

CASEBOOK MVR · CASOS REAIS COMENTADOS

MULHER

CASOS REAIS DO GRUPO, COMENTADOS PELO DR. STAAK

80 casos · com evidência e ressalva legal · da Formação Medicina da Vida Real

Aviso: casos reais anonimizados, uso educativo. A conduta é individual e de responsabilidade do prescritor, não substitui julgamento clínico. As ressalvas indicam limites de lei e da Resolução CFM 2.333/2023. Dr. Marcos Staak Jr · CRM-SC 17642.

Amenorreia em atleta com 20% de gordura: EAA ou RED-S?

APRESENTAÇÃO

Mulher, cerca de 20% de gordura, com amenorreia, em uso de EAA (nandrolona/Deca). Discussão sobre se a causa é RED-S (deficiência energética relativa no esporte) ou o próprio uso dos esteroides.

A QUESTÃO

Amenorreia em atleta com gordura preservada: atribuo a RED-S ou ao EAA?

CONDUTA DO DR. STAAK

A leitura do grupo: com cerca de 20% de gordura, ou seja, gordura preservada e sem baixa disponibilidade energética evidente, a amenorreia é mais provavelmente do uso dos EAA do que de RED-S. A nandrolona, um 19-nor com atividade androgênica e progestacional, suprime o eixo gonadal na mulher e altera o ciclo, diferente da oxandrolona, que praticamente não suprime. A RED-S tipicamente precisa de déficit energético sustentado (amenorreia hipotalâmica funcional) e leva meses a se instalar. Conduta: caracterizar disponibilidade energética e o uso de EAA, e diferenciar antes de tratar; se for do EAA, a via é reduzir dano e reavaliar o ciclo.

EVIDÊNCIA

Havnes IA, et al. Anabolic-androgenic steroid use among women: masculinizing, gonadal and sexual effects. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102876) (efeitos gonadais e menstruais dos EAA na mulher) · Mountjoy M, et al. IOC consensus REDs. Br J Sports Med 2023. PMID 37752011. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de EAA em mulher é vedado como finalidade estética pela CFM 2.333/2023; conduta de redução de danos. Nandrolona em mulher é off-label e tem maior potencial de virilização.

Grupo Formação MVR [2023-02-16]

Amenorreia na mulher ativa, RED-S ou falência ovariana, e por que não sair repondo

APRESENTAÇÃO

Dois cenários do grupo. Primeiro, mulher de 41 anos, workaholic, sob estresse intenso e estilo de vida desregrado, com fadiga extrema, LH 6,8, FSH 7,3, estradiol abaixo de 15, progesterona 0,3 e DIU de levonorgestrel. Segundo, mulher jovem, abaixo de 40 anos, com amenorreia prolongada por restrição calórica inapropriada e baixa massa óssea na densitometria.

A QUESTÃO

Início terapia hormonal nessas amenorreias, e isso é menopausa precoce?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak separa pelo eixo HHG. Gonadotrofinas baixas ou normais baixas, como na paciente estressada, apontam supressão hipotalâmica funcional por baixa disponibilidade energética (RED-S), e ali repor hormônio pode perpetuar o problema, a conduta é recuperar energia, sono e reduzir estresse antes de qualquer hormônio, não medicar o exame. FSH acima de 25 em mulher abaixo de 40 anos é insuficiência ovariana prematura, equivale a menopausa precoce e aí sim exige reposição com estradiol. No osso, a densitometria da pré-menopáusica abaixo de 40 anos se lê por Z-score, o T-score vale para mulheres com 40 anos ou mais ou pós-menopáusicas, e a amenorreia jovem tem risco alto de fratura por estresse, o que justifica a densitometria e o acompanhamento, quando há baixa massa óssea discutiu-se anabolizante por tempo limitado, com suspensão programada e nova densitometria em 6 meses.

EVIDÊNCIA

Amenorreia hipotalâmica funcional, recuperar energia e não repor de imediato: Gordon CM, et al. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(5):1413-1439.

doi:10.1210/jc.2017-00131, PMID 28368518 · POI por FSH acima de 25 em dosagem única e reposição estrogênica: Panay N, et al. (ESHRE/ASRM/CRE-WHiRL/IMS) Hum Reprod Open 2024;2024(4):hoae065. doi:10.1093/hropen/hoae065, PMID 39660328 · IOC 2023 consensus statement on REDs (Mountjoy M, et al. Br J Sports Med 2023) e ISCD Official Positions para uso do Z-score na pré-menopáusica abaixo de 40 anos.

RESSALVA LEGAL / CFM

Anabolizante para baixa massa óssea nesse contexto é indicação clínica, não estética, investigar causas secundárias de osteoporose precoce e documentar. Repor estrogênio sem antes diferenciar RED-S de POI é erro que perpetua a doença de base.

Grupo Formação MVR [2022-08-30; 2024-03-20; 2024-06-09]

MULHER

Amenorreia secundaria, osteoporose e sono ruim: estradiol e canabidiol

APRESENTAÇÃO

Mulher com amenorreia secundaria (sem menstruar desde os 21 anos), em terapia hormonal (Oestrogel mais progesterona micronizada) e testosterona gel. Labs em uso: estradiol 495, testosterona total 89, LH menor que 0,2, FSH 0,13. Sem tratamento (julho): estradiol menor que 24, FSH 3,7, testosterona 24. Hormonio antimulleriano normal. Densitometria: osteoporose (femur total T -3,2). Sono muito ruim resistente a varios farmacos. O medico cogita nandrolona 25 mg a cada 2 semanas para a osteoporose e canabidiol para o sono.

A QUESTÃO

Como ajustar a terapia e o sono, e da para diagnosticar falencia ovariana agora?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak orienta canabidiol 40 a 60 mg antes de dormir, de preferencia sublingual, ajustando pela concentracao do frasco. Aumentaria a dose do estradiol, que esta baixo para ela. Lembra que, com antimulleriano normal, a reserva ovariana e normal, e que fica dificil diagnosticar falencia ovariana precoce em vigencia de hormonioterapia, ainda mais sem a investigacao a epoca do inicio da amenorreia. Encaminharia para psicoterapia.

EVIDÊNCIA

Canabidiol em serie de casos clinicos melhorou sono e ansiedade na maioria dos pacientes: Shannon S, et al. Perm J 2019;23:18-041. doi:[10.7812/TPP/18-041](https://doi.org/10.7812/TPP/18-041) · PMID 30624194

RESSALVA LEGAL / CFM

Canabidiol exige prescricao especifica (regulacao ANVISA para produtos de Cannabis). Nandrolona para osteoporose e uso off-label, Lista C5. Terapia hormonal individualizada; nao se fecha diagnostico de falencia ovariana em vigencia de hormonio.

Grupo Formação MVR [2021-12-14]

MULHER

Antecedente de tromboembolismo por anticoncepcional contraindicado oxandrolona

APRESENTAÇÃO

Mulher, 25 anos, saudável, com histórico de tromboembolismo pulmonar durante uso de anticoncepcional oral, que manteve por cerca de 5 anos e já suspendeu. Colega perguntou se arriscaria oxandrolona 5 mg/dia com medidas de prevenção.

A QUESTÃO

Da para usar esteroide em mulher com TEP previa se tomar cuidados?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak não faria, de forma categórica. Explica que, com histórico de trombose ou TEP, qualquer hormônio que provoque recidiva coloca o médico e a paciente em situação grave. Rejeita também a proposta alternativa de reduzir a dose para 3 mg/dia com meia de compressão e antiagregante: a contraindicação não se resolve baixando a dose. Lembra o ponto prático de que o paciente e amigo até o momento em que algo acontece.

EVIDÊNCIA

Androgênio exógeno carrega sinal trombotico: no TRAVERSE houve mais embolia pulmonar no grupo testosterona: Lincoff AM, et al. N Engl J Med. 2023. PMID 37326322; doi:[10.1056/NEJMoa2215025](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2215025). Em mulher, a indicação formal de androgênio é restrita ao transtorno do desejo sexual hipotativo, não a estética: Achilli C, et al. Fertil Steril. 2016. PMID 27916205; doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de esteroide em mulher é vedado pela CFM 2.333/2023, e antecedente de evento tromboembólico e contraindicação formal. Oxandrolona em mulher é sempre off-label, exigindo consentimento e prontuário; neste caso a conduta correta é não prescrever.

Grupo Formação MVR [2021-03-13]

MULHER

Antes de escalar EAA na mulher, olhar treino, dieta e gordura

APRESENTAÇÃO

Mulher, 45 anos, 167 cm, 66 kg, 25% de gordura por pregas, com queixa de querer hipertrofia e libido reduzida. Histórico de Testo 7 mg mais oxa 7 mg mais metenolona 5 mg por 4 meses, com acne no ciclo anterior. Faz 6 refeições/dia, cerca de 2500 kcal (38 kcal/kg), treina 6x/semana com personal mais cardio diário.

A QUESTÃO

Como conduzir a mulher que quer potencializar hipertrofia com EAA mas não está evoluindo?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak trava antes de escalar hormônio. Se ela não está hipertrofiando, o problema está no treino ou na progressão calórica, não na falta de esteroide, e treinar com personal não garante que o treino esteja certo. Ele pensaria primeiro em progressão calórica e revisão do estímulo, com descanso adequado, porque o esteroide potencializa o que já está funcionando, não faz milagre. E cravou: 25% de gordura por pregas, para mulher, é alto, e ele não usaria esteroide antes de controlar isso; com gordura alta, não faz sentido manter estratégia de bulking. Primeiro reduz gordura e acerta treino e dieta.

EVIDÊNCIA

de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. PMID 32163916. doi:[10.1530/EC-19-0557](#) (esteroide não corrige base de treino e dieta) · Havnes IA, et al. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](#).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de EAA em mulher é vedado como finalidade estética pela CFM 2.333/2023; a conduta é redução de danos e otimização de base, com dieta pelo nutricionista. Não associar dois androgênicos na mulher.

Grupo Formação MVR [2022-11-13]

MULHER

Atleta usando oxandrolona so para nao menstruar

APRESENTAÇÃO

Mulher, 25 anos, atleta amadora, sem comorbidades, treino periodizado com planilha e dieta com nutricionista. Usa DIU de levonorgestrel (Mirena). Fluxo normal e regular, mas nao gosta de menstruar. Fez 3 meses de oxandrolona 0,1 mg/kg, parou, menstruou e achou ruim. Quer uma forma de nao menstruar.

A QUESTÃO

Usar esteroide para induzir amenorreia neste caso?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: ela ja tem um metodo que causa amenorreia na maior parte das pacientes (o DIU de levonorgestrel). Associar esteroide anabolizante so para nao menstruar e um erro, expoe a virilizacao sem indicacao clinica. Ela deve conversar com o ginecologista sobre o manejo do sangramento (opcoes como anticoncepcional continuo, programar sangramentos), nunca usar EAA para essa finalidade.

EVIDÊNCIA

Oxandrolona e o EAA mais usado por mulheres pelo menor potencial de virilizacao, mas a virilizacao ocorre e a indicacao formal androgenica feminina e apenas o transtorno do desejo sexual hipoativo: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871 · O DIU de levonorgestrel induz amenorreia/hipomenorreia na maioria, sendo a via correta para o objetivo da paciente.

RESSALVA LEGAL / CFM

Usar EAA com finalidade nao terapeutica (evitar menstruacao por preferencia) e vedado pela CFM 2.333/2023 e expoe a virilizacao. Oxandrolona e Lista C5 (Portaria 344/1998), off-label na mulher.

Grupo Formacao MVR [2025-01-10]

MULHER

Cansaco e falta de energia na pos-menopausa antes de pensar em hormonio

APRESENTAÇÃO

Mulher, 60 anos, 69 kg, 1,57 m. Queixa de cansaco, falta de energia, anedonia desde a aposentadoria ha 2 anos, unhas fracas, queda de cabelo, sono fragmentado, acorda cansada. Dislipidemia e hipertensao. Histerectomia total previa. Fez reposicao hormonal por 10 anos apos a histerectomia e cessou. Etilista social, tabagista por 30 anos, ha 4 anos trocou o cigarro por vape. Alimentacao inadequada, sedentaria (iniciou treino ha 1 dia). Laboratorio hormonal com padrao de menopausa, demais exames e vitaminas normais.

A QUESTÃO

Existe hormonio ou implante que melhore o quadro clinico?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: cansaco e falta de energia neste contexto sao estilo de vida, alimentacao ruim e sedentarismo, agravados pelo tabagismo (vape consumido em maior quantidade e sem restricao de ambiente e pior que o cigarro). Corrigir os habitos de vida em primeiro lugar e manter isso por algum tempo antes de qualquer hormonio. Reposicao de estrogenio pode fazer sentido neste caso especifico, e por ser histerectomizada usa-se estrogenio isolado, sem progesterona (gel). Investigar massa ossea com densitometria. So apos ajustar a base, se persistir, pensar em fatores secundarios.

EVIDÊNCIA

Terapia hormonal e o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores e previne perda ossea; janelas favoravel, e mulher histerectomizada recebe estrogenio isolado sem progestagenio: The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. Menopause 2022;29(7):767-794. doi:[10.1097/GME.0000000000002028](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028), PMID 35797481 · Transicao menopausal acelera risco cardiovascular: El Khoudary SR, et al. Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912), PMID 33251828

Grupo Formacao MVR [2024-12-03]

MULHER

Clitoromegalia e hipersensibilidade persistentes 8 meses apos oxandrolona

APRESENTAÇÃO

Mulher, 30 anos, usou oxandrolona de mercado paralelo (relata 5 mg/dia) por 16 semanas por conta propria. Interrompeu e, 8 meses depois, queixa clitoromegalia associada a hipersensibilidade constante do clitoris e anorgasmia (quadro compativel com excitacao genital persistente).

A QUESTÃO

Da para reverter a clitoromegalia e a hipersensibilidade tanto tempo depois?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak, sem experiencia direta nesse quadro especifico, orienta pela regra da virilizacao: clitoromegalia estabelecida tende a ser irreversivel e a correcao e essencialmente cirurgica. Enfatiza que buscar ajuda so 8 meses depois piora o prognostico, ja que o desmame precoce ao primeiro sinal e o que evita a irreversibilidade. Menciona a possibilidade de esquema com progesterona topica, mas sem confianca de que resolva apos tanto tempo. A conduta de base em virilizacao e sempre suspender o farmaco de imediato ao primeiro sinal (acne e alopecia regredem; clitoromegalia e voz podem nao regredir).

EVIDÊNCIA

Virilizacao por esteroide em mulher (clitoromegalia, engrossamento de voz) pode ser irreversivel, ao contrario de acne e alopecia, e a conduta e suspender o farmaco: perfil de efeitos androgenicos em Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs. 2004. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](#) (PMID 15025546); manejo de reducao de danos do usuario: Bonnecaze AK, et al. J Gen Intern Med. 2021. doi:[10.1007/s11606-021-06751-3](#) (PMID 33948794).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso de oxandrolona de mercado paralelo por conta propria: a atuacao medica e reducao de danos (para quem ja usou), nunca prescricao estetica, vedada pela CFM 2.333/2023. A irreversibilidade da clitoromegalia sustenta o inicio em dose minima e o desmame imediato ao primeiro sinal androgenico. Oxandrolona e Lista C5 (Portaria 344/1998).

Grupo Formação MVR [2022-08-19]

Como iniciar e dosar o estrogênio, e por que transdérmico

APRESENTAÇÃO

Perguntas frequentes do grupo sobre reposição na menopausa, com que dose e via começar, e casos particulares, mulher com risco trombótico ou trombofilia e mulher com enxaqueca com aura.

A QUESTÃO

Como doso o estrogênio na menopausa e quando a via transdérmica é obrigatória?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak decide pela clínica, não pelo número, a dosagem hormonal não bate o martelo no climatério. Começa baixo e titula pelo sintoma, estradiol transdérmico 0,025 mg por dia ou gel 0,5 a 1,0 mg, subindo até aliviar, a dose padrão que resolve a maioria é 1 mg oral ou 0,05 mg transdérmico. A mulher jovem após ooforectomia bilateral costuma precisar de dose maior, 0,1 mg transdérmico ou 2 mg oral, por 2 a 3 anos. Ele prefere a via transdérmica, sem primeira passagem hepática, neutra sobre lipídios e de menor risco trombótico, e a considera preferencial ou mandatória em risco trombótico aumentado, trombofilia ou tromboembolismo prévio, e na enxaqueca com aura. Aqui entra uma distinção que confunde, estradiol não é etinilestradiol, e a via importa, a reposição apenas devolve os níveis fisiológicos que a mulher teve a vida toda, não impõe carga supra fisiológica. Trombofilia não é, por si, contraindicação absoluta ao transdérmico de baixa dose, mas a decisão é individualizada e compartilhada.

EVIDÊNCIA

Via transdérmica preferencial por perfil de risco trombótico e lipídico neutro: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (publicado em 13/10/2025) · Enxaqueca com aura e risco vascular, estradiol transdérmico distinto do etinilestradiol contraceptivo: Champaloux SW, et al. Am J Obstet Gynecol 2017;216(5):489.e1-489.e7. doi:[10.1016/j.ajog.2016.12.019](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.019), PMID 28034652

Grupo Formação MVR [2024-08-06; 2024-10-21]

MULHER

Deposteron injetavel em mulher por queixa de testosterona baixa

APRESENTAÇÃO

Mulher, 46 anos, com sintomas atribuidos a testosterona baixa, recebeu do ginecologista deposteron (cipionato de testosterona) 1 ampola a cada 21 dias. Apos 2 aplicacoes, testosterona dosada em 550 ng/dL, 12 dias apos a aplicacao. O colega achou a dose pesada e nao quis mexer por ter sido o ginecologista.

A QUESTÃO

Testosterona injetavel em dose de homem e reposicao adequada para mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak e categorico: mulher nao faz TRT, nao existe terapia de reposicao de testosterona para mulheres nos moldes masculinos. Uma ampola de deposteron a cada 21 dias e esquema de reposicao masculina; em mulher, produz nivel suprafisiologico (testosterona de 550 e muito acima do fisiologico feminino) e risco de virilizacao. Nao se usa exame de testosterona para indicar ou titular testosterona em mulher. A unica indicacao respaldada e o transtorno do desejo sexual hipoativo na pos-menopausa, por via transdermica em microdose.

EVIDÊNCIA

O beneficio da testosterona na mulher restringe-se ao desejo sexual hipoativo pos-menopausa, por via transdermica em dose baixa; vias injetavel e implante arriscam niveis supraterapeuticos: Davis SR. Climacteric. 2025.

doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) / PMID 39819275. Metanalise da testosterona transdermica 300 mcg/dia: Achilli C, et al. Fertil Steril. 2016. doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028) / PMID 27916205.

RESSALVA LEGAL / CFM

A conduta relatada (cipionato injetavel em dose masculina para mulher) e inadequada, com risco de virilizacao possivelmente irreversivel. Testosterona em mulher e off-label, transdermica e em microdose, com consentimento e prontuario.

Grupo Formação MVR [2023-10-17]

MULHER

Desejo sexual hipoativo pos-menopausa, estrogênio antes da testosterona

APRESENTAÇÃO

Mulher na pos-menopausa com queixa de desejo sexual hipoativo. O médico pergunta a dose de testosterona a manipular e quantos pumps orientar. A paciente ainda não está com terapia estrogênica otimizada.

A QUESTÃO

Qual a conduta e a dose de testosterona no desejo sexual hipoativo pos-menopausa?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak orienta não iniciar testosterona antes de otimizar o estrogênio, porque geralmente isso já resolve o problema. Não resolvendo, investigar causas externas e comportamentais (psiquiátricas, medicamentosas, relacionais, sintomas genitúrinários). Tratando tudo ou não encontrando nada, a testosterona pode ser teste terapêutico em dose fisiológica, equivalente a 300 mcg/dia (1 mg/g em veículo de absorção de cerca de 30%, como o Pentravan), por via transdérmica, com reavaliação clínica e laboratorial e suspensão se não houver benefício em 6 meses. A dosagem de testosterona total serve para excluir nível elevado basal antes de iniciar, não para diagnosticar.

EVIDÊNCIA

A única indicação baseada em evidência para testosterona em mulher e o transtorno do desejo sexual hipoativo pos-menopausa, via transdérmica em dose fisiológica: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) · PMID 31498871 · Patch de 300 mcg/dia aumenta episódios sexuais satisfatórios: Achilli C, et al. Fertil Steril 2016;107(2):475-482. doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028) · PMID 27916205 · Revisão: Davis SR. N Engl J Med 2024;391(8):736-745. doi:[10.1056/NEJMcp2313307](https://doi.org/10.1056/NEJMcp2313307)

RESSALVA LEGAL / CFM

Não há formulação de testosterona aprovada para mulheres no Brasil; o uso é off-label com dose fracionada de formulação masculina, exigindo consentimento informado e monitoramento para manter níveis fisiológicos. Não usar vias oral, injetável ou implante pelo risco de níveis supratераpêuticos.

Grupo Formação MVR [2025-09-17]

MULHER

Dose de oxandrolona na mulher, única diária pré-treino

APRESENTAÇÃO

Mulher de 70 kg, sem uso prévio de esteroides, com dúvida se a oxandrolona deve ser 2,5 mg de 12/12h ou 5 mg em dose única pré-treino.

A QUESTÃO

Fracionar ou dose única na mulher iniciante?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak prefere 5 mg em dose única diária (cerca de 0,1 mg/kg/dia), aproximadamente 1h antes do treino, com melhor tolerância e menos colateral, reavaliando a cada 3 semanas e progredindo por tolerância. Não associa dois androgênicos na mulher, porque atuam no mesmo receptor sem sinergia e, na vigência de colateral, seria preciso suspender os dois; oxandrolona isolada é mais segura.

EVIDÊNCIA

Colaterais dose-dependentes dos EAA e cautela na mulher: Hartgens F, Kuipers H. Sports Med. 2004. doi:[10.2165/00007256-200434080-00003](https://doi.org/10.2165/00007256-200434080-00003) (PMID 15248788).

RESSALVA LEGAL / CFM

Oxandrolona na mulher com fim estético esbarra na CFM 2.333/2023 e é off-label. Risco de virilização, cujo tratamento é suspender o fármaco. Documentar consentimento.

Grupo Formação MVR [2022-02-07]

MULHER

Estanozolol 10 mg/dia na mulher com queda de cabelo e a formula de vitamina

APRESENTAÇÃO

Mulher, 26 anos, 59 kg, 1,50 m, treina bem ha pelo menos 3 anos com bons resultados. Em uso de estanozolol 10 mg/dia, ja usou oxandrolona 10 mg/dia. Unica queixa e queda de cabelo. Foi prescrita uma formula com cistina, vitaminas B2 e B6, exsynutrimint e biotina para a queda.

A QUESTÃO

O que adicionar a formula para conter a queda de cabelo?

CONDUTA DO DR. STAAK

A conduta do grupo, endossada por Dr. Caio Sodre e pela discussao, e clara: nao existe vitamina que combata a queda de cabelo provocada pelo abuso de esteroides. Deram um colete a prova de balas de plastico sem cogitar parar de atirar. O ponto central e a droga: estanozolol e muito androgenico para a mulher, com seguranca baixa, ainda mais oral, produz desbalanco androgenio/estrogenio e derruba o HDL. A conduta correta e suspender o estanozolol, nao acrescentar formula.

EVIDÊNCIA

Estanozolol e 17-alfa-alquilado com perfil lipidico extremo (HDL muito baixo) e risco de rotura tendinea: Kanayama G, et al. Am J Sports Med 2015;43(11):2638-2644. doi:[10.1177/0363546515602010](#), PMID 26362436 · Alopecia androgenetica por hiperandrogenismo nao responde a conduta preventiva em dose supra: de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. doi:[10.1530/EC-19-0557](#), PMID 32163916. Virilizacao trata-se suspendendo o farmaco.

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estetico de estanozolol na mulher e vedado pela CFM 2.333/2023 e expoe a virilizacao (voz, clitoromegalia) potencialmente irreversivel. Estanozolol e Lista C5. A conduta e reducao de danos com suspensao, nao maquiar colateral com suplemento.

Grupo Formacao MVR [2025-02-06]

Estanozolol x oxandrolona na mulher e a dose única pré-treino

APRESENTAÇÃO

Mulher, 176 cm, 76,2 kg, 28,5% de gordura, sem cirurgias ou comorbidades. Já usou oxandrolona 0,2 mg/kg fracionada de 8 em 8 horas por 4 semanas, suspendeu por aumento de acne. Dieta de 1545 kcal (145 g proteína, 128 g carboidrato, 50 g lipídio), em cutting; treina musculação 6x/semana. Quer ganhar volume; cogitou-se estanozolol por causa da acne prévia com oxandrolona. Exames laboratoriais normais.

A QUESTÃO

Troco por estanozolol? Como reduzir os colaterais da oxandrolona na mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: estanozolol ele não gosta, o potencial de colaterais é maior. Manteria oxandrolona, mas em dose única diária de 0,1 a 0,2 mg/kg cerca de 1 hora antes do treino, para concentrar o pico androgênico no treino; na casuística dele há mais tolerância e menos colaterais com a tomada única do que fracionando de 8 em 8 horas, como a paciente vinha fazendo. Antes de orientar, ele cobra o caso completo no modelo padrão, porque não se conduz com informações pontuais.

EVIDÊNCIA

Perfil de eficácia e segurança da oxandrolona (resistente ao metabolismo hepático, colaterais mais comuns são elevação transitória de transaminases e queda de HDL): Orr R, Fiatarone Singh M. *Drugs*. 2004;64(7):725-750. PMID 15025546. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético em mulher: quando a paciente já decidiu usar, a conduta é redução de danos (dose mais baixa, monodroga, acompanhamento), não prescrição estética, vedada pela Resolução CFM 2.333/2023. Oxandrolona off-label, Lista C5 (Portaria 344/1998), exige consentimento e documentação. Virilização (acne e alopecia reversíveis; clitoromegalia e voz podem ser irreversíveis) é gatilho de suspensão; não associar um segundo androgênio.

Grupo Formação MVR [2022-10-21]

MULHER

Estradiol baixo na mulher que usa oxandrolona: culpa da droga?

APRESENTAÇÃO

Mulher com dor articular e estradiol de 5, sem anticoncepcional, marido vasectomizado, em uso de oxandrolona. A dúvida do médico: o estradiol baixo pode ser efeito da oxandrolona bloqueando o eixo?

A QUESTÃO

A oxandrolona derruba o estrogênio na mulher por supressão de eixo?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak não vê isso na prática. Não há mecanismo de feedback negativo hipotalâmico-hipofisário relevante com a mulher em uso de oxandrolona, ou seja, a oxandrolona não suprime o eixo HHG feminino como faz a testosterona no homem. O estradiol de 5 com dor articular aponta muito mais para redução de LH e FSH por restrição calórica crônica e baixa disponibilidade energética, um padrão de supressão hipotalâmica funcional. A conduta é investigar e corrigir a disponibilidade energética, não atribuir à oxandrolona.

EVIDÊNCIA

Mountjoy M, et al. 2023 International Olympic Committee consensus statement on Relative Energy Deficiency in Sport (REDs). Br J Sports Med 2023. PMID 37752011. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994) (baixa disponibilidade energética suprime o eixo por via hipotalâmica) · de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. PMID 32163916. doi:[10.1530/EC-19-0557](https://doi.org/10.1530/EC-19-0557).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de oxandrolona em mulher é off-label e não pode ser prescrito com fim estético (CFM 2.333/2023); manejo defensável é redução de danos. Investigar a dieta com nutricionista antes de rotular a droga.

Grupo Formação MVR [2022-09-23]

Falencia ovariana e indicacao de terapia hormonal

APRESENTAÇÃO

Mulher, 53 anos, quer perder 13 kg, libido baixa, disposicao e energia ruins, ressecamento vaginal, cansaco. Mais de 10h de atividade fisica por semana, dieta referida como boa. Exames: FSH 85,7, LH 52, estradiol 23,7, progesterona 0,21, testosterona total 22, testosterona livre 0,26, SHBG 63, triglicerides 140, colesterol total 235, LDL 155, vitamina D 31, homocisteina 17.

A QUESTÃO

Ha indicacao de repor hormonio? Qual esquema?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak le FSH acima de 25 como falencia ovariana, com indicacao, em tese, de reposicao estrogenica; havendo utero, e obrigatoria a progesterona para protecao endometrial. Detalha o esquema: estradiol transdermico em dose baixa titulavel (por exemplo 0,05 mg/dia, ou iniciar em 0,025 mg e subir), com doses maiores nos primeiros anos apos ooforectomia em mulher jovem; progesterona micronizada natural oral 200 mg/dia por 12 dias/mes (ciclico) ou 100 mg/dia (continuo); cita o System Conti (adesivo de estradiol com progestagenio) como opcao que ja fornece protecao endometrial. Para o emagrecimento, encaminha ao nutricionista, notando que triglicerides de 140 mostram que a dieta pode ser tudo, menos boa.

EVIDÊNCIA

Critérios de elegibilidade e individualizacao da terapia hormonal da menopausa: Mendoza N, et al. Maturitas. 2022. doi:[10.1016/j.maturitas.2022.08.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.008) / PMID 36081216. Diretriz europeia de menopausa recomenda 17-beta estradiol transdermico como formulacao preferencial: Lumsden MA, et al. ESE menopause guideline, Eur J Endocrinol, 2025. FSH acima de 25 UI/L caracteriza falencia ou insuficiencia ovariana.

RESSALVA LEGAL / CFM

Reposicao estrogenica em falencia ovariana e indicacao terapeutica licita; avaliar contraindicacoes (mama, tromboembolismo, hepatopatia). Progesterona obrigatoria se ha utero.

Grupo Formação MVR [2024-03-06]

Falha de estradiol transdermico em dose baixa na insuficiencia ovariana

APRESENTAÇÃO

Mulher, 48 anos, 68 kg, 1,70 m, bariátrica há 4 anos, DIU de levonorgestrel, em uso de desvenlafaxina. Queixa de indisposição, falta de concentração, baixa libido, queda de cabelo e ressecamento vaginal. Ginecologista havia iniciado estradiol transdermico 1 mg (gel Sandrena 1 mg/g) por 8 semanas, sem melhora, e ela abandonou.

Exames: FSH 149, LH 52,86, estradiol menor que 15, estrona menor que 14,8, teste total 17, SHBG 138, ferritina 26,9, TSH 1,82. Pergunta sobre trocar via/dose e sobre reposição de ferro.

A QUESTÃO

O que ajustar na terapia hormonal após a falha e como conduzir a ferritina baixa?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: a dose previa de estradiol transdermico 1 mg de gel (equivalente a cerca de 50 mcg/dia de adesivo) foi inadequada para o padrão de insuficiência ovariana (FSH 149, estradiol menor que 15). Mulheres com insuficiência ovariana, sobretudo mais jovens, precisam de doses mais altas que a menopausa natural: estradiol transdermico 100 mcg/dia (adesivo 2x/semana) ou gel 2 a 3 mg/dia, ou estradiol oral 2 a 4 mg/dia, com alvo sérico de 200 a 400 pmol/L (cerca de 54 a 109 pg/mL). Inicia com adesivo 100 mcg/dia, reavalia em 3 meses e sobe se necessário.

Antes, caracterizar bem os sintomas (disposição não melhora se houver baixa disponibilidade energética).

Ferritina abaixo de 40 vale corrigir; ferro intravenoso (carboximaltose férrica 1000 mg) com alvo de ferritina maior que 100, e manutenção com ferro oral de alta biodisponibilidade, monitorando a cada 3 meses.

EVIDÊNCIA

Terapia hormonal é mais eficaz para sintomas vasomotores; mulher jovem após falência ovariana precisa de dose mais alta que a menopausa natural: The 2022 Hormone Therapy Position Statement of NAMS. Menopause 2022;29(7):767-794.

doi:10.1097/GME.0000000000002028, PMID 35797481 · Diretriz ESHRE/ASRM/IMS de insuficiência ovariana prematura (FSH acima de 25 UI/L em dosagem, estradiol transdermico preferencial em dose mais alta) e ESE menopause guideline (Lumsden MA, et al. Eur J Endocrinol 2025). Ressecamento vaginal responde a estrogênio tópico.

Grupo Formação MVR [2025-12-31]

Fisiculturista feminina em off, escolha de oral e ajuste de dieta

APRESENTAÇÃO

Mulher, 29 anos, sem comorbidades, 67 kg, 1,69 m, sem queixas, com nódulos benignos de mama. Nunca usara esteroides. Acompanhamento nutricional rigoroso, treina 6x/semana, sono bom. Na preparação usou oxandrolona 3 mg de 8/8h, progredida para 5 mg de 8/8h, sem colateral e com exames normais, e venceu a competição wellness. Agora em off por 6 meses, planeja desenvolvimento muscular e não encontra nandrolona no mercado.

A QUESTÃO

Na falta de nandrolona, qual oral usar para ganho, e como orientar a dieta do off?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak concorda com a estratégia. Na indisponibilidade de nandrolona, oximetolona (hemogenin) é uma opção para ganho de peso, porém um pouco mais arriscada. Alerta para o nutricionista que sobrecarrega proteína e prejudica o ganho no off: manter proteína em até 1,8 g/kg e pesar a mão no carboidrato, ainda mais com esteroide associado e treino pesado.

EVIDÊNCIA

Faixa de proteína 1,4 a 2,0 g/kg no treinamento de força: Jager R, et al. Int Soc Sports Nutr Position Stand. J Int Soc Sports Nutr. 2017. doi:[10.1186/s12970-017-0177-8](https://doi.org/10.1186/s12970-017-0177-8) (PMID 28642676). Perfil de risco dos EAA orais 17-alfa-alquilados: Hartgens F, Kuipers H. Sports Med. 2004. doi:[10.2165/00007256-200434080-00003](https://doi.org/10.2165/00007256-200434080-00003) (PMID 15248788).

RESSALVA LEGAL / CFM

A prescrição de EAA com finalidade estética ou de desempenho competitivo é vedada pela CFM 2.333/2023; a conduta defensável aqui é redução de danos em atleta que já usa e está decidida a competir, nunca prescrição para estética. Oximetolona é 17-alfa-alkilada e hepatotóxica; risco de virilização na mulher; off-label, documentar consentimento.

Grupo Formação MVR [2021-11-25]

MULHER

Fisiculturista pós-AVC hemorrágico com diabetes descontrolado

APRESENTAÇÃO

Mulher, 54 anos, atleta de fisiculturismo, procura acompanhamento hormonal após AVC hemorrágico (putame e cápsula interna) ocorrido cerca de 1 a 2 meses depois de usar trembolona e masteron. Comorbidades: hipotireoidismo de Hashimoto, hipertensão, dislipidemia e diabetes. Deseja voltar a competir. Labs: glicose 135, HbA1c 6,8% em uso de metformina, estradiol menor que 5, testosterona 7. Neurologia foi 100% contra ciclar.

A QUESTÃO

Dá para retomar hormônios nessa paciente com evento vascular recente e metabolismo glicêmico descontrolado?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: não faz sentido nem pensar em uso de hormônios com esse padrão de metabolismo de glicose, e há erro alimentar evidente (HbA1c 6,8% e glicose 135 em uso de metformina numa dieta dita regrada não fecham). O quadro reúne AVC hemorrágico recente, diabetes descontrolado, dislipidemia e hipertensão, um perfil de altíssimo risco cardiovascular, e a trembolona com masteron precedeu o evento. A conduta é corrigir o metabolismo, controlar os fatores de risco e alinhar com a neurologia, não repor androgênio.

EVIDÊNCIA

Windfeld-Mathiasen J, et al. Cardiovascular Disease in Anabolic Androgenic Steroid Users. Circulation 2025;151(12):828-834. PMID 39945117. doi:[10.1161/CIRCULATIONAHA.124.071117](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.071117) · Souza FR, et al. Reduced HDL function and subclinical coronary disease in anabolic-androgenic steroid users. Atherosclerosis 2019. PMID 30826541. doi:[10.1016/j.atherosclerosis.2019.02.006](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.02.006).

RESSALVA LEGAL / CFM

Retomar EAA com finalidade estética ou de desempenho após evento cerebrovascular e com diabetes descontrolado seria conduta insegura e vedada pela CFM 2.333/2023. O papel médico é negar o ciclo e tratar o risco, documentando a orientação.

Grupo Formação MVR [2023-02-07]

MULHER

Fogachos que voltam apos anos de estrogeno oral na menopausa

APRESENTAÇÃO

Mulher, 58 anos, eutrofica, fisicamente ativa, em uso de associacao oral de estradiol e drospirenona (Angeliq) ha mais de 8 anos desde a menopausa. Ha 3 meses voltou a ter fogachos e irritabilidade, sintomas que estavam controlados. Historico de cirurgia de hernia de hiato. Sem dieta com profissional.

A QUESTÃO

Por que os sintomas retornaram e como reajustar a terapia?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak sugere ajustar a dose do estrogeno e, sobretudo, tirar da via oral e passar para a transdermica, associando progesterona oral, o que reduz o risco trombotico e evita a primeira passagem hepatica. Antes de reajustar, pede exames, perfil hormonal, perfil lipidico e enzimas hepaticas com funcao hepatica. A leitura e que a via oral e a dose podem nao estar mais entregando alivio adequado, e a transdermica e a formulacao preferencial nessa faixa.

EVIDÊNCIA

Estradiol transdermico preferencial e individualizacao na menopausa: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (13/10/2025) · Transicao menopausal e risco cardiovascular: El Khoudary SR, et al. Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912), PMID 33251828

Grupo Formacao MVR [2022-05-13]

MULHER

Gestrinona para reposição na pós-menopausa

APRESENTAÇÃO

Mulher na pós-menopausa recente, menos de 5 anos, sem reposição, com queda de libido, perda de massa muscular e indisposição. Colega cogita iniciar gestrinona e associar testosterona.

A QUESTÃO

Gestrinona é uma boa escolha para repor hormônio na pós-menopausa?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak não faria gestrinona para a pós-menopausa pensando em reposição. O princípio da reposição é devolver o que falta, e o que falta na menopausa é estrogênio, começa-se pelo básico, estrogênio com ou sem progesterona conforme haja útero. Gestrinona é um esteroide sintético com atividade androgênica, com nicho em endometriose refratária, não é reposição de menopausa. Além disso a queixa de libido é multifatorial, relação, sono, humor, fármacos, e não se resolve carimbando um androgênio de entrada.

EVIDÊNCIA

Estrogênio como base da terapia da menopausa: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (publicado em 13/10/2025). Papel restrito da testosterona, só o desejo sexual da pós-menopausa: Davis SR. Climacteric 2025;28(4):373-376. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301), PMID 39819275

RESSALVA LEGAL / CFM

Gestrinona é off-label para essa finalidade e androgênica, usar como reposição de menopausa não tem respaldo.

Grupo Formação MVR [2021-09-08]

MULHER

Hiperandrogenismo com DHT muito elevado, confirmar antes de tratar

APRESENTAÇÃO

Mulher, 42 anos, sem terapia hormonal. Testosterona total 90 ng/dL e testosterona livre adequadas, porém DHT de 990 (muito elevado). Gonadotrofinas e 17-hidroxiprogesterona dentro da normalidade. O exame alterado não foi repetido, e a colega assistente pretendia iniciar reposição.

A QUESTÃO

Um DHT isoladamente muito alto justifica iniciar conduta, ou preciso investigar antes?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak trava o início sobre um exame único e discrepante e pede o básico primeiro, repetir a dosagem para confirmar o valor e correlacionar com a clínica, a paciente de fato tem sinais de hiperandrogenismo? Antes de rotular ou tratar, investigar a fonte do excesso androgênico, gonadotrofinas e sobretudo 17-hidroxiprogesterona para afastar hiperplasia adrenal congênita não clássica, e considerar SOP por critérios de Rotterdam. Exame complementa suspeita clínica, não a substitui, DHT muito alto sem contexto pede confirmação e busca de causa, não reposição.

EVIDÊNCIA

SOP como diagnóstico de exclusão e investigação de hiperandrogenismo com 17-hidroxiprogesterona para afastar HAC não clássica: Teede HJ, et al. 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of PCOS. Fertil Steril 2023;120(4):767-793. doi:[10.1016/j.fertnstert.2023.07.025](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.025), PMID 37589624

Grupo Formação MVR [2021-01-13]

MULHER

Hiperandrogenismo feminino, SOP ou hiperplasia adrenal, mesma conduta

APRESENTAÇÃO

Mulher com hiperandrogenismo e sintomas de humor (quadro depressivo com oscilações ao longo do dia), em investigação de síndrome dos ovários policísticos versus hiperplasia adrenal. O grupo levanta que o uso de anticoncepcional e de DIU hormonal atrapalha o critério ultrassonográfico de SOP.

A QUESTÃO

É preciso cravar o diagnóstico entre SOP e hiperplasia adrenal antes de tratar? Oxandrolona piora mioma uterino?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak usa os critérios de Rotterdam para SOP e ensina que, independentemente da causa do hiperandrogenismo (SOP ou hiperplasia adrenal), a conduta não muda: antiandrogênico. Espironolactona pode chegar até 200 mg/dia, monitorando o potássio. Sobre miomas uterinos, nunca observou piora com oxandrolona e não há respaldo na literatura para essa associação.

EVIDÊNCIA

Critérios de Rotterdam e manejo da SOP: Teede HJ, et al. Fertil Steril. 2018. doi:[10.1016/j.fertnstert.2018.05.004](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004) (PMID 30033227). Antiandrogênico/espironolactona no hiperandrogenismo: Goodman NF, et al. AACE/ACE/AE-PCOS. Endocr Pract. 2015. doi:[10.4158/EP15748.DSC](https://doi.org/10.4158/EP15748.DSC) (PMID 26509855).

RESSALVA LEGAL / CFM

Espironolactona como antiandrogênico é uso off-label, teratogênica, exige contracepção segura e monitoramento de potássio. Tratar a causa do hiperandrogenismo, não apenas o sintoma.

Grupo Formação MVR [2021-10-20]

MULHER

Hiperandrogenismo sem critério de SOP: dosar 17-OH-progesterona

APRESENTAÇÃO

Mulher, 23 anos, sedentária, obesidade (IMC 32, 45% de gordura), ciclo menstrual regular, sem anticoncepcional nem medicações. Hiperandrogenismo clínico e laboratorial: S-DHEA 540, DHEA 6,3, testosterona total 72, estradiol 349. Ultrassom transvaginal normal (sem ovários policísticos). O médico cogitava metformina 2 g/dia mais espironolactona 100 mg/dia para o hiperandrogenismo e bupropiona com naltrexona para a obesidade, assumindo causa idiopática.

A QUESTÃO

Hiperandrogenismo sem preencher critérios de SOP e com ultrassom normal: como investigar antes de rotular idiopático?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Stak aponta a lacuna diagnóstica: faltou dosar a 17-OH-progesterona, porque o quadro pode ser hiperplasia adrenal congênita não clássica (forma tardia de deficiência de 21-hidroxilase), diagnóstico diferencial obrigatório no hiperandrogenismo com fonte adrenal sugerida (S-DHEA e DHEA elevados). Observa que, na prática, o tratamento sintomático do hiperandrogenismo não muda muito, mas fechar a causa evita rotular idiopático e orienta o seguimento.

EVIDÊNCIA

17-OH-progesterona e o rastreio da hiperplasia adrenal congênita não clássica no hiperandrogenismo: Speiser PW, et al. Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(11):4043-4088. doi:[10.1210/jc.2018-01865](https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865) (PMID 30272171).

RESSALVA LEGAL / CFM

Espironolactona é off-label para hiperandrogenismo (antiandrogênico), com necessidade de contracepção pelo risco de feminização de feto masculino; documentar consentimento e prontuário. Não é caso de EAA.

Grupo Formação MVR [2022-06-02]

MULHER

Historia de tumor de mama previo: investigar histologia antes de esteroide

APRESENTAÇÃO

Mulher, 30 anos, exames normais, crossfit 5x/semana, quer emagrecer e ganhar massa, já acompanhada por nutricionista há 1 ano e estagnada. Antecedente de tumor benigno de mama aos 23 anos, com ressecção, sem saber o tipo histológico.

A QUESTÃO

O antecedente de tumor de mama contraindica esteroide?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak não decide sem o dado que falta: e preciso saber o tipo histológico do tumor, se é responsivo ou não a hormônios. Enquanto a paciente não trouxer o laudo, não há como liberar. Ao recuperar o exame, tratava-se de um fibroadenoma (lesão benigna não responsiva a hormônio de forma relevante), o que muda a leitura de risco. O ensino é que a conduta hormonal depende da biologia do tumor previo, não de uma proibição ou liberação automática.

EVIDÊNCIA

Terapia hormonal em sobrevivente de câncer de mama responsivo a hormônio aumentou recorrência (ensaio HABITS interrompido, RH 3,3): Holmberg L, et al. Lancet. 2004. PMID 15812079; doi:[10.1093/jnci/dji071](https://doi.org/10.1093/jnci/dji071), o que fundamenta exigir a histologia antes de qualquer androgênio.

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de esteroide em mulher é vedado pela CFM 2.333/2023 e off-label quando há indicação. A exigência de conhecer a histologia do tumor previo é requisito de segurança antes de qualquer decisão.

Grupo Formação MVR [2021-05-25]

MULHER

História familiar de câncer de mama e reposição na menopausa

APRESENTAÇÃO

Mulher na menopausa desejando reposição hormonal, com mãe que teve câncer de mama. Colega em dúvida se o antecedente familiar contraindica ou exige investigação extra.

A QUESTÃO

História familiar de câncer de mama contraindica a terapia hormonal?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak é objetivo, história familiar não é contraindicação. O que contraindica a reposição sistêmica é o antecedente pessoal de câncer de mama, não o da mãe ou de parentes, e a maioria dos cânceres de mama não é hereditária. A conduta é a de rotina antes de iniciar, mamografia, ultrassonografia mamária, avaliação ginecológica com ultrassonografia transvaginal e, por estar na menopausa, densitometria, e estratificar o risco individual com ferramentas validadas, modelos tipo Gail ou Tyrer-Cuzick, em que um risco em 5 anos abaixo de 1,67 por cento é considerado baixo. Caso limítrofe, com parentes próximas e câncer precoce na família, pede avaliação mais cuidadosa e eventual aconselhamento, mas o simples antecedente materno não veta a reposição.

EVIDÊNCIA

Critérios de elegibilidade da terapia hormonal por condição, incluindo antecedentes familiares, e estratificação de risco de mama por modelos validados (Gail, Tyrer-Cuzick): Mendoza N, et al. (MHT Eligibility Criteria) Maturitas 2022;166:65-85. doi:[10.1016/j.maturitas.2022.08.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.008), PMID 36081216

Grupo Formação MVR [2023-01-05]

MULHER

Implante com testosterona suprafisiologica e trombose previa

APRESENTAÇÃO

Mulher, 49 anos, com implante hormonal (testosterona 100 mg, estradiol 25 mg, estriol 75 mg) colocado por outro medico por indisposicao. Queixa de dificuldade de perda de peso e estresse. Exames: colesterol, triglicerides, LDL e insulina aumentados, ferritina 527, testosterona suprafisiologica (total 206 ng/dL, livre 2,64, biodisponivel 61,97). Historico de trombose previa em uso de rivaroxabana. Implante absorvivel colocado ha 1 semana, ja com mal-estar.

A QUESTÃO

Suspender o implante de imediato diante da testosterona suprafisiologica e da trombose previa?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak avalia a testosterona como muito iatrogenica e considera que pode valer o uso de antiandrogenicos, ja que o implante absorvivel nao e facilmente extraivel e tem liberacao imprevisivel (por mais que vendam o contrario). Acompanharia os fatores de risco e a síndrome metabólica a cada 4 a 6 semanas. O ideal teria sido tratar a síndrome metabólica e a inflamação antes de qualquer hormônio; na trombofilia, a via transdérmica e mais segura que a oral, mas as doses de estradiol e de testosterona foram excessivas.

EVIDÊNCIA

Testosterona suprafisiologica em mulher fora de indicacao formal causa virilizacao e risco, sem respaldo: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](#) · PMID 31498871 · A transicao menopausal e janela critica de risco cardiovascular: El Khoudary SR, et al (AHA). Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](#) · PMID 33251828

RESSALVA LEGAL / CFM

Hormonio em implante por indisposicao, com dose suprafisiologica, nao tem respaldo, e a CFM 2.333/2023 veda fim estetico. Antiandrogenico aqui e off-label (consentimento e prontuario). Em paciente com trombose previa anticoagulada, o excesso hormonal agrava o risco tromboembolico.

Grupo Formação MVR [2025-08-21]

MULHER

Implante hormonal estetico, acne por colateral e dieta que sabota

APRESENTAÇÃO

Mulher, 29 anos, 57 kg, 150 cm, quer melhorar composicao corporal. Uso de implante de gestrinona 50 mais testosterona 25 ha 2 meses, mais Ozempic diario (6 clicks), espironolactona e outros manipulados. Dieta de cerca de 1030 kcal por dia. Acne em face, colo e dorso, fadiga e dificuldade de concentracao, cravings por doce perto da menstruacao. O colega pensava em fluoxetina e em ajustar a dose do implante.

A QUESTÃO

Como conduzir essa paciente cheia de medicacoes e com dieta muito restrita?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak questiona o Ozempic numa mulher de 57 kg e a dieta de cerca de 20 kcal por kg, com a qual ela nao consegue dar intensidade no treino. A acne provavelmente ja e colateral do implante androgenico, e ele afirma que implante para estetica e ruim. A fadiga e a dificuldade de concentracao vem da restricao calorica, e o que o colega interpreta como compulsao sao, na verdade, cravings gerados por uma dieta restrita demais, nao transtorno de compulsao, e nao ve indicacao de fluoxetina. A conduta e desmontar os manipulados e a restricao, ajustar dieta e treino, e nao empilhar psicofarmaco sobre um problema alimentar.

EVIDÊNCIA

Implante e via injetavel de androgenio na mulher entregam niveis supratherapeuticos e virilizacao, preferir transdermico: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871 · Fadiga e disfuncao por baixa disponibilidade energetica: Mountjoy M, et al. Br J Sports Med 2023;57(17):1073-1097. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994), PMID 37752011

RESSALVA LEGAL / CFM

Implante de gestrinona e testosterona com finalidade estetica na mulher e vedado pela Resolucao CFM 2.333/2023, e o implante artesanal e questionavel. Ozempic sem indicacao numa mulher magra e conduta sem respaldo. Qualquer androgenio nesse contexto e reducao de danos, off-label, com consentimento.

Grupo Formacao MVR [2022-10-07]

Implante manipulado de gestrinona, a caixa de Pandora

APRESENTAÇÃO

Mulher, 36 anos, com implantes hormonais não absorvíveis de gestrinona e estrogênio colocados há 4 anos por sangramento menstrual aumentado e cólica, que a mantiveram em amenorreia. Há cerca de 4 meses passou a ter escapes, dismenorreia intensa e queda de cabelo frontal. Ultrassonografia com adenomiose. Laboratório: HDL 30, LDL 135, TGP elevada, testosterona total 73. Após retirada parcial dos implantes e inserção de DIU de levonorgestrel, repetiu exames com piora, LDL 221, HDL 29, testosterona total 88, restando muitos implantes com fibrose.

A QUESTÃO

Como conduzir o rebote androgênico e lipídico e o sangramento após esses implantes?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak trata o implante manipulado como caixa de Pandora, o que vendem como estabilidade e controle de liberação não corresponde ao que se observa, e a duração é imprevisível. A própria manipulação na retirada pode ter aumentado a liberação e piorado o perfil lipídico, o que explica a HDL no chão e a LDL em disparada, além da alopecia androgênica pela gestrinona, um esteroide androgênico. A conduta é retirar os implantes remanescentes, controlar o sangramento e a dismenorreia da adenomiose com o DIU de levonorgestrel e dienogeste na adaptação, e tratar o rebote com antiandrogênicos associados e estatina para a dislipidemia. O caso serve de alerta contra implantes manipulados sem previsibilidade farmacocinética.

EVIDÊNCIA

Manejo hormonal da adenomiose e endometriose com progestagênio, dienogeste e DIU de levonorgestrel: Becker CM, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open 2022;2022(2):hoac009. doi:[10.1093/hropen/hoac009](https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009), PMID 35350465. Gestrinona é androgênica e a farmacocinética de implantes manipulados não é previsível, estatina para a dislipidemia instalada.

RESSALVA LEGAL / CFM

Implantes hormonais manipulados não têm previsibilidade de liberação nem respaldo de bioequivalência, e gestrinona é off-label para essa finalidade. A conduta defensável é retirar e migrar para opções com respaldo industrial e proteção endometrial.

Grupo Formação MVR [2025-10-29]

MULHER

Iniciar reposição sem exames de base, no escuro

APRESENTAÇÃO

Mulher, 49 anos, menopausada, última menstruação há 2 anos, nega fogachos, com falta de ânimo, libido zero, insônia, atrofia urogenital, alopecia e labilidade de humor. Densitometria com osteopenia, colocou implantes hormonais há 2 anos com colaterais, nega histerectomia. Resiste a fazer mamografia e ultrassonografia transvaginal no momento, e o colega quer aliviar a paciente mas se sente travado.

A QUESTÃO

Posso iniciar a terapia hormonal antes dos exames de rastreio?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak orienta não iniciar no escuro, mas sem dramatizar o tempo. Iniciar reposição sem rastreio de base é arriscado, precisa de mamografia e ultrassonografia transvaginal, a menos que já feitas há menos de 2 anos. Como a paciente pretende realizar as imagens nos próximos 1 a 2 meses, ele não vê problema em iniciar estradiol transdérmico com progesterona oral nesse intervalo, já que o quadro dura 2 anos e não é urgência. A mensagem prática ao colega ansioso é que esperar poucas semanas pelos exames não é abandono, é segurança, e o esquema padrão de estradiol transdérmico mais progesterona micronizada oral cobre a proteção endometrial na mulher com útero.

EVIDÊNCIA

Avaliação e rastreio mamário antes da terapia hormonal: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 · Proteção endometrial pelo progestagênio na mulher com útero: PEPI Trial. JAMA 1996;275(5):370-375. doi:[10.1001/jama.1996.03530290040035](https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530290040035), PMID 8569016

Grupo Formação MVR [2025-06-27]

Insuficiencia androgenica relativa apos ciclos em mulher e em homem

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre mulheres que, após ciclos mais pesados, relatam sintomas de queda hormonal ao suspender, a chamada síndrome de insuficiência androgênica, mesmo sem androgênios de fato baixos. A dúvida do grupo era se a redução gradual das doses no fim do ciclo ajudaria e se a demora de alguns meses para a menstruação voltar seria normal.

A QUESTÃO

Existe insuficiência androgênica pós ciclo e como interpreta-la?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Stak explica que essa insuficiência é relativa, não absoluta. É como um homem com testosterona normal que se sente hipogonádico porque compara com a época em que tinha 2 a 3 mil ng/dL de testosterona sérica. Não é incomum, diz ele, homens com testosterona de 400 a 600 após usos longos permanecerem sintomáticos. O ponto didático é não tratar o sintoma repondo hormônio de novo só porque o paciente compara com o pico do ciclo; a queixa é de readaptação, e a amenorreia por alguns meses após ciclo em mulher pode ocorrer.

EVIDÊNCIA

O hipogonadismo de retirada de EAA é comum, frequentemente prolongado (3 a 26 meses) e associado a sintomas depressivos e sexuais, o que sustenta a leitura de readaptação e não de simples reposição: Kanayama G, Pope HG, et al. *Addiction*. 2015. PMID 25598171; doi:[10.1111/add.12850](#). Gonadas suprimidas resumem função após cessar na maioria: Smit DL, Bond P, de Ronde W. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2022. PMID 35938779; doi:[10.1097/MED.0000000000000759](#).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de esteroide em mulher é vedado pela CFM 2.333/2023. A conduta e acompanhamento da readaptação pós uso (redução de danos), evitando reintroduzir hormônio para tratar um sintoma comparativo.

Grupo Formação MVR [2021-04-11]

MULHER

Libido baixa de sempre com hipotireoidismo: hormônio sexual não é o alvo

APRESENTAÇÃO

Mulher, 29 anos, libido baixa que relata ser de sempre, baixa estatura, implante de testosterona de 150 mg de liberação lenta (duração de um ano). Hipotireoidismo subclínico e hormônios sexuais dentro da normalidade. O colega trouxe o caso com dados incompletos.

A QUESTÃO

A libido baixa dessa paciente é hormonal, e o que fazer com o hipotireoidismo subclínico?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak separou as coisas. Hipotireoidismo subclínico com TSH acima de 10 repetido e indicativo de tratamento; confirmar e tratar. Já a libido baixa, sendo de sempre e com todos os hormônios sexuais normais, tem grande chance de ser comportamental, não relacionada a hormônios sexuais. Cobrou o básico que falta (dieta caracterizada, história patológica, exame físico, avaliação física) antes de qualquer conduta, e um colega ainda sugeriu cariótipo para excluir síndrome de Turner diante da baixa estatura. Sem esse basal, conduta vira loteria.

EVIDÊNCIA

Garber JR, et al. Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults (ATA/AACE). Thyroid 2012. PMID 22954017 (tratar hipotireoidismo subclínico com TSH acima de 10 mUI/L). Davis SR. Climacteric 2025. PMID 39819275.

doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) (testosterona na mulher só tem benefício no desejo sexual hipotativo pós-menopausa, não para libido em mulher em idade fértil).

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona para libido em mulher em idade fértil não tem indicação respaldada; não transformar queixa comportamental em prescrição hormonal. Excluir causas secundárias e otimizar a base antes de qualquer hormônio.

Grupo Formação MVR [2024-04-03]

Menopausa cirurgica com dislipidemia grave: iniciar terapia hormonal?

APRESENTAÇÃO

Mulher, 51 anos, 69 kg, 1,58 m. Queixa de calor excessivo com fogachos intensos, insônia secundária aos sintomas vasomotores, baixa libido, desânimo e comprometimento funcional, social e laboral. Histerectomia total com preservação ovariana em 26/03/2026 por endometriose/hipermenorreia, evoluindo com hipoestrogenismo. Terapia hormonal previa em 2020 (estrogenio e testosterona transdermicos por 2 anos, adaptou-se). Sedentária. Exames: colesterol total 301, LDL 222, HDL 49, triglicerides 147, LH 80, FSH 109, estradiol 18, Hb 11,8.

A QUESTÃO

E valido iniciar terapia hormonal nesta paciente?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: e valido iniciar terapia hormonal. O quadro reúne criterios de menopausa cirurgica iatrogenica com janela de oportunidade favoravel (51 anos, dentro de 10 anos do inicio) e impacto funcional documentado em tres esferas. Por ser histerectomizada, e candidata a estrogenoterapia isolada, sem progestagenio, o que simplifica o regime e reduz risco mamario. Ha adaptacao previa documentada. Entretanto, antes ou em paralelo (nao depois), enderecar o perfil metabolico e cardiovascular: a dislipidemia grave (LDL 222, colesterol total 301) precisa ser tratada junto, nao adiada.

EVIDÊNCIA

Para mulher com menos de 60 anos ou dentro de 10 anos da menopausa, o balanço benefício-risco é favorável para sintomas vasomotores e prevenção óssea; histerectomizada recebe estrogenio isolado: The 2022 Hormone Therapy Position Statement of NAMS. Menopause 2022;29(7):767-794. doi:[10.1097/GME.0000000000002028](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028), PMID 35797481 · Transição menopausal acelera risco cardiovascular, exigindo abordagem do perfil lipídico em paralelo: El Khoudary SR, et al. Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912), PMID 33251828

Grupo Formação MVR [2026-05-21]

Menopausa cirurgica em reposicao, ler o exame pela fase folicular

APRESENTAÇÃO

Mulher, 39 anos, menopausa cirurgica ha 4 anos apos hysterectomia radical com ooforectomia por cancer de colo uterino (IB2, sem recidiva). Sintomas vasomotores intensos, depressao, fadiga, baixa libido e enxaquecas, mesmo em uso de testosterona base 1 mg/mL (1 pump/dia) e estradiol 0,6 mg (2 pumps/dia) topicos. Exames em reposicao: FSH 11, LH 14,2, estradiol 70,8, testosterona total 18,2, testosterona livre 0,22, progesterona 0,17.

A QUESTÃO

Como interpretar os exames e ajustar a reposicao na pos-menopausa ainda sintomatica?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak esclarece que, na pos-menopausa em reposicao hormonal, os valores de referencia a usar nao sao os de pos-menopausa e sim os de fase folicular precoce, o que muda a leitura de quem parece subdosada. Para os sintomas vasomotores persistentes, otimizaria o estrogenio transdermico: Sandrena em saches, Oestrogel em frasco com pump, ou o adesivo System (troca 2x/semana), que e o que ele mais prescreve hoje pela praticidade e estabilidade.

EVIDÊNCIA

Estradiol transdermico e a via preferencial na terapia da menopausa: diretriz de menopausa da European Society of Endocrinology (Eur J Endocrinol 2025) · A transicao menopausal acelera o risco cardiovascular, janela de prevencao precoce: El Khoudary SR, et al (AHA Scientific Statement). Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912) · PMID 33251828

RESSALVA LEGAL / CFM

A terapia hormonal aqui e indicacao clinica de menopausa (licita). A testosterona em mulher e off-label, reservada ao transtorno do desejo sexual hipoativo apos otimizar o estrogenio, com consentimento e monitoramento dos niveis na faixa fisiologica.

Grupo Formação MVR [2025-08-13]

Menopausa cirúrgica precoce e pedido de hipertrofia

APRESENTAÇÃO

Mulher, 26 anos, 42 kg, 1,47 m, submetida a ooforectomia bilateral e histerectomia total aos 11 anos por CA de ovário. Hipovitaminose D, osteopenia em densitometria com melhora após ajuste, em uso de Natifa (estradiol) e colecalciferol. Perfil lipídico com LDL 145 e CT 226. Encaminhada para seguimento com objetivo de hipertrofia; já usou oxandrolona 2,5 mg com boa resposta e deseja ergogênico. Treina 4x/semana, iniciando nutrição.

A QUESTÃO

Iniciar esteroide para hipertrofia e como conduzir a reposição estrogênica?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: não iniciaria esteroides antes de dieta e treino adequados, não faz sentido colocar o carro na frente dos bois. Natifa não tem indicação de uso 2x/dia; o melhor é aumentar apenas a dose do estradiol e trocar para transdérmico, já que há alteração de perfil lipídico que o estrogênio oral pode piorar. Como a paciente é histerectomizada, não precisa de progestagênio, pode ser só estrogênio. Creatina e whey somente após o ajuste alimentar; muitas vezes a creatina isolada basta.

EVIDÊNCIA

Stuenkel CA, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2015;100(11):3975-4011. PMID 26444994. doi:[10.1210/jc.2015-2236](https://doi.org/10.1210/jc.2015-2236) (estrogênio transdérmico com menor impacto lipídico e trombótico; sem progestagênio na histerectomizada).

RESSALVA LEGAL / CFM

Reposição estrogênica em menopausa cirúrgica precoce é indicação clínica clara, conduta lícita. O pedido de esteroide anabolizante para hipertrofia estética, esse sim, é vedado pela CFM 2.333/2023 e não deve preceder o ajuste de dieta e treino.

Grupo Formação MVR [2022-07-02]

Menopausa, manter o estrogênio e suspender a testosterona base

APRESENTAÇÃO

Mulher, 50 anos, menopausada, ativa e esportista, em uso de estradiol gel (oestrogel) e testosterona base 3 mg, já com dieta e treino ajustados, sem comorbidades, exames de imagem normais. Quer ganho de massa e melhora de performance e cogita associar oxandrolona.

A QUESTÃO

Ao entrar com oxandrolona, suspendo o estradiol gel e a testosterona base?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak orienta que não há sentido em interromper o estradiol gel, que é a reposição propriamente dita da menopausa, então mantém o uso. Se a paciente quiser, associa a oxandrolona, mas suspende a testosterona base, para não empilhar dois androgênios com o mesmo efeito de receptor. O estrogênio é reposição, a testosterona base sai, e a oxandrolona entra como o androgênio único do plano.

EVIDÊNCIA

Estrogênio como base da terapia da menopausa: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (13/10/2025) · Não associar dois androgênios na mulher, oxandrolona isolada: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871

RESSALVA LEGAL / CFM

Oxandrolona para ganho de massa e performance na mulher e uso estético, vedado como prescrição pela Resolução CFM 2.333/2023, cabível apenas como redução de danos em quem já decidiu usar, com consentimento, prontuário e Receita de Controle Especial (Lista C5).

Grupo Formação MVR [2022-07-08]

MULHER

Modelo pedindo oxandrolona com sinais de RED-S

APRESENTAÇÃO

Mulher, modelo, 56,7 kg, 1,70 m, IMC 19,6, sem comorbidades, sem medicacoes, musculacao 5x/semana. Quer otimizar composicao corporal e definicao. Bioimpedancia com TMB 1405 kcal/dia e massa gorda 14,9%. Testosterona total 39 ng/dL, LH 23,2, progesterona 0,66. O medico cogitou oxandrolona 2,5 mg de 12/12h.

A QUESTÃO

Cabe hormonio em baixa dose para a modelo melhorar a definicao?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak e categorico: nenhum hormonio. A conduta e ajustar treino e dieta, porque nao existe base legal para prescrever esteroide nesse contexto e so cogitar isso ja e perder a mao. O quadro sugere baixa disponibilidade energetica (RED-S): a estimativa de disponibilidade energetica fica em torno de 29 kcal/kg de massa magra, abaixo do corte de 30, com provavel restricao de carboidrato, alem de a bioimpedancia nao ser confiavel para essa decisao. Corrigir a base antes de pensar em qualquer farmaco.

EVIDÊNCIA

Baixa disponibilidade de energia (RED-S), abaixo de cerca de 30 kcal/kg de massa magra, suprime eixo, humor e desempenho e se corrige com nutricao, nao farmaco: Mountjoy M, et al (IOC REDs 2023). Br J Sports Med 2023;57(17):1073-1097. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994) · PMID 37752011

RESSALVA LEGAL / CFM

Nao ha indicacao nem base legal: a Resolucao CFM 2.333/2023 veda prescrever esteroide com fim estetico, de composicao corporal ou desempenho. Em mulher, o risco de virilizacao irreversivel reforca a recusa. A conduta correta e dieta e treino.

Grupo Formação MVR [2025-10-17]

MULHER

Mulher com implante de gestrinona e testosterona querendo somar oxandrolona

APRESENTAÇÃO

Paciente que já tem implante de gestrinona e implante de testosterona procura o médico querendo ainda fazer um ciclo com oxandrolona. O colega recusou pelo risco de virilização, e pergunta se alguém tem experiência diferente.

A QUESTÃO

Associar mais um androgênio em mulher que já usa gestrinona e testosterona em implante?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Stak considera a situação complicada e não assumiria a bronca de colega associando ainda mais hormônio. Primeiro precisaria saber a dosagem dos implantes e rodar exames para ver a situação hormonal. Se o resultado já não está satisfatório com testosterona e gestrinona, é muito provável que haja erro alimentar, de prescrição ou de treino, e isso tem que ser investigado a fundo antes de qualquer conduta nova. O risco de virilização com oxandrolona somada e alto e não se justifica.

EVIDÊNCIA

Não existe diagnóstico de hipoandrogenismo feminino e a testosterona em mulher se guia pela clínica, não por empilhamento: Davis SR. Climacteric 2025. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) · PMID 39819275 · Perfil de eficácia e segurança da oxandrolona (androgênio derivado de DHT): Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs 2004;64(7):725-750. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004) · PMID 15025546

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de EAA em mulher é vedado pela CFM 2.333/2023. Virilização (clitoromegalia, voz) pode ser irreversível, e a conduta diante de qualquer sinal é suspender. Somar androgênios não tem sinergia e multiplica risco; oxandrolona isolada, se houver, é mais segura.

Grupo Formação MVR [2021-03-01]

MULHER

Mulher com testosterona suprafisiologica e massa magra baixa

APRESENTAÇÃO

Mulher, 55 anos, menopausada há 5 anos, em uso de testosterona 5 mg com estradiol 1 mg tópico (1 pump/dia) e progesterona 100 mg oral, prescritos pela ginecologista, além de gabapentina, sertralina, eszopiclona, cálcio, ômega 3, vitamina D e creatina. Musculação 3 a 4x/semana, sem acompanhamento nutricional. Exames: testosterona total 848, testosterona livre 12,99, estradiol 925, FSH 78 numa coleta; em outra, testosterona total 252, estradiol 187, com bioimpedância mostrando IMC normal e massa muscular diminuída.

A QUESTÃO

A testosterona tão elevada pode ser só do uso transdérmico? E a massa magra baixa apesar dos hormônios?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Stak orienta suspender essa testosterona (valores suprafisiológicos para mulher, com provável erro de manipulação, por exemplo 5% em vez de 5 mg/mL, ou contaminação da coleta no braço de aplicação) e encaminhar a nutricionista competente e treinador alinhado. O ponto de fundo: hormônio não faz o trabalho do treino e da dieta; uma mulher que treina e faz dieta e está com massa magra baixa tem treino e dieta falhos. Alerta que a bioimpedância superestima massa muscular ao contabilizar a água da retenção, gerando falso positivo. Questiona a polifarmácia (gabapentina, sertralina, eszopiclona) num quadro dito sem comorbidades.

EVIDÊNCIA

A testosterona na mulher se restringe à via transdérmica em microdose para desejo sexual hipotivo pós-menopausa; níveis suprafisiológicos só agregam risco, sem substituir treino e dieta: Davis SR. Climacteric. 2025.
doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) / PMID 39819275.

RESSALVA LEGAL / CFM

A conduta relatada (testosterona em dose que gera nível suprafisiológico feminino) é inadequada, com risco de virilização. Testosterona em mulher é off-label, transdérmica e em microdose, com consentimento e prontuário.

Grupo Formação MVR [2024-10-04]

MULHER

Mulher em abuso de esteroides, massa magra superestimada e avaliacao cardiaca

APRESENTAÇÃO

Mulher com historico de cirurgia bariatrica, dona de hamburgueria, dieta pobre em vegetais e abaixo de 20 kcal/kg de peso, em uso de dois esteroides ha menos de 6 meses de retomada de treino (cerca de 2 anos de musculacao no total, com interrupcao). Bioimpedancia mostrando massa magra alta. Exames: Hb 15,6, ferritina 20, testosterona total 344 ng/dL e testosterona livre 5,42 ng/dL (faixa masculina em uma mulher), SHBG 47,6, estradiol 33, IGF-1 213, insulina 2,3, vitamina D 55,4, cintura 78 cm.

A QUESTÃO

Como interpretar a bioimpedancia e conduzir a mulher em abuso de esteroides?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak explica que a massa magra alta da bioimpedancia e em grande parte retencao hidrica, e que a dose de hormonio da paciente e maior do que a usada em transicao de genero, com testosterona em faixa laboratorial masculina. Indica avaliacao cardiaca ja, ainda mais pelo historico de obesidade e pelo abuso atual de esteroides. Aponta a incoerencia entre a suposta composicao corporal, a dieta hipocalorica (abaixo de 20 kcal/kg) e o abuso, e trata a paciente como quem deposita no esteroide toda a esperanca de resultado sem respeitar o processo. Para a ferritina baixa (20) faria reposicao de ferro parenteral (ferro sacarato IV, fracionado em varias aplicacoes com intervalo).

EVIDÊNCIA

Testosterona em mulher so tem indicacao formal no transtorno do desejo sexual hipoativo, niveis suprafisiologicos causam virilizacao: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) · PMID 31498871 · Reposicao de ferro intravenosa supera a via oral na deficiencia: Gordon M, et al. Cochrane Database Syst Rev 2021;1(1):CD013529. doi:[10.1002/14651858.CD013529.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013529.pub2) · PMID 33471939

RESSALVA LEGAL / CFM

O uso de esteroides para estetica e massa e vedado pela Resolucao CFM 2.333/2023, mais ainda na mulher pelo risco de virilizacao irreversivel (voz, clitoromegalia). Aqui a conduta e reducao de danos, avaliacao cardiaca e retirada do farmaco, nao legitimar o abuso. O tratamento da virilizacao e suspender o farmaco. Ferro IV exige contexto e monitoramento.

Grupo Formação MVR [2025-03-26]

MULHER

Mulher obesa amamentando querendo testosterona: nao e o caminho

APRESENTAÇÃO

Paciente obesa, amamentando bebe de 2,5 anos, nao quer parar a amamentacao para iniciar medicacao. A ginecologista sugeriu, com base em site, iniciar testosterona. Prolactina em valor normal.

A QUESTÃO

Faz sentido testosterona para essa mulher obesa e lactante melhorar disposicao e emagrecer?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak pensa da mesma forma que o grupo: testosterona nao tem indicacao nesse cenario, mesmo fora da amamentacao. Perguntou pela prolactina (estava normal) e foi direto: melhor dar cafeina do que testosterona para essa paciente. Alertou ainda para a pratica antietica de vender um composto unico como solucao milagrosa sem dizer o que realmente e. A conduta e nutricao e treino estruturados, nao hormonio.

EVIDÊNCIA

Davis SR. Climacteric 2025. PMID 39819275. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) (beneficio da testosterona na mulher restrito ao desejo sexual hipoativo pos-menopausa; sem respaldo para emagrecimento, disposicao ou uso em idade fertil).

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona para emagrecer ou dar disposicao em mulher e sem evidencia e, se estetico, vedado pela CFM 2.333/2023. Em lactante ha risco adicional. Prescricao com finalidade oculta fere a etica medica; a conduta correta e nutricao e treino.

Grupo Formacao MVR [2024-02-07]

MULHER

Mulher querendo ganho estético: clomifeno e testosterona não têm indicação

APRESENTAÇÃO

Paciente feminina, objetivo de ganho de massa muscular, com pele oleosa e receio de acne. Já fez ligadura tubária. Pergunta trazida pelo médico: entrar com clomifeno ou testosterona de base para elevar a testosterona dela?

A QUESTÃO

Clomifeno ou testosterona para ganho estético feminino?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak recusa as duas condutas: pensar em testosterona para melhoria estética feminina não tem sentido, e o caminho é nutricionista e treinador competentes, treinamento periodizado e nutrição adequada aos objetivos. Antes de qualquer intervenção hormonal, o médico precisa de segurança na fisiologia da hipertrofia e no controle de efeitos adversos. Ponto reforçado no grupo: clomifeno em mulher é indutor de ovulação (terapia de fertilidade), não droga estética; usá-lo fora disso expõe a paciente a risco (inclusive gestacional em quem não fez laqueadura) e o médico a responsabilização.

EVIDÊNCIA

Clomifeno em mulher é indutor de ovulação de primeira linha (infertilidade anovulatória, SOP), não recurso estético: Legro RS, et al. N Engl J Med. 2014;371(2):119-29. doi:[10.1056/NEJMoa1313517](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1313517) (PMID 25006718) · Terapia androgênica só se firma com sintoma e deficiência comprovada, não por objetivo estético: Bhasin S, et al. (Endocrine Society) J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715-1744. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229) (PMID 29562364)

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever testosterona ou clomifeno com fim estético ou de desempenho é vedado pela Resolução CFM 2.333/2023. Testosterona em mulher, além de off-label para esse fim, traz risco de virilização; o clomifeno feminino tem indicação restrita à indução de ovulação. Conduta correta: não medicalizar o objetivo estético.

Grupo Formação MVR [2024-12-15]

MULHER

Mulher saudável querendo massa: não ganha prescrição de esteroide

APRESENTAÇÃO

Mulher, 40 anos, 167 cm, 68,4 kg, 22,5% de gordura, boa definição muscular, 2 filhos, usuária de DIU há 3 anos, nunca usou hormônio, treina 5x/semana, alimentação cuidadosa, usa creatina. Deseja aumento de massa muscular e terapia hormonal.

A QUESTÃO

Cabe terapia hormonal para uma mulher saudável que só quer aumentar massa muscular?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak foi firme: precisa ajustar dieta e treino; se a dieta não é quantificada, está errada, e se não está tendo resultado, não está ajustada (erro de programação ou de execução). Esse perfil de paciente, saudável e sem necessidade real, jamais ganharia uma prescrição de esteroides na frente dele. Ele não faz do consultório uma loja de conveniência para o paciente ter o que quer; avalia as necessidades reais e não sai prescrevendo hormônio para qualquer um. Usar esteroide ali seria só retenção, sem sentido clínico. Encaminhou o ajuste com nutricionista.

EVIDÊNCIA

Davis SR. Climacteric 2025. PMID 39819275. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) (na mulher, testosterona só tem indicação respaldada no desejo sexual hipoativo pós-menopausa, nunca para massa/estética).

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever EAA/hormônio para ganho de massa ou estética é vedado pela Resolução CFM 2.333/2023; recusar é a conduta correta. O caso ensina o porteiro de entrada: base ajustada e necessidade clínica antes de qualquer hormônio.

Grupo Formação MVR [2024-10-23]

MULHER

Mulher sensível a hormônio e o hipertireoidismo iatrogeno do integrativo

APRESENTAÇÃO

Mulher, 44 anos, 61 kg, com queda de energia e dores articulares na segunda metade do ciclo, desânimo e dificuldade de recuperação muscular. Em 2018 um médico integrativo prescreveu T4, T3 e hidrocortisona, e ela teve hipertireoidismo medicamentoso (taquicardia, sudorese, insônia), demorou 1 ano para melhorar. Refere ser muito sensível a qualquer hormônio. Labs: TSH 1,2, T4 livre 0,9, testosterona total 32, estradiol 84, progesterona 10, prolactina 46, SHBG 66, homocisteína 78, anticorpos antitireoidianos negativos.

A QUESTÃO

Por onde conduzir essa paciente polissintomática e sensível a hormônios?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak começa, como sempre, por dieta e treino, e por alinhar expectativa e objetivos, antes de qualquer hormônio. O quadro prévio mostra o dano de medicalizar sem base, o esquema de T4, T3 e hidrocortisona por suposta fadiga adrenal gerou hipertireoidismo iatrogeno, condição que não se sustenta na evidência. A conduta é ajustar o básico e evitar repetir o erro de empilhar hormônio tireoidiano e corticoide. Vale notar a prolactina de 46, que, se confirmada, pede reavaliação (descartar macroprolactina antes de imagem), e a homocisteína elevada.

EVIDÊNCIA

Fadiga adrenal não existe como entidade, esquema de cortisol e hormônio tireoidiano sem indicação e iatrogeno: Cadegiani FA, Kater CE. Adrenal fatigue does not exist: a systematic review. BMC Endocr Disord 2016;16(1):48. doi:[10.1186/s12902-016-0128-4](https://doi.org/10.1186/s12902-016-0128-4), PMID 27557747

Grupo Formação MVR [2022-10-21]

MULHER

Nao associar esteroide a anticoncepcional hormonal na mulher

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre mulheres em oxandrolona que também usam anticoncepcional oral, com foco em acne e no argumento de alguns colegas de que seria preciso interromper o contraceptivo para melhorar o ganho de massa.

A QUESTÃO

Manter ou nao anticoncepcional hormonal junto com esteroide na mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak diz que nao gosta de associar hormonios com anticoncepcional, pelo potencial de efeitos adversos combinados. Relativiza o discurso teorico de que o contraceptivo prejudica a hipertrofia: em mulheres, na pratica a teoria costuma ser outra, e o ganho nao justifica somar riscos hormonais. A prioridade e nao empilhar exposicoes hormonais que aumentam efeitos adversos sem ganho clinico proporcional.

EVIDÊNCIA

Androgenio exogeno carrega sinal trombotico (mais embolia pulmonar no braco testosterona do TRAVERSE): Lincoff AM, et al. N Engl J Med. 2023. PMID 37326322; doi:[10.1056/NEJMoa2215025](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2215025), risco que se soma ao ja conhecido dos estrogenios do anticoncepcional. Em mulher, androgenio so tem indicacao formal no transtorno do desejo sexual hipoativo: Achilli C, et al. Fertil Steril. 2016. PMID 27916205; doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028).

RESSALVA LEGAL / CFM

Esteroides em mulher para estetica e vedado pela CFM 2.333/2023 e sempre off-label quando ha indicacao clinica (consentimento e prontuario). A conduta de nao combinar exposicoes hormonais e medida de seguranca.

Grupo Formacao MVR [2021-05-04]

MULHER

Não existe diagnóstico laboratorial de deficiência de testosterona na mulher

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre paciente com transtorno do desejo sexual hipotativo e testosterona baixa querendo usar oxandrolona. Traz-se um valor de testosterona de 0,11 e a dúvida se o valor abaixo da referência fecha deficiência.

A QUESTÃO

Testosterona baixa na mulher e diagnóstico de deficiência androgênica?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak esclarece que testosterona em mulher sem hiperandrogenismo e sempre baixa, e que não existe diagnóstico laboratorial de deficiência de testosterona em mulheres; na maioria dos laboratórios sérios nem há valor mínimo de referência feminino. A única indicação respaldada de testosterona na mulher é o transtorno do desejo sexual hipotativo, avaliado pela clínica, após excluir causas secundárias e otimizar o estrogênio, nunca pelo valor do exame.

EVIDÊNCIA

Benefício consistente da testosterona na mulher apenas no desejo sexual da pós-menopausa, sem critério bioquímico de deficiência: Davis SR. Climacteric 2025. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) · PMID 39819275 · Testosterona transdérmica 300 mcg/dia melhora eventos sexuais satisfatórios na pós-menopausa com TDSH: Achilli C, et al. Fertil Steril 2016. doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028) · PMID 27916205

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona em mulher é off-label, sem formulação aprovada no Brasil (fraciona-se a masculina), com consentimento e prontuário. Sem indicação em idade fértil. Não se trata de testosterona baixa pelo número.

Grupo Formação MVR [2021-11-16]

MULHER

Não existe testosterona baixa na mulher, e o efeito do anticoncepcional

APRESENTAÇÃO

Mulher, 30 anos, menstruação normal, em uso de anticoncepcional oral, com estradiol baixo e testosterona livre e total baixas, sem queixa de libido, mas com dificuldade de ganhar massa muscular. Colega pergunta se repõe esses hormônios.

A QUESTÃO

Reponho testosterona e estrogênio por causa desses valores baixos?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak é direto, testosterona livre e total não tem valores mínimos de referência na mulher, não existe testosterona baixa a diagnosticar. O estradiol baixo é esperado e é efeito clínico do próprio anticoncepcional, que suprime os androgênios e aumenta a SHBG, reduzindo a fração livre. A paciente que quer ganhar massa precisa de nutricionista e treinador, não de reposição hormonal com base num exame que não diagnostica nada.

EVIDÊNCIA

Anticoncepcional combinado reduz testosterona total e livre (queda de cerca de 61 por cento da livre) e eleva SHBG: Zimmerman Y, et al. Hum Reprod Update 2014;20(1):76-105. doi:[10.1093/humupd/dmt038](https://doi.org/10.1093/humupd/dmt038), PMID 24082040 · Ausência de diagnóstico de deficiência androgênica feminina: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871

Grupo Formação MVR [2022-05-03]

MULHER

Nao medicalizar antes da dieta, e o eixo suprimido pelo anticoncepcional

APRESENTAÇÃO

Mulher, 29 anos, prevencao e emagrecimento, com calorões ha 3 anos e libido baixa ha mais de 1 ano. Anticoncepcional (Ciclo 21) ha mais de 5 anos, uma aplicacao de betametasona (diprosan) ha 2 meses por lombociatalgia. Treino 3 a 4 vezes por semana sem rotina, dieta nao quantificada. Labs: estradiol menor que 12, FSH 0,3, LH 0,2, DHEA baixo, testosterona total menor que 10, DHT menor que 17, SHBG 181, cortisol 0,97. O colega prescreveu testosterona gel 3 mg, oxandrolona 2,5 mg e topiramato.

A QUESTÃO

Essa supressao geral dos hormonios sexuais justifica repor testosterona e oxandrolona?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak e contra essa medicalizacao antes de avaliar e tratar outras causas, ainda mais associacao de androgenios em mulher que ja usa anticoncepcional. Ele nao faria essa prescricao sem, no minimo, ter uma dieta quantificada e bem alinhada, porque a anamnese sequer traz a dieta. A supressao dos hormonios sexuais e hipofisarios e coerente com o uso cronico do anticoncepcional (que eleva a SHBG a 181 e derruba as gonadotrofinas) e a possivel influencia do corticoide recente sobre o cortisol, entao a conduta e corrigir a base e reavaliar, nao prescrever androgenio pela duvida.

EVIDÊNCIA

Anticoncepcional combinado eleva SHBG e suprime androgenios e gonadotrofinas: Zimmerman Y, et al. Hum Reprod Update 2014;20(1):76-105. doi:[10.1093/humupd/dmt038](https://doi.org/10.1093/humupd/dmt038), PMID 24082040 · Testosterona feminina nao se trata pelo valor do exame: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona e oxandrolona para estetica ou libido na mulher sao vedadas como prescricao pela Resolucao CFM 2.333/2023. Empilhar androgenios em mulher em anticoncepcional soma risco sem sinergia. Se houver uso, e reducao de danos com consentimento e Receita de Controle Especial (Lista C5).

Grupo Formacao MVR [2022-08-27]

MULHER

Osteoporose e sarcopenia na idosa: nandrolona isolada, nao empilhamento

APRESENTAÇÃO

Mulher, 67 anos, em tratamento de sobrepeso, osteoporose e sarcopenia com dinapenia. Menopausa ha mais de 10 anos, tentou TRH e nao se adaptou. Em uso de losartana com hidroclorotiazida, pitavastatina, ezetimiba, ibandronato 150 mg/mes, bupropiona com naltrexona (fumante) e semaglutida. Foi iniciada nandrolona (deca) 50 mg a cada 14 dias; um mes depois associou-se oxandrolona 2,5 mg/dia. Poucos dias apos, passou a referir fogachos. Ginecologia em dia, ultrassom transvaginal e preventivo sem alteracoes ha 6 meses.

A QUESTÃO

Faz sentido associar um segundo esteroide tao cedo? De onde vieram os fogachos em quem ja esta na pos-menopausa?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak enxuga o esquema: para osteoporose e sarcopenia manteria apenas a nandrolona, em dose clinica de 25 a 50 mg a cada 2 a 3 semanas, com treino e dieta bem ajustados. Considera arriscada a combinacao de esteroides em fumante e prematura a associacao de um segundo androgenio, sem tempo para observar desfecho clinico da nandrolona isolada. Explica os fogachos por desproporcao androgenio para estrogenio: a paciente nao tem fonte de estradiol (falencia ovariana) e esta com androgenios elevados, ainda por cima com farmacos que nao aromatizam (nandrolona e oxandrolona), logo o predominio androgenico sem contrapeso estrogenico pode disparar o sintoma vasomotor.

EVIDÊNCIA

Nandrolona decanoato 50 mg a cada 3 semanas aumentou densidade mineral ossea (coluna e colo femoral), massa magra e hemoglobina e reduziu fratura vertebral em idosas osteoporoticas: Frisoli A Jr, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(5):648-653. doi:[10.1093/gerona/60.5.648](https://doi.org/10.1093/gerona/60.5.648) (PMID 15972619). Nandrolona e oxandrolona nao aromatizam a estradiol (perfil que sustenta o raciocinio do desequilibrio androgenio para estrogenio): Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs. 2004. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004) (PMID 15025546).

RESSALVA LEGAL / CFM

Nandrolona e oxandrolona em mulher para osteoporose ou sarcopenia sao uso off-label: exigem consentimento informado e registro em prontuario, com monitoracao de virilizacao e perfil lipidico e hepatico. Sao Lista C5 (Portaria 344/1998). O uso e terapeutico (nao estetico), fora do veto da CFM 2.333/2023, mas nao substitui a terapia antirreabsortiva ja instituida.

Grupo Formação MVR [2022-04-03]

MULHER

Oxandrolona na mulher com sobrepeso e diabetes, emagrecer primeiro

APRESENTAÇÃO

Mulher ex-obesa, hoje com sobrepeso, bem engajada em dieta e treino, questionando o uso de oxandrolona para preservar massa magra no emagrecimento, com dúvida sobre piora de resistência insulínica pelos androgênios.

A QUESTÃO

Cabe oxandrolona para segurar massa magra nessa paciente?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: mulher com sobrepeso tem que emagrecer, não pensar em hipertrofia; a curto prazo os androgênios não pioram tanto a resistência insulínica, mas o foco é o peso. Ele tem mulheres diabéticas (DM2 e até DM1) em oxandrolona no consultório, porém apenas com as demais variáveis muito bem ajustadas, sobretudo dieta e treino. Em obesidade sarcopênica seria muito cauteloso e não prescreveria sem acompanhamento próximo.

EVIDÊNCIA

Efeitos metabólicos e lipídicos dos EAA e cautela em mulher: Hartgens F, Kuipers H. Sports Med. 2004. doi:[10.2165/00007256-200434080-00003](#) (PMID 15248788). Uso de antiandrogênio/androgênio e manejo em mulher: Goodman NF, et al. Endocr Pract. 2015. doi:[10.4158/EP15748.DSC](#) (PMID 26509855).

RESSALVA LEGAL / CFM

Oxandrolona na mulher é off-label e, com finalidade estética, esbarra na CFM 2.333/2023. Risco de virilização e de piora lipídica; em diabética exige monitoramento. Prioridade é o emagrecimento.

Grupo Formação MVR [2022-03-17]

Oxandrolona na mulher: dose única diária pré-treino

APRESENTAÇÃO

Mulher, 176 cm, 76,2 kg, 28,5% de gordura, sem comorbidades. Já usou oxandrolona 0,2 mg/kg de 8 em 8 horas por 4 semanas e suspendeu por aumento de acne. Em cut, treina 6x/semana. Exames normais. O médico pergunta a melhor forma de reintroduzir e se há teto de dose.

A QUESTÃO

Como dosar oxandrolona na mulher para reduzir colateral, e faz sentido o teto de 70 mg/semana?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak usaria oxandrolona 0,1 a 0,2 mg/kg de peso em dose única diária, cerca de 1 hora antes do treino, para concentrar o pico androgênico no treino. Na casuística dele há mais tolerância e menos colateral com a tomada única do que fracionando, que foi justamente o que deu acne na paciente. Não viu sentido no teto rígido de 70 mg/semana como regra. Como alternativa, citou nandrolona 25 mg/semana. Não associa um segundo androgênico: mesmo receptor, sem sinergia, e na vigência de colateral suspenderia os dois.

EVIDÊNCIA

de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. PMID 32163916. doi:[10.1530/EC-19-0557](#) · Havnes IA, et al. Anabolic-androgenic steroid use among women: a qualitative study. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](#) (virilização dose-dependente na mulher).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de EAA em mulher é vedado como finalidade estética pela CFM 2.333/2023; a conduta é redução de danos a quem já decidiu usar. Oxandrolona e nandrolona em mulher são off-label, exigem consentimento e prontuário, e acompanhamento de lipídios, função hepática e hematócrito. Rastrear virilização a cada consulta e suspender ao primeiro sinal.

Grupo Formação MVR [2022-10-21]

Oxandrolona não causa endometriose

APRESENTAÇÃO

Paciente atleta em oxandrolona 6 mg/dia (uso estético, sem queixas menstruais) cujo ginecologista atribuiu uma suspeita de endometriose ao uso da oxandrolona, alarmando a paciente. Relata inclusive redução de fluxo com a droga.

A QUESTÃO

Há relação entre oxandrolona e endometriose?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: não há relação entre endometriose e oxandrolona; a fisiopatologia da endometriose não tem nexo com o androgênio, e atribuir uma à outra é desinformação. Pelo contrário, o androgênio reduz o fluxo menstrual, o que até poderia melhorar um quadro de endometriose, e drogas androgênicas como danazol e gestrinona são classicamente usadas nessa doença. Se houvesse queixa clínica menstrual, a discussão seria outra (gestrinona para adenomiose e miomatose, por exemplo), mas o uso aqui é estético e sem sintoma ginecológico. Conduta: não suspender por um nexo inexistente e não deixar o colega mal informado virar a paciente contra o prescritor.

EVIDÊNCIA

Becker CM, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open 2022;2022(2):hoac009. PMID 35350465. doi:[10.1093/hropen/hoac009](https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009) (tratamento hormonal da endometriose; androgênios como danazol/gestrinona reduzem atividade endometrial).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético de oxandrolona em mulher é off-label e vedado como finalidade estética pela CFM 2.333/2023; a conduta é redução de danos, com rastreio de virilização e consentimento. Não há indicação de suspender por suspeita de endometriose sem nexo.

Grupo Formação MVR [2023-10-12]

MULHER

Oximetolona 10 mg/dia na mulher é dose alta

APRESENTAÇÃO

Médico relata mulher em oxandrolona 10 mg/dia que abriu acne; ele trocou por oximetolona (hemogenin) na mesma dose e a acne melhorou quase 100%. A paciente é atleta em preparação para wellness.

A QUESTÃO

Oximetolona 10 mg/dia é uma dose adequada para mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: 10 mg de oximetolona para mulher é bem alto; ele dificilmente chega lá, só com atleta já fez. Para a paciente comum não há necessidade. Como é atleta em preparação, entra na faixa em que ele eventualmente usa. Deu o parâmetro real da própria prática: numa última preparação que auxiliou, usou apenas 2,5 mg de oximetolona/dia, e no off apenas 50 mg de nandrolona a cada 10 dias. O que mandou no resultado foi a dieta, com até 40 cardápios em 32 dias de finalização e ajuste diário. O recado: dose de esteroide na mulher é baixa, e quem entrega o palco é a dieta, não a droga.

EVIDÊNCIA

Hengge UR, et al. Oxymetholone for HIV-wasting. HIV Clin Trials 2003;4(3):150-63. PMID 12815555.

doi:[10.1310/hct.2003.4.3.002](#) (oximetolona é potente e hepatotóxica, atividade androgênica alta) · Havnes IA, et al. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](#) (virilização dose-dependente na mulher).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso estético e competitivo de EAA em mulher é vedado como finalidade estética e de desempenho pela CFM 2.333/2023; conduta de redução de danos, com consentimento, prontuário e rastreio de virilização. Oximetolona tem alto potencial de virilização e hepatotoxicidade; suspender ao primeiro sinal. EAA são Lista C5 (Portaria 344/1998).

Grupo Formação MVR [2023-01-14]

Perda de libido em mulher usuaria de oxandrolona

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre mulher em uso de oxandrolona a longo prazo, isoladamente, com queixa de perda de libido, e sobre associar testosterona gel. Uma colega relatou paciente de 60 anos com testosterona gel manipulada 20 mg/g prescrita por outro médico, testosterona dosada em 110 ng/dL e libido zero apesar da reposição.

A QUESTÃO

A queixa de baixa libido feminina deve ser atribuída ao esteroide, ou tratada com mais testosterona?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak orienta investigar outras causas. Não faz sentido pensar que a perda de libido feminina tenha o esteroide como fator causal. A libido na mulher é multifatorial (psicológico, autoestima, estresse, relação conjugal, sono) e a testosterona é a última coisa a se pensar. Não existe diagnóstico de hipoandrogenismo feminino pelo valor do exame; a única indicação respaldada de testosterona na mulher é o transtorno do desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, após excluir causas secundárias e otimizar o estrogênio.

EVIDÊNCIA

O benefício da testosterona na mulher se restringe ao desejo sexual hipoativo na pós-menopausa; demais indicações permanecem incertas: Davis SR. Climacteric. 2025. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) / PMID 39819275. Metanálise de testosterona transdérmica (300 mcg/dia) para TDSH: Achilli C, et al. Fertil Steril. 2016. doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028) / PMID 27916205.

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona em mulher é off-label (sem formulação aprovada no Brasil), exige consentimento e prontuário, e via transdérmica em microdose. Prescrever testosterona para libido feminina sem indicação formal, esperando resolver causa psicossocial, é conduta inadequada.

MULHER

Perfil hormonal alterado pelo anticoncepcional, não pelo EAA

APRESENTAÇÃO

Mulher, 24 anos, 163 cm, 66 kg, quer secar. Queixas: indisposição, baixa libido, sono ruim, queda de cabelo. Histórico: SOP, intolerância à lactose, enxaqueca, asma, compulsão alimentar, depressão prévia, isotretinoína 4 vezes (parou há 7 meses). Em uso de anticoncepcional oral contínuo (etinilestradiol com gestodeno) e multivitamínico. Usou estanozolol underground 50 mg em dias alternados por 2 meses, parou há 6 meses por acne e queda de cabelo. Alimentação irregular. Exames: SDHEA 138, estradiol menor que 15, FSH 3,07, LH 0,23, progesterona 0,28, prolactina 5,87, SHBG 154,4, testo livre 0,056, testo total menor que 10.

A QUESTÃO

Esse perfil hormonal é inibição do eixo pelo EAA ou efeito do anticoncepcional?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: é o anticoncepcional, não inibição pelo EAA. O ACO eleva a SHBG (aqui 154,4) e derruba a testosterona livre, explicando o padrão laboratorial. O responsável pelas queixas é a alimentação ruim, não o hormônio. A orientação é pensar no básico primeiro (dieta, sono), sem atribuir tudo a hormônio.

EVIDÊNCIA

Bhasin S, et al. J Clin Endocrinol Metab 2018;103(5):1715-1744. PMID 29562364. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229) (estrogênio oral eleva SHBG e reduz testosterona livre; interpretação da testosterona livre exige método adequado).

RESSALVA LEGAL / CFM

Não existe diagnóstico de hipoandrogenismo feminino pelo valor do exame; não se trata testosterona baixa em mulher por número. O uso prévio de estanozolol por finalidade estética em mulher é o que a CFM 2.333/2023 veda prescrever; aqui a atuação é orientação e redução de danos.

Grupo Formação MVR [2022-06-22]

MULHER

Pos-bariátrica com dieta abaixo do basal: falta o FSH e sobra restrição

APRESENTAÇÃO

Mulher, 57 anos, 167 cm, 77 kg, BF 39,1%. Quer emagrecer e melhorar disposição e libido. Pos-histerectomia (1998), bariátrica e colecistectomia (2007). Há 5 semanas com nutricionista, cerca de 1250 kcal/dia. Exames com testosterona total 20,64, estradiol menor que 10, vitamina D 18,7. Sem FSH no painel. O colega pensou em testosterona gel para desejo hipotativo e repor estradiol.

A QUESTÃO

Como conduzir os sintomas dessa mulher com estradiol baixo, sem FSH e dieta muito restrita?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak apontou primeiro o buraco: falta o FSH, necessário para fechar o diagnóstico (confirmar pos-menopausa). E marcou o erro de base: a dieta está abaixo do basal, com cerca de 16 kcal/kg de peso, um padrão de baixa disponibilidade energética que por si só derruba estradiol e libido. Antes de repor hormônio, atender e examinar a paciente, corrigir a disponibilidade energética (trocar de nutricionista se preciso) e repor vitamina D. Só depois discutir reposição, com o eixo caracterizado.

EVIDÊNCIA

Mountjoy M, et al. 2023 IOC consensus statement on Relative Energy Deficiency in Sport (REDs). Br J Sports Med 2023. PMID 37752011. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994) (baixa disponibilidade energética, tipicamente abaixo de 30 kcal/kg de massa magra, suprime o eixo por via hipotâmica). Lumsden MA, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (FSH para confirmar transição menopausal).

Grupo Formação MVR [2024-03-08]

Preparo de atleta Wellness feminina apenas com esteroides orais

APRESENTAÇÃO

Discussão sobre preparo de mulher atleta de fisiculturismo, categoria Wellness, e se e possível obter volume e definição apenas com oxandrolona. Dr. Staak relata duas atletas Wellness que preparou recentemente.

A QUESTÃO

Da para preparar uma Wellness so com oxandrolona? Que farmacos a categoria costuma exigir?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak afirma que da para preparar a categoria com esteroides orais isolados (oxandrolona, oximetolona e nandrolona), sem empilhar: as duas atletas que preparou usaram oxandrolona e oximetolona apenas, em momentos distintos e nunca associadas. Uma delas estava com oxandrolona 7,5 mg/dia e dieta em superavit forte (cerca de 3000 kcal), e melhorou com menos farmaco acumulado e troca de treinador. Reforça que volume e tempo de treino e dieta, nenhum farmaco fornece maturidade muscular, e que na Wellness a feminilidade e criterio de pontuacao, o que reforca dose baixa e monodroga.

EVIDÊNCIA

Oxandrolona e o esteroide oral com melhor razao risco para beneficio e maior base de estudos para uso anabolico, favorecendo monodroga na mulher: Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs. 2004;64(7):725-750. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004) (PMID 15025546). Nao associar dois androgenios na mulher (mesmo receptor, sem sinergia, e na vigencia de colateral suspende-se os dois).

RESSALVA LEGAL / CFM

Preparo estetico ou competitivo com EAA e vedado pela CFM 2.333/2023 (estetica e desempenho); a atuacao defensavel e reducao de danos em quem ja compete e vai usar, com dose minima, monodroga e monitoracao de virilizacao e perfil lipidico e hepatico. Oxandrolona e oximetolona sao Lista C5 (Portaria 344/1998), uso off-label na mulher com consentimento e prontuario.

Grupo Formação MVR [2022-08-27]

MULHER

Progesterona é proteção endometrial, e o Mirena conta

APRESENTAÇÃO

Colega pergunta se a mulher com DIU de levonorgestrel (Mirena) que vai receber estrogênio precisa de progesterona oral adicional, e se a histerectomizada precisa de progesterona.

A QUESTÃO

Quem precisa de progesterona junto com o estrogênio, e o Mirena substitui?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak define o papel, progesterona ou progestagênio é proteção endometrial, não equilíbrio. Só é obrigatória em mulher com útero intacto que recebe estrogênio sistêmico, para prevenir hiperplasia e câncer de endométrio. O levonorgestrel liberado pelo Mirena já faz essa proteção endometrial, então a mulher com Mirena que passa a usar estrogênio não precisa somar progesterona oral. A histerectomizada não tem endométrio a proteger e recebe estrogênio sem oposição, dispensando progesterona. Quando é preciso opor, progesterona micronizada oral, 200 mg por dia em 12 a 14 dias por mês no esquema cíclico, que gera sangramento programado, ou 100 mg por dia contínuo, sem sangramento. O peso da evidência vem do PEPI, estrogênio isolado gerou hiperplasia endometrial expressiva contra quase nada quando se adicionou progestagênio.

EVIDÊNCIA

Proteção endometrial pelo progestagênio associado ao estrogênio: PEPI Trial (Writing Group for the PEPI Trial). JAMA 1996;275(5):370-375. doi:[10.1001/jama.1996.03530290040035](https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530290040035), PMID 8569016

Grupo Formação MVR [2022-07-05]

MULHER

Prolactina muito elevada: imagem antes de tratar

APRESENTAÇÃO

Mulher, 28 anos, 52 kg, 1,58 m, com amenorreia, insônia e alteração de humor. Nega uso de hormônios ou anticoncepcional (parou há 2 anos). Havia dosado prolactina 903 ng/mL um ano antes e usou cabergolina prescrita por outra médica, interrompida por conta própria. Exames atuais: prolactina 96,4, FSH 9,1, LH 9,44, estradiol 35,8, testo total 16, SHBG 70,4, TSH 3,55, T4 livre 0,92, beta-hCG negativo.

A QUESTÃO

Como conduzir a hiperprolactinemia e a amenorreia?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: usar cabergolina sem imagem de hipófise foi um erro; investigaria a hipófise, pois pode ser cirúrgico. Prolactina acima de 500 fora de gestação é adenoma até prova em contrário; alguns regridem com cabergolina, outros deixam lesão residual que exige abordagem cirúrgica. Com FSH 9,1 a paciente não está menopausada; a amenorreia é provavelmente da hiperprolactinemia.

EVIDÊNCIA

Melmed S, et al. J Clin Endocrinol Metab 2011;96(2):273-88. PMID 21296991. doi:[10.1210/jc.2010-1692](https://doi.org/10.1210/jc.2010-1692) (prolactina muito elevada sugere macroprolactinoma; ressonância de hipófise e agonista dopaminérgico com seguimento).

RESSALVA LEGAL / CFM

A conduta prévia de tratar com cabergolina sem ressonância de hipófise foi inadequada; o casebook registra o certo, imagem antes de tratar hiperprolactinemia significativa.

Grupo Formação MVR [2024-03-11]

MULHER

Queda de cabelo apos creme de oxandrolona usado em excesso

APRESENTAÇÃO

Mulher, 41 anos, sem historico de problema capilar, com queda de cabelo intensa e de inicio subitito. Ha 3 meses usou um creme prescrito para celulite a base de oxandrolona 20 mg, centella e nicotinato de metila, aplicando 4 a 6 pumps por vez em vez de 1. Exames hormonais atuais normais. O nutrologo anterior prescreveu ainda hidrocortisona 10 mg.

A QUESTÃO

A queda de cabelo tem relacao com o creme de oxandrolona, e ha como cortar esse efeito?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: o quadro atual e o resultado do pico androgenico do farmaco tres meses antes, acelerando principalmente o efluvio telogeno. Como a droga ja foi depurada, nao ha o que cortar de forma aguda; ele dosaria os hormonios androgenicos para ver se cabe um antiandrogenico que reduza o efeito no couro cabeludo, enquanto se trata a alopecia estimulando novo ciclo capilar e se aguarda a fase anageno. Foi taxativo sobre as prescricoes sem sentido do colega anterior (a hidrocortisona e a propria oxandrolona transdermica para celulite), que existem para gerar comissao de farmacia, e orientou suspender.

EVIDÊNCIA

Havnes IA, et al. Anabolic-androgenic steroid use among women. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](#) (alopecia entre os sinais de virilizacao androgenica, dose-dependente). de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. PMID 32163916. doi:[10.1530/EC-19-0557](#) (farmacologia da oxandrolona).

RESSALVA LEGAL / CFM

Oxandrolona transdermica para celulite e uso estetico sem racional, vedado pela CFM 2.333/2023 e off-label; a conduta e suspender e reduzir danos. EAA sao Lista C5 (Portaria 344/1998). Prescricao para gerar comissao de farmacia fere a etica medica.

Grupo Formacao MVR [2024-06-28]

MULHER

Queda de cabelo por EAA na mulher: espironolactona, não finasterida

APRESENTAÇÃO

Mulher com uso abusivo de esteroides (oxandrolona 20 mg/dia mais 1 Deca por semana) que evoluiu com queda de cabelo. O médico pensou em saw palmetto mais dutasterida oral e pergunta o que fazer além de suspender.

A QUESTÃO

Como manejar a alopecia androgênica na mulher usuária de EAA?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: inibir a 5-alfa-redutase (finasterida, dutasterida, saw palmeto) não vai adiantar, porque a oxandrolona já é um esteroide reduzido, não dependente da 5-alfa-redutase, e a própria nandrolona se converte em di-hidronandrolona, menos androgênica e de baixa afinidade pelo receptor. O caminho é usar espironolactona como antiandrogênico, até 200 mg/dia, que em geral resolve, sempre suspendendo o esteroide, que é a causa. Ciproterona poderia ser usada, embora ele não tenha experiência com a combinação. Sem retirar o agente causal, nenhum bloqueio periférico segura a alopecia.

EVIDÊNCIA

Aguilar Medina DA, et al. Spironolactone in dermatology. Dermatol Ther 2022;35(5):e15321. PMID 35038224. doi:[10.1111/dth.15321](#) (espironolactona como antiandrogênico em alopecia e hiperandrogenismo) · Goodman NF, et al. AACE/AES PCOS guideline. Endocr Pract 2015;21(11):1291-300. PMID 26509855. doi:[10.4158/EP15748.DSC](#).

RESSALVA LEGAL / CFM

Espironolactona antiandrogênica nesse cenário é off-label (consentimento e prontuário). Uso estético de EAA em mulher é vedado como finalidade estética pela CFM 2.333/2023; a conduta é redução de danos e suspensão do agente. Rastrear virilização, que na voz e no clitóris pode ser irreversível.

Grupo Formação MVR [2023-03-18]

Rouquidao apos durateston na mulher: virilizacao que nao volta

APRESENTAÇÃO

Mulher com rouquidao apos 10 aplicacoes de durateston por conta propria, indicada pelo marido personal para competicao de crossfit. Vai iniciar acompanhamento e o colega pergunta se ha alternativa medicamentosa para a rouquidao.

A QUESTÃO

Ha tratamento farmacologico para a rouquidao induzida por testosterona na mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: nao ha tratamento farmacologico para a rouquidao; o caminho e parar o quanto antes. O engrossamento de voz e virilizacao potencialmente irreversivel, o que reforca comecar baixo e desmamar cedo ao primeiro sinal, mas aqui o dano ja se instalou. Diante do uso suprafisiologico por conta propria, orientou pedir avaliacao cardiaca avancada: ecocardiograma com strain e trabalho miocardico e ergoespirometria, e, se possivel, MAPA e VOP, pela suspeita de dano cardiovascular.

EVIDÊNCIA

Havnes IA, et al. Anabolic-androgenic steroid use among women. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102876) (virilizacao dose-dependente, com voz e clitoromegalia potencialmente irreversiveis).
Baggish AL, et al. Circulation 2017;135(21):1991-2002. PMID 28533317. doi:[10.1161/CIRCULATIONAHA.116.026945](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.026945) (cardiotoxicidade do uso ilicito de EAA).

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso de durateston para desempenho/estetica em mulher e vedado pela CFM 2.333/2023; a atuacao e reducao de danos em quem ja usou, com suspensao e investigacao cardiaca. EAA sao Lista C5 (Portaria 344/1998). Virilizacao instalada pode ser irreversivel: a conduta e suspender, nao tratar o colateral.

Grupo Formacao MVR [2024-11-13]

MULHER

Rouquidão apos uso de durateston em mulher

APRESENTAÇÃO

Mulher que fez 10 aplicacoes de durateston por conta propria (orientada pelo marido, personal, para competicao de crossfit) evoluiu com rouquidão. Duvida sobre alternativa medicamentosa.

A QUESTÃO

Ha tratamento farmacologico para a rouquidão induzida por androgenios?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak e direto: nao existe tratamento farmacologico para a rouquidão; a conduta e parar o quanto antes. O engrossamento de voz por androgenios pode ser irreversivel, diferentemente de acne e alopecia, que tendem a regredir apos a suspensao. Por isso, em mulher, comeca-se baixo e desmama-se ao primeiro sinal de virilizacao. Marca que o uso foi inadequado ao brincar que, se o objetivo fosse transicao de genero, estaria no caminho certo.

EVIDÊNCIA

A virilizacao vocal por androgenios em mulher pode ser irreversivel; o beneficio androgenico feminino respaldado restringe-se ao desejo sexual hipoativo pos-menopausa em microdose transdermica: Davis SR. Climacteric. 2025.
doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) / PMID 39819275.

RESSALVA LEGAL / CFM

Uso de EAA por mulher com finalidade de desempenho e vedado pela Resolucao CFM 2.333/2023 e foi feito por conta propria; a conduta e suspensao imediata (reducao de danos). Durateston e Lista C5.

Grupo Formação MVR [2024-11-13]

MULHER

Rouquidão por nandrolona na mulher pode ser irreversível

APRESENTAÇÃO

Mulher que usou Deca 50 mg/semana por 12 semanas (prescrita por médico anterior), com rouquidão como única queixa. Já suspendeu. O médico entrou com espironolactona e pergunta se a alteração de voz reverte.

A QUESTÃO

O engrossamento de voz por nandrolona reverte, ou vira permanente?

CONDUTA DO DR. STAAK

A condução do grupo: diferente de acne e queda de cabelo, que regredem, a voz é mais delicada. No início há edema das cordas vocais, potencialmente reversível; com o tempo o tecido fibrosa e a alteração se torna permanente, assim como a clitoromegalia. Três meses de nandrolona nessa dose já configuram risco real de mudança irreversível; pode melhorar um pouco ao suspender, mas não há garantia de retorno. A conduta central é a suspensão imediata do EAA ao primeiro sinal de virilização, exatamente por essa janela estreita entre o reversível e o permanente. A espironolactona ajuda no componente androgênico, mas não desfaz fibrose instalada.

EVIDÊNCIA

Havnes IA, et al. Anabolic-androgenic steroid use among women: masculinizing, gonadal and sexual effects. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102876) (engrossamento de voz e clitoromegalia como efeitos potencialmente irreversíveis) · de Ronde W, Smit DL. Endocr Connect 2020;9(4):R102-R111. PMID 32163916. doi:[10.1530/EC-19-0557](https://doi.org/10.1530/EC-19-0557).

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever nandrolona a mulher com finalidade estética é vedado pela CFM 2.333/2023, ainda mais por seu alto potencial de virilização; o caso reforça o erro do prescritor anterior. Conduta correta é redução de danos, suspensão imediata ante virilização e consentimento informado.

Grupo Formação MVR [2023-03-20]

Sangramento no início da terapia hormonal da menopausa

APRESENTAÇÃO

Mulher no climatério iniciou terapia hormonal com estradiol em gel, 0,5 mg por dia, e progesterona micronizada oral 100 mg, com ultrassonografia transvaginal prévia normal, e apresentou sangramento vaginal logo no início.

A QUESTÃO

Sangramento no início da reposição é esperado ou sinal de alarme?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak tranquiliza com ressalva. Sangramento e escape ocorrem em quase todas as mulheres em regime cíclico de estrogênio e progestagênio e são comuns nos primeiros meses de um regime contínuo, então no começo costuma ser esperado. Mas ele não deixa passar, sangramento uterino anormal tem várias causas e não se pode comer bola. A regra é organizar a investigação pela classificação FIGO PALM-COEIN quando o sangramento é persistente ou atípico, e todo sangramento pós-menopausa, mesmo em vigência de reposição, obriga avaliação endometrial, é câncer de endométrio até prova em contrário. No caso, com imagem recente normal e início de tratamento, a princípio é esperado, mantendo vigilância.

EVIDÊNCIA

Investigação estruturada de sangramento uterino anormal pela classificação FIGO: Munro MG, et al. (FIGO) The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding, 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet 2018;143(3):393-408. doi:[10.1002/ijgo.12666](https://doi.org/10.1002/ijgo.12666), PMID 30198563

Grupo Formação MVR [2023-05-30]

Sarcopenia na idosa com estrogênio contraindicado: sequenciar antes de nandrolona

APRESENTAÇÃO

Mulher, 65 anos, sarcopenia comprovada, já em treino e dieta ajustada, acompanhada há 6 meses. Reposição hormonal contraindicada por nódulo mamário benigno de 20 anos, com acompanhamento estável, e a paciente recusa a reposição estrogênica. O colega considera nandrolona pela baixa conversão em estrogênio e pede embasamento.

A QUESTÃO

Cabe nandrolona na sarcopenia da idosa quando o estrogênio está contraindicado ou recusado?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak deixou a ordem clara: reposição hormonal vem primeiro, junto com ajuste nutricional e de treino; só depois se avalia a necessidade de mais fármacos. Não há estudo específico da nandrolona nessa situação, mas por validade interna e externa ela pode ser utilizada, e a baixa aromatização a torna atraente quando o estrogênio está contraindicado. Como a base já está ajustada e o estrogênio foi recusado, a nandrolona vira opção razoável e embasada para a sarcopenia.

EVIDÊNCIA

Frisoli A, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60(5):648-53. PMID 15972619. doi:[10.1093/gerona/60.5.648](https://doi.org/10.1093/gerona/60.5.648) (nandrolona aumentou massa magra e DMO em mulheres idosas com osteoporose). Havnes IA, et al. Int J Drug Policy 2021;95:102876. PMID 32736958. doi:[10.1016/j.drugpo.2020.102876](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102876) (virilização dose-dependente na mulher: monitorar).

RESSALVA LEGAL / CFM

Nandrolona na sarcopenia é indicação terapêutica, mas off-label nesse contexto; exige consentimento, prontuário e monitorar sinais de virilização, lipídios e hematócrito, suspendendo ao primeiro sinal. EAA são Lista C5 (Portaria 344/1998), Receita de Controle Especial em duas vias.

Grupo Formação MVR [2024-05-02]

Sobrevivente de câncer de mama com sintomas, sem hormônio sistêmico

APRESENTAÇÃO

Mulher, 36 anos, câncer de mama receptor de estrogênio positivo tratado há 2 anos com 16 sessões de quimioterapia, em anastrozol diário e com bloqueio ovariano planejado por mais 3 anos. Queixa de libido zero e ressecamento vaginal, pedindo ajuda para qualidade de vida.

A QUESTÃO

Posso oferecer terapia hormonal para essa paciente?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak é taxativo, é impossível pensar em hormônio sistêmico nesse contexto. Antecedente pessoal de câncer de mama, ainda mais receptor positivo e sob inibidor de aromatase, é contraindicação. A leitura crítica dos dois ensaios suecos, ambos interrompidos cedo, explica o porquê, o HABITS mostrou aumento de recorrência com terapia hormonal, risco relativo 3,3, e o Stockholm, que minimizou o progestagênio, não mostrou excesso global mas teve mais câncer contralateral. A abordagem é não hormonal, dieta, treino, apoio de psicólogo e de sexólogo. Para a síndrome geniturinária, hidratantes e lubrificantes não hormonais em primeira linha, estrogênio vaginal de baixa dose só para sintoma refratário e em decisão compartilhada com a oncologia. Fitoterápicos não mostram eficácia consistente.

EVIDÊNCIA

Holmberg L, et al. (HABITS) Lancet 2004;363(9407):453-455. doi:[10.1016/S0140-6736\(04\)15493-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15493-7), PMID 14962527 · Fahlén M, et al. (Stockholm) Eur J Cancer 2013;49(1):52-59. doi:[10.1016/j.ejca.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.07.003), PMID 22892060 · Alternativas para síndrome geniturinária: Danan ER, et al. Ann Intern Med 2024;177(10):1400-1414. doi:[10.7326/ANNALS-24-00610](https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-00610), PMID 39250810

RESSALVA LEGAL / CFM

Terapia hormonal sistêmica é contraindicada no antecedente pessoal de câncer de mama. A evidência vem de ensaios fechados precocemente, então qualquer medida local é decisão compartilhada com a oncologia e documentada.

Grupo Formação MVR [2023-06-17]

MULHER

Suspender testosterona em mulher com SOP hiperandrogenica

APRESENTAÇÃO

Mulher, 22 anos, com SOP hiperandrogenica e muito hirsutismo, em investigacao de nodulos de tireoide e de hemangioma gigante de figado, com queixa de baixa libido e cansaco (provavelmente por disturbio tireoidiano). Um colega prescreveu testosterona em gel e um protocolo de injetaveis, com plano de passar para testo injetavel. O medico questiona se ha indicacao.

A QUESTÃO

Testosterona resolve a baixa libido de uma mulher com hiperandrogenismo?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak e direto: testosterona em gel para mulher com hiperandrogenismo esta errado, suspende tudo. Repor androgenio numa SOP hiperandrogenica piora o hiperandrogenismo e o metabolismo glicemico; a queixa de libido tem muito mais a ver com o disturbio tireoidiano e com o incomodo estetico do hiperandrogenismo do que com deficiencia androgenica.

EVIDÊNCIA

Testosterona em mulher indicada apenas no desejo sexual hipoativo da pos-menopausa, apos excluir outras causas; sem indicacao em hiperandrogenismo: Davis SR, et al (Global Consensus Position Statement). J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) · PMID 31498871

RESSALVA LEGAL / CFM

A unica indicacao de testosterona em mulher e o desejo sexual hipoativo na pos-menopausa apos excluir outras causas; em hiperandrogenismo e contraindicada. Prescricao com finalidade estetica e vedada (CFM 2.333/2023). Aqui a conduta correta e suspender o que foi prescrito por outro.

Grupo Formação MVR [2023-03-09]

Terapia hormonal não se suspende só pela idade

APRESENTAÇÃO

Aluna pergunta, com base em aula, se a terapia hormonal deve ser limitada a 5 anos ou suspensa aos 60, e se já houve paciente que precisou passar disso.

A QUESTÃO

Preciso interromper a reposição em 5 anos ou aos 60?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak trata além dos 5 anos e explica por quê. A regra dos 5 anos e do teto de 60 está ultrapassada e nunca se baseou em desfecho. Os sintomas vasomotores persistem em média 7 a 10 anos, e em parte das mulheres 10 a 20 anos após a última menstruação. Na mulher sem risco aumentado de câncer de mama ou doença cardiovascular, o benefício supera o risco quando se inicia dentro da janela de oportunidade, antes dos 60 anos ou em até 10 anos de menopausa. Uso além dos 60 a 65 anos é razoável quando médica e paciente concordam que o alívio supera o risco, sempre na menor dose eficaz, com reavaliação periódica e plano de tentar retirar no futuro. A transição da menopausa acelera o risco cardiovascular, o que reforça iniciar na janela e preferir a via transdérmica, sem que a reposição substitua a prevenção cardiovascular clássica. Menopause Society, ACOG e a diretriz europeia são explícitas, não descontinuar apenas pela idade.

EVIDÊNCIA

Individualização e não descontinuar pela idade: Lumsden MA, van Hulsteijn LV, et al. ESE menopause guideline. Eur J Endocrinol 2025 (publicado em 13/10/2025) · Aceleração do risco cardiovascular na transição menopausal: El Khoudary SR, et al. (AHA Scientific Statement) Circulation 2020;142(25):e506-e532. doi:[10.1161/CIR.0000000000000912](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912), PMID 33251828

Grupo Formação MVR [2022-07-05]

Teste terapeutico com oxandrolona em mulher com Behcet e deficiencia androgenica

APRESENTAÇÃO

Mulher com doenca de Behcet, crises mensais com uso de corticoide, dor diaria, queixa de libido muito baixa e incapacidade de ganhar massa muscular apesar de dieta e treino diario. Testosterona total de 19, estradiol 140, progesterona 0,22, sem outras alteracoes laboratoriais, inclusive as da reumatologia.

A QUESTÃO

Ha espaco para androgenio em mulher com queixa de deficiencia androgenica e sem hiperandrogenismo?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak faria um teste terapeutico com oxandrolona 0,1 a 0,2 mg/kg de peso para avaliar. O racional: a paciente nao tem hiperandrogenismo e tem queixa clinica compativel com deficiencia androgenica, entao um teste com oxandrolona isolada e razoavel, sempre lembrando que parte do quadro (dor, libido) e da propria doenca em atividade e cabe ajuste conjunto com a reumatologia.

EVIDÊNCIA

Oxandrolona isolada, o androgenio mais estudado, em dose de cerca de 0,1 mg/kg/dia, com boa tolerancia e seguranca: Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs 2004;64(7):725-750. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004) · PMID 15025546 · Ausencia de criterio laboratorial de deficiencia androgenica na mulher; conduta pela clinica: Davis SR. Climacteric 2025. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) · PMID 39819275

RESSALVA LEGAL / CFM

Nao existe diagnostico laboratorial de deficiencia de testosterona na mulher. Oxandrolona em mulher e off-label, exige consentimento e prontuario; ao primeiro sinal de virilizacao, suspender. Uso estetico e vedado (CFM 2.333/2023); aqui a indicacao e clinica.

Grupo Formação MVR [2021-06-21]

MULHER

Testosterona e oxandrolona em atleta de Crossfit com suspeita de RED-s

APRESENTAÇÃO

Mulher, 45 anos, 160 cm, 60 kg, hígida, DIU Mirena há 3 anos, Crossfit 5x/semana de forma dedicada, dieta muito bem controlada. Exames metabólicos excelentes, porém testosterona suprimida, irritabilidade e libido meia boca. Recebeu prescrição de testo gel 0,5% e oxandrolona 6 mg/dia; ganhou peso na balança, não perdeu medidas, sentiu-se inchada, tolerou 40 dias e não observou benefício além de força e resistência.

A QUESTÃO

Como interpretar testosterona suprimida em mulher comprometida com treino e dieta?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak estranha não haver melhora de força e pensa em RED-s ou overtraining, propondo dieta hipercalórica de pelo menos 35 kcal/kg. Para os hormônios, testosterona não teria indicação: idade fértil e, a princípio, sem sintomas; a indicação formal é como prova terapêutica no desejo sexual hipoativo da pós-menopausa. Lembra que a dosagem de testosterona em mulher é ruim e de baixa sensibilidade abaixo de 100 ng/dL, sem como diagnosticar deficiência androgênica por laboratório. Retiraria a testosterona, manteria apenas a oxandrolona em dose única diária cerca de 1h antes do treino, e revisaria o aporte com o nutricionista.

EVIDÊNCIA

Testosterona em mulher só tem indicação no desejo sexual hipoativo da pós-menopausa (uso off-label, excluindo outras causas): Davis SR, et al (Global Consensus Position Statement). J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) · PMID 31498871 · Deficiência energética relativa no esporte (RED-s): Mountjoy M, et al (IOC consensus). Br J Sports Med 2023;57(17):1073-1097. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994) · PMID 37752011

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona em mulher na menopausa, sem desejo sexual hipoativo pós-menopausa, não tem indicação, e a prescrição com fim de desempenho é vedada (CFM 2.333/2023). Oxandrolona é off-label e controlada, exige consentimento e documentação; a prioridade é corrigir a disponibilidade energética.

Grupo Formação MVR [2022-03-17]

Testosterona feminina nao se diagnostica, e a fadiga vem da dieta

APRESENTAÇÃO

Mulher, 26 anos, 66 kg, 172 cm, 27 por cento de gordura, com fadiga e indisposicao o dia todo. Historico de episodio depressivo grave ha 5 anos. Enfermeira em turno de 6 horas. Acompanhamento nutricional com dieta de 1500 kcal por dia. Treina 3 vezes por semana. Exames: DHEA 0,6 ng/mL, testosterona total inferior a 2,5 ng/dL, testosterona livre 0,01 ng/dL, estradiol 84, FSH 11,2, LH 6,3, cortisol 1,65, TSH e demais sem alteracoes relevantes. Duvida se a testosterona muito baixa sugere tratamento topico.

A QUESTÃO

Essa testosterona baixissima indica reposicao topica na mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak e enfatico, nao existe diagnostico laboratorial de testosterona em mulheres, a testosterona feminina e sempre baixa e o exame serve apenas para descartar hiperandrogenismo, nunca para tomar conduta de reposicao. A indisposicao e a fadiga muito provavelmente vem da dieta hipocalorica, cerca de 22 kcal por kg de peso, o que caracteriza baixa disponibilidade energetica, e dependendo da distribuicao de macronutrientes o quadro piora. Ter acompanhamento com nutricionista nao garante que o plano seja adequado, e preciso avaliar a dieta, e nao repor androgenio pelo valor do exame.

EVIDÊNCIA

Testosterona feminina nao diagnostica deficiencia e ensaio ruim abaixo de 100 ng/dL: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871 · Baixa disponibilidade energetica (abaixo de cerca de 30 kcal/kg de massa magra) e fadiga e disfuncao endocrina: Mountjoy M, et al. 2023 IOC consensus statement on REDs. Br J Sports Med 2023;57(17):1073-1097. doi:[10.1136/bjsports-2023-106994](https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106994), PMID 37752011

Grupo Formacao MVR [2022-07-14]

MULHER

Testosterona gel na mulher: quando e como dosar o controle

APRESENTAÇÃO

Colegas discutem mulheres em uso de testosterona gel manipulada (base pentravan) que, no retorno, apresentam valor serico menor que o anterior ou muito discordante. Uma paciente com 3 mg/g colheu 253 ng/dL no braco de aplicacao e 22 ng/dL no antebraço que não usa o gel.

A QUESTÃO

Preciso dosar testosterona na mulher em gel, e como colher para o valor ter sentido?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak: na mulher, dosar serve so para certificar que não esta supra, cerca de 4 semanas apos o inicio; se a dose esta correta, o exame nem se altera. Quando se quer avaliar nivel serico, dosar apos 1 semana de uso, aplicar o gel 2 horas antes da coleta e nunca colher no braco em que o gel foi aplicado, para evitar contaminacao (foi o que gerou os 253 ng/dL falsamente altos). Abaixo de 100 ng/dL o metodo é ruim e não define conduta. Reforçou que testosterona em mulher não se trata pelo numero, e sim pela clinica.

EVIDÊNCIA

Bhasin S, et al. Endocrine Society Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2018;103(5):1715-1744. PMID 29562364. doi:[10.1210/jc.2018-00229](https://doi.org/10.1210/jc.2018-00229) (padronizacao de coleta no transdermico e limitacoes do ensaio em valores baixos). Davis SR. Climacteric 2025. PMID 39819275. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) (na mulher, a unica indicacao respaldada é o desejo sexual hipoativo pos-menopausa, não o valor laboratorial).

RESSALVA LEGAL / CFM

Não ha formulacao de testosterona aprovada para mulher no Brasil; uso é off-label, com consentimento e prontuario. A indicacao respaldada é o transtorno do desejo sexual hipoativo pos-menopausa, nunca fim estetico (CFM 2.333/2023).

Grupo Formacao MVR [2024-01-16]

MULHER

Testosterona iatrogenica de 1490 por implante e colaterais silenciosos

APRESENTAÇÃO

Mulher, 43 anos, em acompanhamento de ansiedade, usa implantes hormonais ha cerca de 4 anos e recebeu testosterona injetavel de origem desconhecida por medico de estetica. Exames: testosterona total 1490 ng/dL, testosterona livre 13,37 ng/dL, LH e FSH indetectaveis, prolactina 28,7, PCR-us 2,22, colesterol total 224, LDL 135. Antes do retorno, um endocrinologista inseriu novos implantes de testosterona, gestrinona e oxandrolona. A paciente nega efeitos colaterais.

A QUESTÃO

Paciente assintomatica com testosterona muito suprafisiologica, deve-se fazer algo?

CONDUTA DO DR. STAAK

O Dr. Staak faria investigacao cardiaca e rastreio de todo colateral silencioso que pode ocorrer, justamente porque a ausencia de sintomas nao afasta o dano: nao e porque ela nao sente que nao esta correndo maior risco. Testosterona total de 1490 em uma mulher e nivel muito acima de qualquer faixa terapeutica, e o empilhamento com gestrinona e oxandrolona amplia o risco cardiometabolico e de virilizacao. Acompanhamento dos implantes com o endocrinologista e da testosterona injetavel com investigacao ativa das complicacoes.

EVIDÊNCIA

Testosterona em mulher fora da indicacao de transtorno do desejo sexual hipoativo e sem alvo fisiologico causa virilizacao e nao tem respaldo: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603) · PMID 31498871 · Testosterona so beneficia o desejo sexual da pos-menopausa, demais usos incertos: Davis SR. Climacteric 2025;28(4):373-376. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301) · PMID 39819275

RESSALVA LEGAL / CFM

Terapia androgenica com fim estetico em mulher e vedada pela CFM 2.333/2023. A gestrinona em implante para esse fim nao tem respaldo e a testosterona iatrogenica atingiu nivel toxico. A conduta e vigilancia de complicacoes e reducao de dano, nao legitimar o esquema. O implante tem liberacao imprevisivel.

Grupo Formação MVR [2025-04-26]

MULHER

Testosterona injetável 100 mg por semana em mulher e dose de transição

APRESENTAÇÃO

Mulher recebida em uso de testosterona injetável 100 mg por semana, prescrita por outro profissional como reposição. Colega do grupo estranha a conduta e a compara com o uso de nandrolona.

A QUESTÃO

Testosterona injetável 100 mg por semana e uma reposição adequada para uma mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak é categorico, 100 mg por semana de testosterona em mulher cisgênero não é reposição, é dose de terapia de afirmação de gênero para homem trans, e vai virilizar-la. Ele mesmo acompanha homens trans com cerca de 100 mg de cipionato a cada 10 dias justamente para masculinizar (barba, voz, composição). Na mulher, a única indicação respaldada de testosterona é o transtorno do desejo sexual hipotivo na pós-menopausa, por via transdérmica, mirando cerca de 300 mcg por dia, algo em torno de 10 por cento da dose masculina, jamais injetável de cadeia longa que entrega picos supratéuticos.

EVIDÊNCIA

Testosterona feminina transdérmica e alvo de cerca de 300 mcg/dia, contra injetável e pellet: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871 · Dose masculinizante em homens trans: Hembree WC, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(11):3869-3903. doi:[10.1210/jc.2017-01658](https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658), PMID 28945902

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona em mulher cisgênero para libido ou estética, em dose masculinizante, contraria a boa prática e a Resolução CFM 2.333/2023. A terapia de afirmação de gênero em homem trans é indicação distinta e legítima, com consentimento e documentação. Testosterona é Lista C5, exige Receita de Controle Especial.

Grupo Formação MVR [2022-01-26]

MULHER

Testosterona injetável para reposição na mulher idosa

APRESENTAÇÃO

Mulher, 63 anos, em reposição hormonal prescrita por outro profissional com testosterona cipionato (Deposteron) 10 mg intramuscular por semana, associada a progesterona micronizada oral e estradiol tópico.

A QUESTÃO

A via injetável é adequada para repor androgênio na mulher?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak questiona a via e prefere a transdérmica. Injetável de cadeia longa entrega picos supratrapêuticos e perda de controle de dose, exatamente o que se quer evitar na mulher, em que a testosterona é adjuvante e a meta é a faixa fisiológica pré-menopáusia. Na mulher a testosterona tem uma única indicação respaldada, o transtorno do desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, com gel ou creme a 1 por cento mirando cerca de 300 mcg por dia, em torno de 10 por cento da dose masculina. Reposição hormonal da menopausa é estrogênio, com progesterona se há útero, testosterona injetável de rotina não cabe.

EVIDÊNCIA

Via transdérmica preferencial e recomendação contra oral, injetável e pellet na mulher: Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona para mulher é off-label no Brasil, sem formulação feminina aprovada, exige consentimento informado e documentação em prontuário. Fora do TDSH pós-menopausa não há indicação respaldada.

Grupo Formação MVR [2021-02-11]

Testosterona na mulher, o exame não diagnostica e a indicação é única

APRESENTAÇÃO

Discussão trazida ao grupo, uma cardiologista afirma que testosterona baixa em mulheres se associa a maior risco cardiovascular e que a reposição em nível fisiológico não melhora desfecho. Em paralelo, colegas perguntam se SHBG alta ou testosterona livre abaixo de 2 por cento explicam queixa de baixa libido.

A QUESTÃO

Existe deficiência androgênica a diagnosticar e tratar na mulher, e a dosagem serve para isso?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak é direto, não existe diagnóstico de hipoandrogenismo na mulher. Não há nível de testosterona total ou livre que defina deficiência ou preveja resposta, e os imunoensaios são imprecisos na faixa feminina, sobretudo abaixo de 100 ng/dL. A única indicação baseada em evidência é o transtorno do desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, com sofrimento pessoal, após excluir causas secundárias, depressão, hipotireoidismo, fármacos como ISRS, síndrome geniturinária e fatores da relação, e otimizar o estrogênio. O exame serve apenas para excluir basal elevado antes de tratar e para não ultrapassar a faixa fisiológica durante o tratamento, nunca para diagnosticar. O mito da testosterona livre abaixo de 2 por cento não se sustenta, e nem haveria conduta para alterar a fração livre. Havendo indicação de TDSH, gel ou creme transdérmico a 1 por cento, alvo cerca de 300 mcg por dia, reavaliar em 3 a 6 semanas e suspender em 6 meses sem benefício ou ao primeiro sinal androgênico.

EVIDÊNCIA

Davis SR, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603), PMID 31498871 · Achilli C, et al. Fertil Steril 2016;107(2):475-482.e15. doi:[10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028), PMID 27916205 · Davis SR. Climacteric 2025;28(4):373-376. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2445301), PMID 39819275

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona na mulher é off-label no Brasil e nos EUA, sem formulação feminina aprovada, exige consentimento informado. Não há indicação respaldada em mulher em idade fértil.

Grupo Formação MVR [2021-12-22; 2024-01-30]

Testosterona para estetica na mulher e erro, oxandrolona no lugar

APRESENTAÇÃO

Mulher em uso de testosterona gel (2 mg/g) prescrita por outro colega com a justificativa de que a testosterona estava baixa, com finalidade estetica e resultados discretos. Colega pergunta se associa oxandrolona ou se, ao entrar com oxandrolona, retira o gel.

A QUESTÃO

Associo oxandrolona a testosterona gel para melhorar o resultado estetico?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak deixa claro que nao se usa testosterona para resultados esteticos em mulheres, e que essa prescricao, feita sob o argumento de testosterona baixa, e um erro. Faz mais sentido suspender a testosterona e, se a paciente ja decidiu pelo uso, entrar com oxandrolona em dose coerente, sem empilhar dois androgenios. A oxandrolona isolada e mais segura e, na vigencia de qualquer colateral, se suspende um farmaco so.

EVIDÊNCIA

Testosterona feminina sem indicacao estetica e ausencia de diagnostico de hipoandrogenismo: Davis SR, et al. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(10):4660-4666. doi:[10.1210/jc.2019-01603](#), PMID 31498871 · Beneficio da testosterona feminina restrito ao desejo sexual: Davis SR. Climacteric 2025;28(4):373-376. doi:[10.1080/13697137.2024.2445301](#), PMID 39819275

RESSALVA LEGAL / CFM

Testosterona para estetica em mulher e vedada pela Resolucao CFM 2.333/2023. A oxandrolona, quando a paciente ja decidiu pelo uso, e reducao de danos e off-label, com consentimento, prontuario e Receita de Controle Especial (Lista C5).

Grupo Formacao MVR [2022-05-15]

MULHER

USG normal não exclui SOP, e o que a Mirena esconde

APRESENTAÇÃO

Mulher, 30 anos, com acne, pele oleosa e hirsutismo, em uso de espironolactona escalonada por outro colega. DIU de levonorgestrel (Mirena). Laboratório: DHEA 21,1, androstenediona 7,2, testosterona total 61. Ultrassonografia transvaginal normal, tomografia de adrenais sem tumor. Houve melhora parcial após aumento da espironolactona e associação de finasterida 1 mg, mas persistem os sintomas androgênicos.

A QUESTÃO

Como fecho ou afasto SOP nessa paciente e o que mais investigar?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak lembra que ultrassonografia normal não exclui SOP. O diagnóstico é por critérios de Rotterdam, dois de três, oligo ou anovulação, hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, e ovários policísticos à imagem, ter hiperandrogenismo mais irregularidade menstrual já fecharia sem precisar da imagem. O detalhe prático é que a Mirena costuma gerar amenorreia e mascara o critério menstrual, dificultando o fechamento. Antes de rotular, é obrigatório dosar 17-hidroxiprogesterona para afastar hiperplasia adrenal congênita não clássica, que cursa com o mesmo quadro. SOP é diagnóstico de exclusão, carimbar só pela imagem, ou tratar hiperandrogenismo sem investigar a causa, é erro.

EVIDÊNCIA

Critérios de Rotterdam, SOP como exclusão e 17-hidroxiprogesterona para HAC não clássica: Teede HJ, et al. 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of PCOS. Fertil Steril 2023;120(4):767-793. doi:[10.1016/j.fertnstert.2023.07.025](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.025), PMID 37589624

RESSALVA LEGAL / CFM

Espironolactona e finasterida são antiandrógenos teratogênicos, com risco de feminização de feto masculino, em mulher em idade fértil exigem contracepção efetiva concomitante e documentação.

Grupo Formação MVR [2021-10-20]

MULHER

Vontade de prescrever oxandrolona para emagrecer com triglicerides 293

APRESENTAÇÃO

Mulher, 31 anos, sem comorbidades, objetivo de reducao de percentual de gordura. Relata dieta hipocalorica com nutricionista e musculacao acompanhada 4x/semana, suplementa whey e creatina. Usa anticoncepcional (drospirenona mais etinilestradiol). Unico exame alterado: triglicerides 293 mg/dL, restante normal. O medico cogitava iniciar oxandrolona.

A QUESTÃO

Da para iniciar oxandrolona associada ao anticoncepcional? Como conduzir a hipertrigliceridemia antes?

CONDUTA DO DR. STAAK

Dr. Staak recusa a indicacao e reordena as prioridades: esteroide nao e medicamento para emagrecimento, e nao ve sentido na ansia por prescrever esteroide onde a indicacao esta longe de ser apropriada. Aponta que um triglicerides de 293 nesse contexto denuncia que a paciente nao segue a dieta de fato, e que dizer dieta hipocalorica com nutri ou musculacao acompanhada nao significa nada sem quantificacao (kcal, macros, volume e intensidade). Conduta: cercar dieta e treino com dados objetivos, corrigir o comportamento alimentar e a hipertrigliceridemia primeiro; esteroide nao entra como ferramenta de perda de gordura.

EVIDÊNCIA

Oxandrolona nao tem indicacao para emagrecimento; sua indicacao estudada e anabolismo em consumo/catabolismo: Orr R, Fiatarone Singh M. Drugs. 2004;64(7):725-750. doi:[10.2165/00003495-200464070-00004](https://doi.org/10.2165/00003495-200464070-00004) (PMID 15025546).

Hipertrigliceridemia responde primariamente a deficit calorico e adesao dietetica.

RESSALVA LEGAL / CFM

Prescrever EAA com finalidade estetica ou de emagrecimento e vedado pela CFM 2.333/2023. Em mulher, oxandrolona e off-label e de risco androgenico, exigindo consentimento e prontuario; aqui a conduta correta e nao prescrever. Oxandrolona e Lista C5 (Portaria 344/1998).

Grupo Formação MVR [2022-03-30]