

Reposição de testosterona na mulher: *uma indicação com evidência e muito modismo em volta*

Fora de um uso específico e bem estudado, o desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, a testosterona na mulher carece de evidência, e o mercado de otimização hormonal e pellets promete o que os ensaios não mostram. O que é seguro, e o que é modismo.

Dr. Julian Borges, MD · 26 de junho de 2026 · 11 minutos de leitura

I

A pergunta certa: para quê, e não apenas *se*

A testosterona é um androgênio feminino normal; a questão não é tê-la, e sim para qual desfecho há prova.

A testosterona não é um hormônio exclusivamente masculino. Ela é produzida pelos ovários e pelas adrenais da mulher e declina de forma gradual com a idade, sem uma queda abrupta na menopausa. Reconhecer isso é o ponto de partida, mas não responde à pergunta clínica que importa.

A pergunta certa não é se a mulher tem testosterona, e sim para qual desfecho a reposição tem evidência. É aqui que se separam dois mundos: um uso estreito e

bem estudado, e um mercado amplo de otimização hormonal, energia e antienvelhecimento que promete o que os ensaios não mostram.

Este artigo localiza a reposição de testosterona na mulher pela evidência de cada desfecho, e distingue o que é seguro do que é modismo.

II

A única indicação com evidência: desejo sexual hipoativo na *pós-menopausa*

Há um uso que a evidência sustenta, e ele é específico e bem delimitado.

Existe uma indicação, e apenas uma, sustentada por evidência de bom nível. O consenso global de especialistas concluiu que a única aplicação baseada em evidência da testosterona na mulher é o transtorno do desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, usando doses que restauram a testosterona à faixa fisiológica pré-menopausa (Davis e cols., 2019).

A base é sólida para esse desfecho. A meta-análise de ensaios randomizados mostrou melhora da função sexual, do desejo, da excitação e da satisfação em mulheres na pós-menopausa (Islam e cols., 2019), e o ensaio randomizado APHRODITE já havia demonstrado esse benefício com o adesivo transdérmico (Davis e cols., 2008). A diretriz de prática operacionaliza a conduta: diagnosticar o

transtorno, usar via transdérmica, manter o nível fisiológico e tratar por tempo limitado com reavaliação (Parish e cols., 2021).

III

Onde não há evidência: energia, humor, músculo, cognição, **osso**

Fora do desfecho sexual, o benefício alegado não aparece nos ensaios.

É aqui que o discurso de mercado se descola da ciência. A mesma meta-análise que confirmou o benefício sexual não encontrou benefício da testosterona para bem-estar, humor, cognição, densidade óssea ou composição corporal na mulher (Islam e cols., 2019). O ganho, quando existe, é no domínio sexual, e não na promessa genérica de disposição e vitalidade.

As diretrizes acompanham essa leitura. A Endocrine Society, em sua reavaliação, recomenda contra o uso generalizado de androgênio na mulher para indicações sem evidência, justamente para conter a extrapolação (Wierman e cols., 2014). Em outras palavras, a testosterona para energia, foco, emagrecimento ou antienvelhecimento na mulher é o exemplo clássico de indicação que o marketing criou e a evidência não sustenta.

Desfecho	Evidência de benefício
Função e desejo sexual na pós-menopausa	Sim, em ensaios randomizados
Bem-estar e humor	Não demonstrado
Cognição	Não demonstrado
Densidade óssea	Não demonstrado
Composição corporal e músculo	Não demonstrado
Energia e antienvelhecimento	Sem base

IV

Segurança: o que se sabe e o que não se *sabe*

Curto prazo tranquilizador com dose fisiológica; longo prazo ainda em aberto.

No curto prazo, até cerca de dois anos e com doses transdérmicas fisiológicas, o perfil é tranquilizador: o efeito adverso mais comum é leve, acne e aumento de pelos, sem dano grave demonstrado (Islam e cols., 2019). É uma segurança condicionada, porém, à dose e à via corretas.

O que não se sabe pesa tanto quanto o que se sabe. A segurança de longo prazo, sobretudo mama e sistema cardiovascular, não está estabelecida (Davis e cols., 2019). A via oral tem efeito desfavorável sobre lipídios e deve ser evitada; a transdérmica é a preferida. E as doses suprafisiológicas, comuns em implantes e

em manipulações de alta dose, causam virilização, com efeitos que podem ser irreversíveis, como o engrossamento da voz e o aumento do clitóris, além de piora lipídica.

V

O problema prático: dose, via e *produto*

Sem produto feminino aprovado, a precisão da dose vira o ponto frágil.

Há um obstáculo concreto no Brasil e na maioria dos países: não existe produto de testosterona aprovado para mulheres. Isso empurra a prática para o uso off-label de formulações masculinas em fração da dose ou para a manipulação, o que transforma a precisão da dose no principal ponto frágil (Davis e cols., 2019).

É nesse vácuo que prosperam os implantes e pellets vendidos como otimização hormonal, que entregam doses suprafisiológicas e pouco controláveis, exatamente o oposto do que a evidência recomenda. A conduta correta mede a testosterona total para manter a paciente dentro da faixa fisiológica feminina, evita o suprafisiológico e trata por tempo limitado, com reavaliação de benefício e efeitos (Parish e cols., 2021).

VI

Síntese: uma indicação estreita, muito modismo em *volta*

A evidência sustenta um uso específico; o resto é otimização sem base.

Reunindo tudo: a evidência sustenta a testosterona na mulher para um único desfecho, o desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, diagnosticado de forma adequada, por via transdérmica, em dose fisiológica, monitorada e por tempo limitado (Davis e cols., 2019, Parish e cols., 2021). Para energia, humor, músculo, cognição e osso, o benefício não aparece nos ensaios (Islam e cols., 2019).

O modismo mora na distância entre essa indicação estreita e a promessa ampla de otimização hormonal. Vender testosterona como solução de vitalidade e antienvelhecimento para a mulher, sobretudo por pellets de dose alta, é oferecer o que a evidência não mostra e expor a paciente à virilização e a riscos de longo prazo desconhecidos.

A conduta que se sustenta é sóbria: diagnosticar o transtorno de desejo com o critério de sofrimento e de baixo desejo, excluir outras causas, individualizar, dosar de forma fisiológica, acompanhar e resistir ao enquadramento de otimização. Reposição não é o mesmo que otimizar, e um mercado aquecido não é o mesmo que evidência.

Dimensão	Indicação com evidência	Uso de otimização e pellets
Desfecho	Desejo sexual hipoativo na pós-menopausa	Energia, humor, músculo, antienvelhecimento
Evidência	Ensaio randomizado e meta-análise	Ausente para esses desfechos
Via e dose	Transdérmica, fisiológica	Implantes e pellets, suprafisiológicos
Risco	Leve (acne, pelos) no curto prazo	Virilização, parte irreversível; lipídios; longo prazo incerto
Veredito	Uso específico e monitorado	Modismo, não recomendado

CONTEXTO DE PRÁTICA

Por que isto importa para o seu cuidado

Este artigo segue a linha da biblioteca: delimitar a indicação com evidência e nomear o modismo, com rigor. A testosterona na mulher é assunto de prescrição e acompanhamento médicos; não há produto feminino aprovado na maioria dos países, e a otimização por pellets extrapola a evidência. Para organizar sintomas, histórico e exames antes de discutir conduta, a [Autoavaliação Funcional](#) ajuda, e a [Biblioteca](#) reúne as demais notas. Conteúdo educativo; não substitui avaliação médica individual e não constitui prescrição.

REFERÊNCIAS

1. Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019. doi:10.1210/jc.2019-01603
2. Islam RM, Bell RJ, Green S, et al. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2019. doi:10.1016/S2213-8587(19)30189-5
3. Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen (APHRODITE). *New England Journal of Medicine*. 2008. doi:10.1056/NEJMoa0707302
4. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, et al. ISSWSH clinical practice guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. *Climacteric*. 2021. doi:10.1080/13697137.2021.1891773
5. Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2014. doi:10.1210/jc.2014-2260

Conteúdo de caráter educativo e científico. Não constitui diagnóstico, prescrição ou orientação clínica individual, e não substitui consulta médica. As decisões de conduta devem ser individualizadas por um médico.

TESTOSTERONA

SAÚDE DA MULHER

MENOPAUSA

DESEJO SEXUAL

ENDOCRINOLOGIA

HORMÔNIOS

Dr. Julian Borges, MD é médico endocrinologista e nutrólogo, cientista clínico, com foco em medicina metabólica, genômica e inteligência artificial clínica governada. As credenciais completas estão na página [Sobre](#).

Última atualização: 26 de junho de 2026