do estradiol e estriol vaginal é muito baixa, apresentando níveis sistêmicos que variam em torno de 3 pg/ml a 11 pg/ml (1,7). Já com o promestrieno, a absorção é inferior a 1%, sendo desprezível (2). Devido à baixa absorção vaginal, o estrogênio vaginal pode ser dado isoladamente sem a necessidade de se associar progestagênio mesmo para mulheres com útero (7-10).

A melhora dos sintomas ocorre algumas semanas após o início do uso e podem ser necessárias até 12 semanas para o efeito máximo (1,7).

Tabela 1. Tipos e doses de estrogênios disponíveis para comercialização no Brasil.

Tipos	Ultra baixa dose	Baixa dose	Dose convencional	Alta dose
17β-estradiol	0,5mg	1,0mg	2,0mg	> 2,0mg
Valerato de estradiol oral	-	1,0mg	2,0mg	> 2,0mg
Estradiol Transdérmico (adesivo)	½ de 25 mcg	25mcg	50mcg	75-100 mcg
Estradiol gel-pump (A) (0,1%)	1 pump (0,5mg)	2 pumps (1 mg)	3 pumps (1,5mg)	4+ pumps
Estradiol gel-pump (B) (0,06%)	½ pump	1 pump (0,75 mg)	2 pumps (1,5 mg)	3-4 pumps
Estradiol sachê	½ sachê de 0,5 mg	0,5 mg	1-1,5 mg	2-3 mg
Estradiol spray	1 spray	2 sprays	3 sprays	-

Fonte: adaptado de BMS, 2022 (11).

Estrogênio vaginal	Formulação
Estriol	Creme 1mg
Estradiol	Comprimido 10 mcg
Promestrieno	Óvulo ou creme 10mg

Fonte: adaptado de SOBRAC, 2024 (2).

Não há limite de tempo para manutenção do tratamento ou uma idade arbitrária máxima para a suspensão da terapêutica. A TH deve ser mantida enquanto necessária, baseada nas indicações e no perfil de risco individual de cada paciente, devendo ser suspensa quando os riscos superam os benefícios (2).

Progestogênios

Sua principal indicação no tratamento da menopausa é antagonizar a ação da TE sistêmica, que quando realizada de forma isolada e sem oposição, pode levar à hiperplasia e ao carcinoma endometrial. Assim, para todas as mulheres com útero a indicação é o uso de TEP (12).

A dose e duração do uso do progestogênio é fator determinante na proteção endometrial. Em regimes sequenciais de TH, o efeito positivo no endométrio é garantido quando o composto for utilizado no mínimo 12 a 14 dias por mês. A dose também deve ser adequada ao regime da TH, a dose de estrogênio utilizada e ao índice de massa corporal da usuária (1,13).

O termo progestogênio inclui a progesterona - composto idêntico à progesterona endógena, chamada progesterona natural micronizada - e os compostos sintéticos denominados progestinas - hormônios esteroides com as propriedades da progesterona natural (3).

Além das propriedades biológicas similares às da progesterona natural, as progestinas induzem outros efeitos, sendo que cada molécula pode ter ações antiestrogênicas/estrogênicas, antiandrogênicas/androgênicas ou antimineralocorticoide/glicocorticoides. Em relação à sua estrutura química, são classificadas em três grupos: os relacionados estru-

turalmente à progesterona (p.ex.: acetato de medroxiprogesterona, didrogesterona e nomegestrol), os relacionados à testosterona (p.ex.: noretisterona, acetato de noretindrona, levonorgestrel e norgestimato) e os derivados da espironolactona (p.ex.:drospirenona) (14).

A progesterona natural micronizada é considerada a alternativa mais segura. Tem resultados melhores em relação aos efeitos cardiovasculares, pressão arterial, tromboembolismo venoso (TEV), provavelmente acidente vascular cerebral (AVC) e câncer de mama, sendo especialmente indicada em mulheres com risco destas comorbidades. No entanto, em relação à potência progestogênica, as progestinas derivadas da testosterona são mais potentes no endométrio do que a progesterona micronizada e progestinas derivadas da progesterona (15-17).

Vias de administração

A via oral é amplamente utilizada para administração dos progestogênios. É segura e não apresenta repercussões importantes quando comparada aos efeitos do estrogênio pela mesma via (1).

Pode-se considerar o uso da via vaginal para a progesterona natural micronizada em mulheres que apresentam efeitos colaterais com a via oral, mantendo o efeito protetor do endométrio (1).

A via transdérmica está disponível na opção de noretisterona associada ao estradiol em adesivos transdérmicos. Não é uma alternativa para progesterona natural micronizada, já que sua absorção não se faz de forma eficaz por esta via (1).

A TE sistêmica associada ao sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) para proteção endometrial pode evitar efeitos sistêmicos adversos dos progestogênios e pode proteger contra gravidez indesejada em mulheres que iniciam terapia hormonal ainda antes da menopausa (1,2). O uso é *off-label* (1).

Tabela 2. Tipos e doses de progestogênios disponíveis para comercialização no Brasil para uso em TH.

Tipos	Esquema sequencial (mg/dia)	Esquema contínuo(mg/dia)
Progesterona natural micronizada	200-300	100-200
Didrogesterona	10-20	5-10
Acetato de medroxiprogesterona	5-10	2,5
Noretisterona(NET) ou Acetato de Noretisterona(NETA)	1	0,5
Acetato de nomegestrol	5	2,5

Fonte: adaptada de SOBRAC, 2024 (2).

Androgênios

Em situações especiais, como nos casos de mulheres climatéricas com desejo sexual hipoativo que não melhoram com a TEP, a testosterona em doses fisiológicas e controladas pode ser considerada (18). Quando indicada, a via de administração da terapia androgênica é transdérmica.

Apesar da indicação, na maioria dos países, incluindo o Brasil, apenas formulações aprovadas para o uso em homens ou manipuladas estão disponíveis, o que aumenta a chance do uso de doses supra fisiológicas por mulheres, elevando o risco de eventos adversos. Formulações subcutânea e injetável intramuscular não são aprovadas pela ANVISA já que faltam comprovação de eficácia e segurança (19).

Considerações finais

A terapêutica hormonal com estrogênios é o tratamento mais efetivo para a síndrome climatérica para mulheres na peri e na pós-menopausa. Atualmente estão disponíveis diversas combinações hormonais, esquemas e vias de administração, o que permite a individualização da terapêutica conforme as particularidades de cada paciente. As formulações na forma de implantes hormonais manipulados não estão aprovadas para uso como TH no Brasil.

Referências

1. The North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028
2. Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC); Machado RB, Pompei LM, Paiva LHSC, Wender MCO, eds. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. 3ª ed. Barueri (SP): Alef Editora; 2024. 176 p. ISBN 978-65-81077-06-8.
3. The North American Menopause Society. *Menopause Practice: A Clinician's Guide*. 6th ed. Washington, DC: The North American Menopause Society; 2019. 340 p. ISBN 978-0578532288.
4. Sarri G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden MA. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG*. 2017;124(10):1514-1523. doi:10.1111/1471-0528.14582.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Anvisa proíbe fabricação, importação, comercialização, propaganda e uso de implantes hormonais sem registro. Brasília (DF): ANVISA; 2024 out 2 [citado 2025 out 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-proibe-implantes-hormonais-sem-registro>.
6. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 2007;115(7):840-5.
7. The NAMS 2020 GSM Position Statement Editorial Panel. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976-992.
8. Archer DF, Constantine GD, Simon JA, Kushner H, Mayer P, Bernick B, et al. TX-004HR vaginal estradiol has negligible to very low systemic absorption of estradiol. *Menopause*. 2017;24(5):510-6.
9. Constantine GD, Graham S, Lapane K, Ohlth K, Bernick B, Liu J, et al. Endometrial safety of low-dose vaginal estrogens in menopausal women: a systematic evidence review. *Menopause*. 2019;26(7):800-7.
10. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(8):CD001500.
11. British Menopause Society (BMS). Tool for clinicians: HRT – practical prescribing. 2022 [acesso em 12 out. 2025]. Disponível em: <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/03-BMS-TfC-HRT-Practical-Prescribing-NOV2022-A.pdf>.
12. Vigneswaran K, Hamoda H. Hormone replacement therapy - Current recommendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:8-21.
13. Hamoda H, Panay N, Pedder H, Arya R, Sawas M. The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reprod Health*. 2020;26(4):181-209.
14. Hipolito Rodrigues MA, Compel A. Micronized progesterone, progestins, and menopause hormone therapy. *Women Health*. 2021;61(1):3-14.
15. Cushman M, Kuller LH, Prentice R, Rodabough RJ, Psaty BM, Stafford RS, et al. Age at menopause, reproductive history and venous thromboembolism risk among postmenopausal women: The Women's Health Initiative Hormone Therapy clinical trials. *Menopause*. 2014 Mar;21(3):214-220. doi:10.1097/GME.0b013e31829752e0.
16. 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 Sep 28;394(10204):1159-1168. doi:10.1016/S0140-6736(19)31709-1.

17. Canonico M, Alhenc-Gelas M, Plu-Bureau G, Olié V, Scarabin PY. Activated protein C resistance among postmenopausal women using transdermal estrogens: importance of progestogen. *Menopause*. 2010;17(6):1122-1127. doi:10.1097/gme.0b013e3181d7770a1.
18. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(10):4660-6.
19. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM); Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DCM-SBC). Nota conjunta da SBEM, FEBRASGO e DCM-SBC sobre o uso de testosterona na mulher. Brasília (DF): SBEM, FEBRASGO, DCM-SBC; 2024 [citado 2025 out 9]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/nota-conjunta-sbem-febrasgo-dcm-sbc-sobre-o-uso-de-testosterona-na-mulher/>

3. Avaliação de riscos e benefícios em mulheres sem histórico de câncer

Autora: Thyciara Fontenele

Os sintomas vasomotores (SVM), incluindo ondas de calor e suores noturnos, acometem aproximadamente 80% das mulheres neste período e podem persistir por 7 a 10 anos, com variações conforme a população estudada (1). Outros sintomas incluem distúrbios do sono, alterações de humor, dificuldade de concentração, prejuízo da memória de curto prazo e a síndrome geniturinária da menopausa (SGUM). Quando não tratados, esses sintomas repercutem significativamente na saúde, aumentando custos assistenciais, prejudicando a qualidade de vida e a produtividade no trabalho (2).

A terapia hormonal (TH) na menopausa demonstrou aliviar os SVM e melhorar a SGUM, o sono, o humor e a qualidade de vida, com benefícios adicionais na redução do risco de fraturas osteoporóticas e de diabetes tipo 2 (3). Sociedades científicas têm publicado recomendações para orientar a avaliação dos riscos e benefícios da TH, considerando fatores individuais, diferentes formulações, doses e esquemas terapêuticos disponíveis. A escolha terapêutica deve ser, portanto, individualizada, equilibrando eficácia e segurança.

Benefícios da terapia hormonal

A TH é a intervenção mais eficaz para o manejo dos sintomas vasomotores e da SGUM. É aprovada pelo FDA para ambas as indicações, bem como para a prevenção da perda óssea e o tratamento da insuficiência ovariana primária (3).

Uma revisão sistemática, incluindo 24 ensaios clínicos randomizados, demonstrou que a terapia estrogênica isolada ou em combinação com progestogênio, naquelas com útero intacto, promoveu uma redução de 75% na frequência e 87% na intensidade dos SVM (4). Tanto os estrogênios orais quanto os transdérmicos foram eficazes (5). Regimes estrogênicos de baixa e ultrabaixa dose também foram efetivos na melhora dos sintomas (6).

Ensaios clínicos randomizados também evidenciam que a TH é eficaz no tratamento de sintomas moderados a graves de atrofia vulvovaginal e dispareunia, recomendando-se, entretanto, a via vaginal em baixa dose quando a indicação se restringe a essas manifestações (7). O uso de estrogênio vaginal não requer a associação de progestogênios para

proteção endometrial, pois as baixas doses dessas formulações resultam em absorção sistêmica mínima e, portanto, insuficientes para estimular a proliferação do endométrio (8).

Evidências consistentes de ensaios controlados, incluindo o Women's Health Initiative (WHI) e o Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI), confirmam que a reposição estrogênica atenua a perda de densidade mineral óssea e reduz o risco de fraturas (9,10). Há dados de que mesmo doses ultrabaixas de estrogênio proporcionam alguma proteção contra a perda óssea (11).

O estudo WHI fornece a evidência mais robusta de que o estrogênio reduz efetivamente o risco de fraturas. O tratamento, tanto com estrogênio isolado quanto com estrogênio associado ao progestógeno, resultou em redução de 30% na incidência de fraturas de quadril e de fraturas vertebrais clínicas, além de uma diminuição de 24% a 29% em todas as fraturas osteoporóticas, quando comparado ao placebo (12).

Mulheres portadoras de insuficiência ovariana primária apresentam maior morbidade e mortalidade em decorrência da deficiência estrogênica prolongada. Na ausência de contraindicações, a TH é recomendada desde o diagnóstico até, pelo menos, a idade média da menopausa natural. A dose de estrogênio deve ser suficiente para manter níveis séricos semelhantes aos do menacme, a fim de garantir adequada proteção óssea, cardiovascular e metabólica (13).

Análises do WHI mostraram que a TH combinada reduz o risco de diabetes tipo 2, possivelmente por melhora da resistência à insulina independente de mudanças no peso. Embora esses dados indiquem efeito protetor, não se recomenda a TH como estratégia preventiva do diabetes (14).

Controvérsias

O risco de doença cardiovascular (DCV) aumenta após a menopausa, em parte pela perda do estrogênio ovariano. Estudos observacionais sugerem menor risco de doença arterial coronariana (DAC) em usuárias de terapia hormonal em comparação a não usuárias.

Entretanto, o estudo WHI, um conjunto de ensaios clínicos que avaliou a TH na prevenção de DCV e outras doenças crônicas, mostrou que o uso contínuo de estrogênios equinos conjugados 0,625 mg com acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg em 16.608 mulheres na pós-menopausa, com útero intacto, aumentou o risco anual de eventos de DAC em 0,6 por 1.000 mulheres e de acidente vascular cerebral e câncer de mama em 0,9 por 1.000 mulheres, embora tenha reduzido a incidência de fraturas e de câncer de cólon. Em 10.739 mulheres histerectomizadas que receberam estrogênio isolado, o ensaio foi interrompido precocemente por aumento do risco de acidente vascular cerebral de 1,1 por 1.000 mulheres e ausência de benefício na prevenção de DAC (3,15).

A generalização dos resultados do estudo WHI é limitada devido ao uso de somente uma formulação de TH oral e à inclusão limitada de mulheres na pós-menopausa mais jovens (idade média das mulheres do WHI era de 63 anos) e com SVM graves, o grupo para o qual a TH é recomendada (15).

Análises de subgrupos do WHI indicam que os efeitos da TH sobre a DCV dependem do momento em que o tratamento é iniciado. Em mulheres que começaram a TH antes de 10 anos de menopausa ou com idade inferior a 60 anos, observou-se redução do risco de eventos cardíacos, incluindo menores escores de cálcio coronariano, bem como menos revascularizações, eventos cardiovasculares e mortes por infarto agudo do miocárdio (16). Esses achados reforçam a “hipótese do tempo”, indicando maior benefício e segurança da TH especialmente quando iniciada até 10 anos após a menopausa e entre mulheres com idade inferior a 60 anos (15).

Riscos da terapia hormonal

O câncer de mama é a principal preocupação das mulheres ao iniciar a TH. No estudo WHI, no subgrupo de mulheres com idades entre 50 e 59 anos, o risco absoluto de câncer de mama associado à TH combinada foi de 6 casos adicionais por 10.000 pessoas-ano. Este risco persistiu no acompanhamento de 13 anos, embora seja considerado baixo em termos absolutos e comparável ao risco atribuído a fatores como obesidade, sedentarismo ou consumo de duas taças de vinho por dia. Em contraste, a terapia estrogênica isolada não aumentou o risco e, ao longo de até 18 anos de seguimento, mostrou redução significativa na incidência e na mortalidade por câncer de mama (16).

A relação entre TH e outros tipos de câncer, como o endometrial e colorretal, também foi avaliada. A TH combinada resultou em uma redução significativa

do câncer endometrial e, portanto, recomenda-se que mulheres com útero recebam progestógeno concomitante à terapia estrogênica sistêmica. Quanto ao câncer colorretal, o WHI identificou uma redução de 44% no risco entre usuárias de TH em cinco anos de seguimento, resultado replicado em uma coorte de 15 anos que mostrou uma redução de 10% no risco global, chegando a 36% e 26% de redução entre usuárias de TH combinada e estrogênio isolado, respectivamente (17,18).

Durante a fase de intervenção do WHI, a TH combinada aumentou os riscos de embolia pulmonar (EP) e trombose venosa profunda (TVP), enquanto o estrogênio isolado não elevou o risco de EP e foi associado a um aumento modesto de TVP (16). Uma metanálise de 19 ensaios clínicos randomizados corroborou um aumento no risco de TEV em mulheres que iniciaram a TH com menos de 60 anos ou até 10 anos após a menopausa (19). evidências indicam que este risco varia de acordo com a formulação: aumenta com altas doses orais e progestógenos sintéticos, diminui com progesterona micronizada e permanece inalterado com preparações transdérmicas. Isso torna a via transdérmica a opção mais recomendada ao tentar minimizar esse evento adverso (16).

A TH aumenta o risco de colecistite, colelitíase e colecistectomia, sobretudo com estrógenos orais, devido ao efeito de primeira passagem hepática que favorece a saturação e a cristalização do colesterol biliar e reduz a motilidade da vesícula. Esse risco é significativamente menor com formulações transdérmicas e quando se utilizam doses menores (3).

Antes de iniciar a TH, é imprescindível descartar contraindicações absolutas e situações especiais (quadro 1), como histórico pessoal de cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, doença hepática ativa, câncer de mama, câncer endometrial ou sangramento vaginal inexplicado. Em mulheres com risco aumentado de tromboembolismo venoso, síndrome metabólica, diabetes ou tabagismo, a via transdérmica é preferível por associar-se a um menor risco trombótico (3).

A avaliação dos riscos e benefícios da TH é indispensável para sua correta indicação ou contraindicação. Esta análise deve ser individualizada e periodicamente reavaliada, contemplando história clínica detalhada, exames complementares e estratificação de risco oncológico e cardiovascular. A decisão terapêutica deve ser compartilhada, incorporando as expectativas quanto à qualidade de vida e o controle dos sintomas, de modo a assegurar a máxima eficácia com o menor risco possível.

Quadro 1. Terapia hormonal em situações especiais

Situação	Terapia hormonal
História pessoal de câncer de mama	Contraindicada.
Portadoras de mutação BRCA1/2	Pode ser discutida naquelas sem histórico pessoal de câncer de mama e após a salpingo-ooforectomia bilateral profilática.
Portadoras de endometriose	Indicada a TH combinada mesmo naquelas previamente hysterectomizadas para prevenção de reativação da doença.
Portadoras de enxaqueca com aura	A TH não é contraindicada. Deve-se considerar a alteração da dose, da via de administração ou do regime se a enxaqueca piorar. A via transdérmica é a de escolha.
Portadoras de hipertensão	A TH não é contraindicada. A via transdérmica é a de escolha.
Portadoras de obesidade	A via transdérmica é a de escolha.
História prévia de tromboembolismo ou trombofilia	Referenciar para um hematologista antes de iniciar a TH.
Portadoras de miomatose	A terapia hormonal não é contraindicada.

Fonte: Adaptado de The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society (3).

Referências

1. Thurston RC. Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health. *Climacteric* 2018;21:96-100. doi: 10.1080/13697137.2018.1430131.
2. Faubion SS, Enders F, Hedges MS, et al. Impact of menopause symptoms on women in the workplace. *Mayo Clin Proc* 2023;98:833-845. doi: 10.1016/j.mayocp.2023.02.025
3. The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2022;29:767-794. doi: 10.1097/GME.0000000000002028
4. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD002978.
5. Nelson HD. Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review. *JAMA*. 2004;291(13):1610-1620.
6. Bachmann GA, Schaefer M, Uddin A, et al. Lowest effective transdermal 17 β -estradiol dose for relief of hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:771-9.
7. Biehl C, Plotsker O, Mirkin S. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Menopause* 2019;26:431-453.
8. The NAMS 2020 GSM Position Statement Editorial Panel. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976-992.
9. Rossouw JE, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321-33.
10. Effects of hormone therapy on bone mineral density: results from the postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial. The Writing Group for the PEPI. *JAMA*. 1996 Nov 6;276(17):1389-96.
11. Prestwood KM, Kenny AM, Kleppinger A, Kulldorff M. Ultralow-dose micronized 17 β -estradiol and bone density and bone metabolism in older women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Aug 27;290(8):1042-8.
12. Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA*. 2003;290(13):1729-38
13. Lambrinoudaki I, Paschou SA, Lumsden MA, et al. Premature ovarian insufficiency: A toolkit for the primary care physician. *Maturitas*. 2021;147:53-63.
14. Margolis KL, et al; Women's Health Initiative Investigators. Effect of oestrogen plus progestin on the incidence of diabetes in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Hormone Trial. *Diabetologia*. 2004 Jul;47(7):1175-1187.
15. Pinkerton JV. Hormone Therapy for Postmenopausal Women. *N Engl J Med*. 2020 Jan 30;382(5):446-455.
16. Mehta J, Kling JM, Manson JE. Risks, Benefits, and Treatment Modalities of Menopausal Hormone Therapy: Current Concepts. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Mar 26;12:564781.
17. Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C, Hubbell FA, Ascensao J, Rodabough RJ, Rosenberg CA, Taylor VM, Harris R, Chen C, Adams-Campbell LL, White E; Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2004 Mar 4;350(10):991-1004.
18. Johnson JR, Lacey JV Jr, Lazovich D, Geller MA, Schairer C, Schatzkin A, Flood A. Menopausal hormone therapy and risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009 Jan;18(1):196-203.
19. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 10;2015(3):CD002229.

4. Terapia hormonal em mulheres sobreviventes de câncer mama e câncer ginecológico

Autores: Eduardo Paulino e Tomás Reinert

Estudos indicam que 20% a 30% das pacientes com câncer de mama apresentam sintomas climatéricos graves e persistentes, que impactam significativamente sua qualidade de vida e adesão ao tratamento (1). Além do desconforto subjetivo, a deficiência hormonal induzida tem implicações clínicas importantes, incluindo aumento do risco cardiovascular, osteoporose, sarcopenia e disfunção sexual. Por fim, vale ressaltar que os efeitos da supressão hormonal vão além do eixo gonadal, interferindo também na cognição, no sono e na saúde mental (2).

Riscos, Indicações e Contraindicações da Terapia Hormonal

Câncer de mama

A TH, composta por estrogênios com ou sem progestágenos, é o tratamento mais eficaz para sintomas climatéricos, mas seu uso é contraindicado em mulheres com histórico de câncer de mama, sobretudo em tumores hormônio-dependentes (RH+), devido ao aumento do risco de recidiva (HABITS Trial, HR 1,49; IC 95% 1,15–1,93; especialmente RH+ HR 1,80; IC 95% 1,15–2,82) (3). O Stockholm Randomized Trial (seguimento de 10,8 anos; n = 607) confirmou esse risco, evidenciando maior incidência de câncer contralateral entre usuárias de TH (HR 3,6; IC 95% 1,2–10,9) (4). Assim, a TH sistêmica deve ser evitada em sobreviventes de câncer de mama, sendo considerada apenas em casos excepcionais e refratários a outras medidas, mediante decisão multidisciplinar.

O uso de estrogênios vaginais de baixa dose (creme, comprimido ou anel) tem absorção sistêmica mínima e pode ser seguro em pacientes em uso de tamoxifeno, sem aumento significativo dos níveis séricos de estradiol nem risco de recidiva. Já em mulheres tratadas com inibidores da aromatase, as evidências são escassas e inconsistentes. Diretrizes como ASCO e NAMS recomendam seu uso apenas quando falham as medidas não hormonais, especialmente sob tamoxifeno, e com cautela em usuárias de inibidores da aromatase, após avaliação multidisciplinar (5).

Revisões recentes reforçam que o estrogênio vaginal não aumenta o risco de recidiva, sobretudo em pacientes RH+ sob tamoxifeno, e proporciona melhora clínica de sintomas geniturinários e qualidade de vida. A decisão deve ser individualizada, com discussão compartilhada entre paciente e equipe médica (6).

Tumores ginecológicos

Câncer de Endométrio e Sarcomas Uterinos

A preservação ovariana em pacientes jovens com câncer de endométrio inicial (FIGO 2018 estágio I, baixo grau) não altera a sobrevida específica nem global e é apoiada por diretrizes internacionais (6,7). Em estudo randomizado com 1.236 pacientes (estágio I-II) tratadas com histerectomia e ooforectomia bilateral, o uso de estrogênio não aumentou o risco de recidiva em relação ao placebo (2,3% vs. 1,9%; HR 1,27; IC 80% 0,92–1,77) (8). Uma meta-análise que incluiu esse e outros cinco estudos observacionais confirmou a ausência de aumento significativo no risco de recidiva (9). Assim, a terapia estrogênica pode ser considerada em mulheres com doença inicial e baixo risco, mas não é recomendada em estágios avançados ou tumores de alto grau. Nos leiomiossarcomas e sarcomas estromais uterinos, devido à expressão frequente de receptores hormonais e falta de dados de segurança, a TH é contraindicada.

Câncer de Ovário, Trompa e Peritônio

Estudos randomizados mostraram que a terapia estrogênica não compromete a sobrevida em pacientes com câncer de ovário epitelial e pode até associar-se a melhor sobrevida global e livre de recidiva (10,11). Uma meta-análise confirmou que não há aumento no risco de morte (12). A TH é aceitável em mulheres com carcinoma epitelial de ovário, exceto nos subtipos seroso de baixo grau e endometriode, sensíveis à deprivação estrogênica (13). Em tumores borderline sem implantes invasivos, o uso também é considerado seguro (14). Já nos tumores da granulosa, dependentes de estrogênio, a TH deve ser evitada.

Câncer de Colo do Útero, vulva e vagina

A conservação ovariana é indicada em mulheres pré-menopáusicas com carcinoma escamoso, pois a metástase ovariana é rara (~2%) (15). Essa preservação é considerada segura nos estádios iniciais (IB1 e menores), sem invasão parametrial, sem envolvimento linfonodal e em pacientes jovens. Em ensaio com 120 pacientes tratadas com cirurgia ou radioterapia, não houve diferença em recidiva ou sobrevida entre usuárias de terapia hormonal (estrogênio isolado ou combinado) e placebo após 5 anos (16). Em pacientes irradiadas com útero preservado, recomenda-se terapia combinada (estrogênio + progestágeno) devido à possível persistência de endométrio funcional.

Nos carcinomas de vulva e de vagina, a conservação ovariana é geralmente segura, pois a disseminação metastática para os ovários é excepcional. A função hormonal pode ser mantida sem prejuízo oncológico, especialmente em mulheres jovens submetidas a tratamento cirúrgico localizado. Da mesma forma, a TH pode ser considerada após o tratamento, desde que não haja contraindicação específica e o controle oncológico esteja estabelecido.

Terapia hormonal em mulheres com variantes patogênicas em genes de predisposição hereditária, sem histórico de câncer de mama

Mulheres portadoras de variantes patogênicas em genes de predisposição hereditária ao câncer de mama e ovário, especialmente BRCA1 e BRCA2, podem se beneficiar de salpingo-ooforectomia redutora de risco (SORR) antes da menopausa, com redução significativa na incidência de câncer de ovário e mortalidade global. A terapia hormonal (TH) de curto prazo pode ser considerada nessas pacientes após a SORR, desde que não haja diagnóstico prévio de câncer de mama. Evidências indicam que o uso de TH não anula o benefício protetor da ooforectomia sobre o risco de câncer de mama e melhora substancialmente sintomas vasomotores, função sexual e qualidade de vida (17-19). Em coorte de 872 mulheres com variantes patogênicas em BRCA1, a incidência de câncer de mama foi semelhante entre usuárias e não usuárias de TH (10,3% vs. 10,7%; $p = 0,89$), com tendência à redução entre as que usaram estrogênio isolado (18). Esses achados são consistentes com o estudo WHI (20). A decisão deve considerar a necessidade de progestágeno para proteção endometrial e, quando aplicável, a

opção de histerectomia no momento da salpingo-ooforectomia.

Dados sobre o uso de TH em portadoras de variantes não-BRCA ainda são limitados, mas, na ausência de evidências contrárias, os princípios aplicados às mutações BRCA parecem razoavelmente extrapoláveis, desde que a paciente seja acompanhada em programas estruturados de vigilância de risco hereditário.

Alternativas Não-Hormonais para Sintomas Climatéricos

Diversas abordagens não hormonais podem ser eficazes no controle dos sintomas vasomotores em mulheres na pós-menopausa, incluindo sobreviventes de câncer de mama (Tabela 1). Entre os fármacos, destacam-se os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN), como venlafaxina (75 mg/dia, redução de 61% dos fogachos) e paroxetina (10 mg/dia, redução de 37%), além de desvenlafaxina e escitalopram, que também mostraram benefício em estudos menores. Gabapentina (900 mg/dia) reduz em cerca de 45% a intensidade dos sintomas, principalmente em mulheres com insônia, enquanto clonidina pode ser considerada em casos específicos, embora com maior risco de hipotensão e boca seca (21).

O uso de antidepressivos requer atenção a interações medicamentosas com o tamoxifeno, que depende da enzima CYP2D6 para ativação. Inibidores potentes, como paroxetina e fluoxetina, reduzem os níveis de endoxifeno e devem ser evitados. Opções mais seguras incluem venlafaxina, desvenlafaxina, citalopram e escitalopram (22).

Uma nova classe promissora são os antagonistas seletivos do receptor de neurocinina-3 (NK3R), como o fezolinetant, que atua no centro termorregulador hipotalâmico, reduzindo frequência e intensidade dos fogachos. O fezolinetant foi aprovado pelo FDA, mas ainda não pela Anvisa (23). Outro agente da classe, o elinzanetant, um antagonista duplo dos receptores NK1/NK3, mostrou resultados encorajadores nos estudos OASIS-3 e OASIS-4, com redução clinicamente significativa da frequência e intensidade dos fogachos e melhora de distúrbios do sono e do humor. Essa classe de fármacos representa uma alternativa não hormonal promissora para mulheres com contraindicação ou preferência por evitar terapia estrogênica.

Tabela 1. Principais terapias não hormonais para sintomas vasomotores da menopausa

Classe/ Fármaco	Dose usual	Efeito esperado	Tempo para início do efeito	Principais efeitos adversos	Comentários/ Interações
ISRS					
Paroxetina	10–20 mg/dia	Reduz fogachos em ~37%	1–2 semanas	Náusea, sonolência, boca seca	Evitar com tamoxifeno (inibe CYP2D6)
Citalopram	10–20 mg/dia	Reduz fogachos em ~30–40%	1–2 semanas	Náusea, cefaleia	Seguro com tamoxifeno
Escitalopram	10–20 mg/dia	Reduz fogachos em ~40%	1–2 semanas	Ansiedade leve, insônia transitória	Seguro com tamoxifeno
IRSN					
Venlafaxina	37,5–75 mg/dia	Reduz fogachos em ~61%	3–7 dias	Náusea, boca seca, constipação	Opção preferencial em pacientes com tamoxifeno
Desvenlafaxina	50–100 mg/dia	Reduz fogachos em ~50%	1–2 semanas	Insônia, sudorese, cefaleia	Boa tolerabilidade, segura com tamoxifeno
Anticonvulsivantes					
Gabapentina	900 mg/dia (dividido em 3 doses)	Reduz intensidade dos fogachos em ~45%	1 semana	Sonolência, tontura, fadiga	Útil se insônia associada
Anti-hipertensivos					
Clonidina	0,05–0,1 mg 2x/dia	Reduz fogachos em ~20–30%	1–2 semanas	Boca seca, hipotensão, constipação	Efeito modesto, uso restrito
Antagonistas NK3R					
Fezolinetant	45 mg/dia	Reduz frequência e intensidade dos fogachos (>50%)	1 semana	Náusea leve, cefaleia, insônia	Aprovado pelo FDA (2023), não aprovado pela Anvisa

A atividade física regular também reduz sintomas vasomotores e melhora a tolerância à terapia endócrina. No estudo HOPE, 121 mulheres tratadas com inibidores da aromatase e submetidas a exercícios aeróbicos e de resistência por 12 meses apresentaram menor dor articular, melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento (24). Outros ensaios confirmam benefícios adicionais sobre sono, ansiedade e fadiga, reforçando a recomendação de prática supervisionada e integrada ao cuidado oncológico (25).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma alternativa eficaz e segura para sintomas vasomotores, promovendo reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento. Ensaios clínicos como MENOS 1 e MENOS 2 demonstraram redução significativa da frequência e impacto dos fogachos, além de melhora do sono e bem-estar emocional (26). NAMS e NICE reconhecem a TCC como opção de primeira linha em mulheres sintomáticas, especialmente quando o uso de fármacos é contraindicado.

A síndrome geniturinária da menopausa é comum em pacientes oncológicas e deve ser tratada inicialmente com hidratantes vaginais (2–5 vezes/semana) e lubrificantes nas relações, com boa segurança mesmo em usuárias de tamoxifeno ou inibidores da aromatase (27). A radioterapia pélvica pode agravar sintomas por fibrose e encurtamento vaginal, justificando o uso de dilatadores, embora a adesão seja baixa (< 25%) (28). Alternativas como fisioterapia do assoalho pélvico, ácido hialurônico intravaginal, ocitocina, laser e radiofrequência vêm sendo estudadas, mas a evidência é limitada e o uso fora de protocolos de pesquisa não é recomendado por ACOG e ISSWSH (29).

A escolha terapêutica deve ser individualizada, considerando gravidade, contraindicações e preferências da paciente (Tabela 2). Em casos refratários, o estrogênio vaginal em baixas doses pode ser considerado sob decisão multidisciplinar.

Tabela 2. Alternativas não hormonais para síndrome geniturinária da menopausa

Intervenção	Forma/ Frequência de uso	Mecanismo de ação/ Benefício principal	Evidência de eficácia	Segurança em pacientes com câncer	Comentários práticos
Hidratantes vaginais (policarbofil, ácido hialurônico, glicerol)	2–5x por semana	Restaura hidratação e elasticidade da mucosa	Moderada (melhora sintomas em até 60%)	Segura, inclusive com tamoxifeno ou inibidores da aromatase	Primeira linha; uso contínuo melhora conforto e pH vaginal
Lubrificantes vaginais (à base de água ou silicone)	Durante relação sexual	Reduz atrito e dispareunia	Boa (alívio imediato, temporário)	Totalmente segura	Preferir produtos sem fragrância e pH fisiológico
Ácido hialurônico intravaginal	1–2x por semana (gel ou óvulo)	Reidrata e estimula reparo epitelial	Moderada (melhora secura e dispareunia)	Segura	Alternativa útil em refratárias aos hidratantes convencionais
Ocitocina intravaginal	Gel ou spray, 400–600 UI/dia por 2–3 semanas	Estimula receptores de ocitocina no epitélio vaginal, promovendo proliferação celular, espessamento epitelial e lubrificação	Moderada (melhora secura, dor e pH vaginal; resultados semelhantes a estrogênio em estudos pequenos)	Segura em sobreviventes de câncer hormônio-dependente (sem absorção sistêmica relevante)	Promissora, mas ainda sem aprovação regulatória ampla; pode ser opção em refratárias ao tratamento convencional
Dilatadores vaginais	2–3x por semana, 10–15 min	Mantém capacidade e flexibilidade vaginal após radioterapia	Moderada (reduz estenose vaginal)	Segura	Adesão baixa (<25%); requer orientação
Fisioterapia do assoalho pélvico	Sessões supervisionadas semanais	Melhora tônus, vascularização e função sexual	Boa (melhora dor e lubrificação)	Segura	Recomendada especialmente pós-radioterapia
Laser vaginal (CO ₂ fracionado, Er:YAG)	1 sessão/mês (3–4 sessões)	Estimula colágeno e regeneração epitelial	Baixa (ensaios pequenos, seguimento curto)	Segurança incerta	Não aprovado pelo FDA; uso apenas em pesquisa
Radiofrequência vaginal	1–2 sessões/mês	Aumenta fluxo sanguíneo e trofismo local	Baixa	Segurança incerta	Resultados promissores, mas evidência insuficiente
Probióticos vaginais (<i>Lactobacillus</i> spp.)	1 cápsula vaginal/semana	Restaura microbiota vaginal e reduz infecções	Limitada	Segura	Úteis como adjuvantes em casos de infecções recorrentes
Terapias combinadas (hidratante + fisioterapia)	Individualizado	Abordagem multimodal de sintomas complexos	Boa (melhor resposta combinada)	Segura	Ideal em irradiadas ou com sintomas refratários

Decisão Compartilhada e Abordagem Multidisciplinar

O manejo da terapia hormonal e não hormonal deve integrar a evidência científica com os valores e preferências da paciente. A decisão compartilhada melhora adesão, reduz ansiedade e fortalece a relação médico-paciente. A atuação conjunta de oncologia, ginecologia, endocrinologia, psicologia, fisioterapia e sexualidade amplia a segurança e eficácia do cuidado.

Em um estudo australiano (Menopausal Service After Cancer – MSAC), pacientes acompanhadas por equipe multidisciplinar apresentaram melhora significativa nos sintomas mais incômodos — fogachos, fadiga, insônia e perda de libido (30). O futuro da terapia hormonal e de suas alternativas passa por uma abordagem personalizada, centrada na mulher, e que equilibre segurança oncológica e qualidade de vida.

Referências

1. Johnsson A, Fugl-Meyer K, Bordas P, Åhman J, Von Wachenfeldt A. Side Effects and Its Management in Adjuvant Endocrine Therapy for Breast Cancer: A Matter of Communication and Counseling. *Breast Cancer Basic Clin Res.* 2023 Jan;17:11782234221145440.
2. Bender CM, Merriman JD, Gentry AL, Ahrendt GM, Berga SL, Brufsky AM, et al. Patterns of change in cognitive function with anastrozole therapy. *Cancer.* 2015 Aug;121(15):2627–36.
3. Holmberg L, Anderson H. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer—is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *The Lancet.* 2004 Feb;363(9407):453–5.
4. Fahlén M, Fornander T, Johansson H, Johansson U, Rutqvist LE, Wilking N, et al. Hormone replacement therapy after breast cancer: 10 year follow up of the Stockholm randomised trial. *Eur J Cancer.* 2013 Jan;49(1):52–9.
5. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, LaVasseur BI, Barton DL, et al. Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2000 Dec;356(9247):2059–63.
6. Wright JD, Buck AM, Shah M, Burke WM, Schiff PB, Herzog TJ. Safety of Ovarian Preservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer. *J Clin Oncol.* 2009 Mar 10;27(8):1214–9.
7. National Cancer Comprehensive Cancer Network [Internet]. 2025 [cited 2025 July 27]. NCCN guidelines. Available from: www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf 2025
8. Barakat RR, Bundy BN, Spirtos NM, Bell J, Mannel RS. Randomized Double-Blind Trial of Estrogen Replacement Therapy Versus Placebo in Stage I or II Endometrial Cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2006 Feb 1;24(4):587–92.
9. Shim SH, Lee SJ, Kim SN. Effects of hormone replacement therapy on the rate of recurrence in endometrial cancer survivors: A meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2014 June;50(9):1628–37.
10. Eeles RA, Morden JP, Gore M, Mansi J, Glees J, Wenzl M, et al. Adjuvant Hormone Therapy May Improve Survival in Epithelial Ovarian Cancer: Results of the AHT Randomized Trial. *J Clin Oncol.* 2015 Dec 10;33(35):4138–44.
11. Gidozzi F, Daponte A. Estrogen replacement therapy for ovarian carcinoma survivors: A randomized controlled trial. *Cancer.* 1999 Sept 15;86(6):1013–8.
12. Li D, Ding C yi, Qiu L hua. Postoperative hormone replacement therapy for epithelial ovarian cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2015 Nov;139(2):355–62.
13. Gershenson DM, Bodurka DC, Coleman RL, Lu KH, Malpica A, Sun CC. Hormonal Maintenance Therapy for Women With Low-Grade Serous Cancer of the Ovary or Peritoneum. *J Clin Oncol.* 2017 Apr 1;35(10):1103–11.

14. Mascarenhas C, Lambe M, Bellocco R, Bergfeldt K, Riman T, Persson I, et al. Use of hormone replacement therapy before and after ovarian cancer diagnosis and ovarian cancer survival. *Int J Cancer*. 2006 Dec 15;119(12):2907–15.
15. Tabata M, Ichinoe K, Sakuragi N, Shiina Y, Yamaguchi T, Mabuchi Y. Incidence of ovarian metastasis in patients with cancer of the uterine cervix. *Gynecol Oncol*. 1987 Nov;28(3):255–61.
16. Ploch E. Hormonal replacement therapy in patients after cervical cancer treatment. *Gynecol Oncol*. 1987 Feb;26(2):169–77.
17. Rebbeck TR, Friebel T, Wagner T, Lynch HT, Garber JE, Daly MB, et al. Effect of Short-Term Hormone Replacement Therapy on Breast Cancer Risk Reduction After Bilateral Prophylactic Oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: The PROSE Study Group. *J Clin Oncol*. 2005 Nov 1;23(31):7804–10.
18. Kotsopoulos J, Gronwald J, Karlan BY, Huzarski T, Tung N, Moller P, et al. Hormone Replacement Therapy After Oophorectomy and Breast Cancer Risk Among BRCA1 Mutation Carriers. *JAMA Oncol*. 2018 Aug 1;4(8):1059.
19. Armstrong K, Schwartz JS, Randall T, Rubin SC, Weber B. Hormone Replacement Therapy and Life Expectancy After Prophylactic Oophorectomy in Women With BRCA1/2 Mutations: A Decision Analysis. *J Clin Oncol*. 2004 Mar 15;22(6):1045–54.
20. Chlebowski RT, Aragaki AK, Anderson GL. Menopausal Hormone Therapy Influence on Breast Cancer Outcomes in the Women's Health Initiative. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 July;13(7):917–24.
21. Pandya KJ, Morrow GR, Roscoe JA, Zhao H, Hickok JT, Pajon E, et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2005 Sept;366(9488):818–24.
22. Bradbury M, Hutton B, Beltran-Bless AA, Alzahrani M, Lariviere T, Fernandes R, et al. Time to Update Evidence-Based Guideline Recommendations About Concurrent Tamoxifen and Antidepressant Use? A Systematic Review. *Clin Breast Cancer*. 2022 Apr;22(3):e362–73.
23. Johnson KA, Martin N, Nappi RE, Neal-Perry G, Shapiro M, Stute P, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023 July 14;108(8):1981–97.
24. Arem H, Sorkin M, Cartmel B, Fiellin M, Capozza S, Harrigan M, et al. Exercise adherence in a randomized trial of exercise on aromatase inhibitor arthralgias in breast cancer survivors: the Hormones and Physical Exercise (HOPE) study. *J Cancer Surviv*. 2016 Aug;10(4):654–62.
25. Baglia ML, Lin I, Cartmel B, Sanft T, Ligibel J, Hershman DL, et al. Endocrine-related quality of life in a randomized trial of exercise on aromatase inhibitor-induced arthralgias in breast cancer survivors. *Cancer*. 2019 July;125(13):2262–71.
26. Ayers B, Smith M, Hellier J, Mann E, Hunter MS. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. *Menopause*. 2012 July;19(7):749–59.
27. Franzoi MA, Agostinetti E, Perachino M, Del Mastro L, De Azambuja E, Vaz-Luis I, et al. Evidence-based approaches for the management of side-effects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. *Lancet Oncol*. 2021 July;22(7):e303–13.
28. Suvaal I, Hummel SB, Mens JWM, Van Doorn HC, Van Den Hout WB, Creutzberg CL, et al. A sexual rehabilitation intervention for women with gynaecological cancer receiving radiotherapy (SPARC study): design of a multicentre randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2021 Dec 4;21(1):1295.
29. Bujnak A, Crowder CA, Krychman ML. Energy-Based Devices for Functional Vaginal Problems: Issues and Answers. *Curr Sex Health Rep*. 2021 Mar;13(1):1–13.
30. Hollingworth J, Walsh L, Tran S, Ramage L, Patel-Brown S, Ambekar M, et al. Does a multidisciplinary menopausal symptoms after cancer clinic reduce symptoms? *Support Care Cancer*. 2022 Mar;30(3):2245–52.

5. Terapia Hormonal em mulheres sobreviventes de outros cânceres (excluindo mama e ginecológico)

Autor: Diocésio Alves Pinto Andrade

A TH em mulheres na menopausa que sobreviveram a diferentes tipos de câncer deve ser avaliada com cautela, considerando os riscos e benefícios associados a cada tipo de neoplasia (Tabela 3).

No câncer colorretal, o estrógeno pode ter efeito protetor via receptor β (RE β), favorecendo apoptose, reparo do DNA e inibição de proto-oncogenes (1). Um estudo australiano observou melhor prognóstico em mulheres jovens comparadas a homens, sugerindo efeito protetor hormonal (2). Em contrapartida, níveis elevados de estradiol (E2) em condições de hipóxia e stress oxidativo podem aumentar o risco tumoral (3). O estudo Women's Health Initiative (WHI) apontou menor incidência de câncer colorretal com TH (HR: 0,56; $p = 0,003$), mas tumores mais avançados nas usuárias (4). Em 2024, atualização com 24 anos de seguimento mostrou incidência idêntica nos grupos TH e placebo, com mais óbitos no grupo TH, sem significância estatística (5).

Em mulheres com câncer gástrico, a presença de receptores hormonais está associada a doença mais agressiva (6). A hiperexpressão de RE α ocorre mais em tumores indiferenciados e com metástase linfonodal (7,8). Embora estudo sueco aponte proteção da TH contra adenocarcinoma esôfago-gástrico (redução de 39–43%) (9), considera-se que a TH está contraindicada após tratamento de câncer gástrico.

No hepatocarcinoma, o estrógeno parece atuar como antioxidante e anti-inflamatório, reduzindo o risco de fibrose e carcinogênese hepática (10,11). A menor incidência da doença em mulheres pode estar relacionada à ação hormonal (12). Um estudo caso-controle demonstrou que a TH reduz o risco e aumenta a sobrevida em mulheres com hepatocarcinoma (13).

Quanto ao câncer de pâncreas, uma meta-análise com 27 estudos não encontrou relação entre TH e risco aumentado da doença (14). Um estudo de coorte sueco mostrou redução de 23% no risco entre usuárias de TH (15). Por isso, não há contraindicação formal ao uso da TH.

No câncer de pulmão, o estrógeno pode influenciar negativamente, sobretudo em mulheres jovens na pré-menopausa, que desenvolvem tumores mais agressivos (16). Há associação entre receptores de estrógeno e vias como EGFR (17), RE β , TLR4 e CXCR4, que aumentam a progressão tumoral (18,19). Assim, TH deve ser evitada em mulheres na pré-menopausa com esse diagnóstico.

No caso do câncer renal, estudos de coorte norte-americanos não demonstraram contraindicação à TH, devendo-se avaliar outros fatores de risco (20,21).

Por outro lado, o câncer de bexiga apresenta influência hormonal na sua carcinogênese. Cerca de 15–20% dos tumores expressam RE (22). Estudo italiano com mais de 10 mil mulheres mostrou o dobro do risco de câncer de bexiga em usuárias de TH (23), indicando contraindicação formal.

A relação entre hormônios e melanoma maligno é controversa. A expressão de RE α está associada a pior prognóstico, enquanto RE β pode ser protetor (24,25,26,27). A TH parece ser benéfica em estádios iniciais, reduzindo risco de progressão, mas pode ser prejudicial em estágios avançados (28,29).

Por fim, em neoplasias hematológicas, a TH pode exercer efeitos benéficos sobre a diferenciação celular e secreção de citocinas (30,31). Estudos indicam redução do risco de linfoma não-Hodgkin em mulheres na menopausa e efeito protetor semelhante ao da gravidez no linfoma de Hodgkin (32,33). Assim, não há contraindicação formal à TH nesses casos, podendo ser considerada em pacientes com menopausa precoce.

Tabela 3. Terapia hormonal em mulheres sobreviventes de outros cânceres

Tipo de câncer	Recomendação quanto à TH	Referências
Colorretal	Pode ser considerada com cautela; não há contraindicação formal.	(1–5)
Gástrico / Esofágico	Contraindicada após tratamento de câncer gástrico.	(6–9)
Hepatocarcinoma	Pode ser utilizada; possível efeito protetor.	(10–13)
Pâncreas	Pode ser utilizada; sem contraindicação formal.	(14–15)
Pulmão	Evitar em mulheres na pré-menopausa ou com tumores hormônio-dependentes.	(16–19)
Renal	Pode ser considerada; avaliar fatores de risco individuais.	(20–21)
Bexiga	Contraindicada (aumento de risco em usuárias de TH).	(22–23)
Melanoma maligno	Considerar apenas em doença inicial, com cautela; evitar em estádios avançados.	(24–29)
Neoplasias hematológicas (linfomas / leucemias)	Pode ser considerada; sem contraindicação formal.	(30–33)

Referências

1. Barzi A., Lenz A.M., Labonte M.J., Lenz H.J. Molecular pathways: Estrogen pathway in colorectal cancer. *Clin Cancer Res* 2013 Nov 1;19(21):5842-8.
2. Koo J.H., Jalaludin B., Wong S.K.C., Kneebone A., Connor S.J., Leong R.W.L. Improved survival in young women with colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2008;103(6):1488-95.
3. Wu Z., Xiao C., Wang J., Zhou M., You F., Li X. 17 β -estradiol in colorectal cancer: friend or foe? *Cell Commun Signal* 2024 Jul 19;22(1):367.
4. Chlebowski R.T., Wend-Wactawski J., Ritenbaugh C., Hubbell F.A., Ascensao J., Rodabough R., et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2004 Mar 4;350(10):991-1004.
5. Chlebowski R.T., Argaki A.K., Pan K., Luo J., Rohan T.E., Johnson K.C., et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer: long-term findings from the women's health initiative randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2024 Oct 20;42(30):3530-36.
6. Matsui M., Kojima O., Kawakami S., Uehara Y., Takahashi T. The prognosis of patients with gastric cancer possessing sex hormone receptors. *Surg Today* 1992;22(5):421-5.
7. Rahman M.S.U., Cao J. Estrogen receptors in gastric cancer: advances and perspectives. *World J Gastroenterol* 2016 Feb 28;22(8):2475-82.
8. Tang W., Liu R., Yan Y., Pan X., Wang M., Han X., et al. Expression of estrogen receptors and androgen receptor and their clinical significance in gastric cancer. *Oncotarget* 2017 Jun 20;8(25):40765-77.
9. Brusselaers N., Maret-Ouda J., Konings P., El-Serag H.B., Lagergren J. Menopausal hormone therapy and the risk of esophageal and gastric cancer. *Int J Cancer* 2017 Apr 1;140(7):1693-99.
10. Carruba G. Estrogens in Hepatocellular Carcinoma: Friends or Foes? *Cancers (Basel)* 2021 Apr 26;13(9):2085.
11. Sukocheva O.A. Estrogen, estrogen receptors, and hepatocellular carcinoma: Are we there yet? *World J Gastroenterol* 2018 Jan 7;24(1):1-4.
12. Montella M., D'Arena G., Crispo A., Capunzo M., Nocerino F., Grimaldi M., et al. Role of Sex Hormones in the Development and Progression of Hepatitis B Virus-Associated Hepatocellular Carcinoma. *Int J Endocrinol* 2015;2015:854530.
13. Hassan M.M., Botrus G., Abdel-Wahab R., Wolff R.A., Li D., Twardy D., et al. Estrogen Replacement Reduces Risk and Increases Survival Times of Women with Hepatocellular Carcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017 Nov;15(11):1791-1799.
14. Tang B., Lv J., Li Y., Yuan S., Wang Z., He S., et al. Relationship between female hormonal and menstrual factors and pancreatic cancer: a meta-analysis of observational studies. *Medicine (Baltimore)* 2015 Feb;94(7):e177.
15. Sadr-Azodi O., Konings P., Brusselaers N. Menopausal hormone therapy and pancreatic cancer risk in women: a population-based matched cohort study. *United European Gastroenterol J* 2017 Dec;5(8):1123-28.
16. Rodriguez-Lara V., Avila-Costa M.R. An Overview of Lung Cancer in Women and the Impact of Estrogen in Lung Carcinogenesis and Lung Cancer Treatment. *Front Med (Lausanne)* 2021 May 17;8:600121.
17. Hsu L.H., Chu N.M., Kao S.H. Estrogen, Estrogen Receptor and Lung Cancer. *Int J Mol Sci* 2017 Aug 5;18(8):1713.
18. Fan S., Liao Y., Qiu W., Huang Q., Xiao H., Liu C., et al. Estrogen promotes the metastasis of nonsmall cell lung cancer via estrogen receptor β by upregulation of Toll-like receptor 4 and activation of the myd88/NF κ B/MMP2 pathway. *Oncol Rep* 2020 Apr 2. doi:10.3892/or.2020.7574.
19. Liu S., Hu C., Li M., Na J., Zhou W., Guo J., et al. Estrogen receptor beta promotes lung cancer invasion via increasing CXCR4 expression. *Cell Death Dis* 2022 Jan 21;13(1):70.
20. Karami S., Daugherty S.E., Schonfeld S.J., Park Y., Hollenbeck A.R., Grubb 3rd R.L., et al. Reproductive factors and kidney cancer risk in 2 US cohort studies, 1993-2010. *Am J Epidemiol* 2013 Jun 15;177(12):1368-77.

21. Zucchetto A, Talamini R, Dal Maso L, Negri E, Polesel J, Ramazzotti V, et al. Reproductive, menstrual, and other hormone-related factors and risk of renal cell cancer. *Int J Cancer* 2008 Nov 1;123(9):2213-6.
22. Basakci A, Kirkali Z, Tuzel E, Yorukoglu K, Mungan M.U, Sade M, et al. Prognostic significance of estrogen receptor expression in superficial transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Eur Urol* 2002 Mar;41(3):342-5.
23. Fernandez E, Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Negri E, La Vecchia C. Hormone replacement therapy and cancer risk: a systematic analysis from a network of case-control studies. *Int J Cancer* 2003 Jun 20;105(3):408-12.
24. De Giorgi V, Gori A, Savarese I, D'Errico A, Scarfi F, Papi F, et al. Role of BMI and hormone therapy in melanoma risk: a case-control study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2017 Jul;143(7):1191-1197.
25. Botteri E, Stoer N.C., Sakshaug S, Graff-Iversen S, Vangen S, Hofvind S, et al. Menopausal hormone therapy and risk of melanoma: Do estrogens and progestins have a different role? *Int J Cancer* 2017 Nov 1;141(9):1763-1770.
26. Marzagalli M, Casati L, Moretti R.M., Marelli M.M., Limonta P. Estrogen Receptor β Agonists Differentially Affect the Growth of Human Melanoma Cell Lines. *PLoS One* 2015 Jul 30;10(7):e0134396.
27. Thomas C, Gustafsson J.A. The different roles of ER subtypes in cancer biology and therapy. *Nat Rev Cancer* 2011 Jul 22;11(8):597-608.
28. Botteri E, Stoer N.C., Weiderpass E, Pukkala E, Ylikorkala O, Lyytinen H. Menopausal Hormone Therapy and Risk of Melanoma: A Nationwide Register-Based Study in Finland. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2019 Nov;28(11):1857-1860.
29. Mackie R.M., Bray C.A. Hormone replacement therapy after surgery for stage 1 or 2 cutaneous melanoma. *Br J Cancer* 2004 Feb 23;90(4):770-2.
30. Kauus M.A., Rieterer G., Bunaciu R.P., Yen A. Human myeloblastic leukemia cells (HL-60) express a membrane receptor for estrogen that signals and modulates retinoic acid-induced cell differentiation. *Exp Cell Res* 2008;314(16):2999-3006.
31. Cheleuitte D, Mizuno S, Glowacki J. In vitro secretion of cytokines by human bone marrow: effects of age and estrogen. *J Clin Endocrinol Metab* 1998 Jun;83(6):2043-51.
32. Nelson R.A., Levine A.M., Bernstein L. Reproductive factors and risk of intermediate- or high-grade B-Cell non-Hodgkin's lymphoma in women. *J Clin Oncol* 2001 Mar 1;19(5):1381-7.
33. Tavani A, Pregnolato A, La Vecchia C, Franceschi S. A case-control study of reproductive factors and risk of lymphomas and myelomas. *Leuk Res* 1997 Sep;21(9):885-8.

6. Considerações especiais - Terapia Hormonal em pacientes transgêneros e adolescentes/adultos jovens

Autores: Abna Faustina Sousa Vieira, Ana Carolina Pires, Arianne Vieira Carvalho e Cristiano Augusto Andrade de Resende

Terapia Hormonal em Pessoas Transgênero

Princípios Gerais

O manejo oncológico de indivíduos transgênero em uso de terapia hormonal de afirmação de gênero demanda abordagem personalizada, considerando a anatomia atual, histórico de exposição hormonal e fatores psicossociais (1,2). A exposição prolongada a hormônios sexuais exógenos incrementa o risco de neoplasias hormônio-dependentes (mama, endométrio, ovário, próstata), necessitando de estratificação de risco baseada em história familiar, mutações germinativas, tipo, via e duração da TH, idade e procedimentos cirúrgicos afirmativos realizados (3).

Os efeitos adversos sistêmicos incluem: estrogênios/antiandrogênicos associados a aumento do risco tromboembólico, dislipidemia e transaminite; testosterona relacionada à eritrocitose, resistência insulínica e alterações metabólicas (4,5). O monitoramento deve contemplar avaliações laboratoriais periódicas (hemograma, perfil lipídico, função hepática, hemoglobina glicada) e acompanhamento clínico especializado (6).

Terapia Hormonal Masculinizante

Indivíduos designados femininos ao nascimento (assigned female at birth, AFAB) em uso de testosterona apresentam modificações nos tecidos mamários e uterinos, incluindo atrofia endometrial e involução mamária. Os efeitos da testosterona sobre o risco oncológico permanecem incompletamente elucidados devido à escassez de estudos robustos (5).

Recomendações clínicas:

- Rastreamento mamográfico conforme diretrizes para mulheres cisgênero, na presença de parênquima mamário residual (7)
- Portadores de mutações BRCA1/2 ou outras variantes patogênicas: considerar cirurgias

profiláticas (mastectomia e salpingo-ooforectomia) previamente ao início da TH (8)

- Metrorragia pós-amenorreia: investigação mandatória para exclusão de hiperplasia ou neoplasia endometrial
- Histerectomia com salpingo-ooforectomia pode ser indicada em casos de disforia severa, risco genético elevado ou doenças ginecológicas associadas (3).

Terapia Hormonal Feminilizante

Pessoas designadas masculinas ao nascimento (assigned male at birth, AMAB) em uso prolongado de estrogênios e antiandrogênicos desenvolvem alterações mamárias similares às observadas em mulheres cisgênero, incluindo proliferação ductal e desenvolvimento de estroma fibroso. O risco de câncer mamário aumenta, embora permaneça inferior ao observado em mulheres cisgênero (4,9).

Principais considerações:

- O risco de carcinoma mamário invasivo pode ser até 46 vezes superior comparado a homens cisgênero, especialmente após cinco anos de exposição estrogênica contínua (9)
- Rastreamento mamográfico: indicado a partir dos 50 anos ou após cinco anos de TH; antecipação em presença de fatores de risco adicionais (obesidade, densidade mamária aumentada, história familiar) (10).
- A seleção da formulação estrogênica (oral, transdérmica, injetável) deve considerar o risco trombogênico, função hepática e perfil metabólico
- Antiandrogênicos como acetato de ciproterona e espironolactona requerem monitoramento da função hepática e equilíbrio eletrolítico (1,6)
- A próstata, mesmo com volume reduzido, necessita vigilância clínica em idosos ou na presença de sintomatologia urinária (3)

Câncer Hormônio-dependente e Continuidade Terapêutica

A manutenção da terapia hormonal em indivíduos transgênero com antecedente de neoplasia hormônio-sensível constitui dilema clínico complexo com implicações bioéticas (2). Casos de carcinoma ductal invasivo em AFABs ou adenocarcinoma prostático em AMABs demandam avaliação criteriosa do risco de recidiva versus impacto psicossocial da interrupção terapêutica (1).

Diante da limitação de evidências de alta qualidade, decisões devem ser fundamentadas em consenso multidisciplinar com participação ativa do paciente (3,11). Estratégias incluem redução posológica, substituição por compostos menos potentes ou suspensão temporária com reavaliação periódica (1,12). A abordagem otimizada requer participação de oncologista clínico, endocrinologista, psiquiatra e profissionais especializados em saúde de pacientes trans (2).

Adolescentes e Adultos Jovens (AYAs) Sobreviventes de Câncer

Características Epidemiológicas

AYAs, definidos como indivíduos entre 15 e 39 anos (13), encontram-se em fase crítica do desenvolvimento, caracterizada pela definição identitária, busca de autonomia, estabelecimento de relacionamentos, decisões reprodutivas e profissionais. Esta população apresenta maior suscetibilidade a transtornos mentais, potencialmente interferindo no cuidado oncológico (14).

O diagnóstico oncológico em AYAs frequentemente ocorre tardiamente devido à baixa suspeição clínica, subvalorização sintomática e ausência de programas específicos de rastreamento (15). A sub-representação em ensaios clínicos limita evidências específicas (14,15), levando à extrapolação de condutas baseadas em populações pediátricas ou adultos mais velhos. A adesão terapêutica constitui desafio recorrente, influenciada por fatores emocionais, sociais e econômicos (16).

A insuficiência gonadal induzida pelo tratamento oncológico, seja por quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, é uma complicação comum e impacta diretamente fertilidade, densidade mineral óssea, função cardiovascular e qualidade de vida. A decisão sobre TH deve equilibrar riscos oncológicos, benefícios metabólicos e psicológicos, e ser individu-

alizada conforme o tipo de neoplasia e o perfil do paciente.

Recomendações gerais:

- Intervenções não hormonais devem ser consideradas para todos os pacientes para sintomas vasomotores, especialmente em sobreviventes de tumores hormônio-sensíveis (17);
- Reposição hormonal pode ser indicada em casos selecionados, particularmente em sobreviventes sem histórico de câncer de mama ou carcinoma epitelial de ovário de baixo grau e outros tumores hormônio-dependentes, e na ausência de contraindicações cardiovasculares ou tromboembólicas (18);
- Em mulheres com falência ovariana precoce secundária ao tratamento, a terapia estrogênica até a idade média natural da menopausa (próximo aos 50 anos) pode ser benéfica para saúde óssea, metabólica e cardiovascular, desde que o risco oncológico seja baixo e haja monitoramento rigoroso;
- Nos homens com hipogonadismo persistente após quimioterapia ou radioterapia testicular, a reposição de testosterona pode ser considerada sob avaliação endocrinológica, observando-se possíveis efeitos sobre recidiva tumoral e função espermato gênica;
- O rastreamento e manejo precoce de osteopenia e osteoporose são mandatórios:
 - Densitometria óssea seriada;
 - Suplementação de cálcio e vitamina D;
 - Exercícios com carga e resistência;
 - Uso de bisfosfonatos ou denosumabe quando indicado.

A abordagem ideal é multidisciplinar, integrando oncologia, endocrinologia, ginecologia/urologia, nutrição e psicologia, com foco em restauração funcional, promoção da qualidade de vida e prevenção de comorbidades.

Referências

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Health care for transgender and gender diverse individuals. *Obstet Gynecol.* 2021;137(3):e75–e88.
2. Chaum M, Opyrchal M, Ma CX, et al. Complexities in adjuvant endocrine therapy for breast cancer in female-to-male transgender patients. *Breast.* 2023;72:103596.
3. Sutherland D, Watters A, Blinman P, Wakefield CE, McGill BC, Butow PN. Hereditary breast and gynecological cancer risk assessment in transgender adolescents and young adults. *J Genet Couns.* 2020;29(4):654–64.
4. De Blonde A, T'Sjoen G, De Baere E, et al. Hormone therapy and cancer risk in transgender individuals: a review. *Lancet Oncol.* 2022;23(6):e268–e280.
5. Engberg H, Wånggren K, Arver S, et al. Testosterone therapy and risk of breast and endometrial cancer in transgender men: a systematic review. *J Sex Med.* 2023;20(2):202–17.
6. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health.* 2022;23(Suppl 1):S1–S259.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer Screening and Diagnosis. Version 1.2023.
8. Visvanathan K, Fabian CJ, Bantug E, et al. Use of endocrine therapy for breast cancer risk reduction: ASCO clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2020;38(2):173–84.
9. Van Kooten J, de Blok CJM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender women after estrogen therapy: a nationwide cohort study. *BMJ.* 2019;366:11652.
10. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ.* 2019;365:11652.
11. Maglione KD, Safer JD, Kim H, et al. What oncologists should know about treating sexual and gender minority patients with cancer. *JCO Oncol Pract.* 2020;16(2):98–106.
12. Burstein HJ, Temin S, Anderson H, et al. Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: ASCO focused guideline update. *J Oncol Pract.* 2018;14(7):437–40.
13. Bleyer A, O'Leary M, Barr R, Ries LAG. Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):185–203.
14. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adolescent and Young Adult Oncology. Version 2.2018.
15. Tang L, Wang J, Chen L, et al. Underrepresentation of adolescents and young adults in oncology trials: A global review. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2023.
16. Katz IT, Folan MO, Koss M, et al. Barriers to adherence among AYAs with cancer: fatigue, fear, and forgetting. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11587192/>
17. Ferrari A, Stark D, Peccatori FA, et al. ESMO Handbook on Cancer in Adolescents and Young Adults (AYA). Lugano: European Society for Medical Oncology; 2021.
18. Davies C, Pan H, Godwin J, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of estrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet.* 2013;381(9869):805–16.

7. Monitorização clínica e redução de riscos em sobreviventes

Autora: Viviane Resende

A monitorização clínica de mulheres em terapia hormonal (TH) após câncer deve ser estruturada, contínua e individualizada. O objetivo é maximizar os benefícios da TH, como alívio de sintomas climatéricos e prevenção da osteoporose, enquanto se minimizam os riscos de recorrência tumoral e eventos adversos. O seguimento clínico deve iniciar com consultas semestrais nos dois primeiros anos de uso da TH, evoluindo para avaliações anuais em pacientes estáveis (1). Essa abordagem permite o ajuste precoce do regime terapêutico e a identificação de efeitos colaterais, garantindo maior segurança no uso da TH.

Exames complementares devem fazer parte dessa vigilância. A densitometria óssea deve ser realizada a cada 1 a 2 anos, principalmente em mulheres submetidas a ooforectomia ou que apresentem fatores de risco para perda de massa óssea. O perfil lipídico e a glicemia de jejum são recomendados anualmente, considerando os efeitos metabólicos da terapia estrogênica. Nas pacientes com útero, recomenda-se a ecografia transvaginal periódica para avaliar o endométrio, especialmente quando se usa estrogénio sem progestagénio. Já a mamografia deve seguir os protocolos oncológicos específicos. (2,3).

A vigilância deve ser coordenada por uma equipe multidisciplinar, envolvendo ginecologistas, oncologistas, endocrinologistas e outros profissionais conforme a complexidade do caso. A monitorização eficaz permite uma avaliação contínua da relação risco-benefício da TH, adaptando o tratamento às necessidades e à evolução clínica da paciente. Além disso, promove uma abordagem centrada na mulher, respeitando seus sintomas, qualidade de vida e histórico oncológico (4).

Esquema de monitorização clínica:

A tabela abaixo resume os principais exames recomendados:

Exame	Periodicidade recomendada	Objetivo da monitorização
Consulta clínica geral	Semestral nos 2 primeiros anos; depois anual	Avaliar sintomas, efeitos colaterais e adesão à TH
Densitometria óssea	A cada 1 a 2 anos	Monitorar perda óssea e risco de osteoporose
Perfil lipídico	Anualmente	Avaliar risco cardiovascular/metabólico
Glicemia em jejum	Anualmente	Detectar alterações metabólicas precoces
Ecografia transvaginal	Conforme risco individual; geralmente anual	Acompanhar o endométrio em pacientes com útero
Mamografia	Conforme protocolo oncológico; geralmente anual	Rastreio de recidiva ou novos tumores mamários

Referências

1. Batur P, Brant A, McCourt C, Schwarz EB. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Contraceptive considerations for individuals with cancer and cancer survivors part 2 – Breast, ovarian, uterine, and cervical cancer. *Contraception*. 2025;147:110867. doi:10.1016/j.contraception.2025.110867
2. Meillan N, Rivera S, Ederhy S, et al. Early Breast Cancer Treatment and Cardiac Events: A Systematic Review. *Clinical Breast Cancer*. 2025;25(6):493-507.e24. doi:10.1016/j.clbc.2025.03.018
3. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/181468>
4. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(4):1-126. doi:10.15585/mmwr.rr7304a1

8. Anticoncepção em sobreviventes de câncer

Autora: Camila Kelly Chiodi

O tratamento oncológico pode comprometer a fertilidade de mulheres em idade reprodutiva, principalmente devido à gonadotoxicidade associada a quimioterapia, radioterapia e algumas terapias-alvo. Estudos demonstram que as taxas de gestação entre mulheres que sobreviveram ao câncer são cerca de 40% menores em comparação com a população geral, mesmo após ajustes por fatores como idade, escolaridade e paridade prévia (1). Apesar dessa redução, a função reprodutiva pode ser retomada em determinadas pacientes, especialmente na presença de fatores favoráveis anteriores ao tratamento, como idade, reserva ovariana e ausência de comorbidades. No entanto, a ausência de orientação adequada sobre contracepção no seguimento dessas mulheres contribui para um aumento das taxas de gravidez não planejada e o maior uso de contraceptivos de emergência nessa população quando comparadas à população geral (2). Esses achados evidenciam a necessidade de incorporar o aconselhamento reprodutivo e contraceptivo como parte essencial e precoce do cuidado oncológico em mulheres jovens.

Diante disso, o aconselhamento contraceptivo deve ser iniciado precocemente e reavaliado ao longo do cuidado oncológico, por equipe capacitada. Embora a escolha do método exija individualização, não há contraindicações oncológicas absolutas à maioria das opções contraceptivas, desde que adequadas ao contexto clínico. Fatores como o tipo e o estadiamento do tumor, o tratamento em curso ou já finalizado, a presença de comorbidades, o risco cardiovascular, a idade e o desejo reprodutivo da paciente devem ser cuidadosamente considerados. Além disso, é fundamental avaliar a eficácia do método, especialmente em situações em que há risco de teratogenicidade, bem como possíveis interações medicamentosas e efeitos colaterais que possam interferir na tolerabilidade ou no tratamento oncológico. O uso de contraceptivos é seguro e recomendado para a maioria das pacientes oncológicas, contribuindo não apenas para evitar gestações não planejadas durante o tratamento, mas também para permitir o planejamento reprodutivo em momentos mais seguros do ponto de vista clínico.

Opções de Métodos Anticoncepcionais

A escolha do método ideal deve considerar, além do

contexto clínico e oncológico, aspectos reprodutivos e preferências individuais da paciente. É essencial avaliar se há desejo de gestação futura, a presença ou ausência de menopausa (espontânea ou induzida), o risco de recorrência da doença, e o perfil de efeitos adversos de cada método. Em pacientes sob tratamento com medicações potencialmente teratogênicas — como algumas quimioterapias e terapias-alvo —, a adoção de métodos altamente eficazes é ainda mais importante, garantindo proteção confiável e prevenindo gestações não planejadas em momentos de alto risco materno-fetal.

Para facilitar a tomada de decisão clínica no contexto oncológico, os principais métodos contraceptivos serão organizados em três categorias: hormonais, não hormonais e definitivos. Neste capítulo, o foco será direcionado principalmente à segurança dos métodos em relação aos diferentes tipos tumorais. Para uma avaliação mais aprofundada de riscos e escolhas individualizadas, recomenda-se o envolvimento de equipe multidisciplinar, incluindo ginecologista e, quando necessário, especialista em preservação da fertilidade.

Métodos hormonais

Os métodos contraceptivos hormonais, que incluem formulações combinadas (com estrogênio e progestagênio) ou exclusivamente à base de progestagênio, desempenham um papel importante no planejamento reprodutivo de mulheres em idade fértil devido a sua praticidade e efetividade (principalmente nas formulações combinadas). Estão disponíveis em diferentes formas de apresentação, como comprimidos orais (a forma mais comum), adesivos transdérmicos (patch semanal), injetáveis e, ainda, o dispositivo intrauterino (DIU) hormonal. Em pacientes oncológicas, entretanto, a indicação desses métodos deve ser cuidadosamente individualizada, levando em consideração tanto as características do tumor quanto os riscos associados ao tratamento oncológico.

Durante o tratamento oncológico ativo — especialmente nas fases iniciais —, dá-se preferência a métodos altamente eficazes e seguros, porém com baixo potencial de interações medicamentosas e complicações. Nessa fase, os contraceptivos hormonais

tendem a ser evitados devido ao aumento do risco tromboembólico, que é inerente ao método e agravado pelo próprio contexto da doença, por intervenções cirúrgicas e pelo tratamento oncológico. Além disso, o uso de contraceptivos hormonais deve criteriosamente ser avaliado em pacientes com história de tratamento quimioterápico contendo antraciclinas, trastuzumabe ou 5-fluorouracil e a radioterapia dirigida para mama ou mediastino, devido ao aumento do risco cardiovascular para essas pacientes (3).

A escolha do método contraceptivo também deve levar em conta o tipo e subtipo do câncer. No contexto do câncer de mama, por exemplo, especialmente naqueles com expressão de receptores hormonais (RH positivos), todos os métodos hormonais, inclusive os com progestagênio isolado, são formalmente contraindicados (4,5). Nessas pacientes, métodos não hormonais ou definitivos são considerados os métodos de escolha, por não conter hormônios nem interferir com o diagnóstico ou tratamento oncológico. Vale destacar que a contracepção de emergência hormonal, por ser de uso pontual, ainda pode ser considerada nesses casos específicos.

Em pacientes com câncer de mama em uso de tamoxifeno, o DIU com levonorgestrel pode ser considerado em casos selecionados (6). Essa opção se justifica por sua ação na redução da hiperplasia endometrial, além de diminuir a incidência de pólipos e miomas, efeitos adversos relacionados à ação estrogênica do tamoxifeno sobre o endométrio. Segundo uma revisão sistemática da Cochrane incluindo aproximadamente 500 pacientes, o uso do DIU com levonorgestrel não se associou a aumento no risco de recidiva da doença ou de mortalidade relacionada ao câncer (7). No entanto, carecem ensaios clínicos randomizados confirmando a segurança oncológica dessa estratégia.

Outros tumores ginecológicos exigem um raciocínio mais individualizado, considerando especificidades do caso. No câncer de endométrio, apesar do diagnóstico ser mais comum após a menopausa, em casos de diagnóstico em idade reprodutiva, caso haja desejo gestacional, o DIU com levonorgestrel pode ser utilizado temporariamente como tratamento conservador em mulheres jovens com doença inicial (grau 1, estágio IA) (8). Nesses casos, caso não houver resposta satisfatória a terapia ou após a conclusão da gestação, a histerectomia permanece indicada. No câncer de colo do útero, não há contraindicação de contracepção hormonal em pacientes tratadas conservadoramente.

Nos tumores ovarianos, em geral, o tratamento

inclui histerectomia e ooforectomia, o que elimina a necessidade de contracepção. Contudo, em tumores de baixo grau ou borderline, ou ainda em alguns tumores germinativos, pode-se adotar cirurgia conservadora. Nestes casos, a escolha contraceptiva depende do subtipo: tumores de células da granulosa, por exemplo, são hormônio-dependentes, e o uso de estrogênio é contraindicado; em tumores epiteliais de baixo grau, a carcinogênese é habitualmente dependente de estímulo hormonal e contracepção hormonal deve por isto ser contraindicada. (10).

Fora do âmbito ginecológico, nos tumores hepáticos, o uso de anticoncepcional hormonal combinado (AHC) deve ser considerado apenas em pacientes com boa função hepática, devendo-se levar em consideração também o risco de trombose (11). Já aquelas com comprometimento de função hepática ou pós transplante, além de contraindicado o uso de AHC, deve-se também ser evitado o uso de DIU, devido ao risco aumentado de infecção associado e complicações em um contexto de imunossupressão (5).

Em tumores de sistema nervoso central, terapias hormonais podem influenciar o crescimento de meningiomas, devendo o uso de métodos hormonais ser criterioso em mulheres com esse diagnóstico (11). Outras neoplasias, como o melanoma, não apresentam contraindicação formal ao uso de contraceptivos hormonais. No entanto, a presença de receptores hormonais, como os de estrogênio, em alguns casos, levanta dúvidas sobre possíveis interações, e o uso deve ser avaliado individualmente, respeitando as preferências e o contexto clínico da paciente (11).

Por fim, a anticoncepção de emergência permanece como alternativa válida em situações como falha do método habitual, relação sexual desprotegida ou violência sexual. A escolha final do método, portanto, deve respeitar não apenas a segurança e eficácia, mas também os desejos reprodutivos, as condições clínicas e o contexto oncológico de cada mulher.

Métodos não hormonais

Entre os métodos contraceptivos não hormonais, os de barreira, como o preservativo masculino e o feminino, se destacam por, além de prevenção a uma gestação não desejada, também oferecerem proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) sendo recomendados durante o tratamento quimioterápico a fim de reduzir o risco de infecções durante baixa de imunidade. O preservativo masculino de látex é o método mais acessível

e amplamente utilizado, apesar do índice de falha ainda ser superior ao considerado ideal pela OMS (4). Por ser um método sem contraindicações ou efeitos adversos significativos, pode ser iniciado ou descontinuado com facilidade, o que aumenta o acesso a essa medida.

O DIU de cobre é uma opção não hormonal eficaz, com taxa de falha entre 0,5 e 0,7 por 100 mulheres/ano. Método muito utilizado em pacientes oncológicas com contraindicação a contracepção hormonal, como pacientes com neoplasia de mama, e que necessitam de método de maior eficácia (4). Apesar de sua eficácia contraceptiva, pode apresentar como efeitos adversos aumento do sangramento menstrual, dismenorreia e spotting, principalmente nos primeiros meses após a inserção, o que pode agravar sangramentos em pacientes em peri menopausa devido a tratamento oncológico. Esses efeitos são as principais causas de retirada precoce do método. Além disso, há risco aumentado de doença inflamatória pélvica no momento da inserção, especialmente em pacientes com infecção genital ativa. O DIU de cobre é contraindicado em casos de câncer de colo do útero não tratado ou pacientes com hepatocarcinoma pós transplante hepático, e deve ser inserido após avaliação ginecológica criteriosa.

Métodos definitivos

A contracepção definitiva inclui a ligadura tubária nas mulheres ou a vasectomia nos parceiros, sendo métodos cirúrgicos, altamente eficazes, indicados apenas para casais que já têm a prole completa e estão plenamente conscientes da irreversibilidade do método. Não há contraindicação oncológica seu uso como forma de contracepção, no entanto sua indicação deve respeitar os critérios legais vigentes, conforme estabelece a legislação brasileira sobre planejamento familiar.

9. Anticoncepção hormonal e risco oncológico em mulheres sem histórico de câncer

Autora: Camila Kelly Chiodi

Embora os AHC sejam eficazes e amplamente utilizados na prevenção da gestação, seu potencial impacto sobre o risco oncológico exige atenção, principalmente nas mulheres em grupo de maior risco. A análise individual do risco oncológico deve considerar fatores clínicos, genéticos e familiares. A anamnese detalhada é essencial para identificar histórico familiar de neoplasias, especialmente em casos sugestivos de síndromes de predisposição hereditária ao câncer. Além disso, comorbidades como obesidade, doenças autoimunes, diabetes e outras condições crônicas também podem influenciar esse risco e devem ser avaliados. Adicionalmente, exames de rastreamento — como mamografia, avaliação ginecológica ou testes genéticos, quando indicados — podem contribuir para uma compreensão mais precisa do perfil de risco da paciente. Essa abordagem integrada permite a escolha mais segura e adequada do método contraceptivo, equilibrando eficácia e segurança em mulheres sem diagnóstico oncológico, mas em maior risco.

Estudos indicam que o uso prolongado de AHC pode estar associado a um discreto aumento no risco de neoplasias, como os cânceres de mama e de colo do útero (6). Esse achado desperta maior atenção em mulheres com síndromes hereditárias de predisposição ao câncer de mama e ovário (HBOC). Ainda assim, mesmo entre pacientes em maior risco devido a mutações patogênicas, não há contraindicação absoluta ao uso de métodos hormonais para essas pacientes (4,5). Em mulheres saudáveis, o uso de AHC é considerado seguro até os 35 anos, sendo recomendada maior cautela na indicação após essa faixa etária devido aos riscos próprios do método, esse cuidado deve ser reforçado em caso de HBOC ou presença de histórico familiar relevante. Por outro lado, diversos estudos demonstram um efeito protetor dos AHC contra cânceres de ovário e endométrio, inclusive em mulheres com predisposição hereditária (6). Esse benefício é proporcional ao tempo de uso e pode se manter por anos após a interrupção do método. Mulheres portadoras de predisposição hereditária aos cânceres de mama/ovário (HBOC) com mutação no gene BRCA2 são candidatas ao uso de AHC até o momento salpingo-ooforectomia profilática. Já nas portadoras de mutação no BRCA1, estudos observacionais suger-

em um risco mais elevado de câncer de mama com o uso hormonal, o que reforça a necessidade de decisão individualizada (12,13). Assim, na avaliação de pacientes com HBOC, é essencial considerar tanto os potenciais riscos quanto os efeitos protetores dos anticoncepcionais, sempre alinhando a decisão com os objetivos reprodutivos da paciente.

Outro aspecto que deve ser considerado na utilização de AHC, é o diagnóstico prévio de doenças mamárias benignas (DMB), como fibroadenomas e alterações fibrocísticas. Em pacientes sem atipia, o uso de AHC pode inclusive reduzir a incidência de lesões mamárias benignas. No entanto, em casos com atipia, há indícios de que o risco oncológico pode não ser reduzido — e, em algumas situações, até aumentado. Embora essas condições não representem contraindicação absoluta ao uso de AHC, reforçam a importância de uma abordagem individualizada e criteriosa.

Dessa forma, a escolha do método contraceptivo deve sempre considerar os benefícios na prevenção da gravidez, os potenciais efeitos protetores contra determinados tipos de câncer e os riscos associados à exposição hormonal, especialmente em contextos de risco elevado. A decisão precisa ser compartilhada, levando em conta os valores, preferências e condições clínicas da paciente.

Tabela - Métodos Contraceptivos em Sobreviventes de Câncer: Indicações e Considerações Clínicas

Categoria	Método	Indicações/Contraindicações Específicas
Hormonais	Combinados (pílula, adesivo etc.)	Evitar em câncer de mama RH+ e risco trombótico. Cautela com função hepática e cardiovascular.
	Progestagênicos isolados	Contraindicado em câncer de mama RH+. Pode ser considerado em tumores de células da granulosa.
	DIU com levonorgestrel	Útil em pacientes com uso de tamoxifeno ou câncer de endométrio em fase inicial.
Não Hormonais	Preservativos	Recomendados sempre, especialmente durante imunossupressão.
	DIU de cobre	Alternativa eficaz. Contraindicado em hepatocarcinoma pós-transplante e câncer de colo não tratado.
Definitivos	Laqueadura ou vasectomia	Indicados apenas se não houver desejo reprodutivo futuro. Sem contraindicações oncológicas.
Emergência	Pílula do dia seguinte	Pode ser usada pontualmente, mesmo em contexto de contraindicação ao uso contínuo hormonal.

Referências

1. Stensheim H, Cvancarova M, Møller B, Fosså SD. Pregnancy after adolescent and adult cancer: A population-based matched cohort study. *Intl Journal of Cancer*. 2011;129(5):1225-1236. doi:10.1002/ijc.26045
2. Shandley LM, Kipling LM, Spencer JB, Morof D, Mertens AC, Howards PP. Factors Associated with Unplanned Pregnancy Among Cancer Survivors. *Journal of Women's Health*. 2022;31(5):665-674. doi:10.1089/jwh.2021.0176
3. Meillan N, Rivera S, Ederhy S, et al. Early Breast Cancer Treatment and Cardiac Events: A Systematic Review. *Clinical Breast Cancer*. 2025;25(6):493-507.e24. doi:10.1016/j.clbc.2025.03.018
4. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth edition, 2015. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf.
5. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(4):1-126. doi:10.15585/mmwr.rr7304a1
6. Batur P, Brant A, McCourt C, Schwarz EB. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Contraceptive considerations for individuals with cancer and cancer survivors part 2 – Breast, ovarian, uterine, and cervical cancer: Joint with the Society of Gynecologic Oncology. *Contraception*. 2025;147:110867. doi:10.1016/j.contraception.2025.110867.
7. Lin J, Hickey M, Konje J. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. In: *The Cochrane Collaboration, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2008:CD007245. doi:10.1002/14651858.CD007245
8. Nicole McMillian, MS, Vaishnavi Sambandam, PhD. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Uterine Neoplasms. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf
9. Bodner K, Laubichler P, Kimberger O, Czerwenka K, Zeillinger R, Bodner-Adler B. Oestrogen and progesterone receptor expression in patients with adenocarcinoma of the uterine cervix and correlation with various clinicopathological parameters. *Anticancer Res*. 2010;30(4):1341-1345.
10. Rousset-Jablonski C, Selle F, Adda-Herzog E, et al. Fertility preservation, contraception and menopause hormone therapy in women treated for rare ovarian tumours: guidelines from the French national network dedicated to rare gynaecological cancers. *European Journal of Cancer*. 2019;116:35-44. doi:10.1016/j.ejca.2019.04.018
11. Batur P, Brant A, McCourt C, Schwarz EB. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Contraceptive considerations for individuals with cancer and cancer survivors part 3 – Skin, blood, gastrointestinal, liver, lung, central nervous system, and other cancers: Joint with the Society of Gynecologic Oncology. *Contraception*. 2025;147:110869. doi:10.1016/j.contraception.2025.110869
12. Phillips KA, Kotsopoulos J, Domchek SM, et al. Hormonal Contraception and Breast Cancer Risk for Carriers of Germline Mutations in BRCA1 and BRCA2. *JCO*. 2025;43(4):422-431. doi:10.1200/JCO.24.00176
13. Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group, Kotsopoulos J, Lubinski J, et al. Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;143(3):579-586. doi:10.1007/s10549-013-2823-4

10. Suporte Psicológico

Autora: Fabiana Marthes Molli Caron

Impacto emocional da menopausa precoce ou induzida

A dimensão emocional da menopausa é influenciada tanto por fatores biológicos, como a flutuação e queda abrupta dos níveis de estrogênio quanto por fatores socioculturais e pessoais relacionados à percepção de feminilidade, envelhecimento e fertilidade.

Repercussões psicológicas

Estudos recentes demonstram que mulheres na transição menopausal apresentam risco quase duas vezes maior de desenvolver sintomas depressivos e ansiosos em comparação às mulheres em idade reprodutiva. (1,2). A instabilidade hormonal e a redução de estrogênios modulam neurotransmissores como serotonina e dopamina, predispondo a humor deprimido, irritabilidade, ansiedade e distúrbios do sono.

Pesquisas longitudinais conduzidas por Alblooshi et al. (2023) e Gibson et al. (2025) apontam que o aumento de sintomas ansiosos e depressivos é especialmente pronunciado nas fases de perimenopausa e nos primeiros anos pós-menopausa, com impacto direto na qualidade de vida, funcionamento cognitivo e produtividade (1,2). Além disso, mulheres com história prévia de transtornos mentais apresentam risco ainda maior de exacerbação sintomática durante esse período.

Na menopausa induzida, o impacto emocional é ainda mais marcante. Mulheres submetidas à ooforectomia, quimioterapia ou radioterapia pélvica experimentam uma perda hormonal abrupta associada a sentimentos de desespero, raiva e tristeza. Em oncologia, essa experiência é descrita como uma “dupla perda”: de saúde e de função reprodutiva (3).

Menopausa precoce e luto reprodutivo

A menopausa precoce pode gerar uma crise existencial significativa, marcada por sentimentos de perda de identidade e de projeto de vida. Muitas mulheres relatam sensação de “envelhecimento forçado” e desconexão com o próprio corpo. Esse luto reprodutivo envolve o reconhecimento da infertilidade e da impossibilidade de gestação biológica, o

que pode desencadear sofrimento emocional comparável a perdas simbólicas profundas.

Mulheres com insuficiência ovariana prematura (IOP) necessitam de suporte psicológico contínuo, dada a prevalência aumentada de depressão, ansiedade e disfunção sexual nesse grupo (4). A intervenção psicológica deve incluir psicoeducação sobre as causas da IOP, manejo das emoções associadas à infertilidade e apoio na reconstrução da identidade feminina.

Alterações na imagem corporal

A imagem corporal na menopausa é fortemente influenciada por mudanças fisiológicas como ganho de peso central, ressecamento cutâneo, queda de cabelo e alterações na composição corporal. Estudos recentes apontam que essas modificações, somadas ao declínio hormonal, podem gerar insatisfação corporal, baixa autoestima, vergonha e sentimento de perda de atratividade (5,6).

Esse processo tende a ser agravado por padrões socioculturais que associam juventude à beleza e valor feminino. A baixa autoestima corporal interfere diretamente na sexualidade, reduzindo o desejo e aumentando a evitação sexual. Em contextos de menopausa induzida, as alterações corporais decorrentes do tratamento oncológico (como mastectomia ou alopecia) amplificam a percepção de “corpo alterado”, exigindo intervenções psicológicas específicas voltadas para reconstrução da autoimagem e reintegração simbólica do corpo (3,7).

Apoio psicológico na decisão sobre o uso da terapia hormonal

A terapia hormonal (TH) permanece como o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores e geniturinários em mulheres elegíveis, conforme reiterado pela The Menopause Society (8,9). Entretanto, a decisão de utilizá-la exige uma abordagem centrada na mulher, com apoio psicológico durante o processo decisório, uma vez que o medo de riscos cardiovasculares ou de câncer ainda representa barreira relevante.

Princípios da decisão compartilhada

Segundo o guia NICE - National Institute for Health and Care Excellence, a decisão compartilhada baseia-se na comunicação transparente entre profissional e paciente, com uso de ferramentas educativas (discussion aids) que descrevem os riscos absolutos e relativos de diferentes opções terapêuticas (10,11). Essa metodologia facilita a compreensão e promove autonomia, reduzindo o chamado “conflito decisório”, estado de ambivalência e ansiedade comum em escolhas médicas complexas.

O papel do psicólogo é fundamental nesse processo: auxilia na identificação de crenças distorcidas sobre hormônios, no enfrentamento de medos e na clarificação de valores pessoais. A psicoeducação pode incluir explicações acessíveis sobre as diferenças entre terapia combinada, estrogênio isolado, vias de administração e perfis de risco individuais.

Abordagem individualizada e segurança cardiovascular

A International Menopause Society recomenda que a TH seja sempre individualizada, levando em conta idade, tempo desde a menopausa, histórico familiar e comorbidades (12). A atualização “White Paper” e o Practitioner’s Toolkit da IMS enfatizam que o início precoce da TH (até 10 anos após a menopausa) é associado a benefícios cardiovasculares e ósseos. Essa visão é reforçada por uma revisão que destaca a necessidade de uma perspectiva contemporânea: os riscos cardiovasculares da TH dependem fortemente do contexto clínico, sendo mínimos quando prescrita dentro da janela terapêutica ideal (13). Para mulheres com menopausa precoce ou IOP, recomenda-se o uso de TH até a idade média da menopausa (em torno de 50 anos), visando prevenir osteoporose e doenças cardiovasculares (4). Nesses casos, a ausência de reposição hormonal pode representar maior risco do que o próprio tratamento.

Apoio emocional na decisão

O acompanhamento psicológico deve favorecer um espaço de reflexão sobre medos, expectativas e experiências prévias com o corpo e o envelhecimento. Frequentemente, a decisão sobre iniciar TH é atravessada por valores morais ou crenças socioculturais (“hormônio é antinatural”, “pode causar câncer”), que precisam ser desconstruídos com base em evidências.

O psicólogo pode ainda trabalhar técnicas de

enfrentamento cognitivo para reduzir ansiedade decisional, estimular a autoconfiança e apoiar a adesão terapêutica. Estudos recentes mostram que mulheres que recebem orientação psicoeducativa participam de modo mais ativo das decisões e relatam maior satisfação com os resultados (10,11).

Aconselhamento sobre sexualidade e imagem corporal

A sexualidade é uma dimensão central da saúde feminina e deve ser abordada de maneira sistemática em todas as fases do climatério. A NCCN – National Comprehensive Cancer Network (7) e a ASCO, American Society of Clinical Oncology, destacam a necessidade de triagem de disfunção sexual em sobreviventes de câncer, incluindo sintomas como secura vaginal, dor, perda de desejo e alterações de autoimagem (3,7).

Modelos de comunicação terapêutica

Modelos estruturados como PLISSIT e Ex-PLISSIT são amplamente validados para abordagem da sexualidade em contextos médicos e oncológicos (14,15). Eles oferecem uma escada progressiva de intervenção:

- **P (Permission):** Permitir e validar a fala sobre sexualidade;
- **LI (Limited Information):** Oferecer informações específicas e baseadas em evidências;
- **SS (Specific Suggestions):** Indicar estratégias práticas (lubrificantes, fisioterapia, técnicas de intimidade);
- **IT (Intensive Therapy):** Encaminhar para psicoterapia sexual ou terapia de casal quando necessário.

O **modelo BETTER** complementa essa abordagem ao integrar a sexualidade em consultas médicas de rotina, garantindo registro e continuidade do tema (16).

Intervenções psicológicas e reabilitação da imagem corporal

A dimensão psicológica da sexualidade na menopausa envolve o resgate da identidade erótica e o enfrentamento de estigmas associados ao envelhecimento feminino. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e abordagens de autoaceitação corporal mostraram resultados positivos na melhora da satisfação sexual e da relação com o corpo (5,6).

Além disso, intervenções baseadas em mindfulness,

compaixão corporal e reconexão sensorial têm sido recomendadas para redução da ansiedade de desempenho e ampliação da consciência corporal.

Em casos de menopausa induzida por câncer, o acompanhamento psicológico deve incluir o luto corporal, especialmente em situações de mutilação ou alteração estética significativa. Estratégias narrativas e psicoeducativas ajudam na reconstrução simbólica da feminilidade, possibilitando uma nova integração entre corpo, sexualidade e identidade (7,8).

A compreensão da menopausa como fenômeno biopsicossocial redefine o papel dos profissionais de saúde: o cuidado deve ser integral, interdisciplinar e baseado em evidências. A terapia hormonal permanece uma ferramenta central no manejo de sintomas e na prevenção de comorbidades, mas sua eficácia plena depende da decisão compartilhada e do suporte emocional oferecido à paciente.

O acompanhamento psicológico atua tanto na adesão terapêutica quanto na reconstrução da autoestima e da sexualidade, contribuindo para que a mulher vivencie a menopausa precoce, natural ou induzida, não como uma perda, mas como um processo de redefinição de sentido e identidade.

Impactos Psicológicos da Menopausa Precoce/Induzida e Estratégias de Apoio

1. Impacto Emocional

Queda abrupta de estrogênios

Aumento de depressão, ansiedade e distúrbios do sono

Sensação de “dupla perda” (saúde + fertilidade)

Luto reprodutivo: identidade, projeto de vida e desconexão corporal

2. Alterações na Imagem Corporal

Ganho de peso central, queda de cabelo, alterações cutâneas

Baixa autoestima e insatisfação com o corpo

Amplificadas por efeitos colaterais oncológicos (mastectomia, alopecia)

Consequências: vergonha, evitação sexual, perda da atratividade

3. Suporte na Decisão sobre Terapia Hormonal (TH)

Medo de riscos (câncer, cardiovascular) → apoio psicológico reduz ansiedade decisória

Decisão compartilhada (modelos NICE, NAMS)

Psicoeducação sobre tipos de TH, riscos e benefícios individuais

Importância da adesão e acompanhamento terapêutico

4. Intervenções Psicológicas

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Técnicas de mindfulness e autoaceitação

Modelos PLISSIT, BETTER para sexualidade

Reabilitação da imagem corporal e identidade feminina

Referências

1. Alblooshi S, Taylor M, Gill N. Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australas Psychiatry*. 2023 Apr;31(2):165-173. doi: 10.1177/10398562231165439. Epub 2023 Mar 24. PMID: 36961547; PMCID: PMC10088347.
2. Gibson CJ, et al. Revisão sistemática 2025 de ansiedade/depressão na transição menopausal. 2025. [PMC]
3. Carter J, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. *J Clin Oncol*. 2018;36:492-511. [ASCO/-PubMed]
4. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). International Guideline on Premature Ovarian Insufficiency. 2024. [eshre.eu]
5. Vincent C, et al. Menopause & body image: revisão sistemática. *Body Image*. 2023. [PMC]
6. Temple S, et al. Menopausal quality of life, body appreciation & self-objectification. 2024. [PMC]
7. NCCN. Survivorship Guidelines, Version 2.2024 – Insights. [NCCN]
8. The Menopause Society (NAMS). Nonhormone therapy position statement. 2023. [The Menopause Society]
9. The Menopause Society (NAMS). Hormone therapy remains the most effective treatment for VMS.... 2023. [The Menopause Society]
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: identification and management (NG23). Atualizado em 7 Nov 2024. [NICE]
11. NICE. Menopause: guidance and shared decision materials. 2024. [NICE]
12. International Menopause Society (IMS). Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies – White Paper e Practitioner's Toolkit. 2023–2024. [IMSociety]
13. Cho L, et al. Rethinking menopausal hormone therapy: cardiovascular perspective. *Circulation*. 2023. [AHA Journals]
14. Özdemir SC, et al. PLISSIT/Ex-PLISSIT – revisão e meta-análise. 2024. [PMC]
15. Arends SAM, et al. Ferramentas de comunicação em sexualidade (inclui PLISSIT) – revisão. 2024. [PMC]
16. ONS; Mick J, Hughes M, Cohen MZ. BETTER model – uso clínico em oncologia. 2021–2024. [ONS]

11. Conclusão e Recomendações Finais

Autoras: Daniele Assad-Suzuki e Angélica Nogueira Rodrigues

O manejo da terapia hormonal e da contracepção em mulheres sobreviventes de câncer deve ser orientado por evidências científicas atualizadas, avaliação clínica individualizada e abordagem multidisciplinar. A segurança oncológica precisa ser cuidadosamente equilibrada com a promoção da qualidade de vida, o alívio de sintomas climatéricos e a preservação dos direitos reprodutivos das pacientes.

A terapia hormonal (TH) é contraindicada formalmente em neoplasias hormônio-dependentes, como o câncer de mama RH positivo, sarcomas uterinos, tumores da granulosa, câncer de bexiga, melanoma maligno avançado, câncer gástrico, esofágico e câncer de pulmão em mulheres na pré-menopausa. Por outro lado, a TH pode ser considerada em cenários específicos, como em câncer de endométrio inicial (estágio I, grau 1), câncer epitelial de ovário (exceto subtipos estrogênio-sensíveis), tumores borderline de ovário, câncer de colo do útero, portadoras de mutação BRCA sem câncer de mama e em alguns tumores não hormônio-dependentes, como colorretal, hepático, pancreático, renal e hematológicos. Em casos refratários de síndrome geniturinária da menopausa, o uso de estrogênio vaginal em baixas doses pode ser considerado, com cautela e mediante decisão compartilhada.

No que diz respeito à anticoncepção, os métodos hormonais combinados e à base de progestagênio são contraindicados em pacientes com câncer de mama e devem ser utilizados com precaução em tumores ginecológicos sensíveis a hormonas. O dispositivo intrauterino (DIU) com levonorgestrel pode ser uma opção em pacientes em uso de tamoxifeno, devido à sua ação protetora sobre o endométrio. Já a contracepção de emergência com levonorgestrel pode ser utilizada pontualmente, mesmo em mulheres com contraindicação ao uso crônico de hormonas.

Métodos não hormonais, como o DIU de cobre e os preservativos, são preferenciais em diversas situações oncológicas, por não interferirem com o sistema hormonal e apresentarem alta eficácia. A contracepção definitiva, por sua vez, pode ser considerada em mulheres com prole definida, respeitando os critérios legais vigentes.

A tomada de decisão, tanto sobre TH quanto sobre métodos contraceptivos, deve ser feita em conjunto com a paciente, respeitando seus valores, preferências, contexto clínico e reprodutivo. A atuação integrada entre oncologistas, ginecologistas, endocrinologistas, psicólogos e outros profissionais da saúde é fundamental para garantir segurança, eficácia terapêutica e uma abordagem verdadeiramente centrada na mulher.

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE CIRURGIA
ONCOLÓGICA

