

O impacto do uso de métodos contraceptivos orais na função sexual de mulheres em idade reprodutiva

The impact of the use of oral contraceptive methods on the sexual function of women of reproductive age

Leonardo Pandolfi Caliman¹, Eduarda Cardoso Costa¹,
Fernanda Sotto Maior do Valle Pinheiro¹, Luisa Gouvêa Abrantes¹

Descritores

Mulher; Dispositivo contraceptivo; Contraceptivos orais; Disfunções psicosssexuais; Questionário

Keywords

Woman; Contraceptive device; Oral contraceptives; Psychosexual dysfunctions; Questionnaire

Submetido:
17/10/2022

Aceito:
11/04/2023

1. Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Luisa Gouvêa Abrantes
Alameda Salvaterra, 200, 36033-003,
Juiz de Fora, MG, Brasil
luisaabrantes@hotmail.com

Como citar:
Caliman LP, Costa EC, Pinheiro FS, Abrantes LG. O impacto do uso de métodos contraceptivos orais na função sexual de mulheres em idade reprodutiva. Femina. 2023;51(5):299-308.

RESUMO

Objetivo: Investigar o impacto dos contraceptivos orais hormonais na função sexual de mulheres. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio do questionário traduzido e validado “Índice da Função Sexual Feminina”, capaz de estimar o risco de disfunção sexual feminina. Dados sociodemográficos, ginecológicos, medicamentosos e outros foram avaliados e correlacionados estatisticamente a esse escore, estimando possíveis causas da disfunção sexual, com destaque para o uso de anticoncepcional oral. O estudo foi baseado em uma amostragem por conveniência, incluindo mulheres > 18 anos em idade reprodutiva, de 04/01/2021 a 04/01/2022, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Participaram deste estudo 105 mulheres com média e desvio-padrão de idade de $23,4 \pm 3,8$ anos, predominantemente heterossexuais (84,0%) e bissexuais (13,2%). A maioria delas (93,4%) utiliza métodos contraceptivos, sendo esses anticoncepcional oral (45,3%), DIU hormonal (19,8%) e camisinha (17,0%). A composição hormonal mais utilizada foi levonorgestrel (26,4%) e etinilestradiol (25,5%). Oitenta por cento das mulheres são sexualmente ativas, 69,3% delas têm parceria fixa, 42,5% tinham relações quase sempre e 33,0% referiam que as relações sexuais eram sempre satisfatórias. Houve boa adequação da amostra (0,865) e significância estatística ($p < 0,0001$). Utilizar ou não método contraceptivo apresentou diferença nos domínios desejo, satisfação e dor. Contudo, as questões do histórico sexual foram as que mais apresentaram relevância estatística em relação aos domínios. **Conclusão:** Apesar de outros estudos serem necessários para provar a hipótese de que os contraceptivos orais têm impacto negativo na função sexual feminina, é clara a importância de os profissionais de saúde já estarem cientes dessa possibilidade e saberem como abordá-la.

ABSTRACT

Objective: To investigate the impact of hormonal oral contraceptives on women's sexual function. **Methods:** Cross-sectional study carried out using the translated and validated questionnaire “Index of Female Sexual Function”, capable of estimating the risk of female sexual dysfunction. Sociodemographic, gynecological, medication and other data were evaluated and statistically correlated to this score, estimating possi-

ble causes of sexual dysfunction, with emphasis on the use of oral contraceptives. The study was based on a convenience sample, including women > 18 years of reproductive age, from 01/04/2021 to 01/04/2022, following inclusion and exclusion criteria. **Results:** The study included 105 women with a mean and standard deviation of (23.4 ± 3.8) years old, predominantly heterosexual (84.0%) and bisexual (13.2%). Most of them (93.4%) use contraceptive methods, these being (45.3%) oral contraceptives, (19.8%) hormonal IUDs and (17.0%) condoms. The most used hormonal composition was levonorgestrel (26.4%) and ethinylestradiol (25.5%). Eighty percent of the women are sexually active, 69.3% of them have a steady partner, 42.5% almost always had sex and 33.0% said that sex was always satisfactory. There was good sample adequacy (0.865) and statistical significance ($p < 0.0001$). Using or not using a contraceptive method showed a difference in the desire, satisfaction and pain domains. However, sexual history questions were the ones that showed the most statistical relevance in relation to the domains. **Conclusion:** Although further studies are needed to prove the hypothesis that oral contraceptives have a negative impact on female sexual function, it is clear that health professionals are already aware of this possibility and know how to approach it.

INTRODUÇÃO

A pílula anticoncepcional oral (ACO) está no mercado há mais de 50 anos e teve enorme impacto na saúde reprodutiva das mulheres.⁽¹⁻³⁾ O método tem sido reconhecido como altamente eficaz e geralmente seguro para o controle de fertilidade, com estimativa de 100 milhões de usuárias no mundo. Ainda assim, há uma notável falta de conhecimento básico sobre como ele pode afetar a qualidade de vida, a sexualidade e o comportamento das mulheres.^(4,5)

Sabe-se que o desejo sexual e a libido da mulher são fenômenos complexos orquestrados por vários fatores biológicos, neurológicos e psicológicos e por costumes sociais, que resultam em cascatas de alterações bioquímicas, hormonais e circulatórias.⁽⁶⁾ Já a disfunção sexual feminina (DSF) refere-se a alterações na resposta sexual persistente e recorrente, por mais de seis meses e que causem angústia/sofrimento à pessoa.⁽⁷⁾

Em relação ao papel dos ACOs sobre o desejo sexual e sua relação causal com a DSF, há uma controvérsia. Existem evidências de que o desejo sexual é afetado, mas a satisfação sexual permanece inalterada; em contraponto, existem estudos mostrando o contrário. De qualquer forma, para entender a influência dos ACOs sobre a função sexual (FS), deve-se ter bom conhecimento sobre os componentes hormonais dessa pílula.

Com o progresso das pesquisas nas últimas décadas, tornou-se frequente o uso de contraceptivos orais combinados (COCs),⁽¹⁻³⁾ que combinam um progestagênio com um estrogênio, geralmente o etinilestradiol, e os mais recentes contêm menos progestagênios androgênicos, como a drospirenona, um derivado de espirolactona, gestodeno ou desogestrel.⁽⁸⁾

Dito isso, entende-se o efeito antigonadotrófico dos ACOs, que resulta na supressão da produção ovariana de androgênio, além de aumentar a produção de globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), a principal proteína de ligação para esteroides gonadais na circulação.⁽⁹⁾ Esses efeitos combinados resultam em níveis diminuídos de testosterona (T) total e livre, hormônio coadjuvante para estimular o desejo sexual e regular o fluxo sanguíneo genital e a integridade estrutural e funcional dos genitais.^(10,11) Assim, embora não haja um nível específico de T abaixo do qual a DSF é mais provável de ocorrer, a redução da T, por si só, piora todas as fases da resposta sexual⁽¹²⁻¹⁶⁾ e parece ser a base dos efeitos adversos dos ACOs na FS.

Dados de um ensaio clínico randomizado controlado,⁽¹⁷⁾ referentes a agosto de 2016, corroboram essa hipótese. Nele, foram comparados os efeitos de um método de barreira, de planejamento familiar natural e de um ACO contendo etinilestradiol e drospirenona sobre a FS em mulheres. Foi visto que o risco de deterioração da FS associado ao uso dos COCs foi 2,01 vezes maior no grupo em uso de ACO, em comparação com o grupo em uso dos outros métodos estudados (intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,45, 2,79; $p < 0,001$).⁽¹⁷⁾

Em contraponto, em outros dois estudos, esses efeitos foram mistos, enfatizando a necessidade de melhor compreensão dos efeitos dos COCs sobre a FS. No primeiro deles, os domínios desejo (-4,4; IC de 95%: -8,49 a -0,38; $p = 0,032$), excitação (-5,1; IC de 95%: -9,63 a -0,48; $p = 0,030$) e prazer (-5,1; IC de 95%: -9,97 a -0,32; $p = 0,036$) foram significativamente reduzidos, em comparação com o placebo; ao passo que, no segundo, entre as usuárias de COC, 85% relataram aumento ou nenhuma alteração na libido e 15% relataram diminuição.^(6,7)

Diante dessas controvérsias na literatura a respeito do efeito dos COCs na FS feminina, o presente estudo tem como objetivo determinar a atual relevância do impacto negativo dos COCs sobre a FS.

De forma secundária, também foi avaliada: a prevalência de uso dos ACOs, o impacto de outros fatores sobre a FS, incluindo a presença de doenças associadas, o uso de outras drogas (outros medicamentos contínuos, álcool e tabaco), a prática de atividade física, o sobreposo, a situação conjugal e o histórico sexual.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de tipologia transversal e observacional, realizado de forma *on-line*, via Google Forms. O recrutamento das participantes do estudo foi realizado por meio de *link* enviado via WhatsApp ao celular pessoal delas, no período de setembro a janeiro de 2021.

A amostra incluiu mulheres que acessaram o *link* via WhatsApp, de maneira voluntária, e que atenderam aos critérios de inclusão, sem englobar aquelas que apresentavam algum dos critérios de exclusão. Foi considerado para incluir a mulher no estudo que ela

estivesse com mais de 18 anos e em idade reprodutiva. Excluíram-se mulheres que apresentaram qualquer deficiência que impossibilitasse o preenchimento do questionário aplicado, além de mulheres transgênero.

Essa amostra foi, ainda, bem-informada em formulário *on-line* via Google Forms sobre o estudo planejado, recebendo informações detalhadas sobre o procedimento, incluindo o motivo pelo qual esta pesquisa foi realizada, seus possíveis riscos, benefícios e desconfortos, descritos abaixo. Após isso, as mulheres assinaram um termo de consentimento. Foram esclarecidas todas as dúvidas e garantido que a mulher poderia se recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe causasse qualquer prejuízo.

Este estudo incluiu possíveis riscos, tais como constrangimento, com chance de remeter a voluntária a memórias ruins, invadir sua privacidade e questioná-la quanto a questões sensíveis, como a sexualidade. Contudo, foi garantido que suas identidades seriam preservadas e os dados coletados seriam mantidos em sigilo, e sua abordagem foi feita de maneira individual por meio do seu telefone pessoal, podendo a mulher ter o tempo necessário para responder ao questionário.

Os benefícios da pesquisa foram: possibilitar que as mulheres analisem o impacto do uso de contraceptivos orais sobre sua função sexual e o prejuízo no seu bem-estar atual, podendo ser efetivada a troca do método contraceptivo por meio de avaliação complementar médica e melhora da qualidade de vida sexual.

A partir do início do estudo, as participantes preencheram de forma *on-line* um questionário sociodemográfico sobre: idade; nível de educação; dados conjugais; história psicossocial, familiar, medicamentosa, patológica pregressa, ginecológica e obstétrica e da vida sexual.

Em seguida, essas mulheres preencheram também de forma *on-line* questões que compõem o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), usado para avaliar a FS das mulheres. Esse instrumento foi validado no idioma português e demonstrou alto grau de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e sensibilidade na diferenciação de respostas entre mulheres sexualmente disfuncionais e não disfuncionais. Ele consiste em 19 questões que abordam seis domínios da FS. Os domínios avaliados foram confirmados por meio de análises fatoriais e incluem desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Para cada questão, existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Um escore total é apresentado no final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total.

O IFSF foi autoadministrado individualmente a partir da inscrição do estudo. Os escores foram calculados e analisados estatisticamente e, de acordo com

Pacagnella *et al.* (2009),⁽¹⁸⁾ as mulheres com pontuação total do IFSF igual ou abaixo de 26 foram classificadas como de risco para DSF.

Na tentativa de responder aos objetivos, esse escore foi correlacionado com o uso ou não de ACOs, buscando demonstrar a maior ocorrência de DSF nas mulheres em uso dessa medicação, o que poderia sugerir um impacto negativo dos ACOs sobre a FS. Correlacionaram-se, ainda, os dados sociodemográficos e clínicos com a presença ou não de DSF.

Para todos os dados coletados, foram realizadas, portanto, análises estatísticas. Na análise e interpretação dos dados pessoais, clínicos, conjugais, ginecológicos e obstétricos e sexual, foram utilizadas ferramentas de estatísticas descritiva e indutiva, além do cálculo das frequências absolutas e percentuais, e, para as questões quantitativas, o cálculo da média aritmética e desvio-padrão.

O segundo passo foi o cálculo entre os domínios, separados em desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Para verificar o grau de associação entre eles, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e a análise fatorial com rotação de *varimax*, método esse que estima os fatores de maior relevância (maiores percentuais de variância explicada e fatores com valores acima de 0,4).

Para analisar a existência ou não de diferença entre as categorias das questões relativas aos domínios, foram utilizados os testes *t* de *Student* (para duas categorias) e ANOVA (para três ou mais categorias). Foram registrados os *p*-valores de todas as categorias e as médias e desvios dos valores de significância estatística.

Para os cálculos, foram utilizados os *softwares* estatísticos Excel versão 2019 e o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.

Por fim, vale ressaltar que a aprovação ética para a realização do estudo foi dada pelo Comitê de Bioética do Brasil da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 44899621.0.0000.5103/Parecer: 4.945.850). O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

RESULTADOS

O principal desfecho de interesse foi a diferença entre as pontuações do IFSF nas mulheres em uso de ACO e nas em uso de outro método, propondo um possível impacto dos métodos contraceptivos orais no desempenho sexual e na qualidade de vida das mulheres em idade reprodutiva. Os desfechos secundários incluíram: identificação de alta prevalência de mulheres em idade reprodutiva em uso de ACO, em especial os combinados; avaliação das características das mulheres por meio do estudo descritivo, incluindo dados sociodemográficos, conjugais, clínicos, medicamentosos, ginecológicos, obstétricos e sexuais, cujos fatores

poderiam influenciar nos resultados. Participaram deste estudo 105 mulheres com idade média de $23,4 \pm 3,8$ anos. Dessas, 81,1% se autodeclararam de etnia branca; 84,0%, heterossexuais e 13,2%, bissexuais; 59,4% tinham o terceiro grau incompleto, ao passo que 63,2% eram estudantes da área de saúde e 9,4%, estudantes da área de humanas.

Das mulheres que participaram do estudo, 32,1% possuem doenças associadas, sendo elas compostas principalmente por distúrbios psicológicos (17,0%) e síndrome dos ovários policísticos (7,5%). Quanto ao sobrepeso, 80,2% não possuem. A maioria das mulheres, entretanto, tem estresse cotidiano (31,1-54,7%), mas poucas fazem uso de medicamento controlado (35,8%). Em relação ao uso de álcool, 81,1% afirmaram fazer uso, sendo mais utilizado com frequência de uma a duas vezes na semana (76,4%) e com tempo médio de $6,0 \pm 2,6$ anos de utilização. Já em relação ao tabaco, somente 11,3% fazem uso, com frequência de uma a duas vezes na semana (9,4%) e com tempo médio de $2,8 \pm 1,3$ anos de uso.

Com relação aos dados conjugais das mulheres pesquisadas, 54,7% estão namorando e 38,7% estão solteiras. Entre as comprometidas, 61,3% estão satisfeitas com o relacionamento e possuem uma média e desvio-padrão de $4,1 \pm 4,7$ anos de relacionamento. Ainda entre as comprometidas, 59,4% afirmam não ter traído o(a) parceiro(a) atual, ter boa comunicação com o(a) parceiro(a) (89,6%) e sentir-se muito à vontade com o(a) companheiro(a) (82,1%). Com relação às informações ginecológicas e obstétricas, as mulheres pesquisadas possuem média e desvio-padrão de $12,3 \pm 1,2$ anos de idade na primeira menstruação e um ciclo menstrual de $23,7 \pm 9,8$ dias e ficam $4,7 \pm 2,1$ dias menstruadas, com intensidade moderada (37,7%) a alta (24,5%) de fluxo menstrual. A maioria das mulheres ainda não passou por uma gestação (95,3%), e 1,9% passou por uma gestação. Entre as mulheres que já passaram por uma gestação, totalizando 3,7%, 1,9% teve parto cesáreo, 0,9%, normal e 0,9%, induzido. Entre as mulheres, 93,4% utilizam métodos contraceptivos, sendo eles pílula oral (45,3%), DIU hormonal (19,8%) e camisinha (17,0%). A composição hormonal mais utilizada foi levonorgestrel (26,4%) e etinilestradiol (25,5%).

A idade média da primeira relação sexual das 101 mulheres que já a tiveram foi de $16,9 \pm 1,5$ anos e, das 99 com penetração vaginal, foi de $17,3 \pm 1,8$ anos de idade. Um número de 100 mulheres informou uma média de $5,5 \pm 4,3$ parceiros(as) ao longo da vida. Com vida sexual no último mês, estão 80,2% das mulheres, e 69,3% possuem um(a) parceiro(a) fixo(a) atualmente. A maioria das mulheres (41,5%) tem frequência sexual de uma a duas vezes na semana, e as outras (26,4%), de menos de uma vez na semana, com relações quase sempre satisfatórias (42,5%) e sempre satisfatórias (33,0%). Pela análise de correlação interdomínios, obtemos a informação sobre a associação entre os domínios, que demonstra forte correlação entre orgasmo e excitação

(0,6160), orgasmo e lubrificação (0,8452), satisfação e excitação (0,6328), satisfação e orgasmo (0,6114) e dor com lubrificação (0,7025). As demais apresentaram correlações moderadas e fracas. Orgasmo e desejo, satisfação e desejo e dor e excitação não apresentaram significância estatística ao nível de 0,05 e apresentaram correlação fraca (Tabela 1).

Na tabela 2, constam os resultados da análise fatorial com as cargas fatoriais e o percentual da variância explicada. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem apresentou valor de 0,865 (adequado para valores maiores que 0,800) e significância estatística no teste Qui-Quadrado aproximado ($p < 0,0001$). Os itens com carga fatorial superior a 0,40 foram registrados em negrito. Dados os 19 fatores, foram selecionados os de maiores variâncias explicadas, totalizando quatro fatores que somam juntos 74,8%.

O fator 1 (29,0% de variância explicada) agrupou os itens de excitação, dois de lubrificação, dois de orgasmo e todos de satisfação. O fator 2 (26,1% de variância explicada) agrupou os itens dor, dois de lubrificação e um de orgasmo. O fator 3 (10,5% de variância explicada) agrupou os itens de desejo, e o fator 4 (9,2% de variância explicada) agrupou dois itens de excitação. A tabela 3 contém os p-valores que indicam se existe diferença entre as categorias das questões em relação aos domínios. Os valores que apresentaram relevância, ou seja, diferença entre as categorias, foram registrados em negrito.

Na questão doença associada, observa-se diferença entre quem possui ou não doença nos domínios desejo, lubrificação, orgasmo e dor. O tipo de doença associada apresentou diferença no domínio lubrificação. No domínio desejo, observa-se diferença nas questões sobre usar ou não medicamento contínuo, praticar ou não atividade física e ter ou não sobrepeso. A situação conjugal e o fato de ter traído ou não o(a) parceiro(a) apresentaram diferença nos domínios lubrificação, orgasmo e dor. O fato de sentir-se ou não à vontade com seu(sua) parceiro(a) apresentou diferença nos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e dor. Ter ou não boa comunicação com o(a) parceiro(a) influenciou os domínios desejo e dor. Utilizar ou não método contraceptivo apresentou diferença nos domínios desejo, satisfação e dor. O histórico sexual das participantes do estudo foi a questão que mais apresentou relevância estatística em relação aos domínios. Possuir ou não vida sexual ativa no último mês apresentou diferença nos domínios desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (Tabela 4). Ter ou não um(a) parceiro(a) fixo(a) apresentou diferença nos domínios lubrificação, orgasmo e dor. A frequência das relações sexuais e a frequência das relações sexuais satisfatórias apresentaram diferença no desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A tabela 5 apresenta os valores médios e seus desvios-padrão das questões que apresentaram essas diferenças nos domínios.

Tabela 1. Análise de correlação interdomínios do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Análise de correlação	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1,0000					
Excitação	0,2660	1,0000				
Lubrificação	-0,3194	0,4816	1,0000			
Orgasmo	-0,1637*	0,6160	0,8452	1,0000		
Satisfação	0,1218*	0,6328	0,5375	0,6114	1,0000	
Dor	-0,3657	0,1666*	0,7025	0,5944	0,3747	1,0000

* $p > 0,05$, não apresenta correlação.

Tabela 2. Análise fatorial com rotação *varimax* do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF)

Domínio	Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Desejo	1: Frequência	0,0823	-0,3498	0,8247	0,1515
	2: Nível	0,0374	-0,3118	0,8400	0,2177
Excitação	3: Frequência	0,4112	-0,0270	0,2729	0,7454
	4: Nível	0,4533	0,0460	0,3152	0,6894
	5: Confiança	0,6646	0,1685	-0,0634	0,3776
	6: Satisfação	0,8372	0,0951	0,1076	0,3372
Lubrificação	7: Frequência	0,6791	0,0861	-0,0524	0,2808
	8: Dificuldade	0,1504	0,8179	-0,2674	0,1650
	9: Frequência de manutenção	0,6915	0,1470	-0,0269	0,3235
	10: Dificuldade de manutenção	0,1773	0,8426	-0,2842	0,1131
Orgasmo	11: Frequência	0,8210	0,0890	-0,1030	0,1477
	12: Dificuldade	0,0449	0,8411	-0,2243	0,2154
	13: Satisfação	0,7689	0,1037	-0,0262	0,1350
Satisfação	14: Proximidade com o(a) parceiro(a)	0,6838	0,3863	0,1090	-0,2151
	15: Com relação sexual	0,8105	0,2040	0,2242	-0,0554
	16: Com vida desejo global	0,6781	0,1951	0,3622	0,0123
Dor	17: Frequência durante a penetração	0,2039	0,8718	-0,0294	-0,1033
	18: Frequência que segue a penetração	0,2860	0,8837	-0,0610	-0,0692
	19: Grau durante a penetração vaginal	0,1328	0,8970	-0,0011	-0,1264
Percentual de variância explicada		29,0	26,1	10,5	9,2

DISCUSSÃO

Avaliamos a FS em uma amostra de mulheres brasileiras > 18 anos e em idade reprodutiva, usando os dados de 105 questionários IFSF preenchidos no idioma português. Foram comparadas as respostas das usuárias de métodos contraceptivos com as daquelas que não os utilizavam, sendo encontrados escores mais baixos nos domínios específicos de desejo, satisfação e dor com o uso de contraceptivo. Em relação à comparação das

usuárias de ACOs com as de métodos não hormonais, houve diferenças, ainda que os dados não tenham sido significativos.

Assim, ainda que os dados do nosso estudo não tenham demonstrado redução significativa na FS geral sobre o uso de contraceptivo, houve prejuízo em alguns domínios específicos. Desse modo, nossos resultados indicam que o uso de ACOs pode diminuir alguns aspectos de FS e deve ser considerado como causa na DSF.

Tabela 3. Diferença entre os escores médios das questões em relação aos domínios

Questões	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Doença associada	0,0010	0,4260	0,0050	0,0040	0,1850	0,0130
Quais doenças associadas	0,1540	0,7060	0,0170	0,0620	0,4140	0,1050
Nível de estresse cotidiano	0,3560	0,9200	0,7400	0,4590	0,9770	0,7290
Uso de medicamento contínuo	0,0010	0,6140	0,2150	0,4160	0,8710	0,2510
Álcool	0,5280	0,1890	0,9350	0,6910	0,7560	0,4910
Frequência do uso de álcool (semana)	0,7070	0,4300	0,8190	0,8840	0,8630	0,8330
Tabagismo	0,3260	0,5090	0,5720	0,6060	0,8550	0,7100
Atividade física	0,0270	0,8340	0,4470	0,1430	0,9100	0,3120
Sobrepeso	0,0020	0,4260	0,2390	0,4100	0,5700	0,3090
Situação conjugal	0,9710	0,3010	<0,0001	0,0010	0,5480	<0,0001
Traição	0,7660	0,2980	<0,0001	0,0060	0,8650	<0,0001
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	<0,0001	0,0500	<0,0001	<0,0001	0,4310	<0,0001
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	0,0010	0,6110	0,0530	0,2180	0,7440	<0,0001
Intensidade do fluxo menstrual	0,8160	0,2080	0,1600	0,1000	0,0230	0,1580
Número de gestações	0,6880	0,7290	0,9560	0,9610	0,7950	0,7820
Tipo de parto	0,9670	0,9470	0,8940	0,9930	0,7950	0,6310
Método contraceptivo	0,0220	0,7910	0,0750	0,1320	0,0040	0,0050
Tipo de método contraceptivo	0,0680	0,7040	0,1220	0,3890	0,1600	0,3950
Composição do método contraceptivo hormonal	0,0870	0,1740	0,0720	0,0690	0,2370	0,2690
Vida sexual ativa (último mês)	<0,0001	0,1860	<0,0001	<0,0001	0,0090	<0,0001
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	0,0810	0,2330	<0,0001	0,0010	0,2310	<0,0001
Frequência de relações sexuais	0,0440	0,7390	<0,0001	0,0020	0,0080	<0,0001
Frequência de relações sexuais satisfatórias	0,0030	0,4270	<0,0001	<0,0001	0,0040	<0,0001

Entre as limitações do nosso estudo, incluem-se o tamanho limitado da amostra e o envolvimento, principalmente, de mulheres jovens e que estavam em um relacionamento. Portanto, nossos achados podem não ser generalizáveis para a população feminina como um todo. Além disso, deve-se considerar a falta de seguimento.

Ainda que possua um desenho transversal, esta pesquisa beneficiou-se do uso de um instrumento padronizado e validado para avaliar a relação entre a FS e a contracepção. Além disso, as pacientes responderam ao questionário sozinhas, sem interferência dos investigadores.

Ademais, é evidente o papel da moralidade sexual restritiva em diferentes sociedades culturais, étnicas e religiosas. Por isso, não é possível descartar que opiniões e expectativas subjetivas possam ter alguma influência nos nossos resultados. No entanto, tentamos controlar tal viés por meio da avaliação de dados socio-demográficos da amostra.

O efeito do uso de ACO no humor e na FS tem sido questionado.^(6,19-24) São comuns relatos de piora da FS

devido ao uso de pílulas combinadas, o que parece estar parcialmente de acordo com o nosso estudo.

São vistos resultados semelhantes em: a) Battaglia *et al.*,⁽⁸⁾ que encontraram comprometimento significativo do desejo, excitação, lubrificação e orgasmo após o uso de ACOs; b) Caruso *et al.*,⁽²⁵⁾ que observaram piora da FS geral com o uso de comprimidos de 15 mcg de etinilestradiol e gestodeno; c) Smith *et al.*,⁽²⁶⁾ que também utilizaram um *design* de estudo de pesquisa *on-line*, e cujas usuárias de anticoncepcionais hormonais sentiram mais dor, desconforto e secura vaginal, além de terem atividade sexual, orgasmos e sensação de excitação menos frequentes; d) Wallwiener *et al.*,⁽²⁷⁾ que evidenciaram que o uso de ACOs foi associado a uma pontuação mais baixa do IFSF do que para outros métodos contraceptivos.

Além disso, estudos epidemiológicos mostraram que um histórico de problemas psicológicos, estado civil, baixa atividade física e doenças crônicas estão significativamente associados à DSF.⁽²⁵⁻²⁸⁾ Tal dado também está em concordância com o nosso estudo, no qual a insatisfação sexual em mulheres na pré-menopausa esteve

Tabela 4. Diferença dos escores das questões significativas pelos domínios desejo, excitação e lubrificação

Questões		Desejo	Excitação	Lubrificação
Doença associada	Não	2,6 (1,2)	X	3,5 (0,7)
	Sim	3,5 (1,5)	X	2,5 (1,7)
Doenças associadas	Nenhuma	X	X	3,4 (0,9)
	Distúrbios psicológicos	X	X	2,7 (1,7)
	Síndrome dos ovários policísticos	X	X	2,1 (1,7)
	Doença autoimune	X	X	3,7 (0,1)
	Alterações hormonais	X	X	3,9 (0,0)
	Dislipidemia	X	X	3,9 (0,0)
Uso de medicamento contínuo	Não	2,5 (1,2)	X	X
	Sim	3,5 (1,4)	X	X
Atividade física	Não	3,5 (1,4)	X	X
	Sim	2,7 (1,3)	X	X
Sobrepeso	Não	2,7 (1,3)	X	X
	Sim	3,7 (1,5)	X	X
Situação conjugal	Casada	X	X	3,4 (0,3)
	Namorando	X	X	3,6 (0,4)
	Solteira	X	X	2,5 (1,6)
Traição	Não se aplica	X	X	2,5 (1,6)
	Não	X	X	3,6 (0,6)
	Sim	X	X	3,7 (0,1)
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	Pouco	4,4 (,0)	2,5 (2,4)	1,5 (2,0)
	Moderado	4,0 (1,3)	1,2 (1,3)	1,8 (1,9)
	Muito	2,6 (1,2)	1,7 (0,7)	3,5 (0,7)
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	Não	4,3 (1,7)	X	X
	Sim	2,7 (1,3)	X	X
Método contraceptivo	Não	4,2 (1,4)	X	X
	Sim	2,8 (1,3)	X	X
Vida sexual ativa (último mês)	Não	4,0 (1,5)	X	1,6 (1,8)
	Sim	2,6 (1,2)	X	3,5 (0,5)
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	Não	X	X	2,2 (1,8)
	Sim	X	X	3,6 (0,4)
Frequência de relações sexuais	Não se aplica	3,8 (1,8)	X	1,7 (1,9)
	Menos de 1 vez	3,2 (1,5)	X	2,7 (1,5)
	1 a 2 vezes	3,5 (1,1)	X	3,6 (0,4)
	3 a 4 vezes	2,6 (1,2)	X	3,7 (0,5)
	5 ou mais vezes	2,8 (1,2)	X	3,7 (0,1)
Frequência de relações sexuais satisfatórias	Muito baixa ou nula	4,2(2,0)	X	1,3 (1,8)
	Baixa	3,9 (1,3)	X	2,2 (1,9)
	Moderada	3,0 (1,3)	X	2,4 (1,9)
	Quase sempre	2,8 (1,3)	X	3,4 (0,7)
	Sempre	2,4 (1,1)	X	3,6 (0,4)

Tabela 5. Diferença dos escores das questões significativas pelos domínios orgasmo, satisfação e dor

Questões		Orgasmo	Satisfação	Dor
Doença associada	Não	3,2 (0,8)	X	4,7 (1,6)
	Sim	2,3 (1,6)	X	3,5 (2,5)
Doenças associadas	Nenhuma	X	X	X
	Distúrbios psicológicos	X	X	X
	Síndrome dos ovários policísticos	X	X	X
	Doença autoimune	X	X	X
	Alterações hormonais	X	X	X
	Dislipidemia	X	X	X
Uso de medicamento contínuo	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Atividade física	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Sobrepeso	Não	X	X	X
	Sim	X	X	X
Situação conjugal	Casada	2,7 (0,3)	X	5,2 (0,5)
	Namorando	3,3 (0,6)	X	5,1 (1,1)
	Solteira	2,4 (1,6)	X	3,2 (2,5)
Traição	Não se aplica	2,5 (1,6)	X	3,3 (2,5)
	Não	3,2 (0,7)	X	5,1 (1,1)
	Sim	4,1 (0,4)	X	3,3 (3,0)
O quanto você se sente à vontade com sua parceria?	Pouco	1,8 (2,5)	X	1,0 (1,5)
	Moderado	1,7 (2,0)	X	2,0 (2,5)
	Muito	3,2 (0,7)	X	4,9 (1,4)
Boa comunicação com o(a) parceiro(a)?	Não	2,1 (2,2)	X	1,5 (1,9)
	Sim	3,1 (1,1)	X	4,7 (1,8)
Método contraceptivo	Não	X	0,5 (0,8)	2,1 (2,6)
	Sim	X	1,8 (1,1)	4,5 (1,9)
Vida sexual ativa (último mês)	Não	1,5 (1,8)	1,0 (1,3)	1,2 (2,1)
	Sim	3,3 (0,7)	1,9 (0,9)	5,1 (1,1)
Parceiro(a) fixo(a) (atualmente)	Não	2,1 (1,8)	X	2,7 (2,7)
	Sim	3,3 (0,6)	X	5,1 (1,1)
Frequência de relações sexuais	Não se aplica	1,7 (2,0)	0,7 (1,3)	1,0 (1,9)
	Menos de 1 vez	2,7 (1,6)	1,8 (1,2)	3,9 (2,4)
	1 a 2 vezes	3,3 (0,6)	2,0 (0,9)	5,2 (0,8)
	3 a 4 vezes	3,1 (0,6)	1,6 (0,6)	5,2 (0,8)
	5 ou mais vezes	3,3 (0,7)	1,3 (0,2)	4,3 (2,8)
Frequência de relações sexuais satisfatórias	Muito baixa ou nula	1,5 (2,1)	0,6 (1,4)	0,7 (1,5)
	Baixa	2,4 (2,1)	2,3 (1,9)	2,1 (2,1)
	Moderada	2,4 (2,0)	1,7 (1,5)	2,6 (1,0)
	Quase sempre	3,4 (0,8)	1,9 (0,8)	1,3 (0,2)
	Sempre	3,0 (0,4)	1,5 (0,6)	5,0 (1,2)

associada à diminuição do bem-estar psicológico geral e à depressão.

Por outro lado, alguns outros pesquisadores observaram melhorias na FS por meio do uso de ACOs ou não observaram nenhuma interferência.^(13,29-33) No entanto, é preciso lembrar que apenas alguns estudos randomizados avaliaram essa questão e que os estudos existentes geralmente não avaliaram grande número de mulheres.

É amplamente aceito que a sexualidade é uma parte fundamental da vida humana e que sua disfunção tem impacto negativo na qualidade de vida e no bem-estar emocional, independentemente da idade.⁽³⁴⁾

Essa disfunção inclui dificuldades em qualquer estágio (desejo, excitação, orgasmo e lubrificação) da resposta sexual normal, impedindo o indivíduo ou o casal de desfrutar da atividade sexual satisfatória. Trata-se de um distúrbio muito comum, com prevalência estimada de 40% em, pelo menos, uma fase da resposta sexual.⁽³⁵⁾

Entre as diversas causas possíveis para essa disfunção, o uso de ACO parece estar relacionado a uma parcela importante. Isso pode interferir na aceitação do método e nas taxas de continuação, sendo um forte preditor de descontinuação, com taxas de abandono de até 32% no primeiro ano de uso, risco subsequente de gravidez indesejada e aborto induzido, além de ter grande impacto no âmbito pessoal e psicológico da usuária.^(5,17)

Por isso, o melhor entendimento dos efeitos negativos do ACO na FS, proposto neste estudo, poderá contribuir de forma positiva em questões de grande importância na área de ginecologia e obstetrícia.

CONCLUSÃO

Nosso estudo encontrou algumas evidências de que os ACOs têm impacto negativo na FS feminina. Contudo, mais estudos são necessários para provar ou refutar nossos achados, incluindo estudos multicêntricos prospectivos de longo prazo. Ainda assim, desde já, é evidente a importância de os profissionais de saúde estarem cientes de que os ACOs podem ter efeitos negativos na FS feminina, visto que a insatisfação sexual é uma razão importante para a descontinuação do ACO, o que pode levar a riscos ginecológicos e obstétricos. Portanto, diante dos dados expostos, a conclusão mais importante a ser tirada de nosso estudo é a necessidade e a importância de os profissionais de saúde perguntarem às mulheres sobre sua sexualidade e possíveis mudanças indesejadas em sua vida sexual durante o uso de métodos contraceptivos. Cabe aos profissionais o desafio importante de descobrir o papel e o impacto dos ACOs na saúde sexual de cada paciente e, se necessário, de adaptar e/ou alterar o método.

REFERÊNCIAS

1. Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception*. 2002;66(2):81-5. doi: 10.1016/s0010-7824(02)00326-8
2. Parsey KS, Pong A. An open-label, multicenter study to evaluate Yasmin, a low-dose combination oral contraceptive containing drospirenone, a new progestogen. *Contraception*. 2000;61(2):105-11. doi: 10.1016/s0010-7824(00)00083-4
3. Suthipongse W, Taneepanichskul S. An open-label randomized comparative study of oral contraceptives between medications containing 3 mg drospirenone/30 microg ethinylestradiol and 150 microg levonogestrel/30 microg ethinylestradiol in Thai women. *Contraception*. 2004;69(1):23-6. doi: 10.1016/j.contraception.2003.08.01
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Anticoncepção e sexualidade: dúvidas frequentes [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 1]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/707-anticoncepcao-e-sexualidade-duvidas-frequentes>
5. Zethraeus N, Dreber A, Ranerhill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women-a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4046-53. doi: 10.1210/jc.2016-2032
6. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(1):27-43. doi: 10.3109/13625187.2012.728643
7. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Rufino AC, Troncon JK, Serapião JJ, et al. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. *Femina*. 2018;46(6):381-5.
8. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Busacchi P, Paganotto MC, Morotti E, et al. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med*. 2012;9(2):550-7. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
9. Wiegatz I, Kutscher E, Lee JH, Moore C, Mellinger U, Winkler UH, et al. Effect of four different oral contraceptives on various sex hormones and serum-binding globulins. *Contraception*. 2003;67(1):25-32. doi: 10.1016/s0010-7824(02)00436-5
10. Traish AM, Kim SW, Stankovic M, Goldstein I, Kim NN. Testosterone increases blood flow and expression of androgen and estrogen receptors in the rat vagina. *J Sex Med*. 2007;4(3):609-19. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00491.x
11. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med*. 2010;7(6):2139-48. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x
12. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005;294(1):91-6. doi: 10.1001/jama.294.1.91
13. Graham CA, Bancroft J, Doll HA, Greco T, Tanner A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(3):246-55. doi: 10.1016/j.psycheneu.2006.12.011
14. Davis SR, Bitzer J, Giraldi A, Palacios S, Parke S, Serrani M, et al. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2013;10(12):3069-79. doi: 10.1111/jsm.12310
15. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. *Femina*. 2019;47(2):66-74.
16. Zimmerman Y, Foidart JM, Pintiaux A, Minon JM, Fauser BC, Cobey K, et al. Restoring testosterone levels by adding dehydroepiandrosterone to a drospirenone containing combined oral contraceptive: II. Clinical effects. *Contraception*. 2015;91(2):134-42. doi: 10.1016/j.contraception.2014.11.008
17. Čiaplinskienė L, Žilaitienė B, Verkauskienė R, Žalinskičius R, Bumblienė Ž, Vanagienė V, et al. The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(5):395-400. doi: 10.1080/13625187.2016.1217324

18. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2333-44. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100004
19. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012;9(9):2213-23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x
20. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:297-320.
21. Kahn LS, Halbreich U. Oral contraceptives and mood. *Expert Opin Pharmacother*. 2001;2(9):1367-82. doi: 10.1517/14656566.2.9.1367
22. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord*. 2002;70(3):229-40. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00356-1
23. Poromaa IS, Segeblad B. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(4):420-7. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01333.x
24. Roberts SC, Cobey KD, Klapilová K, Havlíček J. An evolutionary approach offers a fresh perspective on the relationship between oral contraception and sexual desire. *Arch Sex Behav*. 2013;42(8):1369-75. doi: 10.1007/s10508-013-0126-9
25. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. *Contraception*. 2004;69(3):237-40. doi: 10.1016/j.contraception.2003.11.001
26. Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014;11:462-70. doi: 10.1111/jsm.12409
27. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, et al. Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(4):883-90. doi: 10.1007/s00404-015-3726-x
28. Martin-Loeches M, Ortí RM, 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*. 2003;8(3):129-34.
29. Guida M, Di Spiezio Sardo A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, et al. Effects of two types of hormonal contraception--oral versus intravaginal--on the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod*. 2005;20(4):1100-6. doi: 10.1093/humrep/deh686
30. Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of the quality of life and sexual functioning of women using a 30-microg ethinylestradiol and 3-mg drospirenone combined oral contraceptive. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(1):49-57. doi: 10.1080/13625180701712406
31. Greco T, Graham CA, Bancroft J, Tanner A, Doll HA. The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: a comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2007;76(1):8-17. doi: 10.1016/j.contraception.2007.04.002
32. Li RH, Lo SS, Teh DK, Tong NC, Tsui MH, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004;70(6):474-82. doi: 10.1016/j.contraception.2004.06.010
33. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, et al. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav*. 2008;37(6):912-24. doi: 10.1007/s10508-007-9287-8
34. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med*. 2006;3(1):3-11. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00193.x
35. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):35-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x