

Continua ser muito claro que as perspectivas para as mulheres climatéricas no século XXI dependerão, fundamentalmente, da mudança dos hábitos de vida, em que o controle alimentar e a atividade física regular devam ser incorporados à rotina diária.

Um aspecto que não pode ser negligenciado é o da terapia hormonal, ainda tão cheio de incompreensões e questionamentos que muitas vezes levam à sua interrupção prematura ou à troca por terapias “naturais” ineficazes e não comprovadas.

A terapia hormonal no climatério pode ser comparada ao sinal de trânsito com vários faróis verdes, amarelos e vermelhos acesos simultaneamente. Para identificar o caminho correto e orientar a indicação racional da terapia hormonal é fundamental conhecer a fisiopatologia do climatério, avaliar os sinais e sintomas, assim como os riscos e benefícios, e discriminar a intervenção terapêutica.

Novas drogas? Certamente virão! Moduladores seletivos dos receptores estrogênicos (SERMS) estrogênios varredores (17-alfa estradiol), estrogênios sulfamados, 2-metoxiestradiol e outras. Entretanto, suas indicações serão limitadíssimas. Há de se concordar que nenhuma droga poderá ser comparada com os hormônios naturalmente produzidos, como estradiol, testosterona, progesterona, tiroxina e os corticóides. SERMs? Qual estrogênio não é SERMs? Robert Lindsay já disse: Não uso este termo porque não sei o que ele significa. O desenvolvimento de SERMs com os efeitos favoráveis do estradiol, sem os riscos de eventos adversos é praticamente impossível, mas pode estender as opções para objetivos preventivos ou terapêuticos especiais.

E qual o progestagênio ideal? O perfil farmacodinâmico esperado do progestagênio do futuro inclui ação antiproliferativa na glândula mamária e endométrio, nenhum efeito indesejável no sistema cardiovascular e na função hepática, ação antiandrogênica na pele, nenhuma influência na libido, proteção da massa óssea e nenhuma ação antiestrogênica no SNC. Entre os vários progestagênios disponíveis no mercado não existe composto de primeira escolha universal.

Os capítulos a seguir fornecerão bases fundamentais para a conduta racional a ser individualizada para cada paciente.

Exames Subsidiários na Mulher Climatérica

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

► Introdução

A abordagem da saúde da mulher climatérica pelo ginecologista vai muito além da terapia hormonal e da rotina ginecológica. A expectativa destas pacientes é de que os cuidados globais, que afetarão direta ou indiretamente a sua qualidade de vida, serão observados por aquele profissional. O ginecologista é o médico de referência da mulher, e esta imagem não se modifica com o avançar da idade, embora as demandas aumentem progressivamente. Assim sendo, o ginecologista passa a ser responsável pelo rastreamento das principais doenças que acometem esta faixa etária, seja ela ginecológica ou não. Isso deve ser sempre ressaltado no momento da solicitação de exames. Ao contrário, é necessário ter critério para que os exames não substituam a anamnese, o exame físico e a atenção dispensada às queixas destas pacientes. Faz-se necessário zelar pelo equilíbrio com embasamento científico, levando-se em consideração que o objetivo principal é o bem-estar e a saúde da paciente visando à prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento (Tabela 1) sem, entretanto, abusar da tecnologia de que hoje a medicina dispõe. Para que um exame seja válido para rastreamento populacional é necessário que ele tenha a capacidade de identificar, pelo menos, 80% da doença em análise, em estágios iniciais. Além disso, deve apresentar boa especificidade para que não incorra em uma alta taxa de falsos-positivos.

► **Tabela 1.** Objetivos do atendimento à mulher no período do climatério e pós-menopausa.

Finalidade	Doença
Prevenção	Câncer de colo uterino Estratificação do risco de doenças cardiovasculares (escore de Framingham e NCEP ATPIII) Osteoporose e fraturas ósseas
Rastreamento	Câncer de mama Osteoporose Dislipidemia Hipertensão arterial sistêmica Diabetes melito
Tratamento precoce	Tireoidopatas Câncer endometrial Câncer de ovário Câncer de colo uterino Câncer de mama Osteoporose Sintomas vasomotores e urogenitais

► Câncer de mama

O câncer de mama hoje segue como a principal causa de câncer em mulheres em todo o mundo, e no Brasil isso não é diferente. Em publicação recente, intitulada “Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil”, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) divulgou números alarmantes em relação a esta doença. Estima-se que o total de 234.870 casos novos/ano de câncer em mulheres é esperado para os anos de 2008 e 2009, sendo 49 mil deles de câncer de mama.

A incidência do câncer de mama aumenta com a idade, de modo mais marcante após os 50 anos de idade, sendo este o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Assim sendo, o rastreamento do câncer de mama deve ser o primeiro objetivo do acompanhamento ginecológico em mulheres no climatério. Outros fatores de risco podem ser identificados na Tabela 2.

Além do exame clínico realizado por profissional qualificado, o rastreamento do câncer de mama é feito por meio de mamografia. A sensibilidade deste exame varia de 46% a 88%, e depende de fatores, como tamanho e

► **Tabela 2.** Fatores reconhecidos de risco para desenvolvimento de câncer de mama.

Fatores de risco	Risco relativo
Idade > 50 anos	6,5
Câncer de mama em parente de primeiro grau	1,4-13,6
Menarca antes dos 12 anos	1,2-1,5
Menopausa após 55 anos	1,5-2,0
Primiparidade com mais de 30 anos	1,3-2,2

Fonte: Armstrong *et al.*, 2000.

localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336).

A recomendação da *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) é de que o rastreamento seja realizado por meio de mamografias a cada um ou dois anos, dos 40 aos 75 anos de idade; o *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) recomenda exame clínico de mama anual, mamografias realizadas bianualmente entre os 40 e 49 anos de idade e anualmente a partir dos 50 anos, não havendo consenso em relação à idade de parada (variando entre os 70 e 79 anos) (www.guidelines.org). No Brasil, temos como guia as orientações no Ministério da Saúde de 2004 (<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>), orientado pelo Inca, que recomenda:

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, e deve ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

► Câncer de colo uterino

A citologia vaginal é o método de eleição para o rastreamento do câncer de colo

É técnica fácil e reprodutível que apresenta sensibilidade e especificidade, 79% e 84%, respectivamente, para detecção de alterações cérvico-vaginais, sendo a taxa de falsos-negativos 1,5% a 55%, e esta variação está diretamente relacionada à qualidade da coleta realizada. Estima-se que o rastreamento em mulheres entre 20 e 64 anos reduz a incidência cumulativa de câncer cervical em 91%. O exame é recomendado para todas as mulheres sexualmente ativas independente da idade, portanto não é diferente nas pacientes no climatério. A coleta deverá ser feita fora do período menstrual com, pelo menos, 48 horas do último coito, e deve-se evitar a realização de duchas vaginais previamente à coleta, deverá ser representativa de material vaginal, ectocervical e endocervical e a fixação do material na lâmina deverá ser feita imediatamente após a realização do esfregaço.

O intervalo entre as coletas varia de acordo com o risco da paciente em desenvolver o câncer de colo. As pacientes com múltiplos parceiros sexuais, baixo nível socioeconômico, imunossuprimidas ou com lesões anteriores neoplásicas ou pré-neoplásicas de vulva, vagina ou colo são consideradas de alto risco e deverão ter citologia colhida anualmente. As demais poderão ter sua citologia colhida a cada três anos, após duas ou mais coletas anuais anteriores e consecutivas normais. Acredita-se que é possível reduzir a incidência de câncer invasor de colo em 90,8% quando as coletas são realizadas com intervalos de três anos, e 93,5% quando com intervalos de um ano (estes dados foram obtidos a partir da observação de mulheres entre 35 e 64 anos que haviam tido ao menos um exame antes dos 35 anos e são fundamentados em uma taxa de comparecimento de 100%).

Até quando rastrear? A coleta de citologia pode ser interrompida aos 65 anos (USPSTF – <http://www.ahrq.gov/clinic/USpstf/uspscerv.htm>), se há exames anteriores normais. Pacientes idosas aparentemente não se beneficiam do rastreamento, se exames anteriores foram normais repetidamente, caso não haja exames anteriores segue recomendada sua coleta ainda que a paciente tenha idade mais avançada. Além disso, as pacientes hysterectomizadas por doença benigna com comprovação histológica de retirada completa do colo uterino não se beneficiam da coleta seriada de citologia.

Em pacientes não imunocomprometidas a evolução de lesão cervical desde o colo normal até o câncer invasor leva em torno de oito anos. Sendo assim, a citologia seriada, como descrita anteriormente, permite o diagnóstico precoce de lesões pré-neoplásicas e neoplasias iniciais de colo. O início precoce do tratamento melhora o prognóstico da paciente.

► Doença cardiovascular

A doença cardiovascular (DCV) na mulher tem sua incidência ascendente com a idade, marcadamente após a menopausa. A correlação direta entre estrogênios e risco de DCV não foi completamente estabelecida.

De qualquer maneira seja pela idade, por hábitos de vida ou pela privação estrogênica, o fato é que as DCVs ocupam papel importante na morbimortalidade de mulheres no período do climatério, o que justifica a atenção a ela dispensada. Quando se fala em DCV e prevenção, na há como não falar de fatores de risco, por isso a identificação desses fatores é função obrigatória de quem faz o acompanhamento de rotina deste perfil de pacientes. Por todos estes fatores de risco, o rastreamento básico das dislipidemias e de distúrbios de metabolismo dos carboidratos deve ser considerado. As Tabelas 3, 4 e 5 contemplam os fatores de risco para DCV e critérios para o diagnóstico da síndrome metabólica.

Metabolismo lipídico

Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a periodicidade do perfil lipídico varia com a idade e com a presença ou não de fatores de risco (Tabelas 3 e 4) para doença arterial coronariana (DAC). Em pacientes sem fator de risco, o lipidograma deverá ser solicitado em pacientes entre 40 e 55 anos de idade e após, a cada 5 anos, caso esteja dentro dos parâmetros da normalidade. Já em pacientes com mais de 55 anos ou com fatores de risco (e nestes casos a partir dos 40 anos), o exame deverá ser anual se em valores normais. Qualquer que seja a idade, e independentemente dos fatores de risco, se o perfil lipídico apresentar-se alterado deverá ser repetido em três a seis meses, e, na persistência da alteração, o tratamento específico está indicado (medicamentoso ou não). O rastreamento em pacientes sem fator de risco com intervalos menores não tem benefício real comprovado.

Metabolismo de carboidratos

Quanto às alterações no metabolismo dos carboidratos, e inclui-se nestes casos desde a intolerância à glicose até o diabetes melito tipo 2, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda o início do rastreamento aos 40 anos de idade, enquanto a *American Diabetes Association* orienta que seja iniciado aos 45 anos, principalmente naqueles indivíduos com índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m². O rastreamento em pacientes mais jovens deverá ser considerado em pacientes de risco para diabetes (Tabela 6).

▀ Tabela 3. Fatores que isolada ou associadamente contribuem para o aumento do risco de DCV.

Fatores de risco para doença cardiovascular
Idade (> 45 anos)
Dislipidemia
Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes melito
Tabagismo

Fonte: Wilson *et al.*, 1998.

▀ Tabela 4. Fatores agravantes de risco cardiovascular.

História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos)
Síndrome metabólica
Micro ou macroalbuminúria (> 30 µg/min)
Hipertrofia ventricular esquerda
Insuficiência renal crônica (creatinina > 1,5 mg/dL ou clearance de creatinina < 60 mL/min)
Proteína-C-reativa de alta sensibilidade > 3 mg/l (na ausência de etiologia não aterosclerótica)
Exame complementar com evidência de doença aterosclerótica subclínica
Escore de cálcio > 100 ou > percentil 75 para idade ou sexo
Espessamento da carótida (IMT) máximo > 1 mm
Índice de tornozelo braquial (ITB) < 1,9

Fonte: I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doença Cardiovascular em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac), 2008.

► **Tabela 5.** Critérios para identificação da síndrome metabólica em mulheres (referência NCEP/ATP III – *National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III*).

Fator de risco*	Valor de corte
Obesidade abdominal (circunferência da cintura)	> 88 cm
Triglicérides	≥ 150 mg/dL
HDL-colesterol	< 50 mg/dL
Pressão sanguínea	≥ 130/≥ 85 mmHg
Glicemia de jejum T	≥ 100 ou em tratamento medicamentoso para hiperglicemia

HDL-colesterol: lipoproteína de alta densidade-colesterol.

* A presença de, pelo menos, três dos cinco fatores de risco qualifica para a presença da síndrome metabólica.

Fonte: The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group, 2004.

► **Tabela 6.** Fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes melito tipo 2.

Fatores de risco para diabetes que justificam o rastreamento em indivíduos com menos de 45 anos. Deverá ser realizada em indivíduos com IMC acima de 25 kg/m ² somado a um dos fatores relacionados adiante.
Inatividade física
Parentes de 1º grau portadores de diabetes
Raça de maior incidência (latinos, afro-americanos, americanos nativos)
Parto anterior com nascimento de criança com mais de 4,0 kg
Hipertensão (considerando PA ≥ 140 × 90 mmHg)
HDL < 35 mg/dL
Triglicérides > 250 mg/dL
Pacientes portadoras de síndrome dos ovários policísticos
Intolerância à glicose diagnosticada em GTT anterior
História de doença vascular

HDL: lipoproteína de alta densidade; GTT: teste de tolerância oral à glicose.

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, v. 30, p. S42-47, 2007.

Para os pacientes de baixo risco deverá ser solicitada glicemia de jejum a cada três anos (em caso de glicemias normais). Já nas pacientes de risco

este intervalo deverá cair para uma vez ao ano. Na presença de valores alterados na glicemia de jejum, o diagnóstico deverá ser confirmado pela repetição do exame ou pelo GTT 75 g (teste de tolerância oral à glicose). Os parâmetros diagnósticos encontram-se na Tabela 7.

► **Tabela 7. Critérios diagnósticos para as alterações no metabolismo do carboidrato.**

Parâmetro	Glicemia de jejum	GTT de 75 gramas (glicemia após 2 horas)
Normal	< 100 mg/dL	< 140 mg/dL
Intolerância à glicose	100-125 mg/dL – repetir glicemia de jejum ou solicitar GTT 75 g	140-199 mg/dL
Diabetes melito tipo 2	≥ 126 mg/dL em duas medidas de amostras diferentes	≥ 200 mg/dL

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 30, p. S42-47, 2007.

► Tireoidopatias

A prevalência de tireoidopatias na faixa etária que corresponde ao período do climatério é de cerca de 2,4% de doença clínica e 23,8% de doença subclínica, porquanto 73,8% dos casos tratam de hipotireoidismo.

O espectro clínico é bastante amplo, variando de paciente completamente assintomática até sintomas de taquicardia, tremores de extremidade e hipertermia (nos casos de hipertireoidismo descompensado) ou redução de massa óssea, doença cardiovascular, depressão, déficit cognitivo e dislipidemia nos casos de hipotireoidismo.

O diagnóstico das tireoidopatias pode ser feito pela dosagem de TSH. As dosagens de T4-livre, T3 e T3-livre somente são válidas se o TSH estiver alterado. São considerados valores normais de TSH aqueles situados entre 0,3 e 4,0 mIU/mL. O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico é dado pela presença de TSH aumentado e T4-livre normal. Nestes casos, os valores de TSH são menores que 10 mUI/mL. Nesta faixa etária não necessitam ser tratado, exceto se houver o aparecimento de sintomas (hipotireoidismo clínico). Os exames normais poderão ser repetidos com intervalos de cinco anos (http://www.thyroid.org/professionals/publications/documents/GuidelinesdetectionThyDysfunc_2000.pdf).

O tratamento é simples, entretanto, vale ressaltar a importância de se descartar a presença de nódulos tireoidianos, principalmente no diagnóstico diferencial das neoplasias malignas.

► Câncer de cólon

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), nas estimativas de incidência de câncer no Brasil para os anos de 2008, considerando-se exclusivamente a população feminina, o câncer de cólon e reto aparece em quarto lugar (precedido pelos cânceres de pele não melanoma, mama e colo uterino), com incidência de 15 casos novos para cada 100 mil mulheres ao ano.

Esta estatística justifica o rastreamento da doença, em especial porque o exame utilizado para tal finalidade é de baixo custo, demanda poucos recursos tecnológicos, ou seja, pode ser realizado mesmo em serviços de saúde mais básicos, não é invasivo e nem doloroso. Trata-se da pesquisa de sangue oculto nas fezes, realizada pela coleta simples de fezes. A sensibilidade e a especificidade do exame para detecção do câncer são $\geq 70\%$ e 90% , respectivamente (*U.S. Preventive Services Task Force- Recommendation Statement for colorectal screening, 2008* – <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/colocancer/colors.htm>). Esta medida é considerada custo-efetiva, dado que reduz em 15% a 33% a mortalidade por esta doença, pois permite maior precocidade no diagnóstico.

Consoante a *American Cancer Society*, o rastreamento deverá ser iniciado aos 50 anos, com periodicidade anual (http://www.cancer.org/docroot/ped/content/ped_2_3x_acs_cancer_detection_guidelines_36.asp). Vale ressaltar que este exame não apresenta bons resultados na detecção de pólipos intestinais. Portanto, pacientes de alto risco para câncer de cólon (Tabela 8) deverão realizar seguimento especializado e avaliar a necessidade de

► **Tabela 8.** Fatores de risco para câncer de cólon.

Histórico familiar de câncer de cólon e reto (parente de 1º grau)
Síndrome de Lynch I e II
Polipose adenomatosa familiar
Passado de pólipos intestinais
Colite ulcerativa e doença de Crohn

exames de imagem, que são mais abrangentes no rastreamento, incluindo câncer e pólipos. A *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) sugere que o rastreamento poderia ser interrompido aos 75 anos.

► Osteoporose

A perda de massa óssea após a redução dos níveis estrogênicos é inquestionável, bem como a desaceleração desta perda óssea também já está sabidamente correlacionada com o restabelecimento dos níveis estrogênicos. Sendo assim, a depender do pico de massa óssea adquirido ao longo da menacme, a osteoporose é desfecho esperado em mulheres de idade mais avançada. Entretanto, em alguns casos, esta alteração pode aparecer mais precocemente, interferindo na qualidade de vida por provocar dor, incapacidade física e imobilização em alguns casos mais graves. Este quadro clínico desgastante pode levar ao aparecimento de quadros depressivos e, eventualmente, até mesmo a episódios tromboembólicos em virtude da imobilidade.

Para o rastreamento da osteoporose, a *National Osteoporosis Foundation* (NOF), 2008 (<http://www.nof.org>), recomenda a realização da avaliação de massa óssea utilizando-se a densitometria óssea pela DEXA (radioabsorciometria de feixes duplos) em regiões de fêmur proximal e coluna vertebral lombar. A DEXA deverá ser solicitada em pacientes ≥ 65 anos de idade, sem fator de risco para osteoporose ou antes dos 65 anos, se houver fator de risco (Tabela 9).

► Tabela 9. Fatores de risco para osteoporose.

Fratura com trauma de baixo impacto
IMC < 21 kg/m ²
História familiar de osteoporose
Tabagista
Presença de doenças que prejudicam a mineralização óssea ou aumentem a perda de massa óssea
Uso crônico de drogas que interferiram na formação de massa óssea (ex.: corticoides, inibidores de aromatase, anticonvulsivantes, alguns antidepressivos, entre outros)

Fonte: Elaborada a partir de recomendações da *National Osteoporosis Foundation* (NOF) e da Sociedade Brasileira de Osteoporose (Sobrao) – <http://www.sobrao.com.br>.

A interpretação do exame é feita com base no número de desvios-padrão (DP) (T-escore) para coluna lombar e fêmur proximal, visto que se considera até -1 DP como resultado densitométrico normal; abaixo de -1 DP até $-2,5$ DP, classifica-se como osteopenia; abaixo de $-2,5$ DP, o termo osteoporose é aplicável e abaixo de $-2,5$ DP, associado à fratura óssea, atribui-se o termo osteoporose estabelecida. O intervalo entre os exames deve ser de cinco anos se resultado normal e 2 a 3 anos caso esteja alterado (osteopenia ou osteoporose).

► Comentário

Câncer de ovário e câncer de endométrio

A ultrassonografia transvaginal (USTV), a princípio proposta para o rastreamento de tumores de ovário e endométrio, não tem encontrado grande apoio na literatura médica sobre o tema.

Em relação ao câncer de endométrio, o USTV, indicado anualmente em pacientes assintomáticas, visa a identificação de lesões intracavitárias que ainda não se manifestaram clinicamente e que, em geral, se apresentam na forma de espessamento endometrial, porquanto a confirmação etiológica somente poderá ser obtida após complementação diagnóstica com histeroscopia e/ou anatomopatológico da lesão. A confirmação de lesões neoplásicas nesta fase se configura certamente em um caso de diagnóstico precoce com excelente prognóstico. Entretanto, sabe-se que a manifestação dos cânceres de endométrio são bastante precoces, e ocorrem por meio de sangramento uterino anormal. Nestas situações, estes tumores ainda encontram-se em estágio inicial e mantêm bom prognóstico. Sendo assim, o diagnóstico de câncer endometrial realizado por ocasião da primeira manifestação (sangramento) ou previamente pelo rastreamento de rotina não melhora o prognóstico nem aumenta a sobrevida em cinco anos. O mais importante é orientar bem a paciente de que procure serviço de assistência à saúde assim que houver a primeira manifestação, a avaliação rápida após no máximo oito semanas do sangramento melhora muito a morbimortalidade.

E os tumores ovarianos? Os tipos histológicos mais prevalentes na faixa etária do climatério são extremamente agressivos com evolução rápida da microlesão para a carcinomatose peritoneal generalizada, podendo tardar três a seis meses para que isso ocorra. Assim o rastreamento anual não garante, de nenhuma maneira, o diagnóstico precoce dos tumores de ová-

rio. Não há comprovação de que aumente a precocidade do tratamento ou melhore o prognóstico. O que se sabe é que sintomas gastrintestinais costumam preceder o quadro em 3 a 12 meses. Para os tumores de ovário, a ultrassonografia só apresenta benefício para este fim se houver sintoma.

Sendo assim, a USTV somente deverá ser realizada se houver queixa (dor pélvica, alteração no exame físico ou mudança do hábito intestinal), sangramento vaginal pós-menopausa ou sangramento anormal ou, ainda, massa palpável ao toque ginecológico bimanual.

A Tabela 10 resume quais são os exames subsidiários necessários na avaliação da mulher no climatério, de maneira integral, considerando-se paciente assintomática que procura atendimento para rotina anual. No caso de queixas específicas ou alterações ao exame físico, poderão ser necessários exames adicionais. As sorologias para detecção de doenças de transmissão vertical ficam a critério do médico e da paciente, e deverá ser individualizada quanto ao benefício.

► **Tabela 10.** Exames subsidiários custo-efetivos na avaliação da mulher no climatério.

Exame	Indicação	Critério	Periodicidade
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Classificação de Bi-Rads ^(*)	40-50 anos = bianual 50 aos 75 anos = anual Se paciente de risco, anual a partir dos 35 anos
Colpocitologia	Rastreamento de lesões pré-malignas e malignas de colo uterino	Critérios de Bethesda ^(**) ou OMS ^(***) ou	Início conjuntamente com vida sexual ativa. Anual até 2 ou 3 consecutivas normais, depois trienal. Exceto se fator de risco.
Perfil lipídico	Rastreamento de risco para DCV	HDL > 50 mg/dL TG < 150 mg/dL Colesterol total < 200 mg/dL	Se baixo risco e exame normal = 5 em 5 anos dos 40 aos 55 anos. > 55 anos ou antes se fator de risco = anual (para exames normais) Se alterado = repetir em 3 a 6 meses, na persistência tratamento específico



Exame	Indicação	Critério	Periodicidade
Glicemia de jejum (mg/dL)	Rastreamento de intolerância à glicose e diabetes tipo 2	< 100 = normal 100-125 = Solicitar GTT 75 g ≥ 126 (duas medidas) = DM2	Anual a partir dos 45 anos ou antes se IMC ≥ 25 kg/m ² associado a mais um fator de risco para DM2
GTT 75 g (mg/dL)	Rastreamento de intolerância à glicose e diabetes tipo 2	Amostra de 2 horas pós-dextrose: < 126 = normal 126-199 = intolerância à glicose ≥ 200 = DM2	Se glicemia de jejum alterada, presença de intolerância à glicose no GTT 75 g ou se fator de risco para diabetes = anual
TSH	Rastreamento das tireoidopatias	VN = 0,3 a 4,0 mIU/mL	De 5 em 5 anos a partir dos 40 anos
Sangue oculto nas fezes	Rastreamento de câncer de cólon e reto	Presença de sangue	Anual a partir dos 50 anos Pacientes de risco deverão realizar seguimento especializado, ainda que preventivo
Densitometria óssea	Diagnóstico de osteoporose	até -1 DP = densitometria normal < -1 DP até -2,5 DP = osteopenia < -2,5 DP = osteoporose	Se: - > 65 anos: 2-3 anos (alterado) e 5 anos (normal) - doença que reduz massa óssea: qualquer idade - pós-menopausa < 65 anos, somente se houver fator de risco (tabagismo, IMC < 21, história familiar, fratura)

(*) D'ORSI, C. J. *et al.* **Breast imaging reporting and data system: ACR BI-RADS**. 4. ed. Reston, VA: American College of Radiology, Copyright 1992, 1993, 1995, 1998, 2003; (**) The Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: revised after the second National Cancer Institute Workshop, April 29-30, 1991.

Acta Cytologica, v. 37, n. 2, p. 115-124, mar./abr. 1993; (***) BENEDET, J. L. *et al.* FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 70, n. 2, p. 209-262, ago. 2000.

Referências bibliográficas

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 30, p. S42-47, jan. 2007.

ANDRADE, J. M. et al. **Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<http://ncd.bvsalud.org/lilddi/docsonline/2/5/052-Brazil-Cacu-Prof.pdf>>.

ARMSTRONG, K.; EISEN, A.; WEBER, B. Assessing the risk of breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 342, n. 8, p. 564-571, 24 fev. 2000.

BENEDET, J. L. et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 70, n. 2, p. 209-262, ago. 2000.

D'ORSI, C. J. et al. **Breast imaging reporting and data system: ACR BI-RADS**. 4. ed. Reston, VA: American College of Radiology, Copyright 1992, 1993, 1995, 1998, 2003.

FERNANDES, C. E. et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doença Cardiovascular em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, p. 1-23, 2008.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER WORKING GROUP ON EVALUATION OF CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMMES. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. **British Medical Journal**, v. 293, n. 6548, p. 659-664, 13 set. 1986.

SANTOS, A. L. F. et al. Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intraepitelial cervical graus 2 e 3. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1029-1037, jul./ago. 2003.

SANTOS, R. D. et al. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizcorreta.pdf>>.

THE BETHESDA SYSTEM FOR REPORTING CERVICAL/VAGINAL CYTOLOGIC DIAGNOSES: revised after the second National Cancer Institute Workshop, April 29-30, 1991. **Acta Cytologica**, v. 37, n. 2, p. 115-124, mar./abr. 1993.

THE ROTTERDAM ESHRE/ASRM-SPONSORED PCOS CONSENSUS WORKSHOP GROUP. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). **Human Reproduction**, v. 19, n. 1, p. 41-47, jan. 2004.

WILSON, P. W. et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**, v. 97, n. 18, p. 1837-1847, 12 maio 1998.

WRIGHT, V. C.; RIOPELLE, M. A. Age at time of first intercourse v. chronologic age as a basis for Pap smear screening. **Canadian Medical Association Journal**, v. 127, n. 2, p. 127-131, 15 jul. 1982.