

FORMAÇÃO MVR · MATERIAL PARA O MÉDICO

EXAMES E PRESCRIÇÃO SEGURA

O painel laboratorial padrão para homem e mulher, como ler os marcadores no usuário de EAA sem cair no corte de bula, e como emitir uma receita que a farmácia aceita e o CRM defende.

Painel laboratorial masculino

A lista que peço antes do primeiro ciclo e na linha de base de TRT. Organizada por bloco para você conferir, não para decorar. A clínica define o que tratar; o laboratório confirma ou refuta a hipótese.

HEMATOLÓGICO E COAGULAÇÃO

- Hemograma
- VHS
- TAP
- TTPa

RENAL, HEPÁTICO E ENZIMAS

- Creatinina
- Ureia
- Bilirrubinas total e frações
- ALT
- AST
- Fosfatase alcalina
- Lactato-desidrogenase (LDH)
- Creatinofosfoquinase (CPK)
- Gamaglutamiltranspeptidase (Gama-GT)

METABÓLICO

- Glicemia de jejum
- Insulina de jejum
- Hemoglobina glicada (HbA1c)
- Ácido úrico
- Proteínas totais e frações

ÓSSEO, VITAMINAS E INFLAMAÇÃO

- 25-OH-Vitamina D
- PTH
- Cálcio total
- Cálcio iônico
- Proteína-C reativa ultrassensível (PCRus)
- Homocisteína
- Ferritina
- Vitamina B9 (Ácido Fólico)
- Vitamina B12 (Cobalamina)

HORMONAL E PRÓSTATA

- PSA Total e livre
- **Testosterona total** (titulada para valor exato)
- Testosterona livre (dosada)
- **Dihidrotestosterona** (titulada para valor exato)
- SHBG
- Estrona
- Estradiol
- LH
- FSH
- Prolactina
- Progesterona
- IGF-1
- IGF BP3
- S-DHEA
- DHEA
- 17-OH-Progesterona
- TSH
- T4 livre

LIPÍDICO, ELETRÓLITOS E MINERAIS

- Colesterol Total
- Colesterol HDL
- Triglicerídeos
- Fósforo
- Potássio
- Ferro sérico
- Sódio
- Magnésio
- Zinco
- Selênio

URINA E FERTILIDADE

- Parcial de urina
- Microalbuminúria em amostra isolada
- Espermograma

Reprodução intacta da lista que o Dr. Staak postou no grupo. Testo total e DHT vêm **tituladas para valor exato**: a diluição seriada força o laboratório a dar o número real em vez de "> teto", essencial em quem usa EAA.

Painel laboratorial feminino

Mesmo core do masculino. Troca PSA, Estrona e Espermograma por Beta-HCG e Bacterioscopia de urina. Em mulher, testosterona não se trata pelo número do exame: o ensaio é ruim abaixo de 100 ng/dL.

HEMATOLÓGICO E COAGULAÇÃO

- Hemograma
- VHS
- TAP
- TTPa

RENAL, HEPÁTICO E ENZIMAS

- Creatinina
- Ureia
- Bilirrubinas total e frações
- ALT
- AST
- Fosfatase alcalina
- Lactato-desidrogenase (LDH)
- Creatinofosfoquinase (CPK)
- Gamaglutamiltranspeptidase (Gama-GT)

METABÓLICO

- Glicemia de jejum
- Insulina de jejum
- Hemoglobina glicada (HbA1c)
- Ácido úrico
- Proteínas totais e frações

ÓSSEO, VITAMINAS E INFLAMAÇÃO

- 25-OH-Vitamina D
- PTH
- Cálcio total
- Cálcio iônico
- Proteína-C reativa ultrassensível (PCRus)
- Homocisteína
- Ferritina
- Vitamina B9 (Ácido Fólico)
- Vitamina B12 (Cobalamina)

HORMONAL E GESTACIONAL

- Beta-HCG
- Testosterona total
- Testosterona livre (dosada)
- Dihidrotestosterona
- SHBG
- Estradiol
- LH
- FSH
- Prolactina
- Progesterona
- IGF-1
- IGF BP3
- S-DHEA
- DHEA
- 17-OH-Progesterona
- TSH
- T4 livre

LIPÍDICO, ELETRÓLITOS E MINERAIS

- Colesterol Total
- Colesterol HDL
- Triglicerídeos
- Fósforo
- Potássio
- Ferro sérico
- Sódio
- Magnésio
- Zinco
- Selênio

URINA

- Parcial de urina
- Microalbuminúria em amostra isolada
- Bacterioscopia de urina

A DIFERENÇA ENTRE OS DOIS PAINÉIS

O masculino tem **PSA total e livre, Estrona e Espermograma**. O feminino troca isso por **Beta-HCG e Bacterioscopia de urina**. Todo o resto do core é idêntico.

Exame é conduta médica, não é a consulta

A lista das páginas anteriores é ponto de partida, não receita de bolo. O lab confirma ou refuta a hipótese que a consulta levantou. Ele não cria conduta sozinho.

A regra que eu sigo antes de medicar qualquer coisa: **exame alterado se repete antes da conduta medicamentosa**. Para hipogonadismo, o diagnóstico exige testosterona total matinal em jejum baixa, confirmada em dosagens repetidas em dias diferentes, alinhado à diretriz da Endocrine Society (Bhasin 2018). Eu não inicio terapêutica com um único resultado.

Antes de hormonizar, corrija o básico: sono, dieta, treino, álcool. Restrição calórica por 2 a 3 meses já derruba a testosterona e simula um hipogonadismo que não existe.

”Se a consulta te faz pensar no diagnóstico A e vem um Z alterado no lab, o Z já atrapalhou teu raciocínio antes de você saber se era relevante. A clínica manda.”

A LEITURA CERTA

- ▶ Hipótese vem da história e do exame físico
- ▶ Lab confirma ou afasta essa hipótese
- ▶ Alterado e relevante, repete antes de tratar
- ▶ Marcador lido no contexto do paciente

O ERRO COMUM

- ▶ Pedir o painel e deixar o número decidir
- ▶ Tratar achado isolado sem clínica
- ▶ Iniciar TRT com uma única dosagem
- ▶ Usar corte populacional como verdade absoluta



BASEADO EM
EVIDÊNCIA

REFERÊNCIAS

Bhasin S, et al. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(5):1715-1744. doi:10.1210/je.2018-00229

A testo livre que você nunca deveria pedir

O método importa mais que o número. A testosterona livre pelo método analógico é o teste mais oferecido pelo laboratório comercial e o mais enganoso.

O imunoensaio direto com análogo marcado **não se correlaciona com a diálise de equilíbrio**. Na validação de Vermeulen, o valor do análogo era só uma fração da diálise, e essa fração variava conforme a SHBG, erro sistemático que é pior justo em quem tem SHBG suprimida (usuário de EAA, obeso, hiperinsulinêmico). Por isso o painel pede "Testosterona livre (dosada)", não o análogo. Aceite só dois métodos: **diálise de equilíbrio** ou **livre calculada pela fórmula de Vermeulen** (testo total, SHBG e albumina), sempre conferindo a faixa do laboratório. O índice de andrógenos livres (FAI) e o análogo não servem: variam com a SHBG.

Lembre a distribuição: cerca de 60 a 70% da testosterona circula ligada à SHBG, 30 a 40% à albumina e só 1 a 3% livre. A SHBG cai com andrógeno suprafisiológico, insulina e obesidade visceral, e sobe com estradiol e hormônio tireoidiano. Peça a livre calculada ou por diálise sempre que a testo total estiver perto do limite inferior ou houver condição que mexe na SHBG.

O método da testo total também muda a conduta. O imunoensaio direto vale como triagem na faixa média masculina, mas tem viés positivo nos valores baixos (abaixo de cerca de 1,67 nmol/L, perto de 48 ng/dL). Para mulher, para o limite inferior e para o número exato em quem usa EAA, exija **LC-MS/MS** (cromatografia líquida acoplada a espectrometria de massas em tandem), o método de referência, ou diluição com método acurado. Não misture valores de métodos diferentes no seguimento.

POR QUE TITULAR TOTAL E DHT

Em quem usa EAA, o valor estoura o teto do ensaio e o laudo volta "> 1500". Sem a diluição seriada você perde o número real e fica cego para acompanhar. **Sempre peça titulada para valor exato.**

Em mulher é ainda mais cru. O ensaio tem baixa sensibilidade para valores abaixo de 100 ng/dL. Não dá para diagnosticar deficiência androgênica por parâmetro laboratorial. Em mulher, testosterona se trata pela clínica, transtorno do desejo sexual hipoativo na pós-menopausa, não pelo valor do exame. Quando precisar medir androgênio em mulher, a meta-análise que embasou a diretriz internacional de SOP de 2023 mostrou que o LC-MS/MS supera o imunoensaio direto, e a fração livre deve ser por diálise ou calculada, nunca pelo análogo.

COLETA EM TRANSDÉRMICO (GEL)

- ✓ Aplicar pela manhã, por exemplo às 6h
- ✓ Colher cerca de 4 horas depois, por exemplo às 10h
- ✓ Padronizar o mesmo intervalo entre coletas para poder comparar



BASEADO EM
EVIDÊNCIA

REFERÊNCIAS

Vermeulen A, et al. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(10):3666-72. doi:10.1210/jcem.84.10.6079 · Rosner W, et al. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(2):405-13. doi:10.1210/jc.2006-1864 · Handelsman DJ, et al. *Endocrinology.* 2015;156(1):400-5. doi:10.1210/en.2014-1664 · Bizuneh AD, et al. *Hum Reprod Update.* 2025;31(1):48-63. doi:10.1093/humupd/dmae028

Ferritina alta não é hemocromatose direto

O reflexo do colega é investigar sobrecarga genética. Na maioria dos usuários de EAA a causa é dieta e esteatose, não hemocromatose. A leitura começa pelo perfil férrico e pela função hepática.

Ferritina é marcador sensível, pouco específico e reagente de fase aguda. Nunca interprete isolada. Em uso de curto prazo e dose adequada o aumento não preocupa. A longo prazo pode subir, e na maioria dos casos é inadequação dietética e de aporte hídrico. A esteatose hepática eleva ferritina e não é incomum no usuário de EAA. Em NAFLD, a ferritina reflete ferro hepático e resistência insulínica, não inflamação sistêmica (Ryan 2017), e não é preditor independente de fibrose (Giacomazzi 2022).

CORTE DE FERRITINA	LEITURA
Deficiência de ferro	< 30 ng/mL sem inflamação · < 100 ng/mL se há inflamação ou hepatopatia (a fase aguda mascara a depleção)
Normal	40 a 200 ng/mL (homem) · 15 a 150 ng/mL (mulher)
Possível sobrecarga	> 300 ng/mL (homem) · > 200 ng/mL (mulher)
Alta probabilidade de excesso de ferro	> 1000 ng/mL na ausência de inflamação
TSAT sugerindo sobrecarga	≥ 45% (homem) · ≥ 40% (mulher)
TSAT < 30% com ferritina alta	Causa inflamatória, hepática ou maligna (fase aguda)

Os cortes de saturação de transferrina (≥ 45% H, ≥ 40% M) com ferritina alta constam da diretriz de hemocromatose da EASL para diagnóstico em homozigotos C282Y. No usuário de EAA que faz flebotomia ou sangra com frequência, o quadro inverte: a depleção de ferro com ferritina baixa e fadiga é o achado, então a ferritina baixa também merece olhar.

ÁRVORE DE DECISÃO DA FERRITINA ELEVADA

- ✓ Repetir + perfil férrico (ferro, TIBC, TSAT), hemograma com reticulócitos e ALT, AST, GGT
- ✓ TSAT alta + hemograma normal: investigar hemocromatose hereditária
- ✓ TSAT alta + anemia microcítica: pensar talassemia
- ✓ TSAT normal ou baixa: inflamação, hepatopatia, pensar esteatose e dieta no usuário de EAA



BASEADO EM
EVIDÊNCIA

REFERÊNCIAS

EASL Clinical Practice Guidelines on haemochromatosis. *J Hepatol.* 2022;77(2):479-502. doi:10.1016/j.jhep.2022.03.033 · Ryan JD, et al. *Liver Int.* 2017;38(1):164-173. doi:10.1111/liv.13513 · Giacomazzi CB, et al. *Obes Surg.* 2022;32(8):2658-2663. doi:10.1007/s11695-022-06127-4

Hematócrito 54% e PSA na TRT

Dois gatilhos com número claro. O hematócrito que faz suspender ou reduzir, e o PSA que bloqueia o início da TRT.

54%

Hematócrito que dispara conduta. Endocrine Society e a coorte canadense fixam suspender ou reduzir a dose com Ht > 54% (Hb ≥ 18 g/dL). Revisões urológicas pela AUA adotam limiar mais conservador, indicando flebotomia terapêutica já com Ht > 52%. Eritrocitose grave é desfecho raro com testosterona bem conduzida: incidência cumulativa de Ht > 54% de 0,6% em 20 meses, com ciplonato cerca de 100 mg/semana (Porat 2023).

Antes de agir, confirme um Ht alto isolado afastando **hemoconcentração** (desidratação, dieta restritiva, diurético, pré-competição). Use o valor de base pré-ciclo como referência. A conduta primária é corrigir a causa, dose, via, frequência, apneia do sono, tabagismo, hidratação, não normalizar a sangria como rotina. Em cardiopata, raro nessa população, a flebotomia deve ser em serviço com monitorização cardiopulmonar.

Sangria e doação não zeram o risco. Numa coorte de doadores em TRT, 44% dos doadores repetidos seguiam com Hb ≥ 180 g/L (Ht calculado ≥ 54%): a doação repetida foi insuficiente para manter o Ht abaixo de 54% (Chin-Yee 2017). Não passe ao paciente a falsa segurança de que doar resolve. A flebotomia seriada ainda deplecciona ferro (ferritina e saturação baixas, fadiga, queda de performance), então monitore ferritina antes do ciclo e a cada 6 meses em quem sangra com frequência.

PSA: GATILHO DE BLOQUEIO ANTES DA TRT

- ⚠ PSA > 4 ng/mL, ou > 3 em alto risco (negros, parente de 1º grau com câncer de próstata)
- ⚠ Nódulo ou endurecimento prostático ao toque
- ⚠ Em qualquer um desses, não inicie TRT sem avaliação urológica (Bhasin 2018). Reavalie o PSA no 1º ano.

O PSA do painel masculino é linha de base. Câncer de próstata não se relaciona à testosterona endógena (risco relativo somado 0,99 por aumento de 5 nmol/L), e a TRT no hipogonadismo sintomático não eleva o PSA de forma clinicamente relevante (diferença de 0,10 ng/mL) nem o risco de câncer no curto prazo (Boyle 2016; Cui 2014). Se há PSA prévio, peça um novo só para descartar erro de medição.



BASEADO EM
EVIDÊNCIA

REFERÊNCIAS

Chin-Yee B, et al. *Transfusion*. 2017;57(3):578-581. doi:10.1111/trf.13970 · Porat AT, et al. *Ann Fam Med*. 2023;21(5):403-407. doi:10.1370/afm.3018 · Basheer B, et al. *Int Braz J Urol*. 2025;51(3). doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2025.9904 · Boyle P, et al. *BJU Int*. 2016;118(5):731-741. doi:10.1111/bju.13417 · Cui Y, et al. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2014;17(2):132-43. doi:10.1038/pcan.2013.60

HOMA, glicada e o corte que engana

Lê o marcador no contexto, não no corte populacional. A maior parte do erro aqui é tratar o número de gente saudável.

HOMA-IR não tem corte fixo que sirva para todos. Um HOMA de 2,8 a 3,2 significa coisas diferentes na mulher sedentária de 45 anos, no atleta de 25 em bulking e no ex-usuário de EAA em recuperação. A insulina varia até 40% no mesmo indivíduo conforme estresse, sono, treino e fase do ciclo. Atleta em bulking pode ter HOMA alto fisiológico. Não medique resistência insulínica só pelo número. Já vi atleta com HOMA 3,2 receber metformina indevida e fazer hipoglicemia no treino, quando 3,2 era fisiológico para o contexto dele.

Glicemia e glicada borderline entre normal e pré-diabetes: repita o exame e olhe dieta e adesão antes de rotular.

LIPÍDICO: O QUE EU FAÇO

- ▶ LDL alto é aumento de risco CV, trabalho com isso por segurança
- ▶ Não medico HDL baixo isolado, 39 não é motivo de estatina
- ▶ Ancoro a conduta em **ApoB** quando há discordância com o LDL (triglicéride alto, resistência insulínica, EAA): meta < 80 mg/dL em alto risco, < 65 mg/dL em risco muito alto
- ▶ **Lp(a)** uma vez na vida (nmol/L): > 50 mg/dL (~125 nmol/L) já é risco, > 180 mg/dL aproxima de hipercolesterolemia familiar

ENZIMAS HEPÁTICAS

- ▶ Tenha valor de base pré-ciclo, não suspenda por corte fixo
- ▶ Suspenda por alteração grosseira ou progressiva
- ▶ TGP isolada alta com TGO normal pesa mais que elevação de treino
- ▶ USG abdominal separa lesão de adaptação ao treino

ESTRADIOL E PROLACTINA EM HOMEM

- ✓ Pedir E2 por método sensível: o imunoensaio comum superestima E2 no homem com testo alta (reatividade cruzada), inflando o número justo no usuário de EAA. Alvo prático em ciclo ~20 a 40 pg/mL
- ✓ Não mexer em estradiol por número isolado, ginecomastia é diagnóstico de exame físico (massa palpável subareolar ≥ 0,5 cm), não de E2; suprimir abaixo de 15 a 20 pg/mL gera disfunção sexual, dor articular e perda óssea
- ✓ Estradiol alto persistente pode ser fármaco, já vi escitalopram elevar E2 e normalizar ao suspender
- ✓ Prolactina alta: repetir e pedir macroprolactina (soro pré-tratado com PEG) antes de partir para imagem
- ✓ Vitamina D entra no painel, mas com cautela: junto com EAA pode piorar a função renal. Sem megadose



BASEADO EM
EVIDÊNCIA

REFERÊNCIAS

Soffer DE, et al. (National Lipid Association). *J Clin Lipidol*. 2024;18(5):e647-e663. doi:10.1016/j.jacl.2024.08.013 · Johannesen CDL, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(11):1439-1450. doi:10.1016/j.jacc.2021.01.027 · Marcovina SM, Shapiro MD. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(7):629-631. doi:10.1016/j.jacc.2021.11.053 · Handelsman DJ, et al. *Endocrinology*. 2015;156(1):400-5. doi:10.1210/en.2014-1664



PARTE 2

PRESCRIÇÃO SEGURA E JURÍDICO

A receita que a farmácia aceita e o CRM defende. CID por substância, controle especial em duas vias, a Resolução CFM 2.333/2023 e a documentação que blinda a sua conduta.

CID por substância e a receita certa

Anabolizantes estão na Lista C5 da Portaria SVS/MS 344/1998. Vão em Receita de Controle Especial em duas vias. O que muitos tratam como receita simples é, por lei, controle especial.

SUBSTÂNCIA	CID COERENTE COM O QUADRO TRATADO
Testosterona	E23 (hipofunção da hipófise), E23.0 (hipopituitarismo), E22.1 (hiperprolactinemia), E29.1 (hipofunção testicular), E31 (sind. poliglandular)
Oxandrolona e Estanozolol	E44 (desnutrição proteico-calórica), R64 (caquexia), Z54.0 (convalescença pós-cirúrgica), K91.1 (pós-cirurgia gástrica), T29.1 (queimaduras), G72.4 e G72.9 (miopatias), Y43.4 (adversos de imunossuppressores)
GH (somatropina)	E23, E23.0, E31

A C5 foi ampliada pela RDC ANVISA 98/2000 (Lei 9.965/2000) e passou a incluir explicitamente testosterona, nandrolona, oxandrolona, estanozolol, trembolona, boldenona, metandienona, metenolona e somatropina, com sais e isômeros. O CID descreve a doença tratada, não a estética.

O QUE A RECEITA DENUNCIA

A incoerência entre dose, intervalo e CID é o que abre flanco, não a substância. Um **intervalo curto entre aplicações** mostra que não é reposição. A posologia escrita não pode contradizer a indicação declarada.

RECEITUÁRIO DEFENSÁVEL

- ✓ Toda substância da Lista C5 em Receita de Controle Especial branca em duas vias (modelo C)
- ✓ Quantidade para até 60 dias de tratamento por receita; validade de 30 dias para aviar (Portaria 344/1998)
- ✓ CID coerente com o quadro real do paciente
- ✓ Coerência dose × intervalo × CID: a posologia não contradiz a indicação
- ✓ Dose defensável: acima dos limites, o farmacêutico pode recusar (Res. CFF 357/01)
- ✓ Sem rasura: divergência grosseira entre corpo e assinatura é lida como rasura

A recusa do farmacêutico é legal em alguns casos (dose acima do limite, interação perigosa). Prescreva de forma defensável, não brigue com a farmácia.

Resolução CFM 2.333/2023

É a norma que separa conduta defensável de infração. O kit jurídico atual se constrói em cima dela.

O QUE A 2.333/2023 VEDA

- ⚠ Prescrever terapia hormonal com EAA com finalidade estética
- ⚠ Prescrever EAA para ganho de massa muscular
- ⚠ Prescrever EAA para melhoria de desempenho esportivo

A 2.333/2023 foi publicada no DOU em 11/04/2023 e veda também a gestrinona com fim estético, os SARMS para qualquer indicação e hormônios bioidênticos nano sem comprovação. A nota de esclarecimento do CFM (abril de 2023) é o outro lado da regra: a prescrição de EAA **segue justificada para indicação terapêutica**. A linha que separa a conduta defensável da infração é a indicação. Hipogonadismo, puberdade tardia, micropênis neonatal, caquexia e terapia hormonal cruzada em transgênero, com CID coerente e documentação, é terapêutico. Estética, massa ou desempenho, é vedado.

BLINDAGEM: O QUE DOCUMENTAR

- ✓ Anamnese completa registrada: queixa, histórico, exame físico
- ✓ Exames antes e depois: hematócrito, perfil hepático, lipídico, PSA quando indicado
- ✓ Termo de consentimento informado para uso off-label, risco e benefício discutidos e assinados
- ✓ Registrar que a indicação é clínica e individualizada, não plano de prateleira

Off-label não é sem evidência. Uso fora de bula com racional fisiopatológico e literatura é defensável, documente a evidência. Sem evidência alguma (HCG para emagrecer, por exemplo) é iatrogenia, não prescreva.



BASE NORMATIVA

REFERÊNCIAS

Resolução CFM nº 2.333/2023, DOU 11/04/2023 (veda EAA, gestrinona e SARMS com fim estético, ganho de massa e desempenho). · Nota de esclarecimento CFM, abr/2023 (indicação terapêutica segue justificada). · Resolução CFM nº 1.999/2012 (veda antienvelhecimento com hormônio). · Portaria SVS/MS 344/1998, Lista C5; RDC ANVISA 98/2000.

Autonomia, comércio e telemedicina

A autonomia protege quem documenta e não causa dano. A ética é o que impede a prescrição de virar balcão.

"Em 2013 respondi a uma denúncia anônima de que eu prescrevia oxandrolona para fins estéticos. O CRM respondeu ao denunciante que a conduta dentro do consultório é de minha responsabilidade única."

Autonomia médica. Sem queixa ou denúncia do paciente comprovando iatrogenia, ninguém interfere na conduta adotada na consulta. Quem expõe é o paciente lesado, não o colega que discorda do "isso é de especialista". Esse precedente vale dentro da regra atual: a 2.333/2023 fechou a porta para o uso estético, então a documentação da indicação terapêutica é o que sustenta a autonomia hoje.

ÉTICA ANTI-COMÉRCIO (LINHA VERMELHA)

- ⚠ CEM, Princípio Fundamental IX: a medicina não é exercida como comércio
- ⚠ Art. 68: vedado exercer a profissão com dependência de farmácia ou indústria
- ⚠ Art. 69: vedado obter vantagem pela prescrição ou comercialização
- ⚠ Receber comissão de farmácia, vender o EAA ou faturar implante por margem fere o CEM

Cobrar por consulta, acompanhamento e disponibilidade é lícito. Lucrar com a venda do produto prescrito, não. O principal erro do nicho está na mercantilização dentro do consultório.

Telemedicina. A Resolução CFM 2.314/2022 firma a consulta presencial como padrão ouro e diz que a telemedicina não a substitui. Como a indicação de EAA depende de exame físico e dosagens de base, a primeira avaliação presencial é a conduta defensável, deixando seguimento e renovação para a teleconsulta; em condição crônica, exige consulta presencial com o assistente em intervalo não superior a 180 dias. Para controlado, a receita sai eletrônica assinada com certificado ICP-Brasil, que gera as duas vias com validade nacional. Receita por live, áudio em grupo ou comentário de rede não é consulta e fere o Art. 37 do Código de Ética (prescrever sem exame direto e por comunicação de massa).

Publicidade mudou em 2024. A antiga Resolução CFM 1.974/2011 foi revogada pela **Resolução CFM 2.336/2023**, em vigor desde 11/03/2024. O antes e depois passou a ser permitido com restrições rígidas (paciente não identificável, imagem não manipulada, evoluções boas e ruins juntas), e CRM mais RQE são obrigatórios na página principal do perfil. Some a trava da 2.333/2023, que veda publicidade que estimule uso estético, de massa ou desempenho: antes e depois de transformação com hormônio é convite a sindicância mesmo com a flexibilização.



REFERÊNCIAS

Código de Ética Médica (Res. CFM 2.217/2018), Princípio Fundamental IX, Art. 37, 68 e 69. · Resolução CFM nº 2.314/2022 e Lei 14.510/2022 (telemedicina). · Resolução CFM nº 2.336/2023 (publicidade; revoga a 1.974/2011, vigor 11/03/2024). · Resolução CFM nº 2.333/2023.

ANTES DE TERMINAR

O PAINEL VOCÊ TEM. A LEITURA É O QUE DECIDE.

FORMAÇÃO MVR

A lista de exames qualquer um copia. Interpretar teste livre pelo método certo, ler ferritina e HOMA no contexto, e montar a receita que a farmácia aceita e o CRM defende é o que separa a conduta defensável da denúncia. É isso que a Formação entrega, do médico que já respondeu a uma sindicância e teve a autonomia reconhecida pelo CRM.

Dr. Marcos Staak Jr

Médico · CRM-SC 17642 · Medicina da Vida Real

FORMAÇÃO
medicina da
VIDA REAL



REFERÊNCIAS

Bhasin S, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2018. doi:10.1210/pc.2018-00229 · Vermeulen A, et al. J Clin Endocrinol Metab. 1999. doi:10.1210/jcem.84.10.6079 · Rosner W, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2007. doi:10.1210/jc.2006-1864 · Handelsman DJ, et al. Endocrinology. 2015. doi:10.1210/en.2014-1604 · Bizuneh AD, et al. Hum Reprod Update. 2025. doi:10.1093/humupd/dmae028 · Chin-Yee B, et al. Transfusion. 2017. doi:10.1111/trf.13970 · Porat AT, et al. Ann Fam Med. 2023. doi:10.1370/afm.3018 · Basheer B, et al. Int Braz J Urol. 2025. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2025.9904 · EASL J Hepatol. 2022. doi:10.1016/j.jhep.2022.03.033 · Ryan JD, et al. Liver Int. 2017. doi:10.1111/liv.13513 · Giacomazzi CB, et al. Obes Surg. 2022. doi:10.1007/s11895-022-06127-4 · Boyle P, et al. BJU Int. 2018. doi:10.1111/bju.13417 · Cui Y, et al. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2014. doi:10.1038/pcan.2013.60 · Soffer DE, et al. J Clin Lipidol. 2024. doi:10.1016/j.jacl.2024.08.013 · Johannessen CDL, et al. J Am Coll Cardiol. 2021. doi:10.1016/j.jacc.2021.01.027 · Marcovina SM, Shapiro MD. J Am Coll Cardiol. 2022. doi:10.1016/j.jacc.2021.11.053 · Resolução CFM 2.333/2023 · Resolução CFM 2.336/2023 · Resolução CFM 2.314/2022 · Portaria SVS/MS 344/1998 (Lista CS) · RDC ANVISA 98/2000 · Código de Ética Médica