Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Análise da saúde sexual feminina na pós-menopausa

Female sexual health in postmenopause

Análisis de la salud sexual femenina en la posmenopausia

Vivianne Parolin Ceccatto Andrade[1], Rafaela Sartori Tonin Dagostini[2], Gustavo Ceccatto Andrade[3], Jaime Kulak Júnior[1,2].

RESUMO

Objetivo: Analisar a saúde sexual feminina na pós-menopausa, destacando alterações hormonais, fisiológicas e repercussões psicossociais associadas a esse período. **Revisão bibliográfica:** A saúde sexual feminina sofre impacto significativo após a menopausa, principalmente em decorrência do hipoestrogenismo e da redução progressiva dos níveis androgênicos relacionados ao envelhecimento. Essas alterações hormonais contribuem para modificações estruturais e funcionais no trato geniturinário, frequentemente associadas à Atrofia Vulvovaginal (AVV) e à Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM). Tais condições estão relacionadas a sintomas como secura vaginal, dispareunia, diminuição da lubrificação e redução do desejo sexual, fatores que podem comprometer a satisfação sexual e a qualidade de vida das mulheres. Além dos aspectos biológicos, fatores psicossociais e relacionais também desempenham papel relevante na ocorrência da Disfunção Sexual Feminina (DSF), evidenciando seu caráter multifatorial. **Considerações finais:** A saúde sexual na pós-menopausa deve ser compreendida de forma integral, considerando a interação entre fatores hormonais, físicos e psicossociais. O reconhecimento dessas alterações e a adoção de abordagens terapêuticas individualizadas são fundamentais para promover bem-estar, autonomia e melhor qualidade de vida às mulheres nessa fase da vida.

Palavras-chave: Menopausa, Saúde sexual, Disfunções sexuais fisiológicas, Testosterona.

ABSTRACT

Objective: To analyze female sexual health in postmenopause, highlighting hormonal and physiological changes and the psychosocial repercussions associated with this stage of life. **Bibliographic review:** Female sexual health is significantly affected after menopause, mainly due to hypoestrogenism and the progressive decline in androgen levels associated with aging. These hormonal changes contribute to structural and functional alterations in the genitourinary tract, frequently associated with vulvovaginal atrophy (vva) and genitourinary syndrome of menopause (GSM). These conditions are commonly related to symptoms such as vaginal dryness, dyspareunia, reduced lubrication, and decreased sexual desire, which may negatively impact sexual satisfaction and overall quality of life. In addition to biological mechanisms, psychosocial and relational factors also play a significant role in the development of female sexual dysfunction (fsd), highlighting its

[1] Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba – PA.
[2] Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), Curitiba – PA.
[3] Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR), Curitiba – PA.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

multifactorial nature. Emotional well-being, partner dynamics, and sociocultural influences may further affect sexual function during the postmenopausal period. **Final considerations:** Postmenopausal sexual health should be approached from a comprehensive perspective that considers the interaction between hormonal, physical, and psychosocial factors. Recognizing these changes and adopting individualized therapeutic strategies are essential to promote well-being, autonomy, and improved quality of life for women during this stage of life.

Keywords: Menopause, Sexual health, Physiological sexual dysfunctions, Testosterone.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la salud sexual femenina en la posmenopausia, destacando los cambios hormonales y fisiológicos, así como las repercusiones psicosociales asociadas a esta etapa. **Revisión bibliográfica:** La salud sexual femenina presenta un impacto significativo después de la menopausia, principalmente debido al hipoestrogenismo y a la disminución progresiva de los niveles androgénicos relacionada con el envejecimiento. Estas alteraciones hormonales contribuyen a cambios estructurales y funcionales en el tracto genitourinario, frecuentemente asociados con la atrofia vulvovaginal (AVV) y el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM). Estas condiciones se relacionan con síntomas como sequedad vaginal, dispareunia, disminución de la lubricación y reducción del deseo sexual, factores que pueden comprometer la satisfacción sexual y la calidad de vida de las mujeres. Además de los aspectos biológicos, factores psicosociales y relacionales también desempeñan un papel relevante en la aparición de la disfunción sexual femenina (DSF), evidenciando su carácter multifactorial. **Consideraciones finales:** La salud sexual en la posmenopausia debe abordarse de manera integral, considerando la interacción entre factores hormonales, físicos y psicosociales. El reconocimiento de estas alteraciones y la adopción de estrategias terapéuticas individualizadas son fundamentales para promover el bienestar, la autonomía y una mejor calidad de vida en esta etapa.

Palabras clave: Menopausia, Salud sexual, Disfunciones sexuales fisiológicas, Testosterona.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual constitui uma parte fundamental e inalienável do bem-estar humano, integrando aspetos biológicos, emocionais, intelectuais e sociais de forma a enriquecer a personalidade e a comunicação. No entanto, uma parcela considerável das mulheres experimentará algum tipo de problema ou dificuldade sexual ao longo das suas trajetórias de vida, especialmente durante transições endócrinas significativas. A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é entendida como uma complexa interação de fatores biológicos, hormonais e psicológicos que exercem um efeito negativo significativo sobre a saúde sexual e, consequentemente, sobre a qualidade de vida global. Esta condição é influenciada por múltiplos componentes, que variam desde a idade avançada e o declínio hormonal até fatores sociais, estresse psicossocial e eventos traumáticos (ALCÁNTARA MONTERO A e SÁNCHEZ CARNERERO CI, 2016).

Nos últimos anos, o campo da medicina sexual registou progressos notáveis. Pesquisadores têm avançado em quase todas as áreas de investigação, abrangendo desde a epidemiologia até a compreensão profunda da fisiopatologia das disfunções sexuais. Tais avanços permitiram o estabelecimento de critérios diagnósticos mais precisos, proporcionando um atendimento mais qualificado para mulheres que relatam queixas sexuais na prática clínica diária. Apesar desse progresso, a natureza multifacetada da sexualidade humana, envolvendo fatores intrínsecos e extrínsecos que se alteram ao longo do tempo, ainda impõe desafios significativos para o tratamento abrangente dessas disfunções.

Um ponto de destaque na transição para a pós-menopausa é a Atrofia Vulvovaginal (AVV). Provocada pelo estado de hipoestrogenismo, a AVV é atualmente a única condição médica com impacto direto na função sexual que pode ser diagnosticada tanto pelo relato de sintomas incômodos quanto por parâmetros objetivos, como o pH vaginal e o índice de maturação do epitélio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Além do papel dos estrogênios, a influência dos androgênios na saúde sexual feminina tem sido alvo de intenso debate. Embora a relação direta entre níveis séricos de testosterona e comportamento sexual nem sempre seja linear, diversos estudos indicam que a adição de testosterona a regimes de terapia hormonal pode trazer benefícios na função sexual e no bem-estar geral, especialmente em mulheres com o diagnóstico da Síndrome do Desejo Sexual Hipoativo (SDSH) (BASSON R, 2000).

A importância de discutir a saúde na pós-menopausa é reforçada pela realidade demográfica atual. Historicamente, no século XVII, apenas cerca de 28% das mulheres viviam o suficiente para atingir a menopausa. Atualmente, em países desenvolvidos, esse número saltou para 95% (BIANCHI VE, et al., 2021). No Brasil, a expectativa de vida feminina alcançou os 79 anos em 2022, o que significa que as mulheres passarão, em média, cerca de 30 anos das suas vidas na fase de pós-menopausa. Projeções indicam que, até 2060, o número de mulheres com mais de 50 anos será de aproximadamente 46 milhões. Portanto, compreender as nuances da sexualidade nesta fase não é apenas uma questão de saúde individual, mas uma necessidade premente de saúde pública para garantir longevidade com qualidade e satisfação (BRASIL APA e ABDO CHN, 2016). Com o objetivo de analisar a saúde sexual feminina na pós-menopausa, este estudo destaca as alterações hormonais, fisiológicas e repercussões psicossociais associadas a este período.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Menopausa e envelhecimento reprodutivo

A menopausa é caracterizada fisiologicamente pela perda da função endócrina ovariana. O momento de sua ocorrência é influenciado por uma série de variáveis, incluindo predisposição genética, fatores ambientais, estilo de vida e, fundamentalmente, a reserva folicular dos ovários. Este processo não se limita às gônadas; envolve também o envelhecimento do hipotálamo e a perda da sincronia na pulsatilidade das gonadotrofinas, como o hormônio folículo-estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). Essas alterações centrais e periféricas prejudicam a maturação folicular e a produção de hormônios essenciais, como o estradiol, a inibina B e o hormônio anti-Mulleriano (AMH) (BRAUNSTEIN GD, et al., 2011).

É importante desmistificar a ideia de que o ovário se torna um órgão "extinto" após a menopausa. Embora contribua pouco ou nada com a produção direta de estrogênio circulante, o ovário climatérico permanece ativo na biossíntese de andrógenos. Estima-se que ele contribua com cerca de 20% a 40% das taxas totais de produção de androstenediona e testosterona, respectivamente, através de estímulos dependentes de gonadotrofinas (BURGER HG, 2002). A transição menopausal pode ser assintomática para algumas mulheres, mas para muitas, manifesta-se como uma síndrome que impacta severamente o cotidiano.

Estudos longitudinais, como o *SWAN (The Study of Women's Health Across the Nation)*, revelaram que a idade média da data da última menstruação (DUM) situa-se entre os 52 e 54 anos. Fatores como maior escolaridade, manutenção do peso corporal, não fumar e ter uma boa autoavaliação de saúde estão correlacionados a uma menopausa mais tardia, o que por sua vez está associado a menor morbidade e mortalidade futura (CASSON P, 1997). Para fins de diagnóstico e padronização clínica, o sistema STRAW é a ferramenta de referência para classificar os estágios do envelhecimento reprodutivo, desde a pré-menopausa até a pós-menopausa tardia (CHAIKITTISILPA S, et al., 2019).

Dinâmica da produção androgênica feminina

Diferente do sistema masculino, a produção de androgênios na mulher é distribuída entre múltiplos tecidos. A testosterona circulante deriva tanto da secreção direta dos ovários e glândulas adrenais quanto da conversão enzimática periférica de precursores como a androstenediona (A) e o sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) (CUNHA GR, et al., 2018). No ovário, essa produção oscila conforme o ciclo menstrual em mulheres férteis, atingindo picos na ovulação.

Um aspecto crítico da fisiologia androgênica é o transporte plasmático. A maior parte da testosterona está ligada à proteína carreadora SHBG (50-60%) ou à albumina (40-50%), deixando apenas 1 a 2% como fração livre e biologicamente ativa. Com o envelhecimento, essa disponibilidade diminui drasticamente. Aos 70 anos,

os níveis totais de testosterona de uma mulher são aproximadamente um terço do que eram aos 20 anos, e a fração livre pode cair em até 90% (DAVISON SL, et al., 2005).

A conversão enzimática desempenha um papel central nesse cenário. A testosterona pode ser reduzida a dihidrotestosterona (DHT) pela enzima 5α-redutase, resultando no androgênio de maior afinidade pelo receptor androgênico (RA) e maior potência biológica. Além disso, precursores como a androstenediona são convertidos em testosterona pela ação da 17ß-hidroxiesteroide-desidrogenase (17ß-HSD) (DAVISON SL, et al., 2005). A compreensão dessas vias é vital, pois a ooforectomia bilateral (menopausa cirúrgica) causa uma queda muito mais acentuada nesses hormônios do que a menopausa natural, evidenciando que as gônadas continuam sendo uma fonte crítica de substratos androgênicos ao longo da vida.

Efeitos dos androgênios no tecido vaginal e função sexual

A vagina é um órgão hormônio-dependente desde a embriogênese, com sua diferenciação e trofismo vinculados à expressão de Receptores de Androgênios (RA) em queratinócitos e fibroblastos (DAVIS SR, et al., 2008). Na pós-menopausa, o declínio na expressão desses receptores associa-se à atrofia vaginal, redução da musculatura lisa, do colágeno e da elastina (FABRICIO AMF, et al., 2023). A identificação de enzimas esteroidogênicas no tecido vaginal reforça o potencial da testosterona no manejo da AVV e da SGUM (BRAUNSTEIN GD, et al., 2011).

Os androgênios desempenham papel central na sexualidade feminina, modulando o desejo, o humor e a vitalidade. Além da ação periférica, atuam no Sistema Nervoso Central, especificamente no córtex e estruturas límbico-hipotalâmicas, influenciando a neurobiologia da resposta sexual (FAUBION SS, et al., 2022). Evidências sugerem que o hipoandrogenismo contribui para a Disfunção Sexual Feminina (DSF), e ensaios clínicos indicam que a reposição de testosterona — isolada ou associada ao estrogênio — melhora significativamente os parâmetros de satisfação sexual em mulheres menopausadas (natural ou cirurgicamente) (GANESAN K, et al., 2018).

Clinicamente, a SGUM manifesta-se por ressecamento, prurido, queimação, dispareunia e redução da lubrificação. Dados do estudo internacional *VIVA* (*Vaginal health: Insights, Views & Attitudes*) apontam que 45% das mulheres na pós-menopausa apresentam tais sintomas, com impacto negativo em 75% dos casos (GUAY A, et al., 2004). Na coorte brasileira, a prevalência de sintomas de AVV atinge 56% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Existe uma correlação intrínseca entre atrofia e DSF: mulheres com disfunção sexual apresentam quase quatro vezes mais chances de desenvolver sintomas de AVV, enquanto a dor e o sangramento pós-coito retroalimentam o ciclo de disfunção (JUDD HL, et al., 1974).

Estudos como o *GENISSE* (*Genitourinary syndrome of menopause: prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women*) e o *CLOSER* (*CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships*) destacam que, embora o impacto nas atividades diárias possa ser moderado, a SGUM compromete severamente a autopercepção e os relacionamentos interpessoais (KIM HK, et al., 2015; KINGSBERG SA, et al., 2013). No Brasil, o desconforto vaginal leva 70% das mulheres a evitarem a intimidade, resultando em relações menos satisfatórias (KRAPF JM e SIMON JA, 2009). Ademais, a pesquisa *REVIVE* (*REal Women's VIews of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs*) demonstrou que a SGUM interfere não apenas na função sexual (59%), mas também na qualidade do sono (24%), evidenciando a necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas que restaurem o bem-estar biopsicossocial da mulher (KRAPF JM e SIMON JA, 2017).

Modelos de resposta sexual e epidemiologia da DSF

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é altamente prevalente, afetando entre 25% e 43% das mulheres, com um pico de incidência durante o climatério e a pós-menopausa. Um estudo transversal brasileiro realizado em 2023 confirmou essa alta prevalência, apontando que a menopausa e a presença de incontinência urinária são fatores de risco significativos para o prejuízo da função sexual (LARA LADS, et al., 2024).

Para diagnosticar e tratar essas mulheres, é necessário compreender a evolução dos modelos de resposta sexual humana. O modelo linear clássico de Master e Johnson, que previa fases sequenciais de desejo, excitação e orgasmo, mostrou-se insuficiente para explicar a sexualidade feminina (LEVINE KB, et al., 2008). No ano 2000, Rosemary Basson propôs um modelo circular, baseado na premissa de que muitas mulheres partem de uma neutralidade sexual. Nesse ciclo, o desejo pode não ser espontâneo, mas sim despertado a partir de estímulos sexuais e da busca por intimidade emocional. A satisfação sexual, nesse modelo, pode ocorrer independentemente do orgasmo, priorizando o bem-estar e a conexão com a parceria (BASSON R, 2000; MORAL E, et al., 2018).

A classificação diagnóstica também evoluiu com o DSM-V, que unificou as dificuldades de desejo e excitação em uma única categoria: Transtorno do Interesse e da Excitação Sexual Feminina. Esta mudança reflete a natureza sobreposta dessas fases na mulher. O diagnóstico de uma disfunção requer que os sintomas persistam por pelo menos seis meses e causem sofrimento clinicamente significativo, diferenciando problemas transitórios de condições patológicas (NAPPI RE e KOKOT-KIEREPA M, 2012). Além das questões hormonais, fatores como depressão e o uso de medicamentos antidepressivos devem ser investigados, pois estão fortemente associados à redução do desejo sexual (NAPPI RE e PALACIOS S, 2014).

Desafios no manejo e dosagem de testosterona

A dosagem de testosterona sérica na prática clínica é cercada de limitações técnicas e controvérsias. Atualmente, o consenso da Sociedade Internacional de Saúde Sexual das Mulheres recomenda que a testosterona total seja a medida preferencial para monitoramento, embora não existam níveis de corte definitivos que identifiquem a disfunção sexual.

A principal finalidade da dosagem laboratorial é dupla: excluir mulheres que já possuem níveis médios a elevados (o que contraindicaria a terapia) e garantir que o tratamento não atinja níveis suprafisiológicos, definidos como valores acima de 68,91 ng/dL (ZHAO X, et al., 2011). Níveis elevados podem acarretar efeitos colaterais androgênicos indesejados, como acne, hirsutismo e virilização (NAPPI RE, et al., 2013).

Estudos como os realizados pela *NAMS (North American Menopause Society)* advertem que os níveis séricos de testosterona não predizem a eficácia do tratamento e não devem ser usados isoladamente para diagnosticar "insuficiência androgênica" (PARISH SJ, et al., 2021). O diagnóstico deve ser clínico, fundamentado no relato de sofrimento da paciente e na exclusão de outras causas psicossociais ou biológicas concomitantes. A decisão de tratar deve ser baseada no diagnóstico clínico de Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH), após excluir causas como depressão, conflitos severos com o parceiro ou uso de medicamentos interferentes (como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina) (PÉREZ-HERREZUELO I, et al., 2020).

Mensuração e parâmetros da testosterona na prática clínica

A determinação de intervalos de referência universais para a testosterona em mulheres permanece um desafio na endocrinologia e ginecologia, dada a heterogeneidade dos métodos laboratoriais e a ausência de padrões globais. Historicamente, a avaliação da suficiência androgênica baseou-se no Índice de Androgênio Livre (IAL), calculado a partir da Testosterona Total (T) matinal e da Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais (SHBG) (POMPEI LM, et al., 2021a).

Embora existam tentativas de estabelecer níveis de corte correlacionados à função sexual — como o estudo de 2004 com mulheres eumenorreicas entre 20 e 49 anos —, a aplicabilidade clínica desses parâmetros é limitada (POMPEI LM, et al., 2021a). As restrições decorrem principalmente do tamanho reduzido das amostras nas publicações originais, da imprecisão intrínseca do Radioimunoensaio (RIA) para baixas concentrações e de uma compreensão ainda incompleta sobre a dinâmica de ligação da testosterona ao longo de todo o espectro hormonal feminino.

No que tange às metodologias de análise, o RIA, embora amplamente utilizado, carece de padronização nacional e internacional para a faixa de valores femininos, podendo apresentar variações substanciais entre

diferentes laboratórios para uma mesma amostra. Atualmente, os métodos que oferecem maior precisão e reprodutibilidade são a Cromatografia Líquida (LC) ou Gasosa (GC) acopladas à Espectrometria de Massa em Tandem (LC-MS/MS) (PÉREZ-HERREZUELO I, et al., 2020).

Observa-se que mesmo estas tecnologias avançadas ainda carecem de uma padronização internacional plena. Na ausência de disponibilidade de LC-MS/MS, a diretriz atual permite o uso da testosterona total mensurada por ensaios diretos rotineiros nos laboratórios clínicos, desde que os resultados sejam interpretados com cautela e integrados estritamente ao quadro clínico da paciente. Assim, o diagnóstico da deficiência androgênica na pós-menopausa deve ser prioritariamente clínico, utilizando os exames laboratoriais como ferramentas complementares de segurança e monitoramento, e não como determinantes absolutos da conduta terapêutica.

Embora o RIA direto possa ter limitações em termos de sensibilidade e especificidade, especialmente em níveis baixos de testosterona, ele ainda é considerado clinicamente útil para a avaliação de testosterona em mulheres.

Tratamento do desejo sexual na pós-menopausa

De acordo com a literatura os níveis de testosterona total em mulheres durante os anos reprodutivos variam, em mulheres pré-menopáusicas saudáveis podem variar de 15 a 46 ng/dL (POMPEI LM, et al., 2021b).

Os primeiros ensaios clínicos usando terapia com testosterona para tratar disfunção sexual em mulheres cirurgicamente na menopausa envolveram a administração de altas doses de testosterona intramuscular com ou sem tratamento concomitante com estrogênio. Formulações orais de testosterona foram consideradas; no entanto, elas foram limitadas pela má absorção e pelos efeitos adversos do metabolismo hepático de primeira passagem no HDL e na função hepática. Uma via transdérmica de administração pareceu não ter esses problemas e agora continua sendo a via de administração preferida na prática clínica atual (SIMON J, et al., 2005).

Existem vários estudos clínicos randomizados e controlados evidenciando que a testosterona com ou sem adição do estrogênio aumenta o desejo sexual e o bem-estar em mulheres na pré, peri e pós-menopausa, e em mulheres com menopausa cirúrgica (SIMON JA, et al., 2018), porém os estudos têm metodologia e doses variáveis. A testosterona transdérmica na dose de 300 µg por dia foi associada a melhora do DSH, e esse efeito não foi evidenciado quando foram utilizadas doses de 150 e 450 µg por dia (SIMON JA, et al., 2018).

Estudo randomizado e controlado utilizando a via transdérmica para mulheres na pós-menopausa entre 40 e 70 anos de idade também evidenciou maior eficácia na dose 300 µg/dia da testosterona em discos adesivos. Após 24 semanas de uso, houve aumento significativo na frequência de episódios sexuais satisfatórios no grupo tratado, em comparação ao placebo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2008).

Esses dados foram replicados em mulheres histerectomizadas, demonstrando que essa mesma dose (300 µg/dia) de testosterona resultou em um aumento de 4,4 vezes da testosterona e de cinco vezes na testosterona livre em relação aos níveis pré-tratamento (TRAISH AM, et al., 2018). Sendo assim, considerando as evidências disponíveis, a dose preconizada de testosterona para o início do tratamento de DSH em mulheres é de 300 µg diários por via transdérmica (SIMON JA, et al., 2018), em formatos de adesivos (*patch*), para manter os níveis fisiológicos efetivos, podendo-se elevar a dose até 5 mg ao dia, a depender da resposta clínica, sempre se utilizando o conceito de menor dose efetiva (VIGNESWARAN K e HAMODA H, 2022; WÅHLIN-JACOBSEN S, et al., 2015).

Porém, os adesivos não estão disponíveis no Brasil; para manipulação, a maneira mais prática de prescrição é no formato de gel ou creme. Ao considerar todas as variáveis que interferem na disponibilização final da testosterona, não é possível assegurar que essas fórmulas resultarão em dose adequada para a mulher. Assim, a testosterona base nas doses sugeridas de 1 a 5 mg/mL para o manejo do DSH feminino precisa sofrer os ajustes de acordo com o veículo utilizado, segundo a *Position Statement* de 2023 da FEBRASGO (WEISS RV, et al., 2019).

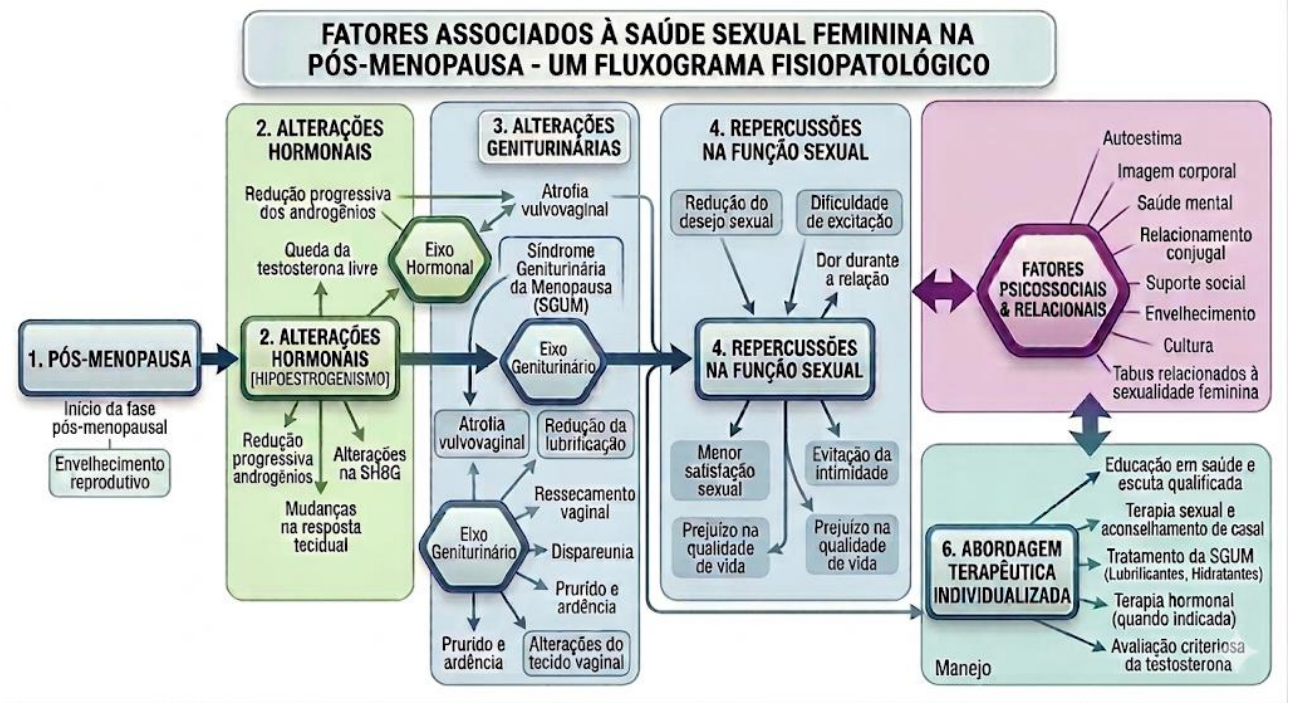
A NAMS (*The North American Menopause Society)* coloca ainda que a estrogenioterapia sistêmica aumenta o fluxo sanguíneo e sensação nos tecidos vaginais, mas que não melhora interesse sexual, excitação e orgasmo [28].Se a preocupação for a libido deve-se preferir a via transdérmica à terapia oral por ter mínimo efeito nos níveis de SHBG e testosterona livre (ZHAO X, et al., 2011).

Impacto psicossocial e abordagem multidisciplinar

A sexualidade na maturidade é influenciada por construções culturais que muitas vezes marginalizam o prazer feminino após a fase reprodutiva. A percepção do corpo envelhecido, o "ninho vazio"e as alterações na dinâmica conjugal desempenham papéis tão importantes quanto os hormônios. Mulheres com maior nível de escolaridade e melhor suporte social tendem a reportar maior satisfação sexual, sugerindo que a resiliência psicológica pode mitigar parte dos efeitos do declínio biológico.

A abordagem clínica deve, portanto, ser multidisciplinar. O ginecologista deve estar atento não apenas ao exame físico da mucosa vaginal, mas também à saúde mental da paciente. A terapia sexual e o aconselhamento de casal são ferramentas poderosas que complementam a terapia hormonal. Ignorar os aspetos psicossociais é um erro comum que leva à falha dos tratamentos puramente medicamentosos.

Figura 1 - Representação esquemática dos fatores hormonais, geniturinários, sexuais e psicossociais envolvidos na saúde sexual feminina na pós-menopausa.



Fonte: Andrade VPC, et al., 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde sexual feminina na pós-menopausa representa um aspecto fundamental do bem-estar e da qualidade de vida das mulheres, que continuam desempenhando papéis relevantes na família, no trabalho e na sociedade. Nesse período, alterações hormonais decorrentes do hipoestrogenismo e do declínio androgênico podem levar a modificações teciduais importantes, como a Síndrome Geniturinária da Menopausa, frequentemente associada a sintomas que impactam negativamente a atividade e a satisfação sexual. Nesse contexto, a literatura destaca a necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar, que inclua orientação adequada, educação em saúde, atenção aos fatores psicossociais e, quando indicado, terapias hormonais cuidadosamente avaliadas e monitoradas. O reconhecimento precoce das disfunções sexuais e o manejo apropriado das alterações geniturinárias são essenciais para promover autonomia, bem-estar e uma vivência mais saudável e satisfatória do envelhecimento feminino.

REFERÊNCIAS

1. MONTERO AA e CARNERERO CIS. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. SEMERGEN - Medicina de Família, 2016; 42(5): e33–e37.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. BASSON R. The female sexual response: a different model. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000; 26(1): 51–65.
4. BIANCHI VE, et al. The role of androgens in women's health and wellbeing. Pharmacological Research, 2021; 171: 105758.
5. BRASIL APA e ABDO CHN. Transtornos sexuais dolorosos femininos. Revista Diagnóstico & Tratamento, 2016; 21(2): 89–92.
6. BRAUNSTEIN GD, et al. Testosterone reference ranges in normally cycling healthy premenopausal women. The Journal of Sexual Medicine, 2011; 8(10): 2924–2934.
7. BURGER HG. Androgen production in women. Fertility and Sterility, 2002; 77: 3–5.
8. CASSON P. Effect of postmenopausal estrogen replacement on circulating androgens. Obstetrics & Gynecology, 1997; 90(6): 995–998.
9. CHAIKITTISILPA S, SOIMONGKOL K, JAISAMRARN U. Efficacy of oral estrogen plus testosterone gel to improve sexual function in postmenopausal women. Climacteric, 2019; 22(5): 460–465.
10. CUNHA GR, et al. Development of the human female reproductive tract. Differentiation, 2018; 103: 46–65.
11. DAVISON SL, et al. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2005; 90(7): 3847–3853.
12. DAVIS SR, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. New England Journal of Medicine, 2008; 359(19): 2005–2017.
13. FABRICIO AMF, et al. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in Brazilian women: a cross-sectional study. International Urogynecology Journal, 2023; 34(10): 2507–2511.
14. FAUBION SS, et al. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause, 2022; 29(7): 767–794.
15. GANESAN K, et al. Transdermal testosterone in female hypoactive sexual desire disorder: a rapid qualitative systematic review using grading of recommendations assessment, development and evaluation. Cureus, 2018.
16. GUAY A, et al. Serum androgen levels in healthy premenopausal women with and without sexual dysfunction. International Journal of Impotence Research, 2004; 16(2): 121–129.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos.
18. JUDD HL, et al. Effect of oophorectomy on circulating testosterone and androstenedione levels in patients with endometrial cancer. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1974; 118(6): 793–798.
19. KIM HK, et al. The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. Journal of Menopausal Medicine, 2015; 21(2): 65.
20. KINGSBERG SA, et al. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE survey. The Journal of Sexual Medicine, 2013; 10(7): 1790–1799.
21. KRAPF JM e SIMON JA. The role of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. Maturitas, 2009; 63(3): 213–219.
22. KRAPF JM e SIMON JA. A sex-specific dose-response curve for testosterone: could excessive testosterone limit sexual interaction in women? Menopause, 2017; 24(4): 462–470.
23. LARA LADS, et al. Challenges of prescribing testosterone for sexual dysfunction in women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2024; 46: e-FPS07.
24. LEVINE KB, et al. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. Menopause, 2008; 15(4): 661–666.

25. MORAL E, et al. Genitourinary syndrome of menopause: prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. Climacteric, 2018; 21(2): 167–173.
26. NAPPI RE e KOKOT-KIEREPA M. Vaginal health: insights, views & attitudes (VIVA) – results from an international survey. Climacteric, 2012; 15(1): 36–44.
27. NAPPI RE e PALACIOS S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric, 2014; 17(1): 3–9.
28. ZHAO X, et al. Determining the normal cut-off levels for hyperandrogenemia in Chinese women of reproductive age. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2011; 154(2): 187–191.
29. NAPPI RE, et al. The CLOSER survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. The Journal of Sexual Medicine, 2013; 10(9): 2232–2241.
30. PARISH SJ, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health clinical practice guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. Journal of Women's Health, 2021; 30(4): 474–491.
31. PÉREZ-HERREZUELO I, et al. Female sexual function and its association with the severity of menopause-related symptoms. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17(19): 7235.
32. POMPEI LM, et al. Vaginal health: insights, views & attitudes survey in Latin America (VIVA-LATAM): focus on Brazil. Climacteric, 2021; 24(2): 157–163.
33. POMPEI LM, et al. Impact of postmenopausal vaginal discomfort on sex and relationships in Brazil: the CLOSER survey. Climacteric, 2021; 24(6): 593–599.
34. SIMON J, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2005; 90(9): 5226–5233.
35. SIMON JA, et al. The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause: ISSWSH expert consensus panel review. Menopause, 2018; 25(7): 837–847.
36. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica. 2008.
37. TRAISH AM, et al. Role of androgens in female genitourinary tissue structure and function: implications in the genitourinary syndrome of menopause. Sexual Medicine Reviews, 2018; 6(4): 558–571.
38. VIGNESWARAN K e HAMODA H. Androgens in postmenopausal women. The Obstetrician & Gynaecologist, 2022; 24(4): 228–241.
39. WÅHLIN-JACOBSEN S, et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? The Journal of Sexual Medicine, 2015; 12(2): 358–373.
40. WEISS RV, et al. Testosterone therapy for women with low sexual desire: a position statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Archives of Endocrinology and Metabolism, 2019; 63(3): 190–198.