

Terapia com Testosterona (TT) em Mulheres: Mitos, Fatos e Recomendações atuais

Ana L R Valadares

A função da testosterona na saúde feminina

Os andrógenos, incluindo a testosterona, são hormônios essenciais para a saúde e a função sexual das mulheres ao longo de toda a vida. Com o envelhecimento, a produção de testosterona pelos ovários e glândulas adrenais diminui naturalmente. Este declínio pode ser um dos fatores que contribuem para a disfunção sexual feminina (DSF), especialmente em mulheres na pós-menopausa.^{1,2}

Indicação: Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH)

A TT é formalmente indicada para mulheres na perimenopausa e pós-menopausa que sofrem de TDSH,^{1,2} recentemente renomeado para Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino (TIESF)³. A recomendação, no entanto, é restrita a casos em que a paciente experimenta sofrimento significativo e outras causas da disfunção sexual foram descartadas. Isso inclui uma avaliação biopsicossocial completa para excluir problemas de relacionamento, fatores psicológicos ou efeitos colaterais de medicamentos, como antidepressivos (ISRSs/ISRNs). A terapia só deve ser considerada quando outras abordagens, como a terapia com estrogênio ou intervenções não farmacológicas, não forem eficazes.^{1,2}

É crucial notar que o Consenso Global sobre o Uso da Terapia com Testosterona para Mulheres recomenda seu uso exclusivamente para mulheres na pós-menopausa.¹ Embora a testosterona demonstre um efeito positivo no desejo sexual, a comunidade científica adverte sobre a falta de dados de segurança a longo prazo, o que impede uma recomendação ampla e irrestrita.^{4,5,6,7}

Formulações e recomendações

Um dos maiores desafios da terapia com testosterona em mulheres é a ausência de formulações farmacêuticas desenvolvidas especificamente para as mulheres. Assim, apresentamos as sugestões das sociedades nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Recomendação do Consenso Global e da Sociedade Internacional para o Estudo da Saúde Sexual da Mulher (ISSWSH):^{1,2}

Tipo de Formulação	Recomendação	Justificativa
Gel Transdérmico (uso masculino)	Prescrever 1/10 da dose comercializada para homens.	Permite uma dosagem mais controlada, com monitoramento periódico dos níveis séricos para evitar doses excessivas.
Oral, Injetáveis, Manipulados (Gel e Implantes)	Não recomendados.	Apresentam alto risco de levar a níveis suprafisiológicos de testosterona, aumentando a chance de efeitos adversos graves.

Tabela 2. Testosterona para as mulheres de acordo com o veículo utilizado- FEBRASGO POSITION STATEMENT⁸

Dose	Veículo	Absorção	Exemplo de prescrição
Testosterona base 1 a 5 mg	<i>Veículo de alta performance (Pentavan®)</i>	50% a 63%	Testosterona base.....2,0 mg Pentavan® QSP.....1,0 mL
	Veículo alcoólico	9% a 14%	Testosterona base.....5,0 mg Veículo alcoólico QSP.....1,0 mL

O objetivo é sempre manter os níveis sanguíneos de testosterona dentro da faixa fisiológica normal para mulheres na pré-menopausa.^{1,2,8} A mensuração da testosterona total não serve para diagnosticar o TDSH, mas sim como um valor de referência para monitorar a segurança da terapia e garantir que os níveis não se tornem suprafisiológicos.^{1,2,8}

Efeitos Adversos: O Risco das Doses Suprafisiológicas

Os efeitos adversos da testosterona são incomuns quando os níveis são mantidos na faixa fisiológica. Os mais comuns são leves e reversíveis com o ajuste da dose, como acne e crescimento localizado de pelos. Contudo, o uso de doses suprafisiológicas, frequentemente associado a formulações inadequadas, pode causar efeitos colaterais irreversíveis, incluindo:^{6,9}

- Hipertrofia do clitóris
- Aumento de pelos faciais e corporais (hirsutismo)
- Alterações no timbre da voz (engrossamento)
- Ganho de peso

Usos não comprovados da testosterona

Atualmente, **não há evidências científicas suficientes** para apoiar o uso da terapia com testosterona para outras finalidades além da disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa. Isso inclui a melhora de:

- Desempenho cognitivo
- Fadiga e insônia
- Saúde musculoesquelética (risco de fraturas e quedas)

Embora estudos-piloto recentes sugiram melhorias potenciais no humor e na cognição¹⁰, esses resultados são preliminares e necessitam de confirmação em ensaios clínicos de larga escala.^{10,11}

Populações especiais

- **Mulheres na pré-menopausa:** O consenso internacional atual é claro ao afirmar que não há dados que sustentem o uso de terapia com testosterona para qualquer indicação em mulheres na pré-menopausa.^{1,2}
- **Pacientes com câncer de mama:** Alguns dados sugerem que a testosterona pode ajudar a função sexual em pacientes sob tratamento com inibidores da aromatase. No entanto, esta não é uma prática padrão e carece de dados de segurança a longo prazo.¹²

Conclusão

A terapia com testosterona pode ser uma ferramenta valiosa e eficaz para o tratamento do TDSH em mulheres na peri e pós-menopausa, desde que seja indicada e acompanhada por um profissional qualificado. A chave para a segurança é a utilização de formulações transdérmicas em doses apropriadas e o monitoramento contínuo para manter os níveis hormonais dentro da faixa fisiológica. O uso para outras finalidades ou em outras populações carece de comprovação científica e não é recomendado.

Referências bibliográficas

1. Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Sex Med.* 2019 Sep;16(9):1331-1337. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.07.012.
2. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *J Sex Med.* 2021;18(5):849-867. doi:10.1016/j.jsxm.2020.10.009 American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and Female Sexual Function and Dysfunction--Findings From the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13(2):168-178. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.033
4. Amran MM, Kopit AB, Kranc HA, Peleg R. The prevalence, reasons and attitudes for the practice of informal medicine. *BMC Fam Pract.* 2021 Feb 3;22(1):30. doi: 10.1186/s12875-020-01362-z.
5. Davis SR, Wahlin-Jacobsen S. Testosterone in women--the clinical significance. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Dec;3(12):980-92. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00284-3.
6. Somboonporn W, Bell RJ, Davis SR. Testosterone for peri and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004509. DOI: 10.1002/14651858.CD004509.pub2. Accessed December 8, 2023.
7. Islam RM, Bell RJ, Green S, Davis SR. Effects of testosterone therapy for women: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.* 2019 Jan 11;8(1):19. doi: 10.1186/s13643-019-0941-8.
8. Challenges of prescribing testosterone for sexual dysfunction in women. https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS20240007_Inglis.pdf. Acesso em 05/12/2025
9. Davis SR. Sexual Dysfunction in Women. *N Engl J Med.* 2024;391(8):736-745. doi:10.1056/NEJMcp2313307.
10. Glynn S, Kamal A, Kamel AM, Reisel D, Newson L. Effect of transdermal testosterone therapy on mood and cognitive symptoms in peri- and postmenopausal women: a pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2025 Jun;28(3):541-550. doi: 10.1007/s00737-024-01513-6.
11. Bhasin S, Krishnan V, Storer TW, Steiner M, Dobs AS. Androgens and Selective Androgen Receptor Modulators to Treat Functional Limitations Associated With Aging and Chronic Disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2023 Jun 16;78(Suppl 1):25-31. doi: 10.1093/gerona/glad027.
12. Taranto P, de Brito Sales D, Maluf FC, Guendelmann RAK, de Melo Pompei L, Leal A, Buzaid AC, Schwartsman G. Safety and efficacy of topical testosterone in breast cancer patients receiving ovarian suppression and aromatase inhibitor therapy.