

A INFLUÊNCIA DA ANTICONCEPÇÃO HORMONAL NA SEXUALIDADE FEMININA

Flávia Raquel Rosa Junqueira¹; Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva²; Rosana Maria dos Reis³

THE INFLUENCE OF HORMONAL CONTRACEPTIVE IN WOMEN SEXUALITY

Resumo:

Os autores revisam os artigos publicados cujo objetivo principal fosse avaliar a influência da anticoncepção hormonal (AH) na sexualidade feminina. Há uma variabilidade muito grande na resposta das mulheres aos AH e ainda não há como se prever quais mulheres irão apresentar efeitos colaterais sexuais. Estes efeitos, entretanto, podem ser causa de abandono do método e, portanto, devem ser valorizados. Os AH ocasionam uma diminuição dos níveis de androgênios endógenos e, ao mesmo tempo, causam um aumento da SHBG. Essas alterações aparentemente são reversíveis após a suspensão destes medicamentos. Os AH orais contendo baixa dose de EE, 15 mcg, parecem ter um impacto negativo sobre a sexualidade, relacionado a um pior controle de ciclo e menor lubrificação vaginal. Os AH orais contendo EE 20 ou 30 mcg parecem ter boa aceitabilidade no que concerne a sexualidade. A minipílula não interfere na sexualidade feminina e o anel vaginal parece ter os melhores efeitos, aumentando as fantasias e o interesse sexual do casal. Casais com bom grau de ajustamento conjugal parecem ter maior chance de sofrer um eventual impacto negativo relacionado ao uso dos AH.

Palavras-chave:

Anticoncepcionais; sexualidade; efeitos adversos

Abstract:

The authors review published articles whose main objective was to assess the influence of hormonal contraception (HC) on female sexuality. There is wide variability in the response of women to HC and there is still no way to predict which women will present sexual side effects. These effects, however, may be the cause of abandonment of the method and therefore should be properly valued. HC cause a reduction of endogenous androgen levels and a concomitant increase in SHBG. These changes appear to be reversible after the discontinuation of these medications. Oral HC containing a low dose of EE, 15 μ g, seem to

Sumario

¹ Médica assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP) – Brasil. e-mail: flaviaraqueljunqueira@yahoo.com.br

² Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP) - Brasil

³ Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP) - Brasil

have a negative impact on sexuality related to a worse control of the cycle and a reduced vaginal lubrication. Oral HC containing 20 or 30 µg EE seem to show good acceptability regarding sexuality. The minipill does not interfere with female sexuality and the vaginal ring seems to have the best effects, increasing the fantasies and the sexual interest of the couple. Couples with a good degree of marital adjustment seem to have a greater chance to suffer an eventual negative impact related to the use of HC.

Keywords:

Contraceptive Agents; sexuality; adverse effects

Desde a introdução do Anticoncepcional Combinado Oral (ACO) no mercado brasileiro, em 1961, com o contraceptivo Anovlar®, o uso desta forma de anticoncepção vem crescendo cada dia mais.

Nos Estados Unidos, os ACOs estão entre os medicamentos mais usados; estima-se que 80% das americanas o utilizam em algum período de suas vidas (BLACKBURN, CUNKELMAN, ZLIDAR, 2000). No Canadá, os ACOs são o método contraceptivo mais utilizado entre as mulheres sexualmente ativas. Cerca de 32% delas o utilizam. Em segundo lugar, figura o uso de preservativo, por cerca de 21%. A esterilização feminina, naquele país, corresponde a apenas 8% dos casos, enquanto a masculina responde por 15% (FISHER, BORODITSKY, MORRIS, 2004).

No Brasil, o ACO está, junto com o preservativo, entre os métodos mais conhecidos entre as mulheres (SCHOR, FERREIRA, MACHADO, FRANÇA, PIROTTA et al., 2000). Além disso, é o segundo método mais utilizado neste país. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996), sabe-se que à exceção da região sul do país, onde o ACO é o método mais prevalente, no restante do país, a laqueadura tubária (LT) é o principal Método Anticoncepcional (MAC) utilizado.

Na cidade de São Paulo, em estudo de 1992, o uso ACO foi referido por 35,5% das usuárias de MAC, enquanto 42,9% das mulheres estão esterilizadas (SCHOR et al., 2000). Já em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, pesquisa de 2006, revela que dentre a população sexualmente ativa, 48,8% referiram o uso dos ACO e apenas 18,7% referiram ter realizado a LT. Outro fator importante a ser observado é que enquanto a prevalência do uso do ACO diminui com a idade, a realização da LT aumenta de acordo com a faixa etária (CARREN, DIAS-DA-COSTA, OLINTO, MENEGHEL, 2006).

Vale ressaltar que além do uso como método contraceptivo, os ACOs são prescritos também para outras indicações, como sangramento uterino disfuncional, cistos ovarianos, síndrome dos ovários policísticos, dismenorréia e endometriose.

Desde que se iniciou o uso deste tipo de medicação, a sexualidade humana sofreu várias mudanças. O advento de métodos contraceptivos efetivos deixou clara a distinção entre o prazer da atividade sexual e sua função reprodutiva. Se por um lado o controle da fertilidade dissociou o sexo da reprodução, por outro essas medicações, ao interferirem no ciclo hormonal feminino, passaram a ser também motivo de disfunções sexuais.

Dentre os efeitos colaterais, presentes na bula de qualquer ACO consta a alteração da libido. Aproximadamente 15% das mulheres em uso de contraceptivo hormonal experimentam algum grau de disfunção sexual, sobretudo diminuição do desejo e secura vaginal (SARAJARI, WICKMAN, MARIN, BERMAN, 2004).

Por outro lado, a segurança psicológica gerada pelo uso de um MAC bastante efetivo pode reduzir o medo de uma gravidez indesejada e, por consequência, aumentar o desejo e a satisfação sexual (MASTERS, JOHNSON, KOLODNY, 1986). Da mesma forma, um maior conhecimento sobre planejamento familiar também associa-se a maior desejo sexual (MARTIN-LOECHES, ORTI, MONFORT, ORTEGA, RIUS, 2003).

Em vista da grande utilização deste tipo de medicamento, o objetivo deste estudo é revisar a literatura a fim de avaliar-se a real influência dos diversos tipos de Anticoncepção Hormonal (AH) na sexualidade feminina.

Avaliação da função sexual

Sendo a sexualidade humana um atributo individual e cuja vivência é tão subjetiva, como avaliar alterações na mesma? Os trabalhos de pesquisa se utilizam para tanto de instrumentos estruturados construídos especificamente para esse fim. A vantagem deste tipo de instrumento é estandardizar a avaliação do funcionamento sexual atual e passado.

Há três categorias de medidas: questionários auto-responsáveis, diários e entrevistas estruturadas. Um bom instrumento deve conter vários domínios, com pelo menos dois itens por domínio, ter consistência interna (α) de pelo menos 0,70 para todos os domínios e demonstrar reabilidade teste-reteste em um intervalo de 2 a 4 semanas de no mínimo 0,50 para todos os itens. Os questionários auto-responsáveis geralmente preenchem todos esses critérios (HEIMAN et al., 2004).

Um exemplo de entrevista estruturada é o *Interviewer Rating of Sexual Function* (IRSF). Ele envolve 10 itens que avaliam a iniciativa sexual, excitação, orgasmo, ansiedade, lubrificação vaginal, dor e aproximação com o parceiro (BANCROFT, TYRER, WARNER, 1982). Um exemplo de questionário auto-responsivo é o *Personal Experience Questionnaire* (PEQ) (MCCOY, MATYAS, 1996). Outro exemplo deste tipo de questionário é o *The Female Sexual Function Index* (FSFI). Ele contém seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ROSEN et al., 2000). Os estudos que avaliam a interferência da anticoncepção hormonal na sexualidade em geral se utilizam de um destes instrumentos.

Efeitos colaterais do ACO e taxa de descontinuação

Ainda que a dose dos ACOs tenha sofrido importante redução desde que estes foram introduzidos no mercado, com redução simultânea dos efeitos colaterais, uma proporção significativa de mulheres suspende a utilização deste método contraceptivo dentro dos primeiros meses de uso. Entre os americanos, estima-se uma taxa de descontinuidade de cerca de 29%, com porcentagens ainda maiores entre as adolescentes (HATCHER, TRUSSEL, STEWART, 1998).

Um estudo prospectivo avaliou mulheres que iriam iniciar o uso de ACO, utilizando-se do IRSF, aplicado antes do início da utilização e com 3, 6 e 12 meses de uso, ou assim que o ACO fosse descontinuado ou trocado. Além de estudarem os efeitos colaterais sexuais, avaliaram também os efeitos colaterais físicos e emocionais e sua relação com a taxa de descontinuidade. Encontraram uma taxa de descontinuidade de 47%, 14% das pacientes trocaram o tipo de formulação do ACO e apenas 38% mantiveram o ACO inicialmente prescrito. A maior taxa de abandono do método ocorreu durante os três primeiros meses de uso. Os efeitos colaterais emocionais e sexuais foram considerados os principais fatores

preditores de descontinuação e de troca do ACO. Entre as pacientes que descontinuavam o método, houve um maior declínio da frequência de relações sexuais e também dos pensamentos sexuais (SANDERS et al, 2001).

Mecanismos de interferência dos ACO na resposta sexual feminina

Ainda não se sabe ao certo o mecanismo pelo qual os ACOs podem interferir na resposta sexual feminina. Duas hipóteses são sugeridas: a redução da testosterona livre induzida pelo ACO ou efeitos diretos do progestágeno (SANDERS et al, 2001).

Sabe-se que os ACOs de baixa dose levam a uma diminuição significativa dos androgênios. Ao mesmo tempo, ocasionam um aumento das globulinas carreadoras de androgênios (SHBG). Assim, durante o uso dos ACOs, há uma alteração do ambiente androgênico endógeno em direção a um hipoandrogenismo (COENEN, THOMAS, BORM, HOLLANDERS, ROLLAND, 1996). Ainda que esse efeito possa ser favorável no tratamento do hiperandrogenismo, ele pode vir a interferir negativamente na sexualidade feminina.

Parece haver uma associação entre os níveis de testosterona total e a frequência de pensamentos sexuais e relações auto-iniciadas; e entre os níveis de testosterona livre e a frequência de excitação sexual. Não há evidências, entretanto, da redução da testosterona afetar a satisfação da atividade sexual com um parceiro (GRAHAM, BANCROFT, DOLL, GRECO, TANNER, 2007).

É importante salientar que fatores psicológicos e relacionais podem interagir com os mecanismos hormonais influenciando a resposta da mulher ao uso dos ACOs.

Atualmente, discute-se se essas alterações nos níveis de androgênios e globulinas carreadoras são ou não reversíveis após a suspensão dos AH.

Um estudo prospectivo avaliou mulheres em uso de anticoncepção hormonal, pelas vias oral, vaginal ou transdérmica, por pelo menos seis meses. Avaliou-se a testosterona total, testosterona livre e a SHBG ao final da última cartela e 4 meses após a suspensão da medicação hormonal. Os autores encontraram um aumento da testosterona total e livre e uma diminuição da SHBG. Além disso, avaliação da função sexual, pelo questionário FSFI, evidenciou melhora significativa desta após a descontinuação do AH. A partir destes resultados, os autores propõem que, em vista do caráter reversível das alterações androgênicas induzidas por estas medicações, a suspensão do AH deveria ser considerada como abordagem de primeira linha no tratamento das disfunções sexuais das pacientes usuárias de AH (SARAJARI et al, 2004).

Outros autores (PANZER et al, 2006), entretanto, em estudo retrospectivo, encontraram resultado discordante deste. Eles avaliaram três grupos de mulheres com algum tipo de disfunção sexual: mulheres em uso de ACO há pelo menos seis meses, mulheres que usaram ACO por pelo menos seis meses e que haviam suspenso o uso e mulheres que nunca tinham tomado nenhum tipo de ACO. Observaram que os níveis de SHBG nas mulheres que descontinuavam o uso do ACO apesar de sofrer uma queda, não retornava aos níveis observados entre as que nunca usaram essa forma de medicação. Os autores questionam se a exposição prolongada aos estrógenos sintéticos presentes nos ACOs seriam capazes de gerar um *imprint* genético, aumentando, assim, a expressão da SHBG no fígado de algumas mulheres de forma irreversível. Isso poderia levar a consequências em longo prazo na saúde sexual, metabólica e mental. A resposta a essa questão, entretanto, depende da realização de estudos prospectivos, com a inclusão de um maior número de pacientes.

Por hora, não há evidência suficiente para afirmarmos que realmente os ACOs causem alterações irreversíveis no metabolismo feminino.

De toda forma, na avaliação inicial de pacientes com desejo sexual hipotativo deve ser solicitado rotineiramente a dosagem de testosterona livre ou de testosterona total e SHBG. Isso visa à avaliação da insuficiência androgênica feminina, cujos critérios diagnósticos foram definidos no *Princeton Consensus Statement*, em 2002 (BACHMANN et al).

Tipos de ACO e sua influência sobre a resposta sexual

Os estudos aqui discutidos tratam de formulações de AH comercializados no Brasil. Além disso, o objetivo primário de todos os artigos analisados foi a avaliação das repercussões sexuais dos AHs.

GRAHAM, RAMOS, BANCROFT, MAGLAYA, FARLEY (1995)

avaliaram os efeitos na sexualidade, em mulheres laqueadas ou cujos parceiros fossem vasectomizados, do ACO contendo etinilestradiol 30 mcg / levonorgestrel 150 mcg e da minipílula contendo levonorgestrel 30 mcg; comparados à utilização de placebo. Através do uso do IRSF, antes do início do uso e após um, dois e quatro meses de utilização da medicação contraceptiva, os autores observaram efeitos negativos deste ACO no interesse sexual das mulheres que apresentavam relacionamentos satisfatórios e ajustados. Essa piora do interesse sexual foi maior durante o primeiro mês de uso do ACO, porém persistiu nos três meses seguintes. Houve também, neste grupo, uma diminuição da frequência de relações sexuais. Entre as mulheres cujos relacionamentos eram menos satisfatórios e o interesse sexual já era diminuído na avaliação basal o ACO não ocasionou piora da sexualidade. Já a minipílula mostrou-se livre de efeitos adversos sexuais.

O ACO contendo etinilestradiol 15 mcg / gestodeno 60 mcg foi avaliado através da aplicação do PEQ antes do início do uso e após três, seis e nove meses de sua utilização. A ocorrência de sangramento irregular foi causa de redução da frequência de atividade sexual e diminuição do desejo sexual. O PEQ detectou diminuição da excitação no 3º mês de uso, em relação à avaliação basal. A frequência de orgasmo não se alterou. Cerca de 19% relataram dispareunia associada ao uso deste ACO. Segundo os autores, a baixa dose de etinilestradiol pode ser causa de diminuição da lubrificação vaginal, enquanto a diminuição do desejo sexual pode resultar do hipoandrogenismo secundário ao uso do ACO (CARUSO et al., 2004).

Estudo longitudinal avaliou a formulação de etinilestradiol 30 mcg /

drospirenona 3 mg através da aplicação do PEQ antes do início do uso e após três, seis e nove meses de sua utilização. A satisfação sexual foi maior durante o uso do ACO, observou-se também melhora da excitação e da frequência de relações sexuais. As mulheres relataram diminuição da dor associada à relação sexual. Não houve alteração do desejo; a frequência de orgasmos, entretanto, aumentou (CARUSO et al., 2005). Os autores concluem que os ACOs com 30 mcg de etinilestradiol (EE) mantêm boa lubrificação vaginal, ao contrário daqueles com baixa dose de EE.

GUIDA et al. (2005) compararam o uso do anel vaginal, contendo EE 15

mcg / etonogestrel 120 mcg, com o ACO de EE 20 mcg / desogestrel 150 mcg a um grupo controle. Para tanto utilizaram o IRSF, como instrumento de avaliação, associado a uma escala visual analógica (VAS), durante seguimento de seis meses. As duas formulações

associaram-se a um aumento da frequência sexual. Observaram, em ambos os grupos, diminuição da ansiedade e aumento do prazer e interesse sexual, frequência e intensidade do orgasmo, satisfação e cumplicidade. As mulheres em uso do anel apresentaram aumento significativo das fantasias sexuais. Também entre os parceiros, o uso do anel vaginal associou-se a aumento significativo do interesse sexual, cumplicidade e das fantasias sexuais. O aumento das fantasias sexuais associado ao uso do anel foi um interessante resultado deste trabalho, que pode, por sua vez, explicar o aumento do interesse sexual e da cumplicidade entre os usuários deste MAC. Os autores propõem que a presença do anel na vagina pode atuar como um estímulo positivo para o casal. Novos estudos, entretanto, que avaliem as alterações hormonais associadas a estes métodos são necessários para se poder averiguar o real motivo destas diferenças entre o anel vaginal e o ACO.

Um estudo mais recente comparou o uso do ACO com EE 20 mcg / levonorgestrel 100 mcg, com o ACO com EE 15 mcg / gestodeno 60 mcg e o anel vaginal de EE 15 mcg / etonogestrel 120 mcg (SABATINI, CAGIANO, 2006). A avaliação da função sexual foi obtida através da entrevista do participante com um ginecologista do sexo feminino, antes do início do uso e após três, seis e doze meses de sua utilização. O uso do ACO com EE 15 mcg / gestodeno 60 mcg associou-se a maior incidência de sangramento de escape, sobretudo durante os primeiros três meses de uso. Além disso, ambos os ACOs tiveram maior incidência de sangramento irregular comparado ao anel. Este possivelmente apresenta melhor controle de ciclo por não apresentar flutuação dos níveis hormonais. A queixa de ressecamento vaginal foi apresentada por 30,4% das usuárias do ACO com EE 15 mcg / gestodeno 60 mcg, 12,7% das usuárias do ACO contendo EE 20 mcg / levonorgestrel 100 mcg e apenas 2,1% das usuárias do anel. Observou-se influência negativa de ambos os ACOs sobre o desejo sexual. As usuárias do anel, por sua vez, apresentaram aumento progressivo e significativo do desejo do início para o final do estudo. Este trabalho demonstrou dois pontos fundamentais para aceitabilidade do MAC: controle de ciclo e efeitos sexuais (lubrificação vaginal e desejo sexual). Os autores concluem que o maior impacto negativo sobre a sexualidade está associado ao ACO com EE 15 mcg. Já o ACO com EE 20 mcg é aceitável no que concerne a sexualidade, ainda que os melhores resultados neste quesito associem-se ao uso do anel. Se esse efeito é decorrente dos níveis hormonais constantes, da melhor lubrificação vaginal, de estímulo local, da via alternativa de administração ou da farmacocinética do etonogestrel, novos estudos são necessários.

Conclusões

Os efeitos colaterais sexuais associados ao uso do ACO podem ser causa de abandono do método e, portanto, devem ser valorizados.

Os ACO ocasionam uma diminuição dos níveis de androgênios endógenos e, ao mesmo tempo, causam um aumento da SHBG

Essas alterações nos níveis hormonais, aparentemente, são rapidamente revertidas após a suspensão destes medicamentos. Assim, é viável discutir-se com a paciente a suspensão do ACO em prol de reavaliá-lo em um curto período de tempo à resposta da sexualidade a essa medida.

Os ACOs contendo baixa dose de EE, 15 mcg, parecem ter um impacto negativo sobre a sexualidade, impacto este relacionado a um pior controle de ciclo e menor lubrificação vaginal.

Os ACOs contendo EE 20 ou 30 mcg parecem ter boa aceitabilidade no que concerne a sexualidade.

A minipílula não interfere na sexualidade feminina.

O anel vaginal parece ser o MAC com melhores efeitos sobre a sexualidade, aumentando as fantasias e o interesse sexual do casal.

Casais com bom grau de ajustamento conjugal parecem ter maior chance de sofrer um eventual impacto negativo relacionado ao uso dos ACOs.

Há uma variabilidade muito grande na resposta das mulheres aos AH.

Ainda não há como se prever quais mulheres irão apresentar efeitos colaterais sexuais com o uso da AH.

As pesquisas realizadas até o momento, entretanto, já permitem um melhor uso destes MAC, na busca por uma menor interferência na resposta sexual.

Certamente a AH foi uma revolução no que concerne ao planejamento familiar. Além disso, não há como negar que a maioria das mulheres tem boa tolerância ao uso destes medicamentos. Porém, não se pode ignorar aquela parcela de usuárias que sofre com os efeitos colaterais sexuais relacionados ao seu uso. Assim, é importante que o médico saiba informar sua paciente sobre esses efeitos e, principalmente, saiba qual conduta tomar na presença de reações adversas relacionadas à resposta sexual feminina.

Referências Bibliográficas

- BACHMANN, G.; BANCROFT, J.; BRAUNSTEIN, G.; BURGER, H.; DAVIS, S.; DENNERSTEIN, L.; GOLDSTEIN, I.; GUAY, A.; LEIBLUM, S.; LOBO, R.; NOTELOVITZ, M.; ROSEN, R.; SARREL, P.; SHERWIN, B.; SIMON, J.; SIMPSON, E.; SHIFREN, J.; SPARK, R.; TRAISH, A. Female androgen insufficiency: The Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil Steril*, 77:660-5, 2002.
- BANCROFT, J.; TYRER, G.; WARNER, P. The assessment of sexual problems in women *BJ Sex Med*, 9:30, 1982.
- BLACKBURN, R.D.; CUNKELMAN, J.A.; ZLIDAR, V.M. Oral Contraceptives—An Update. In: *Population Reports, Series A, No. 9*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Spring 2000.
- CAREN, I.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):1101-1109, 2006.
- CARUSO, S.; AGNELLO, C.; NTELISANO, G.; FARINA, M.; MARI, L.D.; CIANCI, A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 µg ethinylestradiol/60 µg gestodene. *Contraception*, 69:237–240, 2004.
- CARUSO, S.; AGNELLO, C.; INTELISANO, G.; FARINA, M.; MARI, L.D.; SPARACINO, L.; CIANCI, A. Prospective study on sexual behavior of women using 30 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive. *Contraception*, 72:19–23, 2005.
- COENEN, C.M.H.; THOMAS, C.M.G; BORM, G.F.; HOLLANDERS, J.M.G.; ROLLAND, R. Changes in androgens during treatment with four low-dose contraceptives. *Contraception*, 53:171-176, 1996.
- FISHER, W.; BORODITSKY, R.; MORRIS, B. The 2002 Canadian Contraception Study: part 1. *J Obstet Gynaecol Can*, 26(6):580-90, 2004.
- GRAHAM, C.A.; BANCROFT, J.; DOLL, H.A.; GRECO, T.; TANNER, A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology*, 32:246–255, 2007.
- GRAHAM, C.A.; RAMOS, R.; BANCROFT, J.; MAGLAYA, C.; FARLEY, T.M.M. The Effects of Steroidal Contraceptives on the Well-being and Sexuality of Women: A Double-blind, Placebo-controlled, Two-centre Study of Combined and Progestogen-only Methods. *Contraception*, 52:363-369, 1995.
- GUIDA, M.; SARDO, A.D.S.; BRAMANTE, S.; SPARICE, S.; ACUNZO, G.; TOMMASELLI, G.A.; CARLO, C.D.; PELLICANO, M.; GRECO, E.; NAPPI, C. Effects of two types of hormonal contraception—oral versus intravaginal—on the sexual life of women and their partners. *Human Reproduction*, 20(4):1100–1106, 2005.
- HATCHER, R.A.; TRUSSEL, J.; STEWART, F. *Contraceptive technology*. Ardent Media, Inc., New York, 1998.
- HEIMAN, J.R.; GUESS, M.K.; CONNELL, K.; MELMAN, A.; HYDE, J.S.; SEGRAVES, T.; WYLLIE, M.G. Standards for clinical trials in sexual dysfunctions of women: research designs and outcomes assessment. In: LUE, T.F.; BASSON, R.; ROSEN, R.; GIULIANO, F.; KHOURY, S.; MONTORSI, F. (Editors). *Sexual Medicine Sexual*

Dysfunctions in Men and Women 2nd International Consultation on sexual dysfunctions – Paris. Paris; Editions 21, 2004. p. 631-681.

MARTIN-LOECHES, M.; ORTI, R.M.; MONFORT, M.; ORTEGA, E.; RIUS, J. A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 8(3):129-34, 2003.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R.C. Masters and Johnson on sex and human loving. Papermac, 1987, London, 1986.

MCCOY, N.L.; MATYAS, J.R. Oral contraceptives and sexuality in university women. *Arch Sex Behav*, 23:73-9, 1996.

PANZER, C.; WISE, S.; FANTINI, G.; KANG D.; MUNARRIZ, R.; GUAY, A.; GOLDSTEIN, I. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med*, 3:104-113, 2006.

ROSEN, R.C.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.R.; MESTON, C.; SHABSIGH, R., et al The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26:191, 2000.

SABATINI, R.; CAGIANO, R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 74:220-223, 2006.

SANDERS, S.A.; GRAHAM, C.A.; BASS, J.L.; BANCROFT, J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64:51-58, 2001.

SARAJARI, S.; WICKMAN, D.S.; MARIN, C.M.; BERMAN, J.R. Pilot study assessing the impact of hormonal contraceptives on serum testosterone levels and sexual function in pre-menopausal women. *Fertility & Sterility*, 82, Suppl. 2, September 2004

SCHOR, N.; FERREIRA, A.F.; MACHADO, V.L.; FRANÇA, A.P.; PIROTTA, K.C.M.; ALVARENGA, A.T.; SIQUEIRA A.A.F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):377-384, 2000.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil; 1997.