

NOTA CONJUNTA DA SBEM, FEBRASGO E DCM DA SBC SOBRE O USO DE TESTOSTERONA NA MULHER.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e o Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no cumprimento de seu compromisso com a ciência, a ética e a saúde da mulher, vêm por meio desta esclarecer pontos fundamentais relacionados ao uso da testosterona em mulheres, à luz das melhores evidências científicas e diretrizes nacionais e internacionais.

1. SOBRE A INDICAÇÃO DE TERAPIA COM TESTOSTERONA NA MULHER

Atualmente, a única indicação clinicamente reconhecida e respaldada pelas diretrizes internacionais e nacionais para o uso terapêutico da testosterona em mulheres é o tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) em mulheres na pós-menopausa.

- O diagnóstico de TDSH é clínico e de exclusão, devendo ser realizado por profissional qualificado.
- Antes de se considerar a terapia androgênica, é imprescindível avaliar e tratar outras causas de desejo sexual reduzido, incluindo:
 - hipoestrogenismo;
 - depressão e outros transtornos psiquiátricos;
 - efeitos colaterais de medicamentos (notadamente antidepressivos);
 - obesidade e síndrome metabólica;
 - disfunções no relacionamento conjugal ou fatores psicossociais.

A decisão de iniciar a terapia com testosterona deve ser feita apenas após esgotadas essas abordagens e confirmada a persistência do quadro clínico.

2. SOBRE A DOSAGEM SÉRICA DE TESTOSTERONA NA MULHER

A SBEM, a FEBRASGO e o DCM da SBC reiteram que:

- Não há indicação para dosar testosterona sérica com o objetivo de diagnosticar deficiência androgênica na mulher saudável ou em mulheres com queixa de baixa libido.
- A dosagem sérica de testosterona não deve ser utilizada para rastrear “níveis baixos” como justificativa para prescrição de testosterona.
- A única indicação formal de dosagem de testosterona na mulher é a investigação de níveis elevados de androgênios, com vistas ao diagnóstico diferencial de hiperandrogenismo (ex.: síndrome dos ovários policísticos, hiperplasia adrenal congênita, tumores ovarianos ou adrenais, síndrome de Cushing, entre outros).

A prática de dosar testosterona como exame de rotina ou sob alegação de “déficit androgênico feminino” não possui respaldo científico e pode induzir a medicalização inadequada e a prescrição hormonal sem indicação.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A FISIOLOGIA DA TESTOSTERONA NA MULHER

A testosterona tem papel fisiológico importante na mulher, mas é fundamental esclarecer que:

- A testosterona não sofre queda abrupta na menopausa.
- Seus níveis declinam progressivamente a partir da terceira década de vida, independentemente da menopausa, com redução discreta e gradual.
- Não há um limiar laboratorial bem definido que caracterize “deficiência androgênica feminina” validado para uso clínico.

Portanto, o conceito de deficiência de testosterona associada exclusivamente à menopausa não possui fundamentação científica robusta.

4. SOBRE FORMULAÇÕES E SEGURANÇA DA TERAPIA COM TESTOSTERONA

Atualmente, não existe no Brasil formulação de testosterona aprovada pela ANVISA para uso em mulheres.

- Quando indicada, a terapia com testosterona deve ser realizada com formulações de qualidade farmacêutica comprovada, monitoramento clínico rigoroso. Hormônios divulgados como sendo bioidênticos, biodisponíveis ou naturais constituem, na realidade, apenas estratégias de marketing para comercialização de formas manipuladas por farmácias magistrais e têm riscos semelhantes aos hormônios sintéticos.
- Não se recomenda o uso de implantes subcutâneos, pellets ou formulações manipuladas de testosterona, devido à ausência de controle de qualidade, farmacocinética imprevisível e riscos aumentados de eventos adversos.

A prescrição de testosterona para mulheres fora da única indicação reconhecida (TDSH na pós-menopausa) configura prática off-label sem respaldo das sociedades científicas, com riscos significativos de efeitos adversos, incluindo hirsutismo, acne, alopecia, dislipidemia, hepatotoxicidade, alterações cardiovasculares, efeitos virilizantes e até mesmo dependência psíquica..

A SBEM, a FEBRASGO e o DCM da SBC reforçam que a abordagem da saúde sexual da mulher deve ser baseada na ética e na Ciência, evitando reducionismos hormonais. A terapia hormonal da menopausa permanece baseada no uso de estrogênio e progesterona, principais hormônios femininos.

Não existe respaldo científico para uso de testosterona com fins estéticos, para aumento de massa magra, emagrecimento, melhora de disposição ou efeitos antienvelhecimento. Também afirmamos que não há na literatura mundial absolutamente nenhuma evidência de que a testosterona tenha indicação primária para prevenção cardiovascular.

Por fim, alertamos para os riscos da prescrição hormonal sem indicação formal, prática que pode trazer mais danos que benefícios à saúde da mulher.

As sociedades se mantêm à disposição dos profissionais de saúde para atualização científica contínua sobre este tema e da população feminina para orientação correta.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)
Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia
(DCM – SBC)
03/05/2025